مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی ، شماره ۱۸ ، زمستان ۱۳۹۸جلد۱، ص ۲۲-۱۱
http://www.jisc.ir

مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال پنجم)
شماره ۱۸/ زمستان ۱۳۹۸ / ص ۲۲-۱۱

اثربخشی درمان شناختی رفتاری(CBT) بر علائم اختلال استرس پس از سانحه(PTSD) درآسیب دیدگان تجاوز جنسی

وحید خوش روش[۱]، زهرا امینی[۲]
[۱] استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن
[۲] دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد واحد تنکابن

نام نویسنده مسئول:
وحید خوش روش

چکیده

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی – رفتاری(CBT) بر افرادی که حداقل یک بار در طول عمر خود مورد تجاوز جنسی قرار گرفته و دچار اختلال استرس پس از ضربه شده اند، انجام شد.

در این مطالعه (نیمه آزمایشی با گروه کنترل) ۲۰ نفر افرادی که به دلیل تجاوز جنسی دچار PTSD شده اند. به دو گروه کنترل و گروه ازمایش هر گروه ۱۰ نفر انتخاب شدند و در هر گروه با استفاده از پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه میسی سی پی مورد آزمون قرار گرفتند و بعد از دوره درمان شناختی- رفتاری توسط پژوهشگرهر دوگروه ازمایش و کنترل دوباره مورد آزمون قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار spss نسخه ۲۲ و آزمون تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد.

نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری برای درمان افرادی که دارای اختلال پس از ضربه بعد از تجاوز جنسی بودند، مناسب است. ($p < ۰/۰۱$)

براساس نتایج به دست آمده می توان گفت درمان شناختی – رفتاری برای افرادی که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته و مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه شده اند مناسب است.

واژگان کلیدی: تجاوز جنسی- اختلال استرس پس از ضربه- درمان شناختی رفتاری

مقدمه

تجاوز جنسی نوعی رفتار خشن وتحقیر آمیز است که از طریق اعمال جنسی برای ابراز قدرت وخشم صورت میگیرد. در چنین مواردی رابطه جنسی و حتی گاهی انگیزه سیاسی است(رمضان نرگسی، ۱۳۸۳:۲)

اگر بگوییم بیشترین ومانگار ترین آسیب وصدمه خشونت در تجاوز جنسی به روح وروان قربانی وارد میشود. سخنی به گزاف نگفته ایم، زنان وسپس کودکان، که بیشترین درصد قربانیان خشونت جنسی را به خود اختصاص میدهند، به خاطر وضعیت ظاهری و روحی خاص خود بسیار شکننده وآسیب پذیرند، چرا که ویژگیها و خصوصیات روحی آنان مانند لطافت وغلبه احساسات و عواطف، علاوه براین که خود، آماجی بر متجاوزان محسوب میشوند، در قبال آثار سوء تجاوز جنسی، عکس العمل حادتری از خود نشان میدهد(مرتضوی، ۱۳۷۶ : ۷۶)

خشونت جنسی شایعترین نوع خشونت است که بیشتر گریبانگیر جنس مونث است. به اعتقاد فروید، ارتکاب خشونت جنسی به دلیل از بین رفتن موازنه لیپیدویی صورت می پذیرد و یکی از دلایل جرایم جنسی به تعارض عقده ادیپ بازمی گردد. آدلر خشونت را ناشی از ناکامی و احساس شدید حقارت که به صورت حس انتقام و کینه جویی، خودنمایی می کند، می داند. علاوه براین روانشناسی به نام باندورا خشونت را محصول تعامل متعدد روابط فردی و اجتماعی می داند که در طی سال ها به او آموخته می شود(لیسرمن[1]، ۲۰۰۵).

قربانیان تجاوز جنسی، غالباً دچار اضطراب، روان پریشی و اختلالات هیجانی-خلقی می شوند، و خاطره شدیداً آزاردهنده از تجسم و تداعی صحنه های تجاوز، اغلب در دوره های بعد زندگی به صورت اختلالات روحی، کابوس، تشنج عصبی، بی خوابی، بیزاری از آمیزش جنسی، احساس حقارت و خود تقصیری، خودنمایی می کند(کارلسون، کارن، جی، ترازیپوزین، استفانی، ایزستات، ۱۳۷۹).

تجاوز جنسی باعث مشکلات فراوان رفتاری چون توهم متجاوز انگاری مردان بیگانه، احساس ناامنی، ترس از مکان های خلوت و تنها ماندن در خانه، ترس زیاد از خیابان یا مکان های شبیه به محل وقوع تجاوز، مانند: باغ ها و خرابه ها و ... می شود. یکی از اختلالاتی که در قربانیان تجاوزهای جنسی می توان به وفور علائم آن را مشاهده کرد اختلال استرس پس از سانحه[2] (PTSD) می باشد(نیکخو،۱۳۸۱).

کسلر[3] و همکاران(۱۹۹۹) در پژوهشی نشان دادند که در ۶۵٪ مردان و ۴۶٪ از زنان قربانی تجاوز جنسی، PTSD گسترش می یابد.

اختلال استرس بعد از ضربه تنها تشخیص در پنجمین راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی[4] است که سبب شناسی مشخصی دارد. این اختلال به عنوان مجموعه علایمی توصیف می شود که پس از آن که شخص رویداد آسیب زایی را مشاهده می کند، می شنود و یا درگیر آن می شود، به وجود می آید. همچنین این اختلال می تواند ناشی از تجارب جنگ، شکنجه، بلایای طبیعی، حمله و سوانح جدی نیز اتفاق بیفتد(رضاعی و همکاران، ۲۰۱۳)

امروزه در درمان اختلال (PTSD) از روشهای مختلفی استفاده می شود. از جمله این روشها می توان به درمان شناختی رفتاری[5] (CBT) اشاره نمود. این درمان در اواخر دهه ۵۰ میلادی در کشورهای غربی مطرح مطرح شد و برای درمان بسیاری از مشکلات روان شناختی و اختلالات روانپزشکی، از کنترل خشم و اختلالات اضطرابی و خلقی گرفته تا درمان اسکیزوفرنی به کار می رود. اوبیدر کتاب خود در سال ۱۹۹۸ مطرح کرده است ، شناخت درمانی ، نه تنها در کشورهای غربی پذیرفته شده و به کار می رود ، بلکه در کشورهای آسیایی به خصوص چین ، هند ف پاکستان ، تایلند و اندونزی نیز جایگاه ویژه ای یافته است(مایکل فری، ۱۳۹۱).

در روش درمانی شناختی رفتاری (CBT) افراد درمورد قوه ی بازنگری وارزیابی افکار منفی خود ، آموزش می بینند . درمانگر ، درمان جویان خود را تشویق می کند تا از طریق تکالیف رفتاری به ارزیابی حقیقی و عینی افکار و فرضیه های منفی خود بپردازد(پترسون[6] ۲۰۰۵). این شیوه درمانگری کمتر به گذشته فرد توجه دارد و بیشتر بر آینده و یافتن معنا وهدف در زندگی تاکید دارد(پاول و سیمون[7] ، ۲۰۰۷).

