

## بررسی اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش با حرکات چشم بر شرم و احساس گناه در زنان دارای تجربه سوءاستفاده جنسی دوران کودکی<sup>۱</sup>

### *The Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on Shame and Feeling of Guilt among Women with Sexual Abuse experience in Childhood*

Athar afshar

PhD student, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Masoud Shahbazi (Corresponding author)

Assistant professor, Department of Counseling, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran.

Email: Masoudshahbazi66@yahoo.com

Zabihollah Abbaspour

Associate professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

**Abstract**

**Aim:** The aim of this study was to investigate the effectiveness of EMDR on Shame and Feeling of Guilt among Women with Sexual Abuse experience in Childhood. **Method:** In this research, a single-case experimental design, type of non-concurrent multiple baseline designs was used. The statistical population consisted of all women with Sexual Abuse experience in Childhood referred to Ahvaz counseling centers. The sample research consisted of 3 women among women were selected according to the results of the PTSD Checklist (Weathers, 1993) with cut of point of 50 and with purposeful sampling method. To evaluate the Shame and Feeling of Guilt, the State Shame and Guilt Scale (SSGS) were used. The protocol of EMDR was carried out in three phases of basic lines, intervention, and follow-up. The data were analyzed using visual drawing, the reliable change index (RCI) and the formula of improvement percentage. **Results:** The findings indicated that in the treatment phase the women experienced 27.13% improvement in Shame and 26.19% in Feeling of Guilt. **Conclusion:** The research findings illustrated that EMDR is effective on the decreasing of shame and feeling of guilt of the women with childhood sexual abuse by recovering traumatic memories and gradually turning them into healthy cognitive and emotional schemas.

**Keywords:** Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Shame, Feeling of Guilt, Childhood Sexual Abuse.

اطهر افشار

دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

مسعود شهبازی (نویسنده مسئول)

استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجدسلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجدسلیمان، ایران.

Email: Masoudshahbazi66@yahoo.com

ذبیح اله عباسپور

استادیار، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

**چکیده**

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش با حرکات چشم بر شرم و احساس گناه در زنان دارای تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی انجام گرفت. روش: در این پژوهش از طرح آزمایش تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهم‌زمان استفاده شد. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان دارای تجربه سوءاستفاده جنسی دوران کودکی اهواز بود. نمونه پژوهش دربرگیرنده ۳ زن از زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره بود که طی فراخوانی معرفی و با توجه به نتایج چک لیست اختلال استرس پس از سانحه ویدز (۱۹۹۳) با نقطه برش ۵۰ و با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. برای سنجش شرم و احساس گناه از مقیاس حالت شرمساری و گناه مارشال (۱۹۹۵) استفاده شد. پروتکل درمان در سه مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری اجرا گردید. داده‌ها به روش‌های ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تجزیه و تحلیل گردید. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که آزمودنی‌ها در مرحله درمان در شرم (۲۷/۱۳٪) و احساس گناه (۲۶/۱۹٪) بهبود را تجربه کردند. نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش بیانگر این است که این درمان از طریق بازبانی خاطرات تروماتیک و تبدیل تدریجی آنها به طرح‌واره‌های شناختی و هیجانی سالم به کاهش شرم و احساس گناه زنان قربانی سوءاستفاده جنسی دوران کودکی کمک می‌کند.

**کلمات کلیدی:** درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش با حرکات چشم، شرم، احساس گناه، سوءاستفاده جنسی، دوران کودکی.

<sup>۱</sup> مقاله مستخرج از پایان نامه دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می‌باشد.

## مقدمه

سوءاستفاده جنسی کودکان در سراسر جهان مشکلی رایج است، اگر چه عوامل متعددی مانع برآوردهای معتبری از فراوانی و چگونگی آن می‌شوند (مورای، گویان و کوهن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). پژوهشگران در مطالعات خود از تعاریف مختلفی برای سوء استفاده جنسی از کودک (به عنوان مثال محدودیت سنی و انواع رفتارهای سوءاستفاده) استفاده می‌کنند که ممکن است منجر به محدود شدن برآورد دقیق فراوانی آن شود (کولانگلو و کیف-کوپرمن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲؛ مورای و همکاران، ۲۰۱۴). تأثیرات آسیب‌زای سوء استفاده جنسی از کودک با توجه به درصد نامعلومی از مواردی که هرگز گزارش نمی‌شوند بسیار زیاد است. براساس مطالعاتی که در گذشته انجام شده است، کانتون-کورتس، کانتون، جاستیکا و کورتس<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) اظهار داشتند که بیش از ۹۰ درصد از قربانیان سوء استفاده جنسی در دوران کودکی هیچ‌گونه حمایت اجتماعی دریافت نکرده‌اند (گنزالز<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷).

قربانیان سوءاستفاده جنسی دوران کودکی، اغلب خود را به خاطر تجارب گذشته مورد سرزنش قرار می‌دهند و نمی‌توانند بر پیامدهای رفتاری، هیجانی و روان‌شناختی ناشی از آن غلبه کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان معمولاً معنای سوءاستفاده جنسی را نمی‌دانند و در نتیجه در مقابل آن آسیب‌پذیر هستند. زمانی که افراد معنای سوءاستفاده جنسی را درک می‌کنند و در حال پردازش اتفاقات پیش آمده در گذشته‌ی خود هستند متوجه می‌شوند که چه چیزی را تجربه کرده‌اند. این تشخیص و درک تروما با مشکلات اجتماعی، روان‌شناختی و هیجانی به‌طور معناداری مرتبط است و تغییرات چشمگیری را در رشد فرد ایجاد می‌کند. به علاوه، موجب شکل‌گیری طرح‌واره‌های منفی و ناسازگار خواهد شد. این افراد توانایی اعتماد به دیگران را از دست می‌دهند و خود را بریده و جدا از جامعه و دیگران تصور می‌کنند (آلبرت، براون و کورتویس<sup>۵</sup>، ۱۹۹۸؛ جانسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳؛ جنسن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹؛ لی‌باورن، ۲۰۱۰). از آنجایی که سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی اغلب توسط افراد آشنا و محارم صورت می‌گیرد و فرد سوءاستفاده‌گر مورد اعتماد کودک است، کودک آسیب شدیدتری را متحمل می‌شود و این امر توانایی اعتماد و برقراری روابط صمیمانه را در بزرگسالی نشانه می‌گیرد (جونز-اسمیت<sup>۸</sup>، ۲۰۱۸؛ سینانان<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵؛ گومز، کاهلر و فرید<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۴).

