

بررسی کودک آزاری در جامعه و آسیب های اجتماعی وارده بر پیرامون زندگی افراد

جلال ریزانه^۱، آصفه مصلحی^۲

^۱دکتری مدیریت آینده پژوهی استادیار گروه آینده پژوهی پژوهشگاه علوم و فرهنگ اسلامی

^۲فوق لیسانس روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، ایران

نویسنده مسئول:

جلال ریزانه

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در تنیدگی پس از سانحه و احساس گناه در افراد با تجربه ی آزار جنسی در کودکان بوده است. بر این اساس، دو نفر از افرادی که تجربه ی کودک آزاری را داشتند از سوی سازمان بهزیستی جهت شرکت در طرح معرفی شدند.

در این پژوهش از طرح پژوهش تک موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شد. نمونه این پژوهش، شامل دو نفر از افراد آزار دیده ی جنسی در بهزیستی بودند که به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف و در دسترس انتخاب شدند. مراجعان در مرحله پیش از درمان، حین درمان و دوره چهار هفتگی پس از درمان با استفاده از مقیاس اختلال تنیدگی پس از سانحه می سی پی و احساس گناه آیزنک ارزیابی شدند. داده ها به روش ترسیم دیداری و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند.

درمان فراشناختی به طور معناداری موجب کاهش نشانه های اختلال تنیدگی پس از سانحه و احساس گناه در مرحله پس از درمان و دوره پیگیری گردید. درصد بهبودی برای آزمودنی اول ۵۱/۰۷٪ و برای آزمودنی دوم ۶۰٪ در اختلال تنیدگی پس از سانحه و ۵۵٪ و ۵۴٪ به ترتیب برای آزمودنی اول و آزمودنی دوم در احساس گناه بوده است.

نتایج این دو آزمودنی حاکی از اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش نشانه های اختلال تنیدگی پس از سانحه و احساس گناه از کارایی لازم برخوردار بوده است.

کلیدواژه ها: کودک آزاری جنسی، درمان فراشناختی، اختلال تنیدگی پس از سانحه، احساس گناه.

۱-۱- مقدمه

آزاردیدگی جنسی کودکان نوعی از سوءاستفاده از کودکان است که در آن یک فرد بزرگسال یا یک نوجوان مسن تر از کودک، کودک را برای تحریک جنسی مورد آزاردیدگی قرار می دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶). کودک آزاری جنسی ممکن است در هر گروه فرهنگی، سنی و جنسیتی دیده می شود. براساس مطالعات انجام شده در جامعه آمریکا ۱۰ تا ۲۵ درصد دختران قبل از رسیدن به سن ۱۸ سالگی به شکلی قربانی سوء استفاده جنسی می شوند و در هر سال نزدیک ۹۰۰۰۰ کودک قربانی سوء استفاده جنسی شناسایی می شوند. سن قربانیان سوء استفاده جنسی از شیر خوارگی تا ۱۸ سالگی متفاوت است اما بیشترین دوره سنی که این مشکل در آن اتفاق می افتد بین سنین ۸ تا ۱۱ سالگی است و معمولاً سن متوسط قربانیان حدود ۹ سال است و به ترتیب حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد قربانیان سنین کمتر از ۸ و ۱۲ سال داشته اند. بر اساس برخی تحقیقات سوء استفاده جنسی از کودکان را می توان در تمام طبقات اجتماعی دید و منحصر به طبقه اجتماعی- تحصیلی خاصی نیست. در ایران مطالعه و تحقیق در مورد سوء استفاده جنسی از کودکان اندک است و در مورد شیوع این اختلال در ایران و مشخصات قربانیان و مهاجمان اطلاعات دقیق و رسمی یا علمی در دست نیست، با این حال شواهد نشان می دهد این مسأله از شیوع قابل توجهی برخوردار است و اکثر قربانیان را دختران تشکیل می دهد (محمودی قربانی، ۱۳۹۲).

علاوه بر این که آزار جنسی آثار مخرب فراوانی بر روان کودک می گذارد. گاه این افراد به دلیل احساس گناه، به خودشان صدمه می-زندند، نسبت به افراد هم جنس فرد سوء استفاده نگرش منفی پیدا می کنند و در برقراری ارتباط با آنها مشکل خواهد یافت، این کودکان خود را متفاوت و حقیرتر از دیگران می بینند (مانیگلیو^۱، ۲۰۱۱).

از نظر بالینی، آزار جنسی تأثیرات مهمی بر کودک دارد و بدون شک، وی را در بزرگسالی در زمینه برقراری ارتباط و کسب موفقیت و ثمر بخش بودن دچار اختلال می کند. علاوه بر رفتارهای جنسی نامتناسب، ظهور علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه، از مهمترین آسیب دیدگی های روانی ناشی از سوء رفتار جنسی است که در میان قربانیان آزار جنسی از شیوع قابل توجهی برخوردار است (محمودی قربانی، ۱۳۹۲).

بر این اساس همیشه و در همه حال، درمان همچنان یک سرمایه گذاری مثبت برای قربانیان است زیرا که بدون مداخله، کودک به روشنی در یک روند نزولی از منظر بهزیستی روان شناختی قرار خواهد گرفت.

۱-۲- بیان مساله

دوره کودکی از مهم ترین دوره های زندگی بشر است، شخصیت انسان در دوره کودکی شکل گرفته، این تحول در دوره های بعدی متکامل می گردد. بر طبق پژوهشی که در ایالات متحده آمریکا انجام شده مشخص شد که بیش از نیمی از کودکان و نوجوانان که حداقل یک حادثه ی آسیب زا مانند آزارهای جسمی دوره کودکی، آزار و اذیت های جنسی، قلدری، آسیب های جدی رانندگی، آتش سوزی و مرگ یک دوست صمیمی را تجربه کرده اند تقریباً یک چهارم آن ها علائم روان پزشکی قابل ملاحظه ای به ویژه علائم اختلال استرس پس از سانحه را نشان داده اند که مرتبط با آسیب تجربه شده می باشد (کیپلاند، ۲۰۰۷).

سوء استفاده جنسی از کودکان عبارت است از رفتار جنسی بین کودک و بزرگسال یا بین دو کودک، زمانی که یکی از آنها به طور بارزی از دیگری بزرگتر باشد و یا از زور و اجبار استفاده کند (فرد آزارگر و قربانی می توانند همجنس یا غیر همجنس باشند). آزار جنسی

ممکن است رفتارهایی را در برگیرد که در زمان طولانی یا فقط یکبار به وقوع پیوسته است. انواع لمس نامتناسب جنسی و بوسه های جنسی نیز جزء رفتارهای جنسی می باشد (گودیر براون^۱، ۲۰۱۲).

آزار جنسی طیف گسترده ای از رفتارها را در برمی گیرد. برخی از مصادیق این عمل به شرح ذیل است: اغوانمودن و یا اجبار کودک به وارد شدن در هر گونه رفتار جنسی غیر قانونی، استفاده و بهره کشی از کودک در فحشاء و دیگر رفتارهای جنسی غیر قانونی، استفاده از کودکان در تهیه مطالب هرزه نگاری و غیره (ایروانیان، ۱۳۹۲).

در واقع آزار دیدگی جنسی یک اختلال نیست، بلکه تجربه ای است که منجر به ایجاد اختلال می شود (برلایندر و ساندرز^۲، ۲۰۰۰). مطالعات همه گیر شناسی ثابت کرده اند که ۲۰ درصد زنان و ۱۰-۵ درصد مردان، نوعی از تماس جنسی ناخواسته را تا قبل از ۱۸ سالگی تجربه می کنند. آزار جنسی، تقاضای جنسی از فرد بدون در نظر گرفتن رضایت اوست و این امر در متنی رخ می دهد که مناسبات قدرت، نابرابر است (ماریاتیسن^۳، ۲۰۰۹). به عقیده ی فیتزجرالد^۴، آزار جنسی رفتاری است که سه بعد مرتبط، اما به لحاظ مفهومی متفاوت را در بر می گیرد که عبارتند از: آزار جنسیتی، توجه جنسی ناخواسته و اجبار جنسی (فیتزجرالد، ۱۹۹۷).

آزار جنسیتی دربرگیرنده دامنۀ وسیعی از رفتارهای شفاهی، فیزیکی و نمادین است که بیانگر محیطی خصومت آمیز، تنزل دهنده و همراه با نگرشهای اهانت آمیز است. چنین رفتارهایی ممکن است شامل اظهارنظرها یا ژستهای جنسی، نشان دادن چیزهایی با بار جنسی و رفتارهای مبتنی بر جنسیت، تهدید یا دشمنی باشند. توجه جنسی ناخواسته به رفتارهای شفاهی و غیرشفاهی که نامطلوب، اهانت آمیز و یک طرفه است اشاره دارد. اجبار جنسی به رفتارهایی که به شدت توسط کمیته فرصت های برابرشغلی منع شده است اشاره می کند؛ یعنی رفتارهایی که به وسیله اخاذی اشتراک جنسی، درازای ملاحظه های مرتبط با شغل، مشخص شده است (فیتزجرالد، ۲۰۰۹).