در این پژوهش هدف، بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری در درمان زنانی است که به دلیل تجاوز در دوران کودکی یا نوجوانی دچار علائمPTSD شده اند. در صورت تایید موثر بودن روش فوق، مراجعین و بیماران مراجعه کننده به بیمارستان ها و کلینیک های روانشناسی، مراکز مشاوره روانشناختی بهره کاربردی از نتایج این پژوهش خواهند برد.

---

[1] Leserman
[2] Post Traumatic Stress Disorder
[3] kesler
[4] Diagnostic and statistical manual of mental disorder
[5] Cognitive- Behavior Therapy
[6] patterson
[7] PaveL & simon

اصلی ترین بار معنایی که واژه تجاوز به همراه دارد، عنصر نارضایتی فرد مورد تجاوز است، چرا که، اگر چه در ابتدا از واژه تجاوز، اجبار وقهر وغلبه به وقوع بپیوندد، خواه از طریق دیگری چون فریب وتهدید یا سوء استفاده از عدم هوشیاری فرد باشد.قید جنسی که با اضافه شدن به واژه تجاوز بار معنایی خاص در بر دارد، مربوط به کلیه اعمالی است که به جنسیت یعنی مرد یا زن بودن وجه تمایز بارزآن اندام تناسلی ارتباط میابد (رمضان نرگسی ۱۳۸۳)

قربانیان تجاوز جنسی، غالبا دچار اظطراب، روان پریشی واختلالات هیجانی -خلقی میشوند و خاطره شدیدا آزاردهنده از تجسم وتداعی صحنه های تجاوز، اغلب در دورههای بعد زندگی به صورت اختلالات روحی، کابوس، تشنج عصبی، بی خوابی، بیزاری از آمیزش جنسی، احساس حقارت وخود تقصیری، خودنمایی میکند.

(کارلسون[1] کارن[2] جی ، ترازیپون ، استفانی، ایزستات: ۱۳۷۹)، اغلب قربانیان تجاوز هفتههای اول پس از تجاوز تقریبا همه علائم ونشانه های PTSD را دارا میباشند که در هفته های بعدی خود به خود این علائم بسته به محیط اطراف قربانی کمتر میشود. (باتریس جی. پی ولاندان؛ ۲۰۰۲)

اختلال استرس پس از سانحه با علائم ویژه است که بعد از حوادث استرس زای روان شناختی مثل تصادفات، قتل ، جنگ وتجاوز دیده میشود. (برونر وهمکاران؛ ۲۰۰۴)

روتنبام و همکاران در آمریکا (۱۳۹۲) تحقیقی با عنوان تجاوز جنسی وPTSD در بین زنان و دختران انجام دادند دراین مطالعه طی یک بررسی آینده نگر ویک ماه پس از حادثه ، با ۶۴ زنی که مورد تجاوز قرار گرفته بودند یا در آسنانه ی تجاوز نجات یافته بودند، مصاحبه کردند.

نتیجه ی این مطالعه نشان داد گرچه میزان شیوع PTSD پس از ۱۲ هفته کاهش یافته ولی در مصاحبه ی اول ۹۴٪ آنان دارای معیار های تشخیصی PTSD بودند . در ارزیابی هفته ۴ هنگامی که مدارک تداوم یک ماهه مندرج در DSM-III-R لحاظ شده میزان شیوع PTSD، 65% بود و در ارزیابی هفته ۱۲ این میزان به ۴۷٪ کاهش یافت (روتنبام و همکاران ؛ ۱۹۹۱؛ ۵۹: ۱۱۵- ۲۳)

روش درمانی شناختی - رفتاری CBT یکی از متداولترین روشهای درمان روان شناختی است. اثر بخشی درمان CBT برکاهش علائم ونشانه های بیماران مبتلا به PTSD باعث شده که امروز این روش خط مقدم درمان PTSD باشد. (بیسون، جی- آی و همکاران ۲۰۰۷, ۱۹۰: ۱۰۴-۹۷) برای درمان PTSD با این روش، بیمار در ابتدا میآموزد که با احساسات و

تنفس همراه با خاطرات چگونه کنار بیاید. از جمله شیوه هایی برای آرامش بخشیدن به جسم بیمار وتسکین دردی که احساس میکند. به وی آموزش داده میشود. سپس درمانگر به بیمار کمک میکند با این خاطرات روبرو شود تا داستان اتفاقی را که روی داده دوباره تعریف کند. هرچه بیشتر این کار را بکند از خاطراتی که جان میگیرند کمتر ناراحت میشود وبیمار بیشتر به آرامش میرسد. در نهایت، درمانگر شیوه هایی به بیمار می آموزد تا باکمک آنها افکار منفی بیمار تغییر کرده و مسائل زندگی وی سرو سامان یابند.

۲ . مبانی تحقیق

تجاوز جنسی نوعی رفتار خشن و تحقیرآمیز است که از طریق اعمال جنسی برای ابراز قدرت وخشم صورت گیرد. در چنین مواردی رابطه جنسی وحتی گاهی انگیزه سیاسی است (رمضان نرگسی ۱۳۸۳)

در مرحله ی سوم فروید بین ۳ تا ۶ سالگی توجه کودک به منطقه ی مقعدی، از نظر اولویت، جای خود را به منطقه ی جنسی می دهد. اکنون کودکان علایق خود را در اندام های تناسلی خویش متمرکز می کنند و در مورد اندام های جنسی دیگران کنجکاو می شوند.

اصطلاح تجاوز (حریم گذاری) فعالیت آلت تناسلی پسر بچه را توصیف می کند اما به عنوان روش کلی، به چیزی فراتر از آن اشاره دارد. برای هر دو جنس، رسش توانایی های جسمی و ذهنی، کودک را به سوی فعالیت های تجاوز گرانه و مداخله جویانه گوناگون سوق می دهد. در این امر شامل تجاوز به بدن دیگران از طریق جمله بدنی، تجاوز به حریم گوش ها و دهان افراد از طریق گفتار پرخاشگرانه، تجاوز در فضا از طریق جست و خیز و حرکت شدید، و حریم گذاری در ناشناخته ها از طریق کنجکاوی کردن است.(اریکسون ۱۹۶۳).

خانواده ی قربانی نیز سهم بسزایی در تشدید یا حتی ایجاد یک چنین مشکلاتی دارند،موارد فوق همگی مشکلات درون- روحی فرد قربانی محسوب می شود . قربانی به عنوان یک همسر، در برقراری ارتباط جنسی و عاطفی با شوهر خود دچار آسیب می شود، این معضل در زنانی که بیشترنیز دچار سرد مزاجی جنسی بودند، اثر منفی شدیدتری دارد (اوحدی ۱۳۸۰) همچنین نشانه هایی مانند: واژنیسم [

[1] karlson
[2] Karen

انقباض غیر ارادی وغیر قابل کنترل است، که هنگام برقراری رابطه ی جنسی با شوهر خود با تداعی روانی صحنه ی تجاوز ایجاد میشود، در واقع در این اختلال اعصاب مرتبط با کنترل عضلانی شرطی شده و باعث انقباض مهبلی میشوند.]

از مقوله های همین اختلال در برقراری مجدد روابط جنسی است. علاوه بر اینکه دید شوهر به همسر خود، دیگر حائز تعلق انگاری شخص نیست و با نگاه یک فرد آلوده و دست خورده همراه است. بخصوص در فرهنگ اجتماعی کشور ایران که بازگشت قربانی واز سرگیری یک زندگی دوباره را برای وی ناهموار می کند، شاید دلایل بالا بودن رقم سیاه در موارد تجاوز جنسی و عدم میل و رغبت قربانیان به اظهار و گزارش آن نیز همین باشد.