یکی از هیجان‌های مرتبط با تجربه سوء استفاده جنسی شرم است. شرم یک هیجان قدرتمند، خودآگاه و چندبعدی است که موجب تمایل فرد به پنهان کردن خود و پنهان کردن احساساتش دارد و اغلب با احساس پست و بی‌ارزش بودن و عدم جذابیت اجتماعی همراه است. به علاوه، شرم با هیجان‌ات اولیه‌ای نظیر اضطراب، خشم و همچنین با علائم اختلالات روان‌شناختی ارتباط دارد (گیلبرت<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۸؛ کیم، تیبودئو و جورگنسن<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۱؛ ایرونز و

<sup>1</sup> - Murray, Nguyen, & Cohen

<sup>2</sup> - Colangelo & Keefe-Cooperman

<sup>3</sup> - Cantón-Cortés, Cantón, Justicia, & Cortés

<sup>4</sup> -Gonzalez

<sup>5</sup> - Alpert, Brown, & Courtois

<sup>6</sup> - Johnson

<sup>7</sup> - Jesness

<sup>8</sup> -Jones-Smith

<sup>9</sup> -Sinanan

<sup>10</sup> - Gómez, Kaehler, & Freyd

<sup>11</sup> - Gilbert

<sup>12</sup> - Kim, Thibodeau & Jorgensen

لاد<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). مطالعات متعددی در این زمینه نشان داده‌اند که هیجانی نظیر شرم با علائم اختلال استرس پس از سانحه مرتبط است. برای مثال، نتایج پژوهش‌ها حاکی از این بوده افرادی که علائم اختلال استرس پس از سانحه را تجربه می‌کنند سطوح بالایی از شرم را نیز گزارش می‌دهند (هولمز، گری و یانگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵؛ گری، هولمز و بروین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱؛ دورهی، کوری، شانون، وب، مک درموت، رایان و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳).

هارمن و لی<sup>۵</sup> (۲۰۱۰) دریافته‌اند که شرم و خودسرزنی با بروز تروما و تجربه آن مرتبط است. فرض بر این است که ارزیابی منفی از خود، شرم و سایر مشکلات مربوط به تجربه تروما را پایدار نگه می‌دارد. به علاوه، سطوح بالای شرم موجب کاهش قوت قلب و آرامش و همچنین عدم مدیریت خود می‌شود. مهم‌تر از آن پژوهش‌ها نشان داده است که هیجان شرم فرد را در معرض اضطراب قرار می‌دهد و واکنش‌های اجتنابی را برمی‌انگیزد (بویر، والیس و لی<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴؛ ادشید<sup>۷</sup>، ۲۰۰۰؛ ایرونز و لاد، ۲۰۱۷).

افزون بر آن، مدلی در ارتباط با حوادث تروماتیک و احساس گناه نیز نشان می‌دهد ارزیابی که فرد پس از حادثه تروماتیک از خود دارد می‌تواند دامنه علائم اختلال استرس پس از سانحه را گسترش دهد. چهار عامل شناختی وجود دارند که منجر به احساس گناه پس از حوادث تروماتیک می‌شود و شامل تخلف از استانداردهای شخصی، ادراک مسئولیت‌پذیری و توانایی پیشگیری از بروز حادثه، فقدان توجیه و دلیل مناسب برای بروز حادثه و باور اشتباه در مورد پیشایندها و سوگیری در مورد آنها هستند (کوبانی و مانک<sup>۸</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از باب و لومن<sup>۹</sup>، ۲۰۱۷). با این حال، احساس گناه رابطه تنگاتنگی با طرح‌واره‌های اساسی فرد در مورد خود و دیگران دارد. زمانی که اطلاعات مربوط به تروما با طرح‌واره‌ها منطبق باشند در نتیجه روبرو با آسیب‌زا می‌تواند منجر به فعال شدن احساس گناه شود (باب و لومن، ۲۰۱۷).

از آنجا که تجربه سوءاستفاده جنسی از کودک می‌تواند در بزرگسالی مشکلات شدید روانی را برای قربانیان به همراه داشته باشد، مهم است که درمان‌هایی که توانایی از بین بردن نشانه‌های حاصل از آسیب و تروما را دارند شناسایی شود (کلری و هانگرفورد<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۵). رویکرد درمانی که اخیراً در ارتباط با درمان تجارب تروماتیک مورد استفاده قرار گرفته حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم<sup>۱۱</sup> است. حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم یک شکل از روان‌درمانی است که در درمان علائم اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است (چن، هانگ، تسای، چو،

<sup>1</sup> - Irons & Lad

<sup>2</sup> - Holmes, Grey, & Young

<sup>3</sup> - Brewin

<sup>4</sup> - Dorahy, Corry, Shannon, Webb, McDermott, Ryan & et al

<sup>5</sup> - Harman & Lee

<sup>6</sup> - Bowyer, Wallis, & Lee

<sup>7</sup> - Adshead

<sup>8</sup> - Kubany & Manke

<sup>9</sup> - Bub & Lommen

<sup>10</sup> - Cleary & Hungerford

<sup>11</sup> - Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

چونگ، چن و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). بعضی شواهد نشان می‌دهد که این درمان همچنین می‌تواند درمان مؤثر برای اختلالات روانی باشد که در اثر تجربه تروماتیک سوء استفاده جنسی کودک ناشی شده‌اند (پیلور و رویال<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶).