از نظر بالینی، آزار جنسی تأثیرات مهمی بر کودک دارد و بدون شک، وی را در بزرگسالی در زمینه برقراری ارتباط و کسب موفقیت و ثمر بخش بودن دچار اختلال می کند. ذکر این نکته مهم است که پژوهش ها و مطالعات بسیاری از ارتباط تجربه ی آزار و نشانه های اختلال استرس پس از سانحه را نشان داده اند. از نشانه های این اختلال می توان به ترس شدید، ترس از تکرار شدن سانحه که به صورت پیوسته جلو چشم شخص ظاهر می شد (فلش بک)، حالت آماده باش، ضربان قلب بالا، اختلال خواب، غم عمیق، دردهای عضلانی و احساس گناه نام برد (رتنر^۵، ۲۰۱۱).

۴۵ تا ۷۰ درصد کسانی که مورد آزار جنسی قرار می گیرند، علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه را به طور کامل نشان می دهند. پاسخ های عاطفی کودک در زمان وقوع حادثه شامل یکی از موارد ترس شدید، وحشت یا احساس بی کسی است. آثار به جای مانده، تجربه عاطفی- شناختی حادثه، اجتناب رفتاری و شناختی از رخداد و بر انگیزتگی خودبه خود همراه با از دست دادن علاقه به فعالیت های خوشایند و توقف عاطفی در فرد و از بین رفتن احساس صمیمت می باشد. همه این موارد منجر به نقص عمیق سلامت و تداخل برجسته در زندگی روزانه و اجتماعی و شغلی فرد می شود (بایور، پارپر و گیل^۱، ۲۰۰۶).

کودکانی که درگیر اختلال تنیدگی پس از سانحه می شوند با سه علامت اساسی تجربه مجدد خاطره دردناک، اجتناب از یادآوری اتفاقی که رویدادهاست و تنش جسمانی مواجه می شوند. کاهش پاسخ دهی به جهان خارج به شکل بی حسی هیجانی، حس کوتاه شدن آینده، اعتقاد به توانایی پیشگویی رویدادهای ناگوار، کابوسهای مکرر بدون یادآوری رخدادها، تروماتیک و رفتارهایی که کنش نمایی موقعیت تروماتیک است (ریسیک و همکاران^۲، ۲۰۱۲). گزارش هانشان می دهد ۱۱ درصد قربانیان تجاوز جنسی در دوهفته اول پس از واقعه نشانه های اختلال تنیدگی پس از سانحه را بروز داده، حدود ۱۸ درصد افراد علائم را تا ۳ ماه بعد و ۲۱ درصد ۱ تا ۴ سال بعد همچنان نشان می دهند (هایوجن، ایوکس و ویس^۳، ۲۰۱۳).

از سوی دیگر کودکان آزار دیده جنسی بعد از حادثه دچار احساس گناه می شوند. کسانی تجربه احساس گناه دارند که با رفتارشان به کسی آسیب زده باشند و رفتار خود را بد ادراک کنند. آنچه بعد از احساس گناه در فرد به وجود می آید، نوعی گرایش برای جبران و کم کردن خسارتهای ایجاد شده است (تنگی و دیرینگ^۴، ۲۰۰۹).

احساس گناه، خود تنبیهی دردناکی است که بر رفتار و عیوب شخصیتی تمرکز دارد (فیشر و اکسلاین^۵، ۲۰۰۶). در واقع انجام یک عمل اشتباه، ممکن است به افکار، احساسات و رفتارهای خود تخریبی منجر شود (ول، دیشیا و واکینی^۶، ۲۰۰۸). و زندگی در میان این احساسات اغلب باعث می شود خطا کار کمتر به خود ارزش و احترام بگذارد (دلیون^۷، ۲۰۰۱).

احساس گناه هیجان خودآگاهانه و اخلاقی است. این احساس، خود آگاهی هست زیرا شامل خودارزیابی از خود بوده و اخلاقیست به این دلیل که فرض می شود نقش کلیدی در تقویت رفتار اخلاقی دارد (تنگنودیرینگ، ۲۰۰۹). این احساس به دلیل اینکه پدیده درونی هستند (قابل مشاهده نیستند) به آسانی قابل ارزیابی و اندازه گیری نیست (لویسنون^۱، ۲۰۱۶).

عدم درمان، تداوم و تشدید علایم آزار جنسی در سه حوزه شناختی، رفتاری و عاطفی را به دنبال دارد. از اینرو، اهمیت بهبود اختلالات وسیع این کودکان با به کارگیری روش های درمانی مختلف بر کسی پوشیده نیست. یکی از راهبردهای درمانی که در درمان کودکان آزار جنسی به کار می رود، درمان فراشناختی است.

درمان فراشناختی پیشرفت جدیدی در درک علل مشکلات بهداشت روانی و درمان آن است. این رویکرد ابتدا در درمان اختلال اضطراب فراگیر استفاده شد و بعدها به عنوان یک رویکرد درمانی گسترش یافت. ولز نخستین کسی بود که الگوی فراشناخت را ارائه نمود. فراشناخت سازه ای است که به باورهای درباره تفکر و استراتژی های مورد استفاده برای تنظیم و کنترل تفکر اشاره می کند (ولز^۲، ۲۰۱۰). به نظر می رسد که اختلال تنیدگی پس از سانحه ناشی از سیستم پردازش فراشناختی معیوب و تفکرات منفی تکرارشونده این افراد باشد که سیکل معیوبی از افکار و باورهای فراشناختی منفی تکرارشونده را در فرد ایجاد می کند. ورود موضوع شناخت به درمان اختلالات هیجانی در قالب تکوین نظریه طرحواره به کارهای بک بازمی گردد (خدادای، ۱۳۹۳).

از آنجا که درپیشینه درمان های روانشناختی برای اختلال تنیدگی پس از سانحه، بیشتر به درمانهای مواجهه سازی و بازسازی شناختی پرداخته شده است، مطرح ساختن اثربخشی درمان فراشناختی برای این اختلال، سرآغاز مناسبی برای مطالعات در این زمینه خواهد بود. همچنین باتوجه به اینکه یافتن شیوه های درمانی کوتاه مدت کارا و مؤثر از جمله ضرورت پژوهش در حوزه درمان می باشد و شیوه های درمانی مبتنی بر مدل فراشناختی ولز جزء درمانهای کوتاه مدت به شمار می رود، انجام پژوهشی برای کارایی و اثربخشی این شیوه ی درمانی دارای اهمیت است. اگرچه منطق نظری درمان فراشناختی اختلال تنیدگی پس از سانحه قابل اهمیت است، اما مروری بر ادبیات پژوهش نشان می دهد که مطالعات اندکی در زمینه اثربخشی این مدل در درمان اختلال تنیدگی پس از سانحه به ویژه در افرادی که در کودکی قربانی این پدیده شده اند، انجام شده است. با توجه به این مساله و تحقیقات اندکی که در ایران در حوزه اثر بخشی مداخلات درمان فراشناختی که به آسیب های دوران کودکی و به طور خاص مسأله سوء استفاده جنسی از کودکان می پردازد، صورت گرفته است و بیشترین تمرکز پژوهش ها در این حوزه بررسی ویژگی های روان شناختی آزارگران بود و کمترین توجه به آسیب های روحی قربانیان داشته اند، بنابراین ضرورت لزوم بررسی های بیشتر در زمینه اثربخشی درمان مذکور با توجه به کوتاه مدت بودن این درمان؛ احساس می شود.

۳-۱- ضرورت و اهمیت پژوهش

هر چند به دست آوردن آمار قابل اتکایی در زمینه شیوع کودک آزاری جنسی میسر نیست، لکن برآورد سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد که ۲۰ درصد از زنان و ۵ تا ۱۰ درصد از مردان در کودکی مورد آزار جنسی قرار می گیرند. آثار مخرب و بسیار شدید این

نوع از کودک آزاری از یک سو و از سوی دیگر امتناع کودکان آزار دیده از افشای چنین وقایعی که اقدام به موقع برای درمان و رفع مخاطرات بعدی را غیر ممکن می کند و بر عمق این نوع خطر کودک آزاری می افزاید (مهدوی، ۱۳۹۰). قبح اجتماعی باعث شده که رقم سیاه جرایم جنسی بالا باشد و غالب کسانی که مورد تعرض قرار می گیرند از افشای تجاوز ابا دارند. در مورد اطفال رقم سیاه بالاتر است. اغلب آنان چنانچه در طفولیت مورد تعرض قرار گیرند، از بیان تجاوز ابا دارند و سعی در پوشاندن آن دارند.

سوء استفاده جنسی از کودکان پیامدهای مختلفی برای کودکان در بر دارد، از جمله پیامدهای ناشی از استفاده جنسی دوران کودکی می توان به افسردگی، ترس، اختلال های اضطرابی، اجتناب، علایم تجزیه ای، پرخاشگری، مشکلات جسمی، مشکلات رفتاری، بی اشتها، عصبی، اختلال در دلبستگی، مشکلات خواب، رفتار های آشفته جنسی نامتناسب با مرحله تحولی تأثیرات نورولوژیکی بر مغز و اختلال تنیدگی پس از سانحه اشاره کرد. لازم به ذکر است این پیامدها و علایم به صورت صرف تشخیص گذار نیستند و در کودکانی هم که قربانی سوء استفاده جنسی نشده اند ممکن است این علایم و رفتارها بروز کند (فیدر و رونان^۱، ۲۰۱۰).