تا همین اواخر تصور می شد که سوء استفاده جنسی از کودک نادر است و بزرگسالان به ادعای کودکان درباره ی سوء استفاده توجهی نمی کردند. سوء استفاده کننده ها به شیوه های زننده ای کودک را وادار به اطاعت می کنندکه فریب، رشوه دهی، تهدید کلامی، و فشارهای جسمانی از آن جمله هستند. آنها در کنترل کردن تکانه های خود مشکل زیادی دارندو ممکن است به اختلال های روان شناختی، مانند سوء مصرف الکل و دارو مبتلا باشند.(بولن، ۲۰۰۱).

معمولا سوء استفاده کنندگان کودکانی را انتخاب می کنند که بعید است از خود دفاع کنند یا کسی حرف آنها را باور کند کودکانی که از نظر جسمانی ضعیف، از لحاظ هیجانی محروم، از نظر اجتماعی منزوی یا دچار ناتوانی هستند (بولن، ۲۰۰۱).

موارد گزارش شده سوء استفاده جنسی از کودک با فقر، بی ثباتی زندگی زنا شویی و ضعف ناشی از پیوندهای خانوادگی ارتباط دارند. کودکانی که در خانه هایی زندگی می کنند که شخصیت ها مرتبا عوض می شوند ازدواج های مکرر، جدایی ها، و همسران جدید-بسیار آسیب پذیر هستند. اما کودکانی که درخانواده های مرفه و با ثبات زندگی می کنند نیز قربانی می شوند، هر چند که سوء استفاده از آنها به احتمال زیاد بر ملا نمی شو د (پونتام ۲۰۰۳)

پدیده تجاوز جنسی به عنف می تواند عوارض جسمی ، روانی و اجتماعی بسیار شدید و درمواردی حتی غیر قابل جبران به دنبال داشته باشد، علی رغم این عوارض شدید متاسفانه تا دو دهه ی پیش ۹۰ هیچ گونه توجه جدی به عوارض روان شناختی تجاوز به عنف نشده بود. تا سال ۱۹۷۰ میلادی کمتر به عوارض روان شناختی تعرض جنسی پرداخته می شد و بیشتر عوارض جسمی مورد توجه قرار می گرفت و بیشتر از همه اگر توجهی بود در رابطه با زنان بود. در سال ۱۹۷۹ میلادی این عوارض روانی به طور جدی مورد توجه قرار گرفت هر چند که این مطالعات ف از پشتوانه علمی قابل قبولی برخوردار نبودند.(بارتس جی پی و لاندان،۲۰۰۲)

شناخته شده ترین مطالعات انجام گرفته در این زمینه به وسیله ی بگز و هولمسترون در سال ۱۹۷۴ انجام گرفت که از اصطلاح واکنش تراماتیک حاد استفاده گردید. این اصطلاح در مورد قربانیان به کار برده می شد که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته و به بیمارستان روانی مراجعه می کردند آنها هسته مرکزی این اختلال و ترس شدید از کشته شدن می دانستند . مفهوم اختلال استرس پس از ضربه در سال ۱۹۹۵ تا حدود زیادی جای سندروم تراماتیک تجاوز به عنف را گرفت . (بروگس و همکاران ،۱۹۹۵)

امروزه تجاوز به عنف و خشونت های جنسی تبدیل به یک مشکل عمده در جامعه جهانی گردیده است. براساس مطالعات انجام شده سازمان ملل در صدد زنان گزارش شده به عنوان قربانی تجاوز جنسی از محدوده کمتر از ۲٪ در جاهایی مثل: لاپاز(بولیوی) ¼٪ گاربورون (بوتسوانا) ۸/۰ ٪ پکن (چین) ۶/۰/۱ و مانیل (فیلیپین) ۳/۰/۰ تا ۵٪ یا بیشتر در تیرانا (آلبانی) ۶/۰ ٪ بوینس آیرس (آرژانتین) ۸/۰/۵ ریو دوژانیرو (برزیل) ۸/۰/۰ و بوگوتا (کلمبیا) ۵/۰/۰ بوده است.

پژوهش حاضر به منظور پر کردن این خلاء و پاسخگویی به این سوال که میزان شیوع این اختلال در قربانیان تجاوز به عنف چقدر می باشد؟ انجام گرفته است. فراوانی اختلال استرس پس از سانحه PTSD و افسردگی اساسی در نوجوانان اقدام کننده به خودکشی بیشتر از نوجوانان خود آسیب رسان است. در یک پژوهش سه گروه خود آسیب رسان همراه با اقدام به خودکشی ، اقدام کننده به خودکشی و خود آسیب رسان با هم مقایسه شدند. یافته ها نشان داد افراد گروه اول بیشتر ملاک های تشخیص اختلال شخصیت مرزی را دارند. همچنین مشخص شد هر چه نشانه های مرتبط با ابهام دربارهی خویشتن بیشتر باشد، احتمال اقدام به خودکشی بیشتر است، در حالی که نشانه‌های مرتبط با اختلال در روابط میان فردی، احتمال خود آسیب رسانی را بیشتر می کند. همچنین براساس نتایج این پژوهش ، فراوانی نشانه های اختلال وسواسی – اجباری درافراد دچار اختلال شخصیت مرزی که سابقه خود آسیب رسانی متعدد دارند، بیشتر افراددچار اختلال شخصیت مرزی بدون سابقه خود آسیب رسانی است.

کودکان و نوجوانان به دلیل شرایط ویژه جسمانی وسنی، بیشتر از دیگر قشرهای جامعه در معرض خطر رویداد آسیب زا، خشونت وآزاردیدگی قرار دارند و در برابرش از کمترین پشتیبانی حقوقی، اقتصادی و اجتماعی برخوردارند. توجه به رویارویی آنها با رویدادهای آسیب زا و تشخیص، سنجش و ارزیابی آنها، برای درمان اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان اهمیت بسیاردارد، این موضوعی است که تاکنون کمتر بدان پرداخته شده است(محمد خانی،، محمدی و رضایی دوگاهه، ۱۳۸۳).

همان طور که بررسی های مختلف نشان داده اند رویارویی با رویداد آسیب زا در نو جوانان ، می تواند به اختلال های مختلف منجر شود که از مهم ترین آنها می توان به PTSD اشاره نمود. برخی از پژوهشگران مانند اسکورفیلد (۱۹۸۵، به نقل از یاسمی و همکاران، ۱۳۸۲) از عاریتی بودن نشانه های PTSD انتقاد کرده اند. اگر چه نشانه های اختلال های روانی همپوشی زیادی با یکدیگر دارند، اما این شباهت معمولا در وجوه اساسی تشخیصی آنها وجود ندارد. درباره PTSD نیز این هم پوشی نشانه ای، نسبتا زیاد است، بنابراین در امر تشخیص مشکلاتی به وجود می آورد(دیوید سون و فوآ، ۱۹۹۱). اختلال استرس پس از ضربه (PTSD) عبارت است از نوعی سندرم با مجموعه ای از علائم که در پی مواجهه با حوادث آسیب زای زندگی پیدا می شود.فرد به صورت ترس ودرماندگی به این تجربه پاسخ می دهد، واقعه رو دائما در ذهن خود مجسم می کند ودر عین حال می خواهد از یادآوری آن اجتناب کند(هدی اس ۲۰۰۷)).