پژوهش‌ها اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم را در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه، که اغلب شامل اضطراب و افسردگی هستند، تأیید می‌کنند؛ اگر چه تاکنون تأثیر این روش درمانی بر زنان قربانی سوء استفاده جنسی دوران کودکی مورد بررسی کامل قرار نگرفته است (پیلور و رویال، ۲۰۱۶). رویکرد حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم توسط شاپیرو<sup>۳</sup> در سال ۱۹۸۹ ایجاد شده و از حرکات چشم جهت حساسیت‌زدایی استفاده می‌کند که توسط درمانگر در طول جلسات درمان انجام می‌شود (شاپیرو، ۲۰۱۴).

حرکات چشم همزمان با در معرض خاطرات تروماتیک قرار گرفتن مراجع انجام می‌شود که دسترسی به خاطرات ذخیره شده و حساسیت‌زدایی اضطراب حاصل از آن را تسهیل می‌کند. درمانگران از حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم جهت یاری به مراجع برای بازیابی خاطرات تروماتیک خود و تبدیل تدریجی آنها را به طرح‌واره‌های شناختی و هیجانی سالم استفاده می‌کنند (چن و همکاران، ۲۰۱۴). اگر چه اثربخشی حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم در درمان اختلال استرس پس از سانحه و علائم مرتبط با آن به اثبات رسیده است، حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم اغلب به بیماران کمک می‌کند تا پیامدهای مثبت را در دوره‌های درمانی کوتاه‌تر و از طریق استفاده از روش‌های پیچیده‌تر درمانی (شاپیرو، ۲۰۱۴) دریافت کنند. درک اینکه چگونه حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم روی زنان قربانی سوء استفاده جنسی دوران کودکی تأثیر می‌گذارد، در تعیین مناسب بودن این روش درمانی به عنوان شیوه درمان برای این جمعیت اهمیت دارد (پیلور و رویال، ۲۰۱۶).

صرف نظر از ویژگی‌های خاص سوء استفاده جنسی از کودک، تجربه این تروما باعث افزایش خطر ابتلا به اختلالات روانی خواهد شد (مانیگیو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳؛ پرز-فونتز، اولسون، ویلگاس، مورکیلو، وانگ و بلانکو<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). بنابراین شناسایی درمان مؤثر برای اثرات روان‌شناختی بلندمدت سوء استفاده جنسی از کودک، یکی از اهداف مهم پژوهش است (کلری و هانگرفورد، ۲۰۱۵). درمانگران باید درمان‌های روان‌شناختی را برای قربانیان بزرگسال سوء استفاده جنسی در دوران کودکی شناسایی کنند که در اثر این تجربه به مشکلات روان‌شناختی متعددی مانند اضطراب، افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه مبتلا می‌شوند (جونز-اسمیت، ۲۰۱۸). هدف از مطالعه حاضر، کمک به پژوهش در مورد اثربخشی رویکرد حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم با بررسی اثر آن در زنان قربانی سوء استفاده جنسی دوران کودکی است. یافته‌های این مطالعه می‌تواند برای درمانگران و زنان قربانی سوء استفاده جنسی دوران کودکی مفید باشد. بر این اساس سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا درمان متمرکز بر شفقت و درمان

<sup>1</sup> - Chen, Hung, Tsai, Chu, Chung, Chen & et al

<sup>2</sup> - Paylor & Royal

<sup>3</sup> - Shapiro

<sup>4</sup> - Maniglio

<sup>5</sup> - Pérez-Fuentes, Olfson, Villegas, Morcillo, Wang, & Blanco

حساسیت‌زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم بر کاهش شرم، احساس گناه و ترس از صمیمیت زنان دارای تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی تأثیر دارند؟

#### روش

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی تک موردی<sup>۱</sup>، از نوع طرح‌های خط پایه چندگانه ناهمزمان<sup>۲</sup> (گال، بورگ و گال<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵) استفاده شده است. دلیل استفاده از این طرح این است که این نوع طرح‌ها، ابزار مناسبی برای کارهای عملی-بالینی در تعیین اثربخشی مدل‌های درمانی بالینی است (هیز، بارلو و نلسون-گرای<sup>۴</sup>، ۱۹۹۹، به نقل از پیترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون<sup>۵</sup>، ۲۰۰۹).

جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه‌ی زنان دارای تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی استان خوزستان بودند. نمونه پژوهش شامل سه زن دارای تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند و به صورت داوطلب و براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به دوره‌های درمان عبارت بودند از: وجود تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی (۰ تا ۱۲ سالگی) براساس کسب نمره بالاتر از ۵۰ در چک لیست اختلال استرس پس از سانحه ویدرز (۱۹۹۳)، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، دامنه سنی ۱۸-۴۵ سال. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: اعتیاد به مواد مخدر یا الکل، ابتلا به اختلالات شخصیت و شرکت هم‌زمان در برنامه درمانی دیگر.