یکی از اختلال ها و پیامدهای شایع در کودکانی که در معرض رویدادهای آسیب زا به ویژه سوء استفاده جنسی بوده اند، تنیدگی پس از سانحه است که درد و رنج روانی فراوانی را در زمان طولانی بر آنها تحمیل می کند. اختلال تنیدگی پس از سانحه به رغم شیوع بالا، کمتر مورد توجه درمانگران قرر گرفته و در بسیاری موارد که این اختلال شناسایی می شود یا شیوه های درمانی به کار رفته نامناسبند و یا به دلیل سن پایین کودک انجان مداخلات درمانی دشوار است (سیچ-اریکسون، مدلی، کندال و تیلور^۲، ۲۰۱۱).

علاوه بر این که آزار جنسی آثار مخرب فراوانی بر روان کودک می گذارد. گاه به دلیل احساس گناه، به خودشان صدمه می زنند، نسبت به افراد هم جنس فرد سوء استفاده نگرش منفی پیدا می کنند و در برقراری ارتباط با آنها مشکل خواهد یافت، این کودکان خود را متفاوت و حقیرتر از دیگران می بینند (مانیگلیو^۳، ۲۰۱۱). در این شرایط کودکان به صورت ناگهانی از دنیای کودکی به بزرگسالی می شوند، نمی توانند مانند بچه های دیگر با سرخوشی و شادی بازی کنند، دنیایشان کاملاً با دنیای بچه های دیگر فرق می کند. خشم ناشی از سوء استفاده جنسی، هیجانات منفی را در کودکان ایجاد کرده، باعث می شود او رفتار های نامناسبی از خود نشان دهد و یا به بزه کاری کشیده شود و یا در همه ارتباطاتشان نقش قربانی را بازی کنند (بارلو، دیوراند و استوارت^۴، ۲۰۰۸).

با توجه به مطالب بیان شده ضرورت انتخاب این گروه از کودکان این است که در جامعه امروز تعداد کودکانی که از آنها سوء استفاده جنسی می شود کم نیست و مشکلات رفتاری آنها چالش بزرگی برای خود، خانواده هایشان و جامعه ایجاد می کند، این گروه از کودکان اگر درمان نشوند در طی بحرانهای دوره نوجوانی دچار مشکلات بیشتری خواهند شد. بنابراین شناسایی زود هنگام این کودکان و طراحی برنامه های درمانی مناسب در پیشگیری از عود مشکلات آنها و پیامدهای آن مؤثر است. همچنین با توجه به اهمیت موضوع تاکنون به طور جدی به این مساله پرداخته نشده است و در مورد میزان و نحوه ی آزار جنسی، نوع محیط هایی که این اتفاق رخ می دهد، نوع

برخورد کودکان با این اتفاق اطلاعات زیادی در دسترس نمی باشد. بیشترین تمرکز بر شناسایی شخصیت افرادی که مرتکب آزار جنسی هستند می شود و تاکنون کمتر پژوهشی جهت درمان های موثر برای قربانیان به ویژه کودکان قربانی طرح ریزی شده است.

پیشینه های داخلی و خارجی

- نوروزی (۱۳۹۶)، طی پژوهشی با عنوان روابط ساختاری اندیشه پردازی خودکشی بر مبنای خودتخریب گری و تجارب ناخوشایند کودکی با نقش واسطه ای سرکوبگری عاطفی؛ بعد از ارزیابی معادلات ساختاری به این نتیجه رسید که متغیرهای تجارب ناخوشایند کودکی و خودتخریبی از طریق متغیر واسطه ای سرکوب گری عاطفی روابط معناداری با ایده پردازی خودکشی در بزرگسالی دارند. با توجه به نتایج این پژوهش می توان دریافت سرکوب گری عاطفی نقش واسطه ای قابل توجهی در تجارب ناخوشایند کودکی، خودتخریبی و ایده پردازی خودکشی داشته باشد.
- اسکندری (۱۳۹۵)، تحقیقی را با عنوان بررسی رابطه بین تجربه آزار در کودکی و تمایز یافتگی با رضایت جنسی در بین زنان و مردان شاغل در اداره آموزش و پرورش انجام داد و به این نتیجه رسید که بین تجربه آزار در کودکی و تمایز یافتگی با رضایت جنسی در زنان و مردان ارتباط معکوس وجود دارد. اما مولفه کودک آزاری جسمی با رضایت جنسی در زنان و مردان رابطه ای را نشان نداد. در زنان و مردان بین تمایز یافتگی و رضایت جنسی ارتباط معنی دار و مستقیم وجود داشت. در زنان ابعاد کودک آزاری جنسی و کودک آزاری عاطفی قادر به پیش بینی رضایت جنسی می باشد ولی در مردان ابعاد کودک آزاری جسمی و جنسی و کودک آزاری عاطفی قادر به پیش بینی رضایت جنسی می باشد. در زنان تنها بعد «واکنش پذیری عاطفی» قادر به پیش بینی رضایت جنسی می باشد اما در مردان ابعاد «واکنش پذیری عاطفی و هم آمیختگی با دیگران» قادر به پیش بینی رضایت جنسی می باشد.
- ابراهیمی قوام (۱۳۸۸)، در پژوهشی تحت عنوان بررسی ویژگی های روانی، رفتاری و اجتماعی قربانیان سوءاستفاده جنسی، انجام داد به این نتیجه رسید که دانش آموزانی که مورد آزار جنسی واقع شده بودند سطوح اضطراب مفرط، ابتلا به اختلالات اجتنابی و روان تنی در آزمودنی ها دیده شد، همچنین درجات پایین عزت نفس در این کودکان دیده شد.
- درگاهیان و همکاران (۱۳۹۰)، به بررسی "اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علائم افسردگی" پرداختند. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی با کاهش میزان نشخوار فکری، توجه معطوف به خود، باورهای فراشناختی منفی و مثبت در کاهش علائم افسردگی اساسی موثر است و تغییرات درمانی ایجاد شده در پیگیری دوماهه پایدار باقی می ماند.
- در پژوهش داوودی و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان "تاثیر درمان فراشناختی گروهی بر علایم افسردگی، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری در دانشجویان دختر دارای علایم افسردگی دانشگاه چمران" نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که تفاوت های معناداری بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ علائم افسردگی، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری وجود دارد.
- محرمی و همکاران (۱۳۹۵) در تحقیقی با عنوان "بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر احساس گناه و نشخوار فکری دانشجویان افسرده" دریافتند روش ها و تکنیک هایی مانند روش شناختی- رفتاری بر کاهش علایم احساس گناه و نشخوار فکری مبتلایان به افسردگی مفید و اثربخش است.
- جوکار (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان "بررسی رابطه معنویت و احساس شرم و گناه" نشان داد که معنویت، احساس گناه را به صورت مثبت و احساس شرم را به صورت منفی پیش بینی می کند.
- عطایی مغانلو (۱۳۹۳) در تحقیقی با عنوان "تاثیر درمان فعال سازی رفتاری مبتنی بر تغییر سبک زندگی بر افسردگی، بهزستی روان شناختی و احساس گناه در کودکان ۷ تا ۱۵ ساله مبتلا به دیابت" نشان داد که درمان فعال سازی رفتاری بر تغییر سبک زندگی کودکان دیابتی موثر بوده است.
- اعتماد و همکاران (۱۳۹۴) طی تحقیقی با عنوان "پیش بینی شادکامی بر مبنای احساس شرم و گناه: بررسی نقش تعدیل گری جنسیت" به این نتیجه رسیدند که شرم و احساس گناه به طور معنادار شادکامی را پیش بینی می کند و در بهزیستی افراد نقش موثری خواهد داشت. هیجانات اخلاقی آن دسته از هیجاناتی هستند که در رابطه با امر اخلاقی تعریف می شوند. به

بیان دیگر، این هیجانات به بهزیستی مربوط می شوند و در روابط اجتماعی شخص ریشه داشته و بر ارزشیابی ها و قضاوت های دوطرفه ی از خود و دیگران مبتنی می باشد همچنین تنظیم کننده رفتار اخلاقی و شکل دهنده ی نشانگان روان شناختی هستند.