این اختلال مانند سایر اختلالهای DSMبا مجموعه ای از علائم تعریف می شود اما برخلاف اختلالهای دیگر مواجهه با نوع خاصی از سانحه آسیب زا ملاکی برای تشخیص آن است. شخص باید سانحه ای را تجربه کرده یا دیده باشد که شامل مرگ واقعی یا متحمل آسیب جدی یا تهدیدی بر تمامیت جسمی خود یا دیگران بوده باشد.

اختلال استرس پس از سانحه اختلالی با علائم ویژه است که بعد از حوادث استرس زای روان شناختی مثل تصادفات، قتل، جنگ و تجاوز دیده می شود. اول بعد از حوادث ظاهر می شوند، استرس حاد و علائمی که بیش از یک ماه پس از وقوع حادثه رخ می دهند. قرار گرفتن در معرض آسیب، احتمال خطر اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) را به دنبال دارد. به طور کلی شیوع این بیماری در جمعیت عمومی ۱٪ تا ۹٪ تخمین زده شده . سیر بالینی PTSD واضح نیست ولی این اختلال می تواند ماهها وحتی سالها بعد از حادثه تروماتیک ادامه یابد . اختلال استرس پس از سانحه PTSD یکی از اختلالهای اضطرابی منحصر به فرد پیچیده و مزمن است که علائم آن شامل سه بعد تجزیه مجدد خاطرات مربوط به آسیب، اجتناب از موقعیتهای آسیب یادآور آسیب و کرختی هیجانی و برانگیختگی بیش از حد مانند تحریک پذیری، کاهش تمرکز و واکنشهای اغراق آمیز می باشد. ومعمولا باسایر اختلالات از قبیل اختلالات اضطرابی دیگر، اختلالات خلقی، افسردگی و سوء مصرف مواد همراه می شود.

از حیث تاریخی ، زیگموند فروید (۱۹۲۶- ۱۹۵۹) رویداد آسیب زا را به عنوان رویدادی تعریف می کند که در آن خطرات بیرونی ودرونی ، واقعی و غریزی یکی می شوند. بر این اساس ، تجربه ی خطر در محیط ، و تخمین میزان تهدید، میزان منابع درونی و حمایت بیرونی، نظیر حمایت سایرین و میزان در ماندگی و برگشت ناپذیری یک پارچه می شوند.

تر (۱۹۸۷) ادبیات مربوط به اسیب روانی کودکی و مطالعات خود را در مورد ربوده شدن بیست و شش بچه مدرسه ای ، که در اتوبوس مدرسه در چوچیلا کالیفرنیا در ۱۹۷۶ پنهان شده بودند، مورد نقد و بررسی قرار داد. او به تعریف فوق الذکر- زیگموند فروید و مورد اضافه شده ی انا فروید به این تعریف استناد کرد؛ به عبارت دیگر، از نظر آنا فروید یک آسیب، یعنی یک رویداد بیرونی با شدت کافی که باید رخ بدهد تعریف DSM- IV آسیب روانی زمانی رخ می دهد که یک تجربه ی بیرونی شدید، ناگهانی و غیر منتظره عملیات دفاعی و مقابله ای فرد را درهم مس شکند و احساس در ماندگی کامل ب وجود می آورد (تر ، ۱۹۸۷) آن چه را که تر عملیات مقابله ای و دفاعی فردی (به عبارت دیگر کنش وری من) می نامد تا حدی تحت تاثیر سرشت ، درونداد محیطی وتحول است؛ که فرایند ی تعاملی است که هردو را در بر می گیرد . خلاصه این که ادراک آسیب زا بودن چیزی با توجه به شرایط فرد ، نسبی است. توانایی فزاینده برای وساطت ، تامل، کنش وری نمادین و زبان همراه با رشد زیاد بدنی و وابستگی به مراقب همگام با تحول همگی در کاهش گسترده ی موارد تهدید کننده ی زندگی در طول زمان، موثر هستند.

این اختلالات شامل مواردی هستند که در آنها مواجه با یک سانحه[1] یا استرس ملاک واضح تشخیصی است ناراحتی روانی متعاقب سوانح یا حوادث استرس را میتواند بسیارمتنوع باشد. در بعضی موارد علائم در غالب اضطراب[2] یا ترس[3] قابل درک اند. با این وجود واضح است که بسیاری از افرادی که در معرض سوانح یا حوادث آسیب زا قرار می گیرند وضعیتی پیدا می کنند که بیش از آن که اضطراب یا زمینه ترس در آنها مشهود باشد ویژگی های بالینی عمده شان، فقدان احساس لذت[4]، ملال ، علائم برخاشگری و خشم برونی شده با علائم تجزیه ای است. از آنجا که این تظاهرات متنوع ناراحتی بالینی، همه به دنبال حوادث فاجعه آمیز و آزارنده بروز می کند اختلالات مزبور همگی تحت طبقه اختصاصی اختلال های مربوط به صانحه و عوامل استرس گروه بندی شده اند. (DSM-5 ،ترجمه رضاعی و همکاران، ۱۳۹۱).

[1] Abtion
[2] Anxcito
[3] ear
[4] Enhedonia

در سایر ویرایش های DSM اختلالات مرتبط با تروما در گروه اختلالات اضطرابی قرار داده شده بود. ولی در ویرایش جدید این منبع یعنی DSM به جهت تاکید بر سبب شناسی مشترک اختلالات به عنوان ملاک گروه بندی آنان، علاوه بر ان که اختلالات روانی ناشی از سوانح از اختلالات اضطرابی جدا گشته در طبقه بندی جدیدی موسوم به اختلالات مرتبط با تروما و استرس قرار گرفته دو اختلال دلبستگی مرضی کودکی نیز به آن افزوده شده است که در همه آنها آغاز سمپتوم ها با یک رویداد استرس آمیز و تروماتیک برابری می کند. این اختلالات عبارتند از: اختلال دلبستگی واکنشی، اختلال تعامل اجتماعی مهار گسسته، اختلال انطباقی، انطباقی، اختلال استرس حاد و اختلال استرس پس از ضربه که به اختصار به هریک از آنان پرداخته خواهد شد ولی با توجه به موضوعیت این نوشتار اختلال PTSD به شکل مبسوط تری بررسی می گردد.