#### ابزار

**چک لیست اختلال استرس پس از سانحه:** چک لیست اختلال استرس پس از ضربه<sup>۶</sup> یک مقیاس خودگزارش دهی است که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن این بیماری از افراد عادی و سایر بیماران به عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار می‌رود. این فهرست به وسیله ویدرز، لیتز، هرمن، هوسکا و کان<sup>۷</sup> (۱۹۹۳) طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۱۷ سوال است. در این پرسشنامه سه دسته علائم تجربه مجدد (۵ ماده)، علائم اجتنابی (۷ ماده) و علائم برانگیختگی شدید (۵ ماده) از بیمار پرسیده می‌شود. روش نمره‌گذاری به صورت لیکرت از یک تا پنج بوده و نمره کل ماده‌ها (۱۷-۸۵) به عنوان نمره فرد محسوب می‌گردد. نمره ۵۰ به عنوان نقطه برش در بیشتر پژوهش‌ها در نظر گرفته شده است (روگیرو، دل‌بن، اسکوتی و رابالایس<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳). روایی و پایایی این آزمون در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. بلنچارد و همکاران (۱۹۹۶) ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) کل مقیاس را ۰/۹۳، سوالات مربوط به علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زای تروماتیک را ۰/۹۳، علائم و نشانه‌های کرحتی عاطفی و اجتناب را ۰/۸۲، و ماده‌های ملاک علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید را ۰/۸۳ گزارش نموده‌اند. ویدرز و همکاران (۱۹۹۳) روایی همگرایی این آزمون را بررسی نمودند. روایی همگرایی این مقیاس با مقیاس MMPI

<sup>۱</sup>- single case experiment

<sup>۲</sup>- non - concurrent multiple baseline designs

<sup>۳</sup>- Gall, Borg, & Gall

<sup>۴</sup>- Nelson-Gray

<sup>۵</sup>- Peterson, Eifert, Feingold, & Davidson

<sup>۶</sup>- psychometric properties of the PTSD checklist

<sup>۷</sup>- Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane

<sup>۸</sup>- Ruggiero, Del Ben, Scotti, & Rabalais

(۰/۷۷)، مقیاس اثر حادثه (۰/۹۰) و مقیاس رویارویی با جنگ (۰/۴۶) گزارش گردید. روایی صوری این مقیاس در پژوهش گودرزی (۱۳۸۲) مورد تأیید قرار گرفت. همچنین در پژوهش ابراهیمی، دژکام و ثقه‌الاسلام (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این پرسشنامه برابر با ۰/۸۳ گزارش شد.

**مقیاس حالت شرمساری و گناه<sup>۱</sup>:** مارشال، سانفتر و تانجنی<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) این مقیاس را ابداع نمودند که از ۱۵ گویه برای سنجش خرده مقیاس‌های این مقیاس که شامل احساس گناه، احساس شرمساری و غرور هستند تشکیل شده است و براساس طیف لیکرت پنج امتیازی (به هیچ وجه چنین احساسی نداشته‌ام=۱ و بسیار زیاد این احساس را داشته‌ام=۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بیشتر نشان دهنده‌ی سطوح بالاتری از احساس گناه و شرمساری است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش نادى و لبكى (۱۳۹۴) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است. برای این ابزار با استناد به نتایج معنادار آزمون کیزر-مایر-الکین ( $KMO = 0/89$ ) و کرویت بارتلت برابر  $1542/3$  دو عامل استخراج شد. مقدار واریانس تبیین شده برای هر یک از عوامل اول و دوم به ترتیب  $34/76$  و  $25/80$  برآورد شده است که در مجموع  $60/57$  واریانس کل را تبیین می‌کند (نادى و لبكى، ۱۳۹۴).

**طرح درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش با حرکات چشم (EMDR):** برای درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش با حرکات چشم از طرح درمان با ۱۰ جلسه برای درمان ترومای دوران کودکی براساس طرح درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش با حرکات چشم شاپیرو (۲۰۰۱) استفاده شده است. روش حساسیت‌زدایی و بازپردازش با حرکات چشم به تعریف دقیق طرح درمان و چارچوب درمانی مناسب نیاز دارد. پس از گرفتن تاریخچه‌ی مراجع (فاز یک) و آماده‌سازی مراجع (فاز دو)، متخصص می‌تواند شروع به ارزیابی، شناسایی اجزای مناسب، و تکمیل روش درمان بکند. این شیوه استاندارد شامل یازده مؤلفه و هشت گام اساسی است:

<sup>1</sup> -the state shame and guilt scale

<sup>2</sup> -Marschall, Sanftner, & Tangney

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان حساسیت‌زدایی و بازپروداش با حرکات چشم

۱-	تصور (تصویرسازی): دسترسی یافتن مراجع به تصویری که کل اتفاق را بازنمایی می‌کند و قسمت آسیب‌زای آن را نشان می‌دهد. اگر هیچکدام قابل دسترسی نبود مراجع به سادگی در مورد آن اتفاق فکر می‌کند.
۲-	شناخت‌واره منفی: ایجاد خودابرازی‌های منفی که باورها و ارزیابی‌های فرد در مورد خودش را محدود می‌کنند. این عبارات با «من هستم» شروع می‌شوند و با واژه‌هایی که با تصاویر ذهنی می‌آیند باید ترکیب شوند.
۳-	شناخت‌واره مثبت: ایجاد خودابرازی مثبت مطلوب که در صورت امکان با منبع کنترل درونی ترکیب شود.
۴-	اعتباردهی به سطوح شناخت‌واره مثبت (VOC): تعیین سطح اعتبار روان‌شناختی مراجع از شناخت مثبت (پاسخ ۱ به معنی کاملاً غلط و ۷ به معنی کاملاً درست).
۵-	هیجان: شناسایی نام هیجان‌های مزاحم (نامناسب) که وقتی با تصویر و شناخت‌های منفی همراه می‌شوند افزایش می‌یابند.
۶-	اعتباردهی به سطوح شناخت‌واره منفی (SUD): تعیین درجه‌ای از اختلال که مراجع در زمانی که حافظه تحریک می‌شود (صفر به معنی طبیعی یا آرام و ۱۰ به معنی بدترین حالتی که تصور می‌شود).
۷-	حالت‌های بدنی: شناسایی جایی از بدن که در زمان دسترسی به اطلاعات آسیب‌زا احساسات در آن ایجاد می‌شود (تحریک می‌شود).
۸-	حساسیت‌زدایی: فرایند به صورتی شکل می‌گیرد که کلیه کانال‌ها پاک شوند و اتفاق آسیب‌زا از نظر سطح شناخت‌واره منفی به ۰ یا ۱ برسد.
۹-	بازپروداش: شناخت‌واره مثبت را برانگیخته می‌شود. (الف- مناسب بودن شناخت‌واره مثبت نسبت به موقعیت شناختی قبلی و فعلی بررسی می‌شود. ب- بین شناخت‌واره مثبت با رویداد آسیب‌زا ارتباط برقرار می‌شود. ج- کسب نمره ۷ یا بالاتر در شناخت‌واره مثبت).
۱۰-	اسکن بدن: اسکن روانی بدن مراجع برای احساسات باقیمانده جسمی که در حین یادآوری خاطره هدف ایجاد می‌شوند.
۱۱-	پایان: جلسه درمان به نحوی که مراجع به احساسات مثبت، موفقیت و انتظارات منطقی دست یابد به پایان می‌رسد. (الف- تجسم: استفاده از تصاویر هدایت شده برای از بین بردن هر اختلالی که هنوز باقیمانده است. ب- بیانیه: دادن دستورالعمل پس از درمان به مراجع در مورد قابلیت پیش‌روندهی درمان، ثبت وقایع و استفاده از نوار صوتی ریلکسیشن و سایر شیوه‌های خودکنترلی (شاپیرو، ۲۰۰۱).