- رضایی و خانجانی (۱۳۹۶)، در پژوهشی با عنوان "اثربخشی روش مداخله حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازسازی شناختی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش احساس گناه والدین کودکان با اختلال اتیسم" نتایج نشان دهنده ی این است که روش مداخله ی EMDR به طور معناداری موجب بهبود کیفیت زندگی و کاهش احساس گناه والدین دارای کودک اتستیک با عملکرد پایین می شود.
- رجبی (۱۳۹۱) با انجام تحقیقی به عنوان "مقایسه خشم و احساس گناه در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه با افراد عادی" دریافتند تفاوت در هر سه گروه معنا دار است و بین میزان احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و افراد مبتلا به MDD با افراد عادی تفاوت وجود داشت و این تفاوت در بین افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با افراد مبتلا به MDD معنا دار نبود.
- برجعلی و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیقی با عنوان "تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر روی نشانه های افسردگی، نشخوار فکری، باورهای فراشناختی و نشانه های روان پزشکی در بیماران با سابقه ی یک دوره ی افسردگی" به این نتیجه رسیدند که این درمان در قالب جلسات انفرادی، درمان مؤثری در بیماران افسرده با سابقه ی یک دوره قبلی باشد. با این حال، تأثیر آن بر عوامل واسطه و نگهدارنده آن (احساس گناه و فراشناخت) به اندازه تأثیر آن بر نشانگان افسردگی نیست.
- زارع (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان "اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی" یافته ها نشان می دهد که درمان فراشناختی در قالب جلسات انفرادی می تواند درمان مؤثری برای بیماران با تشخیص افسردگی باشد.
- ولز و سمی (۲۰۰۴) شش بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را با استفاده از طرح A-B با تکرار مستقیم و پیگیری درمان کردند. در همه موارد درمان با کاهش قابل توجهی در علائم استرس، اضطراب و افسردگی آسیب زا همراه بود. میزان متوسط بهبودی در علائم براساس مقیاس اثر رویدادها (IES)، 83% و براساس پرسش نامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا 69% بود. در پیگیری انجام شده (۳ و ۶ ماه) هیچ یک از بیماران واجد ملاک های اختلال استرس پس از سانحه نبودند.
- ولز، ولفرد و همکاران (۲۰۰۸)، در یک مطالعه آزمایشی بر روی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، 12 بیمار را به طور میانگین در 8/5 جلسه طبق طرح درمان فراشناخت درمان کردند. در این بررسی، بهبودی قابل توجه و به لحاظ آماری معنی دار در علائم استرس آسیب زا، اضطراب و افسردگی گزارش شد. در پیگیری شش ماهه، 89% بیماران براساس مقیاس IES بهبودی نسبی یا کامل نشان دادند.
- هم چنین کلبر و ولز (۲۰۰۸)، یک مطالعه آزمایشی کنترلش ده تصادفی در مورد اثربخشی درمان فراشناختی در اختلال استرس پس از سانحه انجام دادند. بر مبنای ارزیابی ملاک تغییر معنی دار بالینی، 80% بیماران در وضعیت درمان فراشناختی براساس مقیاس اثر رویدادها به طور کامل درمان شدند و 10% بیماران بهبودی قابل توجه پیدا کردند، در مقایسه با وضعیت لیست انتظار که تنها 10% بیماران نسبی یافتند و هیچ یک از افراد بهبودی کامل پیدا نکردند.
- در پژوهشی که توسط وکیلی (۱۳۹۲) صورت گرفت، به بررسی درمان فراشناختی بر اختلال استرس پس از سانحه پرداخته شد. ۶ بیمار در این پژوهش شرکت داشتند. نتایج نشان دهنده تأثیرات معنی دار برای هر شش بیمار بود.
- از سویی بخت آور، نشاط دوست، مولوی و بهرامی (۱۳۸۶) در پژوهشی به بررسی اثر بخشی درمان رفتاری فراشناختی بر کاهش میزان خودتنبیهی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان رفتاری فراشناختی در مهار علائم خودتنبیهی تأثیر معناداری دارد. میزان بهبودی این علائم در پس آزمون 52% و در پیگیری دو ماهه 50% بود. این مداخله بر ارتقای مهارت های انطباقی ناکارآمد و انعطاف پذیر از طریق فرایندهای رفتاری فراشناختی و تأثیر آن بر کاهش خودتنبیهی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تأکید می نماید.

- در یک فراتحلیل بر روی ۲۱۷ مطالعه در مورد برآورد شیوع سوء استفاده جنسی از کودکان که بر اساس جمع آوری داده ها از طریق فرایند خود- گزارشی توسط روبرتسون، هیومفریتس و ری (۲۰۱۱) انجام شد، نتایج نشان دهنده شیوع ۱۲/۷٪ تا ۱۸٪ در دختران و ۷/۶٪ در پسران بود که نشان دهنده سوء استفاده جنسی بیشتر از دختران در سرتاسر جهان است.
- هم چنین در یک فراتحلیل که توسط سیسمک، کاپلان، یوسال و یوکسل (۲۰۱۶) از ۶۵ مطالعه در مورد شیوع جهانی سوء استفاده جنسی از کودکان در ۲۲ کشور جهان نتیجه نشان دهنده شیوع ۱۹/۷٪ در زنان و ۷/۹٪ در مردان بود. در این تجزیه و تحلیل شیوع در قاره آسیا بین ۱۰/۱۵٪ تا ۲۳/۹۹٪ گزارش شد.
- آندرو، مری و ولف (۲۰۰۸) در پژوهشی که بر روی کودکان مورد آزار جنسی نشان داند کودکان قربانی به ترتیب ۱۰ و ۴۱ درصد ملاک های اختلال تنیدگی پس سانحه را نشان داده اند و سوء رفتار جنسی در آنها خطر رفتارهای جنسی منحرف و تعداد جرائم را افزایش داده است.
- زوهار و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعاتش در قربانیان سوء رفتار جنسی افسردگی، شرم و احساس حقارت را مشاهده کرده است.
- همچنین دباغی و بوالهاری (۲۰۱۰) نیز سابقه مشکلات هیجانی، استفاده از دفاع های نوروتیک و سطح بالای مواجهه با وقایع زندگی با طول مدت ناتوانی ناشی از اختلال استرس پس از سانحه را در پژوهش خود نشان دادند. در این مطالعه نیز مشاهده شد که بین اختلال تنیدگی پس سانحه با مشکلات رفتاری رابطه وجود دارد.
- ولادیوتیو، مارتین و ماک (۲۰۱۳) نشان داده اند آزار جنسی علاوه بر آسیب های جسمی کودک را به شب ادراری، اختلال در کنترل مدفوع و خود زنی مبتلا می کند.
- همچنین در یک مطالعه آزمایشی کنترل شده تصادفی کلبر و ولز (۲۰۱۰) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان فراشناختی براختلال تنیدگی پس از سانحه به این نتیجه رسیدند که مبنای ارزیابی ملاک تغییر معنی دار بالینی، ۸۰ درصد بیماران در وضعیت درمان فراشناختی براساس مقیاس اثر رویدادها به طور کامل درمان مقایسه با وضعیت لیست انتظار که تنها ۱۰ درصد بیماران بهبود نسبی یافتند و هیچ یک از افراد بهبودی کامل پیدا نکردند.
- عبدال پور، خانجانی، علیلو و فخاری (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه به این نتیجه رسیدند اثربخشی بالینی درمان فراشناخت در فرهنگی متفاوت از فرهنگ سازنده این پروتکل درمانی است. به طوری که این روش درمانی، در کاهش باورهای فراشناختی اختلال استرس پس از سانحه از کارائی لازم برخوردار است.
- عاشوری و همکاران (۱۳۹۳) در تحقیقی با عنوان "بررسی تاثیر فراشناخت درمانی بر میزان رضایت زناشویی زنان" نشان داده که فراشناخت درمانی به طور معناداری باعث افزایش رضایت زناشویی زنان شده است. نتایج قطعی نشان دهنده ی اهمیت توجه به مداخلات فراشناختی در افزایش رضایت زناشویی زنان بوده است.
- نجف آبادی و حیدری (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان "اثربخشی مشاوره با رویکرد فراشناختی در اضطراب امتحان دانش آموزان" به این نتایج دست یافتند که مداخله ی فراشناختی، با آگاه کردن افراد از سیستم پردازش فراشناختی و چالش با باورهای فراشناختی مثبت و منفی مربوط به نگرانی در کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان موثر می باشد.
- خرم دل و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیقی با عنوان "اثر درمان فراشناختی ولز بر درآمیختگی افکار بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری" به این نتیجه رسیدند که به کارگیری الگوی فراشناختی ولز در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری در کاهش علائم درآمیختگی افکار آنان موثر است.
- درخشان پور و همکاران در (۱۳۹۳) در تحقیقی با عنوان "فراوانی و عوامل خطر مرتبط با کودک آزاری در مراجعان به مراکز بهداشتی-درمانی شهری بندرعباس" نتیجه گیری کردند که کودک آزاری ناشی از عوامل مختلف می باشند. شناسایی این عوامل خطر، در برنامه ریزی مداخله های مناسب برای کاهش کودک آزاری مفید است. مراکز بهداشتی-درمانی به دلیل مراجعه ماهانه و منظم خانواده ها محل مناسبی برای شناسایی موارد کودک آزاری هستند.

۲-۳- طرح پژوهش

در این پژوهش از روش تحقیق از نوع تک موردی^۱ که آزمایش تک آزمودنی^۲ هم گفته می شود و از نوع آزمایش بالینی تک آزمودنی استفاده خواهد شد.