اختلال دلبستگی وابستگی: نوزادان ذاتاً طوری برنامه ریزی شده اند تا با مراقبان اصلی خود دلبستگی به وجود آورند. دلبستگی عبارت است از فرایند یادگیری محبت ورزیدن و اعتماد کردن. گاهی دلبستگی تا اندازه زیادی با موفقیت انجام نمی شود زیرا والدین با مادری کنندگان به نوزاد توجه نمی کنند، از او غفلت می ورزند، با او بدرفتاری می کنندف ناگهان و بدون مقدمه او را تنها می گذارند با این که مراقبان به طور مرتب عوض می شوند. از ۳ ماهگی تا ۶ ماهگی همه این اتفاقات می توانند در نوزادان و خردسالان به شدت تاثیر بگذارند. وقتی نوزادان و کودکان بسیار خردسال فرصتی پیدا نمی کنند تا دلبستگی به وجود آورند به سازگاری بعدی آنها آسیب می رسد که اختلال دلبستگی واکنشی از جمله آنهاست. (گنجی، ۱۳۹۴)

اختلال دلبستگی واکنشی شیرخوارگی و اوائل کودکی با الگوی رفتارهای دلبستگی مختلف و از نظر رشدی نامتناسب مشخص می شود که در ان کودک ندرتا یا در حد ناچیزی برای تسلی، حمایت، حفاظت و تامین غذا ترجیحا به فرد مورد دلبستگی به خصوصی رجوع می کند. ویژگی اصلی فقدان یا رشد شدیداً ناکامی دلبستگی بین کودک و مراقب بزرگسال مربوط به اوست. به نظر می رسد کودکان مبتلا به اختلال دلبستگی واکنشی توانایی شکل دهی دلبستگی انتخابی را دارند با این وجود به دلیل محدود بودن فرصت ها طی رشد اولیه، قادر به نشان دادن تظاهرات رفتاری دلبستگی انتخابی نیستند. از این در مواقع ناراحتی؛ تلاش ثابتی برای کسب آسایش، حمایت، امنیت یا حفاظت توسط مراقب خود به عمل نمی آورند. از این گذشته کودکان مبتلا به این اختلال در چنین مواقعی واکنش چندانی به کوشش های مراقبین برای آرامش دادن به آنها نشان نمی دهند از اینرو این اختلال همراه با فقدان آرامش طلبی و واکنش به رفتارهای آرامش دهنده در حد مورد انتظار است، بدین لحاظ در کودکان مبتلا به اختلال دلبستگی وابستگی در طی ارتباطات معمول با مراقبین، تظاهرات هیجانی مثبت وجود ندارد. یا کاهش نشان میدهد. علاوه بر آن توانایی تنظیم هیجانات هم مختل است و حملاتی از هیجانات منفی از قبیل ترس، غمگینی[۱] یا تحریک پذیر[۲] غیرقابل توضیح هم مشاهده می گردد. عوامل خطر ساز برای این اختلال، غفلت شدید اجتماعی در حق کودک است که شرط ضروری برای تشخیص اختلال دلبستگی واکنشی می باشد که البته تنها عامل خطر این اختلال می باشد. در کودکان مبتلا معمولاً شرایط مسامحه اجتماعی در ماه های اولیه زندگی و حتی پیش از آن که اختلال تشخیص داده شود وجود دارد. (DSM-5 ، ترجمه رضاعی و همکاران، ۱۳۹۴).

اختلال تعامل اجتماعی مهار گسسته: ویژگی اصلی این اختلال رفتار بیش از حد خودمانی با افراد نسبتاً غریبه است که از لحاظ فرهنگی نامتناسب است. این رفتار بیش از حد خودمانی موجب نقض مرزهای اجتماعی مربوط به فرهنگ می شود. کودک تمایل به بیرون رفتن با بزرگسالان نا آشنا دارد و حتی در محیط های نا آشنا وقتی از مراقبین بزرگسال دور می شود برای اطمینان از حضور انان بر نمی گردد. در این اختلال نیز به مانند اختلال دلبستگی واکنشی بی توجهی و غفلت اجتماعی جدی یک ضرورت تشخیصی برای آن و تنها عامل خطر شناخته شده است. (DSM-5 ، ترجمه رضاعی و همکاران، ۱۳۹۴). به طور کلی در هر دو اختلال دلبستگی واکنشی و تعامل اجتماعی بی قید و بند گذشته مساله دار از لحاظ مراقبت و رسیدگی بزرگترها به کودکان و روابط اجتماعی کودکان به شکل بارزی وجود دارد. (گنجی، ۱۳۹۴). اختلالات سازگاری: در ویرایش های قبلی DSM اختلال سازگاری خود طبقه تشخیص جداگانه های داشت ولی در ویرایش پنجم (DSM-5) در طبقه اختلالت مرتبط با تروما قرار داده شده است. علامت اصلی اختلال سازگاری وجود علائم هیجانی یا رفتاری در پاسخ به یک عامل استرس قابل شناسایی است. عامل استرس ممکن است یک حادثه منفرد مثل ختم یک رابطه عشقی یا عوامل متعدد مثل مشکلات شغلی برجسته و مسائل زناشویی باشد. عوامل استرس ممکن است موقتی مثل رابطه با بحران های شغلی فصلی، روابط جنسی ناموفق و یا مداوم مثل یک بیماری دردناک دائمی یا افزایش ناتوانی، زندگی در یک محله مملو از جنایت باشند. عوامل استرس ممکن است یک فرد، کل یک خانواده یا یک گروه بزرگ یا جامعه را تحت تاثیر قرار داده باشند. بعضی عوامل استرس ممکن است همراه با حوادث مربوط به مراحل رشد، مثل رفتن به مدرسه، ترک خانه پدری، بازگشت به خانه پدری، ازدواج کردن، پدر یا مادر شدن، عدم

---

۱. Sad
۲. Irritability

دستیابی به اهداف شغلی و بازنشستگی باشند. به طور کلی افرادی که موقعیت زندگی نامساعدی دارند ودر معرض عوامل استرس بیشتری قرار دارند در خطر بالاتر اختلال سازگاری اند (DSM-5 ، ترجمه رضاعی و همکاران، ۱۳۹۴).

اختلال استرس حاد: نمای اصلی این اختلال ظهور علائم مشخصه ای است که سه روز تا یک ماه پس از مواجهه با یک یا چند حادثه آسیب را تداوم داشته باشند. حوادث آسیب زایی که مستقیماً تجربه می شوند شامل مواجهه با جنگ به عنوان یک نظامی یا غیرنظامی، تهاجم شخصی مبنی بر زور یا تهدید به آن مثل تعدی جنسی، حمله فیزیکی، دعوا، دزدی و جیب بری، تعدی جسمی و یا جنسی کودک، دزدیده شدن، گرگان گیری، حمله تروریستی،؛ شکنجه دادن، بلایای طبیعی مثل زلزله، طوفان، سقوط هواپیما و یا حوادث ساخت بشر مثل تصادفات وسائل نقلیه ، حوادث صنعتی میتوانند باشند. تظاهرات بالینی اختلال استرس حاد در افراد مختلف میتواند تفاوت داشت باشد ولی به طور معمول شامل یک واکنش اضطرابی است که بعضی شکل های تجربه مجدد و یا واکنش پذیری به حادثه آسیب زا را در بر دارد. در بعضی افراد یک تظاهر تجزیه ای یا گسستگی می تواند برجسته باشد. هرچند که این افراد معمولاً واکنش پذیری شدید هیجانی با فیزیولوژیک در پاسخ به یادآوری سانحه هم از خود نشان میدهند در سایر افراد ممکن است یک واکنش خشم شدیدی وجود د اشته باشد. (DSM-5 ، ترجمه رضاعی و همکاران، ۱۳۹۴). سه خوشه سمپتوم در DSM-IV به چهار خوشه سمپتوم در DSM-5 تقسیم شده اند و یک معیار سمپتوم خلقی-۰ عاطفی اضافه شده است:

سمپتوم مزاحمت: (مثلاً خاطرات مزاحم[1] رویاهای رنج آور[2] واکنش های برگشت به عقب[3]گسستگی، رنج شدید[4] و پاسخ فیزیولوژیک به محرک های جرقه زننده[5]

اجتناب: دایمی از خاطرات، افکار، یا احساس مرتبط با رویداد تروماتیک ، یا اجتناب از به یاد آورنده های خارجی (مثلاً بعضی مردم ، بعضی مکان ها)

تغییرات و تحریفات منفی ودایمی در شناخت ها و خلق: (مثلاً بی حسی عاطفی، تحریف های شناختی، دلگسستگی) گوش به زنگ شدید یا افزایش برانگیختگی: (مثلاً پرخاشگری، انفجارهای خشم، مشکلات خواب، مشکلاتی یا تمرکز حواس، رفتار بی احتیاط یا رفتار خود-مخرب)

علاوه بر ای بازبینی های انجام شده برای واضح تر شدن سمپتوم ها، سه سمپتوم جدید به معیارهای بالا اضافه شده است:

ـ شناخت های تحریف شده و دایمی که باعث می شوند فرد یا دیگران را مقصر بداند.