جدول ۲. هشت گام اساسی درمان حساسیت‌زدایی و بازپروداش با حرکات چشم

گام	عنوان	مداخلات
اول	تاریخچه مراجع و طرح درمان	شرح حال‌گیری از مراجع، فرایند آشنایی با نگرانی‌ها و مشکلات خاص و ظرفیت‌های فیزیکی و هیجانی و ایجاد فضای امن لازم برای تروما
دوم	مرحله آمادگی	ایجاد ارتباط درمانی و متعهد نمودن مراجع به درمان می‌باشد. ارزیابی کردن منابع و مهارت‌های مراجع و ارزیابی محیط خانه مراجع، آموزش مکانیسم درمان EMDR، راهنمایی‌های اضافی در خصوص علامت توقف، استعاره، مکان امن/ آرام
سوم	مرحله ارزیابی	انتخاب هدف، تصویر، شناخت‌واره مثبت و منفی، VOC، هیجان SUD، ارزیابی احساس‌های بدنی
چهارم	مرحله حساسیت‌زدایی	بازیابی خاطره ناسازگار و پردازش از طریق BLS و تبدیل به رویداد تحلیل شده سازگار، استفاده از استعاره و مکان امن
پنجم	مرحله کارگذاری	بررسی شناخت‌های مثبت اصلی و جایگزینی در صورت مناسب نبودن. رسیدن VOC به ۷، در نهایت افزودن با حرکات BLS
ششم	مرحله اسکن بدنی	راهنمایی مراجع تا رسیدن به اسکن شفاف بدنی، تا رسیدن به اسکن بدنی آرام با استفاده از حرکات BLS
هفتم	مرحله انسداد	انتخاب نقطه‌ای مناسب برای پایان جلسه و در عین حال کمک به مراجع برای بیان جزئیات و خاموشی
هشتم	مرحله ارزشیابی مجدد	در شروع تمام جلسات درمانی EMDR، درمانگر پیشرفت درمان را ارزیابی کرده و حل و فصل تروماهای گذشته را می‌سنجد

روش اجرا

جهت انجام پژوهش حاضر، ابتدا از راه یک فراخوان در فضای مجازی و مراکز مشاوره شهر اهواز افراد متقاضی و داوطلب شرکت در پژوهش با استفاده از مصاحبه تشخیصی و نقطه برش ۵۰ در مقیاس استرس پس از سانحه ویدرز (۱۹۹۳) و در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. به منظور کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی، از نظر ترتیب ورود، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی وارد مرحله درمان شدند و برای هر آزمودنی ۱۰ جلسه درمانی به صورت هفتگی برگزار شد. طی هفته‌های اول و دوم (خط پایه)، آزمودنی اول هر هفته ابزارهای پژوهش را تکمیل نمود و در هفته سوم در حالی که آزمودنی‌های دوم و سوم در مرحله خط پایه قرار داشتند آزمودنی اول وارد جلسه اول مداخله شد. جلسه دوم مرحله مداخله‌ای آزمودنی اول همزمان با جلسه اول مرحله مداخله‌ای برای



آزمودنی دوم و خط پایه آزمودنی سوم بود. در جلسه سوم مداخله آزمودنی اول، جلسه دوم آزمودنی دوم و آزمودنی سوم وارد جلسه اول مداخله شد. ابزارهای سنجش در مرحله خط پایه و نیز در پایان جلسات سوم، ششم و دهم اجرا و تکمیل شدند. همچنین، پس از اتمام جلسات درمانی، دو نوبت پیگیری با فاصله یک ماهه صورت گرفت. فرایند اجرای پژوهش از شهریور ۱۳۹۸ تا بهمن ۱۳۹۸ انجام شد. پس از پایان اجرای پژوهش، تحلیل داده‌های گردآوری شده با روش‌های آماری ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی انجام شد.

### یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که آزمودنی اول از لحاظ سطح تحصیلات دیپلم، از لحاظ سن ۴۱ ساله و متأهل، آزمودنی دوم دارای سطح تحصیلات کارشناسی، ۳۲ ساله و متأهل و آزمودنی سوم ۲۷ ساله، سطح تحصیلات کارشناسی و مجرد بودند. جدول ۳ روند تغییرات درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش با حرکات چشم بر متغیر شرم زنان دارای تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی را نشان می‌دهد.