۳-۳- جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری کلیه افرادی که در کودکی مورد آزار جنسی در شهر سمنان قرار گرفته اند، تشکیل شده است. نمونه پژوهش دو نفر از مددجویان سازمان بهزیستی که سابقه ی آزار جنسی در کودکی را داشتند، براساس نمونه گیری مبتنی بر هدف و در دسترس انتخاب شدند. همچنین نمونه گیری در این پژوهش از نوع هدفمند و در دسترس بوده است.

ملاک هایی که برای نمونه گیری و ورود به جلسات درمان مدنظر قرار گرفت شامل:

۱- داشتن سلامت جسمانی بر اساس گزارش خانواده

۲- براساس پرسشنامه اختلال پس از سانحه می سی سی پی و احساس گناه آیزنک تشخیص اختلال تنیدگی پس از سانحه و احساس گناه داده شوند.

۳- داشتن حداقل سن ۱۴ سال

۴- پذیرش داوطلبانه آزمودنی جهت شرکت

نتیجه گیری

آزاردیدگی جنسی کودکان یک مشکل اجتماعی فراگیر است که هزینه های عاطفی و اقتصادی فراوانی در پی دارد. گرچه نشانه ها و علائم متعددی از آزاردیدگی جنسی از کودکان مورد شناسایی قرار گرفته است، اما این نکته حائز اهمیت است که تمامی مشکلات احتمالی مرتبط با آزاردیدگی جنسی از کودکان تا به حال مورد شناسایی و درمان قرار نگرفته اند. شواهد حاکی از این هستند که کودک آزاری جنسی در رشد و نمو شناختی ایجا مشکل می کند. برای مثال، تاخیر در رشد کلامی را که موجب مشکلات تحصیلی می شود را می توان نام برد.

فرضیه اول

درمان فراشناختی بر تنیدگی پس از سانحه در کودکان آزاردیده ی جنسی مؤثر است.

جهت بررسی فرضیه ی اول و بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر استرس پس از سانحه بعد از بررسی نمودارهای تغییرات در جلسات درمان و نمره ی درصد بهبودی استفاده شد. نتایج این تحلیل نشان داد که درمان فراشناختی جهت کاهش اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است. از این رو فرضیه ی اول پژوهش مبنی تاثیر درمان فراشناخت بر اختلال استرس پس از سانحه تایید می شود.

این نتایج در بعضی موارد همسو با یافته های مطالعات پیشین بود. مطابق معیارهای تشخیصی DSM-5، علائم تجربه مجدد، اجتناب، تغییرات خلقی و شناختی و برانگیختگی مفرط باید بیشتر از یک ماه ادامه یافته باشند تشخیص اختلال استرس پس از سانحه گذاشته می شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۵). بارلو و دوراند (۲۰۰۲)، علاوه بر سانحه و شدت آن، آسیب پذیری های بیولوژیکی و روان شناسی را در بحث سبب شناسی اختلال استرس پس از سانحه بیان می کنند. بنابراین افرادی که عضو خانواده ای بی ثبات هستند بیشتر از سایر افراد، احتمال ابتلا به اختلال استرس پس از سانحه را در صورت تجربه تروما دارند (کینگ و همکاران؛ به نقل از بارلو و دوراند، ۲۰۰۲).

درمان اختلال استرس پس از سانحه دو هدف عمده دارد: اولین هدف این است که از تجربه رویداد تروماتیک، تلاش شود تا از ایجاد اختلال استرس پس از سانحه در فرد پیشگیری به عمل آید. هدف دوم این است که، در صورت ایجاد اختلال استرس پس از سانحه، نشانه های آن درمان شود (ولز، ۱۳۹۰). ولز، ولفرد و همکاران (۲۰۰۸)، در یک مطالعه آزمایشی بر روی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، ۱۲ بیمار را به طور میانگین در ۸/۵ جلسه طبق طرح درمان فراشناخت درمان کردند.

در پژوهشی که توسط وکیلی (۱۳۹۲) صورت گرفت، به بررسی درمان فراشناختی بر اختلال استرس پس از سانحه پرداخته شد. ۶ بیمار در این پژوهش شرکت داشتند. نتایج نشان دهنده تاثیرات معنی دار برای هر شش بیمار بود. عبدال پور، خانجانی، علیلو و فخاری (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه به این نتیجه رسیدند که این روش درمانی، در کاهش باورهای فراشناختی اختلال استرس پس از سانحه از کارایی لازم برخوردار است.

همچنین سلیمی و همکاران (۱۳۹۳) در مطالعات خود به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی رویکرد نوپدیدي است که در درک و درمان اختلال های روانی مختلف به خصوص اختلال استرس پس از سانحه بسیار مؤثر است.

در این پژوهش برای سنجش اختلالات استرس پس از سانحه در طی دوره ی درمان و دوره ی پیگیری از آزمون می سی سی پی استفاده شده است. نتایج ارائه شده در فصل چهار و در جدول ۴-۲ درصد بهبودی برای کل بیماران ۵۵/۵۳ درصد و درصد بهبودی بعد از پیگیری ۵۷ درصد به دست آمده است و این نتایج به صورت دیداری و کاملاً مشخص در نمودار ۴-۲ نمایش داده شده است. براساس این نتایج درمان فراشناختی بر کاهش اختلالات استرس پس از سانحه مؤثر بوده است. نتایج این پژوهش با تحقیقات ولز، ولفرد و همکاران (۲۰۰۸)، علیلو و فخاری (۱۳۹۴) و هم چنین کلبر و ولز (۲۰۰۸) همسو می باشد.

بیشتر افراد در مواجهه با یک آسیب شدید ممکن است به فکر فرو روند و درباره ی اینکه شاید در آینده دوباره این اتفاق برای ایشان بیافتد نگران شوند. این تحلیل ها از طریق ارزیابی های فراشناختی مثبت و منفی می تواند تشدید و تداوم یابند. در تبیین اثربخشی

درمان فراشناخت بر اختلال استرس پس از سانحه می توان گفت که این درمان برخلاف درمان های شناختی- رفتاری به الگوها و سازوکارهایی که باعث تداوم نشانه ها و علائم اختلال استرس پس از سانحه می شوند توجه می کند. در نظریه ی فراشناخت تاکید بر عواملی است که تفکر را کنترل و وضعیت ذهن را تغییر می دهند. فراشناخت ها با ایجاد روش های غیرسودمند و ناسازگارانه فکر باعث حفظ هیجانات منفی و تداوم اختلالات روان شناختی می شوند. بنابراین در اختلال استرس پس از سانحه فرد در فرآیندهایی مثل اندیشناکی، توجه به تهدید، یا سرکوب افکار مرتبط با حادثه گیر خواهد کرد. این راهبردها با مانع شدن از پردازش هیجانی باعث تداوم علائم می شود و با تکرار پردازش منجر به اضطراب مداوم می گردد.

درمانگر برای مواجهه با این چالش بیمار این سوال کلیدی را از مراجع می پرسد: آیا واقعا حفظ توجه به تهدید باعث دفع حادثه ی آسیب زا خواهد شد؟

تقویت معایب و پیامدهای درگیری با این افکار به بیمار کمک می کند تا ببیند چگونگی توجه به تهدید چطور احساس خطر شدید را ایجاد می کند. به همین منظور از شخص خواسته می شود تا از راهبردهای توجه و هشاری نسبت به رویدادهای احتمالی خود را تغییر دهد. براساس نظر ولز باورهای فراشناختی و الگوهای تفکر در درمان مورد هدف می باشد، در نتیجه درمان فراشناختی با تاکید بر چالش کشیدن باورهای فراشناختی منفی و کاهش فرایندهای شناختی غیرسودمند توانسته است بر باورهای فراشناختی مبتلایان اثر بگذارد.

فرضیه دوم

درمان فراشناختی بر احساس گناه کودکان آزاردیده ی جنسی مؤثر است.

درخصوص بررسی فرضیه ی دوم و اثربخشی درمان فراشناختی در احساس گناه از بررسی نمودارهای تغییرات در جلسات درمان و نمره ی درصد بهبودی استفاده شد. نتایج این تحلیل نشان داد که درمان فراشناختی جهت کاهش احساس گناه در کودکان قربانی موثر است. از این رو فرضیه ی دوم پژوهش نیز مبنی بر تاثیر درمان فراشناخت در احساس گناه تایید می شود.

احساس گناه بالا ممکن است به بیماری های روانی مانند افسردگی حاد، خودکشی و بیماری های روانی دیگر ارتباط دارد(امین آبادی، دهقانی و خدایپناهی، ۱۳۹۰). مطالعه احساس گناه یک بخش مهم و کارکردی از روان شناسی است و آن را به عنوان "هیجان خودآگاه" می شناسند. احساس گناه یک وضعیت فکری نیست بلکه نوعی از حالات هیجانی است. در تفکر اسلامی، احساس گناه ناشی از ماندن شخص در موقعیت هنجارها و احکام یک نظام اخلاقی مقدس است(قاضی مرادی، ۱۳۹۴). ناپایداری و بی ثباتی خانوادگی یکی دیگر از عواملی است که باعث درک جهان به عنوان محلی غیرقابل کنترل و خطرناک در فرد می شود (چورپیتا و بارلو، ۱۹۹۸).