ـ حالت هیجانی منفی و دائمی (مثلاً ترس، وحشت، عذاب وجدان، شرم)

ـ رفتار بی احتیاط یا رفتار خود- تخریبی (گنجی، ۱۳۹۳).

رفتار درمانی شناختی (CBT) رویکردی در روان درمانی است که درمانی مبتنی بر گفتگوها است . خاستگاه رفتار درمانی شناختی، به پیدایش رفتار درمانی در اوایل دهه ۱۹۲۰، رشد و تحول شناخت درمانی در دهه ۱۹۶۰ وادغام شدن بعدی آنها با یکدیگر مربوط می شود. رفتار درمانی در سال های ۱۹۵۰ تا ۱۹۷۰ ، کاربرد گسترده ای یافت و نظریه یادگیری پاولف، واتسون و هال ، الهام بخش پژوهشگران در امریکا، انگلستان و افریقای جنوبی گردید.

شناخت درمانی با پیشگامانی چون آلیس و بک برابین فرض استوار است که رفتارهای ناسازگار و خلق یا عواطف و هیجان های مختل ، ناشی از الگوهای فکری غیر منطقی است که افکار خود- آیند ، نامیده می شوند. فرد، به جای واکنش نشان دادن به واقعیت شرایط موجود ، با دیدگاه های مختل خود نسبت به آن شرایط، پاسخ می دهد. برای مثال فردی صرفا به این دلیل که در امتحانی شکست خورده است یا نتوانسته است با کسی قرار ملاقات بگذارد؛ به این نتیجه می رسد که فرد ارزشمندی نیست. درمانگران شناختی ، در صدد هستند تا مراجعان خود رااز این الگوهای فکری تحریف شده یا تحریف های شناختی آگاه سازند و این الگوها را تغییر دهند(فرایندی که باز سازی شناختی نامیده می شود).

رفتار درمانی ،یا تغییر رفتار، به مراجعان آموزش می دهد تا الگوهای رفتاری سالم تر را جایگزین رفتارهای نامطلوب و نامناسب ، سازند. تاکید و تمرکز رفتار درمانی، برخلاف درمان های روان کاوانه ، بر کشف یا شناخت ، انگیزه های نا خودآگاه که ممکن است در ورای رفتارهای ناسازگارانه باشد، نیست.

---

[1] . Intrusive Memories
[2] . Distress Dreams
[3] . Flashback Reaction
[4] . Intense Distress
[5] . Triggers

رفتار درمانی شناختی، رویکرد باز سازی شناختی در شناخت درمانی را با روش های تغییر رفتار در رفتار درمانی ، ترکیب می‌کند. هدف رفتار درمانی شناختی ، این است که مراجعان کمک کند تا تغییرات مورد نظر خود را در زندگی شان، ایجاد کنند، بدین منظور رفتار درمانی شناختی ، افکار، فرضیه ها و باورهای ناسازگار یا غیر منطقی را مشخص می سازد که به عواطف و هیجان های تضعیف کننده منفی مربوط می شود. رفتار درمانی شناختی ، همچنین به تشخیص عدم دقت ، ناکارایی و عدم سودمندی این
الگوهای فکری می پردازد. این کار با رد کردن الگوهای شناختی تحریف شده صورت می گیرد و الگوهای واقع گرایانه تری جایگزین آنها می گرددکه خود – کمک کننده می باشد. مراجع همچنین ممکنن است دارای باورهای بنیادین اساسی باشد که طرحواره‌ها نامیده می شوند. این طرحواره ها مخدوش هستند و باید تغییر کنند. برای مثال، مراجعی که مبتلا به افسردگی است، از برقراری ارتباط اجتماعی با دیگران، اجتناب می کند و به دلیل انزواطلبی ، دچار مسایل و مشکلات عاطفی – هیجانی می گردد. هنگامی که علت این کار بررسی می‌شود، مراجع به درمانگر خود می گوید که از طرد شدن و چگونگی رفتار و گفتار دیگران نسبت به خودش، می ترسد، مراجع و درمانگر، پس از بررسی های بیشتر، به این نتیجه می رسند که ترس واقعی از طرد شدن نیز نمی‌باشد، بلکه ترس او مبتنی بر این باور است که فردی جالب و دوست داشتنی ، نیست. درمانگر ، سپس از مراجع می خواهد تا دوستان یا اعضایی از خانواده خود را نام ببرد که او را دوست دارند واز معاشرت با او لذت می برند . درمانگر به این ترتیب واقعیت اظهارات مراجع را مورد آزمون قرار می دهد. درمانگر نشان دادن اینکه دیگران برای او ارزش قائل هستند، مراجع را با غیر منطقی بودن باورهای خود مواجه می سازد و او را با الگوهای فکری نوین مجهز می کند تا الگوهای رفتاری قبلی خود را تغییر دهد. در این مورد، مراجع این الگوهای فکری را می آموزد که من آدم جالب و دوست داشتنی هستم؛ بنابراین نباید در یافتن دوستان جدید در موقعیت های اجتماعی ، مشکل داشته باشیم . اگر الگوهای شناختی غیر منطقی مراجع به حد کافی تغییر کند، رهایی از افسردگی به طور قابل ملاحظه ای صورت می گردد.
در جلسات اولیه درمانی، معمولا اصول مهم رفتار درمانی شناختی ، برای مراجع تبین می شود و روابط کاری مثبتی بین مراجع و درمانگر، برقرار می گردد. رفتار درمانی شناختی، رویکرد درمانی مشارکتی و مبتنی برعمل است. این نوع درمان به مراجع نقش فعالی در فرایند درمان می دهد و مانع وابستگی بیش از حد او به درمانگر، می گردد و بدین ترتیب به مراجع در درمان خود اختیارات بیشتری داده می شود. درمان نسبتا کوتاه مدت است و معمولا بیشتر از ۱۶ هفته طول نمی کشد. نتایج درمانی ، هم از طریق ائتلاف مثبت میان درمانگر و مراجع و هم از طریق روش های درمانی که در عمل مورد تایید واقع می‌شوند، افزایش می یابد . شواهد، نشان می دهد که ائتلاف درمانی مثبت ، کارایی روش های عملی نامیده شده را ، قوت می بخشد (رائو و گولد فرید، ۱۹۹۴) . شواهد، همچنین حاکی از این است که کاربرد روش های موثر به ائتلاف مثبت تر میان مراجع و درمانگر ، می انجامد(دی روبس، بروت من و گیبونز، ۲۰۰۵).
شناخت از مباحث عمده در زمینه رشد انسان تلقی می شود. این واژه مفهوم جامع و گسترده ای است و به فعالیت های ذهنی ای اطلاق می شود که در اکتساب، پردازش، سازمان بندی و استفاده از دانش دخالت دارد. واژه شناخت این فرایندهای عمده را بر می گیرد: کشف کردن، تغییر وتفسیر، رده بندی، به خاطر آوردن اطلاعات، ارزیابی مفاهیم، استنتاج اصول و استنباط قوانین، به تصور درآوردن امکانات، ایجاد راهبردها، خیالپردازی و رویا (ماسن، ۱۹۹۵؛ ترجمه ی یاسایی، ۱۳۷۰). کلمه ی شناخت در مفهوم بسیار کلی آن به همه فرایندها و مکانیسم هایی اطلاق می شود که تفکر را ممکن می سازند. محتویات و محصولات این فرایندها یعنی خود نیز از اجزاء شناخت محسوب می شود (بک، ۱۹۸۶؛ ترجمه گودرزی، ۱۳۸۰). رفتار واژه کلیدی دیگر در این پژوهش می باشد ساده ترین تعریفی که می توان از رفتار به دست داد این است که رفتار یعنی عملی که از فرد سر می زند یا سخنی که بر زبان می آورد، اما در روانشناسی رفتاری، این اصطلاح دقیق تعریف می شود: «هر فعالیتی که ارگانیسم انجام میدهد و به وسیله ارگانیسمی دیگر یا یک ابزار اندازه گیری قابل مشاهده یا ارزیابی است» (سیف، ۱۳۷۷). «شناخت درمانی یک سیستم روان درمانی است که می کوشد از طریق ایجاد تغییر در تفکر معیوب و باورهای ناسازگارانه ای که زیربنای واکنش های هیجانی را تشکیل می دهند، واکنش های هیجانی و رفتاری خود آسیب زننده را کاهش می دهند (کارول، ۱۹۸۵؛ ترجمه ی بخشی پور و محمدخانی، ۱۳۸۱). رفتار درمانی شناختی شامل روش های گوناگونی است که وجه مشترک همه آنها تاکید بر نقش فرایندهای شناختی و رفتاری در شکل گیری و تداوم اختلال های روانشناختی است در این رویکرد زمان با بهره گیری از شیوه های آزمایشی مبتنی بر رفتارگرایی و شناخت گرایی به درمان و بهبود الگوهای پاسخ دهی پرداخته می شود.
همچنین در رفتاردرمانی شناختی بر کاهش فراوانی و شدت پاسخ های سازش نیافته دمانجویان و آموزش مهارت های نوین شناختی و رفتاری در راستای کاهش رفتارهای ناخواسته و افزایش رفتارهای سازش یافته تر تاکید می شود (زارب، ۱۹۹۵؛ ترجمه ی افروز و علوی، ۱۳۷۴). درمان شناختی رفتاری یک درمان مشکل مدار است که تعاریف شناختی، اسنادی غلط و عزت نفس پایین را مورد توجه قرار میدهد. هدف درمان این است که نگرش های خود محکوم کننده را کاهش دهد اسنادی مثبت را افزایش داده و مهارت های قابله ای را