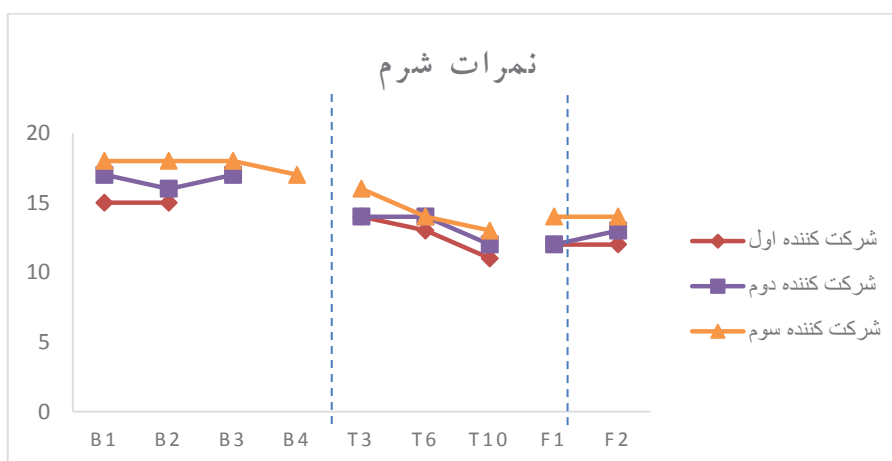
جدول ۳- نتایج روند تغییر مراحل درمان سه آزمودنی در متغیر شرم و احساس گناه

نتایج روند تغییر آزمودنی‌ها در درمان EMDR در متغیر احساس گناه			نتایج روند تغییر آزمودنی‌ها در درمان EMDR در متغیر شرم			گروه‌ها
آزمودنی سوم	آزمودنی دوم	آزمودنی اول	آزمودنی سوم	آزمودنی دوم	آزمودنی اول	آزمودنی‌ها
مراحل درمان						
۲۲	۱۵	۱۳	۱۸	۱۷	۱۵	خط پایه اول
۲۳	۱۵	۱۳	۱۸	۱۶	۱۵	خط پایه دوم
۲۲	۱۶	-	۱۸	۱۷	-	خط پایه سوم
۲۱	-	-	۱۷	-	-	خط پایه چهارم
۲۲	۱۵/۳۳	۱۳	۱۷/۷۵	۱۶/۶۶	۱۵	میانگین مراحل خط پایه
۱۹	۱۴	۱۲	۱۶	۱۴	۱۴	جلسه سوم
۱۸	۱۳	۱۱	۱۴	۱۴	۱۳	جلسه پنجم
۱۶	۱۱	۱۰	۱۳	۱۲	۱۱	جلسه هشتم
۱۷/۶۶	۱۲/۶۶	۱۱	۱۴/۳۳	۱۳/۳۳	۱۲/۶۶	میانگین مراحل درمان
۷/۱۴	۵/۱۵	۳/۵۷	۵/۸۶	۵/۷۵	۴/۹۳	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۷/۲۷	۲۸/۲۴	۲۳/۰۷	۲۶/۷۶	۲۷/۹۷	۲۶/۶۶	درصد بهبودی پس از درمان
	۲۶/۱۹			۲۷/۱۳		درصد بهبودی کلی
پی‌گیری						
۱۷	۱۱	۱۱	۱۴	۱۲	۱۲	پی‌گیری نوبت اول
۱۸	۱۲	۱۱	۱۴	۱۳	۱۲	پی‌گیری نوبت دوم
۱۷/۵	۱۱/۵	۱۱	۱۴	۱۲/۵	۱۲	میانگین مراحل پی‌گیری
۵/۳۵	۴/۵۵	۲/۳۸	۴/۶۲	۴/۵۱	۳/۷۰	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۰/۴۵	۲۴/۹۸	۱۵/۳۸	۲۱/۱۲	۲۱/۹۶	۲۰	درصد بهبودی پس از پی‌گیری
	۲۰/۲۷			۲۱/۰۲		درصد بهبودی کلی پی‌گیری

جدول ۳ نمره‌های شرم و احساس گناه آزمودنی‌های شرکت‌کننده در جلسات درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش با حرکات چشم را در مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین شرم در مراحل خط پایه برای آزمودنی اول ۱۵، دوم ۱۶/۶۶ و سوم ۱۷/۷۵ است و میانگین درمان برای آزمودنی اول ۱۲/۶۶، دوم ۱۳/۳۳ و سوم ۱۴/۳۳ می‌باشد؛ که نسبت به دوره قبل از درمان (خط پایه) کاهش یافته است. این میانگین‌ها در



مرحله پی‌گیری برای آزمودنی‌های اول ۱۲، دوم ۱۲/۵ و سوم ۱۴ می‌باشد. همچنین میزان درصد بهبودی برای آزمودنی اول ۲۶/۶۶، آزمودنی دوم ۲۷/۹۷، آزمودنی سوم ۲۶/۷۶ و در کل ۲۷/۱۳ به دست آمد. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای آزمودنی اول ۴/۹۳، آزمودنی دوم ۵/۷۵ و آزمودنی سوم ۵/۸۶ محاسبه شده است. به علاوه، میانگین میزان احساس گناه در مراحل خط پایه برای آزمودنی اول ۱۳، دوم ۱۵/۳۳ و سوم ۲۲ است و میانگین درمان برای آزمودنی اول ۱۱، دوم ۱۲/۶۶ و سوم ۱۷/۶۶ می‌باشد؛ که نسبت به دوره قبل از درمان (خط پایه) کاهش یافته است. این میانگین‌ها در مرحله پی‌گیری برای آزمودنی‌های اول ۱۱، دوم ۱۱/۵ و سوم ۱۷/۵ می‌باشد. همچنین میزان درصد بهبودی برای آزمودنی اول ۲۳/۰۷، آزمودنی دوم ۲۸/۲۴، آزمودنی سوم ۲۷/۲۷ و در کل ۲۶/۱۹ به دست آمد. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای آزمودنی اول ۳/۵۷، آزمودنی دوم ۵/۱۵ و آزمودنی سوم ۷/۱۴ محاسبه شده است. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا پس از درمان برای هر سه آزمودنی بالاتر از ارزش  $Z$  یعنی ۱/۹۶ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده برای این آزمودنی‌ها ناشی از مداخله درمانی است. همچنین نمره‌های آزمودنی‌ها در مرحله پی‌گیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش یافته است. درصد بهبودی پس از پی‌گیری نسبت به مرحله مداخله برای هر سه آزمودنی کاهش یافته است. مقدار شاخص پایا نیز برای هر سه آزمودنی در مرحله پس از پی‌گیری بالاتر از ۱/۹۶ محاسبه شده است. بنابراین ماندگاری تغییرات متغیر شرم برای هر سه آزمودنی از نظر بالینی معنادار بوده است. نمودار ۱ تحلیل دیداری داده‌های به دست آمده از درمان حساسیت‌زدایی و بازپرورش با حرکات چشم مربوط به سه آزمودنی را در مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری نشان می‌دهد.