احساس گناه به عنوان نوعی سرپیچی از هنجارها و ارزش هایی که در گذشته وجود داشته اند تعریف می شود و باعث از بین رفتن اعتماد به نفس شخص می شود(اگان، ۲۰۱۱). احساس گناه از جمله هیجانات خودآگاه اخلاقی هستند که پس از یک خطای اخلاقی رخ می دهند و در سطوح فردی و ارتباطی، کارکرد ویژه ای دارند و از آن جهت که این هیجانات در پرورش رفتار اخلاقی نقش مهمی برعهده دارند در زمره هیجانات اخلاقی قرار می گیرند. بر اساس تحقیقات انجام شده به عمل آمده مشخص شد است که سبک های اسنادی در سرزنش خود دخیل هستند و با افسردگی و دیگر بیماری های روانی نیز مرتبط هستند(امین آبادی و همکاران، ۱۳۹۰).

در نظریه ی روان تحلیلی، این آموزش ها در سازه "فراخود" قرار دارد، که شامل پیام های درونی شده از مراجع قدرت و تصویر خودآرمانی شده است(کریستوفر و همکاران، ۲۰۰۰). یکی از واکنش های هیجانی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه احساس گناه عمیق می باشد که اولین بار در بازماندگان قتل عام نازی ها مورد توجه قرار گرفت و بعدها در موارد دیگر مانند قتل، زلزله، سیل و تجاوز مورد مشاهده قرار گرفت(صحراگرد، ۱۳۸۶). همچنین در تحقیق محرمی و همکاران(۱۳۹۵) با عنوان " بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر احساس گناه و نشخوار فکری دانشجویان افسرده" دریافتند روش ها و تکنیک هایی مانند روش شناختی- رفتاری بر کاهش علائم احساس گناه و نشخوار فکری مبتلایان به افسردگی مفید و اثربخش است. همچنین درگاهیان و همکاران (۱۳۹۰)، به بررسی "اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علائم افسردگی" پرداختند. نتایج نشان داد که درمان

فراشناختی با کاهش میزان نشخوار فکری، توجه معطوف به خود، باورهای فراشناختی منفی و مثبت در کاهش علائم افسردگی اساسی موثر است و تغییرات درمانی ایجاد شده در پیگیری دوماه پایدار باقی می ماند.

همچنین در پژوهش داوودی و همکاران (۱۳۹۰) با عنوان "تاثیر درمان فراشناختی گروهی بر علائم افسردگی، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری در دانشجویان دختر دارای علائم افسردگی دانشگاه چمران" نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که تفاوت های معناداری بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ علائم افسردگی، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری وجود دارد.

در این پژوهش برای ارزیابی و اندازه گیری احساس گناه از آزمون آیزنک استفاده شده است و در جدول ۴-۳ از فصل چهار نمره آزمودنی ها در سه مرحله پیش آزمون، مرحله درمان و پس آزمون آورده شده است. درصد بهبودی برای کل مراجعان ۵۴/۵ درصد قبل از پیگیری و ۵۹ درصد بعد از پیگیری به دست آمده است و این نشان دهنده ی این مساله است که درمان فراشناختی بر کاهش علائم احساس گناه موثر بوده است. نتایج این پژوهش با تحقیقات رضایی و خانجانی (۱۳۹۶) و زوهار و همکاران (۲۰۰۸) مطابقت دارد. نتایج درمان نشان می دهد که در مراحل انجام درمان فراشناختی نمره ی تمام آزمودنی ها در مقیاس احساس گناه کاهش یافته است و این یعنی که درمان فراشناختی بر کاهش احساس گناه موثر بوده است.

این درمان با تکنیک های متعدد از قبیل آموزش توجه، ذهن آگاهی گسلیده، تعویق انداختن نشخوار فکری تلاش دارد تا فرد را به این مساله که می تواند بر فرایندهای ذهنی خود نظارت و کنترل داشته باشد آگاه سازد.

در کل با توجه به تغییراتی که در هر دو آزمودنی دیده شد، می توان نتیجه گرفت درمان فراشناختی بر کاهش علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه و احساس گناه موثر است.

۲-۴-۵- پیشنهادات پژوهشی

۱- با توجه به مقدماتی بودن این پژوهش و موردی بودن طرح آن، قبل از تعمیم نتایج به پژوهش های بیشتری در این زمینه نیاز است.

۲- در پژوهش های بعدی به منظور جمع آوری داده ها از سایر روش ها مانند مصاحبه و مشاهده هم استفاده شود.

۳- پیگیری نتایج در یک دوره ی زمانی بلندمدت (۳ ماه و ۶ ماه) انجام گیرد.

۴- در بررسی های آینده به سایر متغیرهای روان شناختی و شخصیتی کودکان آزاردیده ی جنسی پرداخته شود.

۵- بررسی اثربخشی جلسات گروه درمانی فراشناختی در این نمونه ها

۶- در پژوهش های آتی از پسران این جامعه نیز استفاده شود تا تفاوت های احتمالی درمان در هر دو جنس مشخص گردد

۷- در درمان های آتی از نمونه ی کودکان آسیب دیده که حداکثر چند ماه از حادثه بر ایشان گذشته است استفاده شود.

۸- انتخاب نمونه های بیشتر و بزرگ تر جهت تعمیم پذیری بیشتر یافته ها

۹- بررسی و مقایسه ی اثربخشی درمان فراشناختی در کودکان آزاردیده ی جنسی در دو گروه کنترل و آزمایش انجام گیرد

۱۰- مقایسه ی اثربخشی درمان فراشناختی با درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی در جامعه ی مورد نظر انجام گیرد

منابع

منابع فارسی

- ابراهیمی قوام، صغری. (۱۳۸۸). بررسی ویژگی های روانی، رفتاری و اجتماعی قربانیان سوءاستفاده جنسی. مجموعه مقالات همایش کودکان و نوجوانان ایران. تهران: انتشارات بینا.
- اسد زاده، اینچه ناز؛ علیلو، مجید محمود. (۱۳۹۶). تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر علایم افسردگی و امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی، سال هشتم، شماره ۲۹، زمستان ۱۳۹۶: ۹۵-۶۹.
- اسکندری، سجاد. (۱۳۹۵). بررسی رابطه بین تجربه آزار در کودکی و تمایز یافتگی با رضایت جنسی در بین زنان و مردان شاغل در اداره آموزش و پرورش. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد روان شناسی. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه آزاد واحد مرودشت.
- اعتماد، جلیل؛ جوکار، بهرام؛ راهپیم، سمیرا. (۱۳۹۴). پیش بینی شادکامی بر مبنای احساس شرم و گناه: بررسی نقش تعدیل گری جنسیت. مطالعات روان شناختی، دانشگاه علوم تربیتی و روان شناختی الزهراء، سال یازدهم، شماره ۲: ۸۵-۶۷.
- امین آبادی، زهرا؛ دهقانی، محسن؛ خداپناهی، محمد کریم. (۱۳۹۰). بررسی ساختار عاملی و اعتبار یابی پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی، مجله علوم رفتاری، ۱۸، ۳۷۲-۳۶۵.
- بخت ور، عیسی؛ نشاط دوست، حمید رضا؛ مولوی، حسین؛ فاطمه، بهرامی. (۱۳۸۶). اثربخشی درمان رفتاری- فراشناختی در کاهش میزان خودتنبیهی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. تحقیقات علوم رفتاری، سال پنجم، شماره ۲.
- برجعلی، احمد؛ پروانه محمدخانی و حمید خانی. (۱۳۸۹). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر می تواند باعث روی نشانه های افسردگی، نشخوار فکری، باور های فراشناختی و نشانه های روان پزشکی باقیمانده در بیماران با سابقه یک دوره افسردگی: یک طرح مطالعه تک موردی. پایان نامه کارشناسی ارشد. تهران: دانشگاه علامه طباطبائی.
- برگر، کاتلین. (۱۳۸۸). روان شناسی رشد کودک و نوجوانان. ترجمه؛ اسماعیل سعدی پور. تهران: انتشارات دوران. چاپ اول.
- بوریسکو، جون. (۱۳۸۵). درس عشق، ترجمه ی تمدن، تهران: نشر البرز.
- بهادری، محمد حسین؛ جهان بخش، مرضیه؛ کجباف، محمد باقر؛ فرامرزی، سالار. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی و اعتماد شناختی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی. مجله روان شناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۳۳-۱: ۴۱.
- بیابان گرد، اسماعیل. (۱۳۸۱). تحلیلی بر فراشناخت و شناخت درمانی. تازه های علوم شناختی، سال ۴، شماره ۳۲-۴: ۳۹.
- پاپاوجو، کا. و ای. ولز. (۱۳۸۶). نظریه های جدید در اختلال افسردگی. ترجمه ی زهرا یوسفی، فاطمه بهرامی و مجید برکتین. اصفهان: ارکان دانش.
- جوکار، بهرام؛ کمالی، فاطمه. (۱۳۹۴). بررسی رابطه ی معنویت و احساس شرم و گناه. فصلنامه فرهنگ در دانشگاه اسلامی. سال پنجم، شماره اول، بهار ۱۳۹۴: ۲۱-۳.
- خرامین، شیرعلی؛ گرجی، راضیه؛ غلامزاده، سعید؛ امینی، کامروز. (۱۳۹۱). بررسی میزان شیوع اختلال پس از ضربه در قربانیان تجاوز به عنف مراجعه کننده به پزشکی قانونی در استان کهگیلویه و بویراحمد. مجله علمی پزشکی قانونی، سال هجدهم، شماره ۳-۲، تابستان و پاییز ۱۳۹۱: ۹۹-۱۰۵.