بهبود بخشد. به عبارت دیگر، درمان شناختی- رفتاری مداخله ای است که تغییرات رفتاری و هیجانی را به وسیله آموختن شیوه های جدید مقابله و شناخت افکار به شیوه ی مشکل مدارانه درفرد به وجود می آورد. (سادوک و سادوک، ۲۰۰۰).

۳ . روش شناسی تحقیق

نوع پژوهش حال حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون ـ پس آزمون با گروه کنترل میباشد.
بدین صورت که با تعیین گروه آزمایش و کنترل به شیوه ی تصادفی ساده، پیش آزمون بر روی هر دو گروه اجرا گردید. و پس از ۱۰ جلسه هفتگی مداخله درمان شناختی ـ فاصله رفتاری (CBT) برروی گروه آزمایش، تفاوت معنا داری آماری نتایج حاصل از اجرای پیش آزمون
ـ پس آزمون با استفاده از پرسش نامه تحقیق و بهره گیری از روش تحلیل واریانس مورد بررسی قرار گرفت.
ـ پرسشنامه ی مقیاس اختلال استرس پس از ضربه ی میسی سی پی مقیاس اختلال استرس پس از ضربه توسط کیان و همکاران (۱۹۸۸) تحول یافته است.
این مقیاس خود گزارشی است و برای ارزیابی شدت نشانههای اختلال استرس پس از ضربه به کار برده می شود. مقیاس اختلال استرس پس از ضربه ۳۵ آیتم دارد که در پنج گروه طبقه بندی می شود: تجربه مجدد، کناره گیری و کرختی، بیش انگیختگی، خود آزاری. سه تا از این موارد ارتباط خیلی نزدیک با ملاکهای DSM برای اختلال استرس پس از ضربه دارند. آزمودنی ها به این آیتم ها با یک مقیاس پنج درجه ای (غلط، بندرت درست، گاهی درست، خیلی درست و کاملا درست) پاسخ می دهد که این گزینه ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره گذاری می شود. دامنه کل نمرات یک فرد است از ۳۵ تا ۱۷۵.

مراحل طرح درمانی

مرحله ۱: جذب و انتخاب نمونه های مورد نیاز این پژوهش بر اساس ملاکهای ورود و خروج با توجه به موضوع پژوهش حاضر یعنی اثر بخشی درمان شناختی ـ رفتاری بر اختلال PTSD ناشی از تجاوز در درمان جویان پس از تعیین ملاکهای ورود به طرح :
الف) افراد دارای PTSD ناشی از تجاوز
ب) عدم ابتلا به سوء مصرف مواد
ج) فقدان بیماریهای عصبی ـ مغزی
د) عدم ابتلا به اختلالات روان پریشی
و) داشتن سکونت در استان البرز
ه) داشتن تحصیلات بالاتر از مقطع ابتدایی
و پس از اخذ مجوزهای لازم برای شروع طرح پژوهش از سوی مسئولین کلینیک سپس با جلب موافقت به شیوه ی حجم نمونه ی شرح آن رفته است شروع به جمع آوری نمونه گردید.
مرحله ۲: در این مرحله ۲۰ شرکت کننده ای که دارای ملاکهای حضور در طرح بودند به صورت تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری، آزمایش و کنترل جای داده شدند.
مرحله ۳ : اجرای پیش آزمون این مرحله با اجرای پرسشنامه ی مقیاس اختلال استرس پس از ضربه میسی سی پی بر هر دو گروه آزمایش و کنترل صورت پذیرفت.
مرحله ۴: اجرای فرایند درمان
در این مرحله شرکت کنندگان در دو گروه آزمایش در برنامه ۱۰ جلسه ای مطابق پروتکل درمانی توسط پژوهشگر و درمانگر مجرب و مسلط به درمان شناختی ـ رفتاری مورد تایید و توافق قرار گرفت وارد شدند و گروه کنترل هیچ نوع کار بندی ازمایشی را دریافت نکردند.
مرحله ۵- اجرای پس ازمون برای هر دو گروه ازمایش وکنترل و مقایسه نتایج
همان گونه که قبلا اشاره شد هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری(CBT) بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه(PTSD) در آسیب دیدگان تجاوز جنسی می باشد.
بعد از جمع آوری اطلاعات، دادههای پژوهش مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند و نتایج آن در دو بخش یافته های توصیفی و یافته های مربوط به فرضیه آمده است.