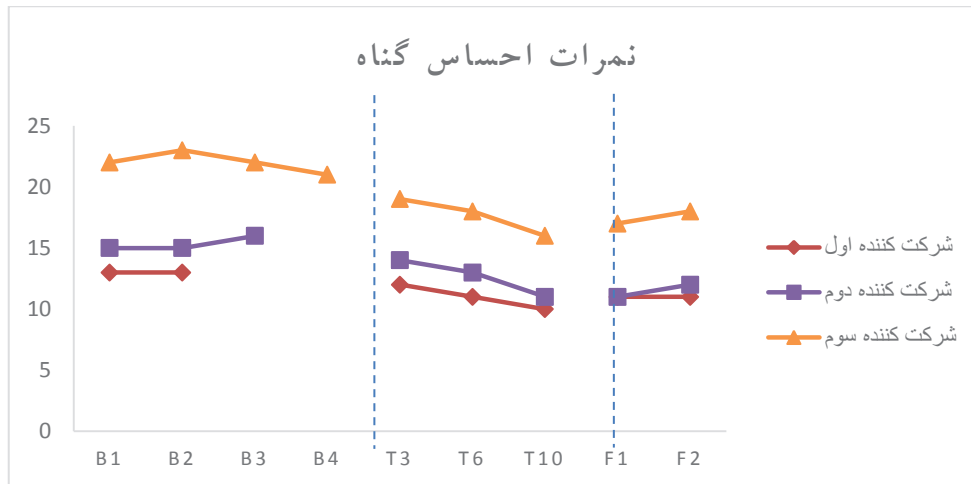


نمودار ۱- روند تغییر نمره‌های شرم در مراحل خط پایه، مداخله و پی‌گیری

نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های شرم را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پی‌گیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به نظر گاینور، بایرد و نولسن-گری<sup>۱</sup> (۱۹۹۹) حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح نیاز است سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر آزمودنی سه نقطه وجود دارد و هر سه نقطه بالای خط سطح قرار گرفته است. بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های شرم به صورت نظام‌دار رخ داده است. ضمن اینکه با توجه به

<sup>۱</sup> - Gaynor, Baird, & Nelson-Gray

پیشینه موجود در رابطه با درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش با حرکات چشم، همان‌طور که در نمودار نشان داده شده است، پیش بینی می‌شد تغییرات در جهت مثبت باشد که برای هر سه آزمودنی در متغیر شرم نتایج به همین صورت بود.



نمودار ۲- روند تغییر نمره‌های احساس گناه در مراحل خط پایه، مداخله و پی‌گیری

نمودار ۲ روند تغییر نمره‌های احساس گناه را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پی‌گیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به نظر گاینور و همکاران (۱۹۹۹) حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح نیاز است سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر آزمودنی سه نقطه وجود دارد و هر سه نقطه بالای خط سطح قرار گرفته است. بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های احساس گناه به صورت نظام‌دار رخ داده است. ضمن اینکه با توجه به پیشینه موجود در رابطه با درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش با حرکات چشم همان‌طور که در نمودار نشان داده شده است، پیش بینی می‌شد تغییرات در جهت مثبت باشد که برای هر سه آزمودنی در متغیر احساس گناه نتایج به همین صورت بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی و بازپردازش بر کاهش شرم و احساس گناه در زنان دارای تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی انجام گردید. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از موفقیت این درمان بر کاهش شرم و احساس گناه قربانیان سوءاستفاده جنسی دوران کودکی بود. به این معنا که نمره‌های شرم و احساس گناه در پایان مراحل مداخله به اندازه‌ای که از نظر بالینی معنادار محسوب می‌شود، کاهش یافته بودند. به این صورت که شاخص بهبودی برای هر سه آزمودنی در مرحله درمان نسبت به مراحل خط پایه معنادار بود. همچنین، میزان درصد بهبودی هر سه آزمودنی در مرحله پیگیری بدون تغییر مانده است که این امر نشانگر ماندگاری درمان در مرحله‌ی پیگیری بود.