- خرم دل، کاظم؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ مولوی، حسین؛ امیری، شعله؛ بهرامی، فاطمه. (۱۳۸۹). اثر درمان فراشناختی ولز بر درآمیختگی افکار بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری. مجله اصول بهداشت روانی، سال دوازدهم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۹: ۹-۴۰۰.
- درخشان پور، فیروزه؛ حاجبی، احمد؛ احمدآبادی، زهره؛ صدیق، بیتا. (۱۳۹۳). فراوانی و عوامل خطر مرتبط با کودک آزاری در مراجعان به مراکز بهداشتی-درمانی شهری بندرعباس. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال بیستم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۳: ۲۱۳-۲۰۱.
- درگاهیان، ریحانه؛ محمدخانی، شهرام؛ حسنی، جعفر؛ شمس، جمال. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علائم افسردگی. مطالعات روان شناسی بالینی، سال اول، شماره ۳: ۱۰۳-۸۱.
- داودی، ایران؛ بساک نژاد، سودابه؛ حسنوندی، سودابه. (۱۳۹۰). باورهای فراشناختی و نشخوار فکری در دانشجویان دختر دارای علائم افسردگی دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد. اهواز: دانشگاه شهید چمران.
- راهب، غنچه؛ اقلیما، مصطفی؛ کمرودی، عباس؛ کفشگر، مجتبی. (۱۳۸۸). تاثیر روانی-اجتماعی کودک آزاری و نقش پلیس در پیشگیری از بروز آن. فصلنامه علمی-پژوهشی انتظام اجتماعی، سال اول، شماره دوم.
- رجبی، محمود؛ رسول، روشن؛ جمیلیان، حمیدرضا. (۱۳۹۱). مقایسه خشم و احساس گناه در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی و اختلال استرس پس از سانحه با افراد عادی. مجله روان شناسی بالینی و شخصیت، سال نوزدهم، شماره ۷، پاییز و زمستان ۱۳۹۱: ۵۲-۴۳.
- رجبی پور، محمد. (۱۳۸۷). مبانی پیشگیری اجتماعی از بزهکاری اطفال و نوجوانان. تهران: انتشارات منتهی، چاپ اول.
- رضایی، سعید؛ خانجانی، مهدی. (۱۳۹۶). اثربخشی روش مداخله حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازسازی شناختی بر بهبود کیفیت زندگی و کاهش احساس گناه والدین کودکان اختلال اتیسم. فصلنامه خانواده پژوهی، سال سیزدهم، شماره ۵۱، پاییز ۱۳۹۶: ۴۷۵-۴۶۱.
- رستمی، رضا؛ زارعی، جمیله؛ ضمیری نژاد، سمیه. (۱۳۸۸). بررسی سابقه سوءاستفاده در دوران کودکی معتادان مرد در مقایسه با جمعیت غیرمعتاد. چهارمین کنگره سراسری خانواده و سلامت جنسی. تهران: ایران.
- ستاری نجف آبادی، ریحانه؛ حیدری، حسن. (۱۳۹۳). اثربخشی مشاوره با رویکرد فراشناختی در اضطراب امتحان دانش آموزان. مجله علوم رفتاری، سال نهم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۴: ۲۷-۳۲.
- سلیمانی، پویا. (۱۳۸۹). کودک آزاری جنسی در قوانین ایران با نگاهی به اسناد بین المللی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی.
- سلیمی، سیدحسین؛ راه نجات، امیرمحسن؛ ربیعی، مهدی؛ فتحی آشتیانی، علی؛ دباغی، پرویز؛ دنیوی، وحید. (۱۳۹۳). مرورو تحلیلی بر درمان فراشناختی اختلال استرس پس از سانحه: یک مطالعه مروری نظام دار. فصلنامه پرستار و پزشک در رزم، شماره ۴۴: ۲۵-۳۸.
- شامبیانی، هوشنگ. (۱۳۸۵). بزهکاری اطفال و نوجوانان. تهران: انتشارات مجمع علمی و فرهنگی مجد ژوبین، چاپ چهاردهم.
- شعاع کاظمی، مهرانگیز. مومنی جاوید، مهرآور. (۱۳۹۱). آسیب های اجتماعی نوپدید: با تاکید بر تئوری های زیربنایی و راهکارهای مقابله ای. تهران: انتشارات آوای نور.
- شولتز، دوآن. (۱۳۸۷). نظریه های شخصیت، ترجمه: یحیی سیدمحمدی.

-صحراگرد، مهدی. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی درمان های آموزش آرام سازی بدون تنش همراه با بیوفیزیک و EMDR در جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. تهران: دانشگاه شاهد. دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی. پایان نامه ی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی.

-عاشوری، جمال؛ خالقی دهنوی، فرزانه؛ صفاریان، محمدرضا. (۱۳۹۳). بررسی تاثیر فراشناخت درمانی بر میزان رضایت زناشویی زنان. مجله زن و مطالعت خانواده. شماره ۲۴، تابستان ۱۳۹۳: ۵۳-۶۵.

-عبدل پور، قاسم؛ خانجانی، زینب؛ علی لو، مجید محمود. و فخاری، علی. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال تنیدگی پس از سانحه. مجله طنین سلامت، سال سوم، شماره ۴.

-عطایی مغاللو، وحید؛ عطایی مغاللو، رقیه. (۱۳۹۳). تأثیر درمان فعال سازی رفتاری مبتنی بر تغییر سبک زندگی بر افسردگی، بهزیستی روان شناختی و احساس گناه در کودکان ۷ تا ۱۵ ساله مبتلا به دیابت. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، سال چهاردهم، تیر ۱۳۹۴: ۳۳۸-۳۲۵.

-قاضی مرادی، حسن. (۱۳۹۴). در ستایش شرم، جامعه شناسی حس شرم در ایران. تهران: اختران.

-کاپلان و سادوک (۲۰۱۵). خلاصه روانپزشکی، ترجمه، گنجی (۱۳۹۴)، تهران: نشر ساوالان.

-کاپلان و سادوک (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی، ترجمه، رفیعی (۱۳۸۷)، تهران: ارجمند.

-گنجی، مهدی. (۱۳۹۳). آسیب شناسی روانی. جلد اول، تهران: نشر ساوالان.

-کشاورزبان، نرگس. (۱۳۸۷). مقایسه رابطه الگوهای فرزندپروری و کودک آزاری در کودکان عادی و کودکان دارای اختلال یادگیری. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی.

-محرمی، جعفر؛ صبحی فراملکی، ناصر؛ ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر احساس گناه و نشخوار فکری دانشجویان افسرده. فصلنامه مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی، سال بیستم، شماره ۴: ۴۸۷-۵۰۲.

-محمودی قزایی، جواد؛ زرگری نژاد، نرگس. و علیرضایی، محمد. (۱۳۹۳). درمان شناختی رفتاری معطوف به آسیب روانی و سوگ در کودکان و نوجوانان. تهران: مهربان نشر.

-محمودی قزایی، جواد. (۱۳۹۲). سوء استفاده جنسی از کودکان: روشهای پیشگیری از کودک آزاری ونحوه ی مواجهه با آن. تهران: قطره.

-محمودی قزایی، جواد. درخشان پور، فیروزه. ذاکری شهسواری، سمیرا. موسوی، شکوفه. ابراهیم پور، عزیزه. علیزادگان، شهرزاد. (۱۳۸۸). کودک آزاری و غفلت. تهران: انتشارات قطره.

منابع انگلیسی

- 1- Anoch, P. T. Jr., McCrae, R. R., Martin, Kallasmaa, T., & Realo, A. (2006). Personality development from adolescence through adulthood: Further cross-cultural comparisons of age differences. In V. J. Molfese & D. Molfese (Eds.), Temperament and personality development across the life span. pp. 235-252. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 2- Barlow, D. (2002). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. (2nd Ed). New York: Guilford Press.
- 3- Barlow D, Cuthbert B, Foa U, Hallam D, Lang P, Marks I, et al. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. Psychological Bull. 99(1):23-32.
- 4- Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. New York. International universities press.
- 5- Betina De Souza, M. (2011). An Existential Approach to Group Play Therapy with physically Abused Children A Dissertation Submitted to the Faculty of The Chicago School of Professional Psychology.
- 6- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behavior. British Journal of Psychiatry, 197, 20-27.