۴ . یافته های تحقیق

جدول ۴-۱: نتایج اطلاعات توصیفی گروه آزمایشی و کنترل

گروه	فراوانی	میانگین سن	تحصیلات						وضعیت تاهل					
			دیپلم		کارشناسی		ارشد		مجرد		متاهل		مطلقه	
			فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
آزمایشی	۱۰	۲۶/۸	۳	۳۰	۶	۶۰	۱	۱۰	۸	۸۰	۲	۲۰	۰	۰
کنترل	۱۰	۲۵/۹۲	۳	۳۰	۵	۵۰	۲	۲۰	۶	۶۰	۳	۳۰	۱	۱۰

همانطور که در جدول ۱-۴ مشاهده می شود میانگین سنی گروه آزمایشی(تحت درمان با روش CBT) ۲۶/۸ و میانگین گروه کنترل ۲۵/۹۲ سال بود. در هردو گروه ۳۰ درصد از افراد دارای مدرک تحصیلی دیپلم بودند، این در حالی است که در گروه تحت درمان ۶۰ درصد دارای تحصیلات کارشناسی و ۱۰ درصد کارشناسی ارشد بودند. از نظر وضعیت تاهل در گروه تحت درمان ۸۰ درصد مجرد و ۲۰ درصد متاهل بودند. همچنین در گروه کنترل ۶۰ درصد مجرد، ۳۰ درصد متاهل و ۱۰ درصد مطلقه بودند

جدول ۴-۲: میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون نمرات PTSD گروه آزمایشی و کنترل

گروه	آزمون ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایشی تحت درمان با CBT	پیش آزمون	۱۰	۱۳۱/۶۳	۸/۰۲
	پس آزمون	۱۰	۸۱/۳۳	۷/۹۵
کنترل	پیش آزمون	۱۰	۱۳۲/۳۶	۸/۰۴
	پس آزمون	۱۰	۱۳۳/۰۳	۸/۰۶

در جدول۲-۴ میانگین و انحراف معیار نمرات PTSD گروه آزمایشی(تحت درمان توسط روشCBT) و گروه کنترل آمده است. همانطور که ملاحظه می شود به ترتیب میانگین و انحراف معیار نمرات PTSD گروه تحت درمان توسط روش CBT در پیش آزمون ۱۳۱/۶۳ (۸/۰۲) و در پس آزمون ۸۱/۳۳ (۷/۹۵) می باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار نمرات گروه کنترل در پیش آزمون۱۳۲/۳۶ (۸/۰۴) و در پس آزمون ۱۳۳/۰۳ (۸/۰۶) می باشد.

همانطور که در جدول ۵-۴ مشاهده شد درمان شناختی رفتاری(CBT) بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه(PTSD) در آسیب دیدگان تجاوز جنسی تاثیر معنی داری دارد. بر این اساس فرضیه پژوهش تایید شد.

۵ . بحث و نتیجه گیری

در تبیین این نتیجه می توان گفت روش درمانی شناختی رفتاری (CBT) یکی ازمتداول ترین روش های درمان روانشناختی است. اثربخشی این نوع درمان برکاهش علائم ونشانه های بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه(PTSD) باعث شده که امروزه این روش درمانی، خط مقدم درمان PTSD باشد(بیسون، جی- ای ، ۲۰۰۷).

درمان شناختی رفتاری از نظریه شناختی بک (۱۹۶۴) گرفته شده وطی سالها شکل های گوناگونی از آن به وسیله نظریه پردازان برجسته مانند آلبرت الیس (۱۹۶۲)، لازاروس(۱۹۷۶) و آرنولد و میچینباوم(۱۹۷۷) گسترش یافته است. این درمان یک روش درمانی متشکل از دو رویکرد رفتار درمانی و درمان شناختی است که بخش عمده آن بر پایه اینجا و اکنون پایه ریزی شده و هدف آن این است که درمانجویان بتوانند تغییرات دلخواه را درزندگیشان پدیدآورند(وایت، ۲۰۰۰). این روش درمانی سازمان یافته و جهت بخش، مسئله مدار و در پی عوامل تداوم بخش مشکلات است، نه خاستگاه آنها (ویلیامز، ۱۹۸۴). از ویژگیهای این روش درمانی صرفه جویی در وقت و هزینه می باشد. همچنین در این روش امکان پسخوراند اعضای گروه از همدیگر وجود دارد که یکی از روش های مورد علاقه درمانگران به شمار می آید(کوری، ۱۹۹۶). می توان کاربرد تکالیف منزل و پایین بودن احتمال بازگشت را نیز بعنوان مزایای این روش نام برد(تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰)

برای درمان PTSD با این روش، بیمار در ابتدا می آموزد که با احساسات وتنش همراه باخاطرات چگونه کناربیاید؛ ازجمله این که شیوه هایی برای آرامش بخشیدن به جسم بیمار و تسکین دردی که احساس می کند به وی آموزش داده میشود. سپس درمانگر به بیمار کمک میکند با این خاطرات روبرو شود تا داستان اتفاقی را که روی داده دوباره تعریف کند. هرچقدر بیشتر این کار را

بکند از خاطرات آزاردهنده کمتر ناراحت می شود و بیمار بیشتر به آرامش میرسد .درنهایت، درمانگر شیوه هایی به بیمار می آموزد تا به کمک آنها افکار منفی بیمار تغییرکرده و مسائل زندگی خویش را سر وسامان دهد. در واقع در روش درمان شناختی رفتاری درمانگر با شناختهایی سر و کار داردکه در صورت تغییر، به تغییر هیجانات و رفتارها منجرمی شوند(جنینگس، اس.آ، ۲۰۰۸).

منابع

- اومدی، بهنام (۱۳۸۰)، تمایلات و رفتارهای جنسی انسان، تهران: نشر مؤلف.
- بک- آر، تی (۱۹۸۶)، درمان شناختی اعتیاد به مواد مخدر، محمدعلی گودرزی (۱۳۸۰)، شیراز. انتشارات راهگشا.
- رمضان نرگسی، رضا (۱۳۸۳)، تجاوز و بزه دیدگی زنان، فصلنامه کتاب زنان، شماره ۲۳، صص ۲۲-۲.
- کارلسون، کارن، جی، ترازیپون، استفانی، ایزنستات (۱۳۷۹)، بهداشت روانی زنان، مترجمین خدیجه ابوالمعالی و دیگران، تهران؛ نشر ساوالان.
- گنجی، مهدی (۱۳۹۴)، آسیب شناسی روانی براساس DSM-V ، تهران؛ نشر ساوالان.
- مرتضوی، نسرین (۱۳۷۶)، جایگاه زنان بزه دیده در قلمرو سیاست جنایی ایران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران، پردیس فارابی.
- نیکخو، محمدرضا (۱۳۸۱)، زندگی جنسی مردان، چاپ چهارم، تهران: انتشارات رشد.