- 7- Borkovec, T.D., Robinson, E., Pruzinsky, T., Depree, J.A.(1983). Priliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. . Behavior Research Therapy,21, 9-16.
- 8- Chorpita,B.F., Barlow,D.H.(1998). The developmental of anneity. The role of control in early environment. Psychological bulletin,124(1),3-21.
- 9- Christian,CW., & Schwarz,DF.(2011).Chhild maltreatment and the transition to adult-based medical and mental healt care. Pediatrics, 127(1),139-45.
- 10- Colbear, J. & wells, A. (2010). Randomized controlled trail of metacognition therapy for posttraumatic stress disorder. Manuscript in preparation.
- 11- Cohen, J., & Mannarino, A.(2008). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children.
- 12- Colbear, J., & wells, A. (2008). Randomized controlled trail of metacognition therapy for posttraumatic stress disorder. Manuscript in preparation.
- 13- Dabbaghi, P. & Bolhari, J.(2010). [The effect of اختلال استرس پس از سانحه related to war on marital satisfaction mental health spouse and children's behavior problem]. Journal Ahwas Univercity,7(1):1-7.
- 14- Foote, B., Smolin, Y., Neft, D., & Lipschitz, D.(2008). Dissociative disorder & suicidality in psychiatric outpatients. Journal of Nervous and Mental Disorders, 196, 29-36.
- 15- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. Journal of Clinical Psychology Review 31.203-212.
- 16- Egan SJ, Wade TD, Shafran R. Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. J Clin Psych Review 2011; 31(2): 203-12.
- 17- Elklit, A.(2002). Victimization and اختلال استرس پس از سانحه in a Danish national youth probability sample. Journal of American Academia Child and Adolescent Psychiatry, 41(2), 174-181.
- 18- Freeman, D., Fowler, D.(2009). Routes to psychotic symptoms: Trauma, anxiety and psychosis-like experiences. Psychiatry Research, 169, 107-112.
- 19- Freeman, chris. (2006). Psychological and drug therapies for Postraumatic stress disorder. Psychiatriy,57, 231-237.
- 20- Hetzel, M. D., & McCanne, T. R.(2005). The roles of peritraumatic dissociation, child physical abuse, and child sexual abuse in the development of posttraumatic stress disorder and adult victimization. Child Abuse & Neglect, 29, 915-930.
- 21- Herschell, A.D., McNeil, C.B. (2005). Theoretical and empirical underpinnings of parentchild interaction therapy with child physical abuse populations. Education and Treatment of Children, 28, 142-162.
- 22- Kennedy, S. C., Kim, j. S., Tripodi, S. j., Brown, S. M., Gowdy, G.(2014).Does parent-child interaction therapy reduce future physical abuse ?: A meta-analyss. Research on Social. doi:10.1177/1049731514543024.
- 23- Kendall-Tackett, K., Meyers-Weyers-Williams, L., & Finkelhor, D.(1993). Impact of sexual abuse of children: A review and synthesis of recent empirical findings. Psychological Bulletin, 113, 164-180.
- 24- Lesson, F J., & Nixon, R D V. (2011). The Role of Children's Appraisals on Adjustment Following Psychological Maltreatment: A Pilot Study. J Abnorm Child Psychol. 39:759-771.
- 25- Levinson, C. A., Byrne, M., & Rodebaugh, T. L. (2016). Shame and guilt as shared vulnerability factors: 188- Shame, but not guilt, prospectively predicts both social anxiety and bulimic symptoms. Eating behaviors, 22, 193.
- 26- Li, N. Ahmad, S. Zabin, L (2012). Association between childhood sexual abuse and adverse psychological outcomes among youth in Taipei, J Adoles Health, 50, pp:45-51.
- 27- MacMillan, H. L., Tanaka, M., Duku, E.(2013). Child phycal and sexual abuse in a community sample of young adults. Results from the Ontario Child Health Study. Child Abuse Negl, 37, 14-21.
- 28- Marker, A. H., Shah, P. V., & Agha, Z. (2005). Child physical abuse prevalence, characteristics, predictors, and beliefs about parent-child violence in South Asian, Middle Eastern, East Asian, and Latina women in the United States. Journal of Interpersonal Violence, 20(11), 1406-1427.
- 29- Mandelli, L., Carli, V., Roy, A., Serretti, A., Sarchiapone, M. (2011). The influence of childhood trauma on the onset and repetition of suicidal behavior.
- 30- Maniglio R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. Acta Psychiatr Scand,124(1):30-41. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2010.01612.x PMID: 20946202.
- 31- Mckee, L., Colletti, C., Rakow, A., Jones,D.J., Forehad, R (2008). Parenting and chilf externalizing behaviors: Are the associatins Specific or diffuse? Aggression and violent Behavior, 13, 201-215.

- 32- Nachmias, M., Gunnar, M., Mangelsdorf, S., Parritz, R.H., Buss, K.(1996). Behavioral inhibition and stress reactivity: The moderating role of attachment security. *Child Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269-278.
- 33- Nolen-Hoeksema, S.; B.E. Wisco & S. Lyubomirsky (2008) "Rethinking Rumination". *Perspectives on Psychological Science*, 3 (5): 400-424.
- 34- Patterson, D., & Campbell, R.(2009). A comparative study of the prosecution of childhood sexual abuse cases: The contributory role of pediatric Forensic Nurse Martin, N. G. (2000). Early sexual abuse and lifetime psychopathology: A cotwin study: *Psychological Medicine*, 30, 41-52.
- 35- Penman, S.(2008). Youth victims of sexual assault: Using medical provider data to describe the nature and context of sexual crime perpetrated on youth victims. Boston, Massachusetts: Massachusetts Executive Office of Public Safety (EOPS) and Security Research and Policy Analysis Division.
- 36- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gomez-Benito, J.(2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student sample: A meta-analysis. *Clinical psychology Review*, 29, 328-338.
- 37- Rynolds M, Wells A.(1991). The thought control questionnaire psychometric properties in a clinical sample, and relationship with اختلال استرس پس از سانحه and depression. *Psychological Medicine*, 9: 1089-99.
- 38- Robertson, M.; Humphreys, L. & Ray, R. (2011). Psychological treatments for posttraumatic stress disorder: recommendations for the clinician based on a review of the literature. *Juoranal Psychiatr Pract.* 10(2):106-18.
- 39- Shapiro, F. (1998). EMDR manuals. Dhaka: Bangladesh.
- 40- Shapiro, F. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols and procedure. New York: Guilford press.
- 41- Shen, C. T. (2005). A study of the relationship between dual-violence families and child behavior. *Chinese Journal of Mental Health*, 18(1), 25-64.
- 42- Simşek, S.; Kaplan, I.; Uysal, C.; Yüksel, T. & Alaca, R. (2016). The Levels of Cortisol, Oxidative Stress, and DNA Damage in the Victims of Childhood Sexual Abuse: A Preliminary Study. *Juornal Child Sex Abus.* 2016;25(2):175-84.
- 43- Springer, K.w., Sheridan, j., Kuo, D., Carnes, M.(2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, 31, 517-530.
- 44- Sneddon, H., Iwaniec, D., & Stewart.(2010). Prevalence of Childhood Abuse in Mothers Taking Part in a Study of Parenting their own Children. *Child Abuse Review.* 19: 39-55.
- 45- Tracie, O., Harriet, L., MacMillan, MD., Tamara, Tamara, T., Kristene, C., jitender, S.(2014). Child abuse and mental disorders in Canada. *Canadian Medical Association or its licensors*, 10, 1-9.
- 46- Robertson, M.; Humphreys, L. & Ray, R. (2011). Psychological treatments for posttraumatic stress disorder: recommendations for the clinician based on a review of the literature. *Juoranal Psychiatr Pract.* 10(2):106-18.
- 47- Wells, A. (2010). Met cognitive therapy for anxiety and depression. New York: the Guilford Press.
- 48- Wells A, Welford M, King P, Papageorgiou C, Wisely J, Mendel E.(2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, (48): 429-434.
- 49- Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J, et al.(2008). Chronic اختلال استرس پس از سانحه treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(1):85-92.
- 50- Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J, et al.(2008). Chronic اختلال استرس پس از سانحه treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(1):85-92.
- 51- Wells A & Sembi S.(2004). Metacognitive therapy for اختلال استرس پس از سانحه: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(7): 365-377.
- 52- Wells, A., & Davies, M.I. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behavior Research and therapy*, 32: 871-878.
- 53- White, C.(2011). Childhood maltreatment is linked to recurrent depression. *BMJ.* 16, 343.
- 54- Vladutiu, C.J.; Martin, S.L. & Macy, R.J. (2013). College- or university-based sexual assault prevention programs: Review Washington: Department of Veterans Affairs.
- 55- Zohar, J. (2008). Juven-Wetzler A, Myers V, Fostick L. Post-traumatic stress disorder: facts and fiction. *Curr Opin Psychiatry*, 21(1):74-7. DOI:10.1097/YCO.0b013e3282f269ee PMID: 18281844.