چندین روش درمانی برای درمان قربانیان سوءاستفاده جنسی وجود دارد. یکی از این رویکردهای درمانی EMDR است که رویکردی ترومامحور است (چن و همکاران، ۲۰۱۴؛ ون‌دن برگ و ون‌درگاگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). رویکرد EMDR

<sup>۱</sup> - van den Berg & van der Gaag

تاکنون در درمان علائم PTSD، افسردگی و اضطراب که اختلالات شایعی در میان قربانیان سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی هستند، موفق بوده است (پرز-فونتنز و همکاران، ۲۰۱۳؛ فرگوسن، مک‌لئود و هورود، ۲۰۱۳). با این حال، اجماع نظر و شواهد کافی در مورد اینکه آیا درمان‌های مناسب برای ترومای دوران بزرگسالی، برای مشکلات روانی ناشی از آسیب‌های بازمانده از دوران کودکی نیز مناسب است وجود ندارد (اهرینگ، ولبورن، مورینا، ویچرتز، فریتاج و املکمپ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). با این حال تعداد اندکی پژوهش در این زمینه وجود دارد که در پژوهشی ونوودنبرگ، ورندوک، بونگیرتز، زوت، وراگن، لی و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۸) به بررسی اثربخشی درمان حساسیت‌زدایی از طریق حرکات چشم و بازپردازش بر اختلال استرس پس از سانحه شدید پرداختند. نتایج این پژوهش نشانگر کاهش معنادار علائم اختلال استرس پس از سانحه بود. پژوهش دیگری که اثربخشی این درمان را در رابطه با زنان قربانی سوءاستفاده جنسی دوران کودکی وجود دارد مربوط به جونز-اسمیت<sup>۴</sup> (۲۰۱۸) است که بیان می‌کند درمان حساسیت-زدایی و بازپردازش از طریق حرکات چشم می‌تواند موجب به یادآوری حادثه تروماتیک بدون احساس شرم و آشفتگی می‌شود و فرد را در جهت رشد و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای یاری می‌کند. به علاوه، اثرات مختلف روان-شناختی ناشی از سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی در پژوهش‌های دیگری نظیر پژوهش فرگوسن و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که سوءاستفاده جنسی کودکی با سطح پایین اعتماد بنفس و رضایت از زندگی در بزرگسالی ارتباط دارد. همچنین، در نمونه‌ای از بزرگسالان قربانی سوء استفاده جنسی دوران کودکی، آزمودنی‌ها سطوح بالایی از هیجانات منفی از قبیل غم، ترس و خشم را گزارش دادند (کوئل، کاراتزیس، سامرس و پاور<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). به ویژه، کوئل و همکاران (۲۰۱۴) بیان کردند که رابطه قدرتمندی بین تجارب منجرکننده مداوم و تشخیص اختلال استرس پس از سانحه در میان قربانیان سوءاستفاده جنسی دوران کودکی وجود دارد و پیشنهاد کردند که هیجان تنفر نقش کلیدی در پیشرفت و ادامه یافتن این اختلال بازی می‌کند. سایر هیجان‌هایی که با سابقه سوءاستفاده جنسی دوران کودکی در قربانیان وجود دارند شامل گناه، شرم و خودسرزنی است (راهم، رنک و رینگسبرگ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳). راهم و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند که زنان قربانی سوءاستفاده جنسی دوران کودکی که سطوح بالایی از شرم و احساس گناه را گزارش می‌کنند بیشتر مستعد بروز اختلال استرس پس از سانحه و سایر اختلالات روان‌شناختی هستند و این نشانگر ماهیت مخرب این هیجان‌ها است (جونز-اسمیت، ۲۰۱۸).

در تبیین اثربخشی درمان EMDR می‌توان به نظریه استرس روانی لازاروس اشاره کرد. به گفته لازاروس<sup>۷</sup> (۱۹۹۳)، استرس روان‌شناختی را باید به عنوان یک فرایند رابطه‌ای در نظر گرفت که وابسته به زمینه است و به عنوان رابطه بین فرد و محیط او در نظر گرفته می‌شود. رویکردهای درمانی مانند EMDR شامل هدایت راهبردهای تنظیم هیجان مانند پذیرش و حل مسئله می‌باشند (چن و همکاران، ۲۰۱۴؛ شاپیرو، ۲۰۱۳) که بازتاب شیوه ارزیابی و مفاهیم مقابله‌ای

<sup>1</sup> - Fergusson, McLeod, & Horwood

<sup>2</sup> - Ehling, Welboren, Morina, Wicherts, Freitag, & Emmelkamp

<sup>3</sup> - Van Woudenberg, Voorendonk, Bongaerts, Zoet, Verhagen, Lee, & et al

<sup>4</sup> - Jones-Smith

<sup>5</sup> - Coyle, Karatzias, Summers, & Power

<sup>6</sup> - Rahm, Renck, & Ringsberg

<sup>7</sup> - Lazarus

مرتبط با تعامل استرس و محیط است (الداو، نولن-هوکسما و اسکویزرا، ۲۰۱۰). EMDR شامل استفاده از حرکات هدایت شده چشم جهت حساسیت‌زدایی نسبت به اضطراب است که انتظار می‌رود تنش مراجع را در مقابل استرس-زها کاهش دهد و راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه را جایگزین کند (شاپیرو، ۲۰۱۳). درمان بزرگسالان قربانی سوءاستفاده جنسی دوران کودکی شامل مفاهیم مربوط به نظریه تعامل استرس و محیط که با پرداختن به الگوهای تعاملی تجارب اولیه کودک شکل می‌گیرند در ارتباط است. الگوهای مقابله‌ای با محیط دوران کودکی تا دوران بزرگسالی ادامه می‌یابند و شکل ناسازگارانه در روابط بزرگسالی قربانی و و مختل کننده‌ای در سلامت روانی فرد دارد (کالورت، کلت و هگان، ۲۰۱۵). همچنین براساس نظریه زیربنایی این درمان زمانی که خاطره‌ای از یک رویداد آزاردهنده به میزان کافی پردازش نشود، سیستم عصبی می‌تواند ادراک‌ها، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت‌های فرد را در حالت بالقوه فعال شبیه زمانی که اتفاق رخ داده است نگهدارد. EMDR درمانی برای پردازش خاطرات مزاحم و پرداختن به حس‌های بدنی مرتبط با پریشانی روان‌شناختی، باورها، محرک‌ها، عوامل نگهدارنده و مهارت‌های مورد نیاز برای تقویت رفتارهای عملکردی آینده‌نگر است. در این درمان از تحریک دوجانبه برای تسهیل ارتباط بین شبکه عصبی و جریان‌های متفاوت پردازش اطلاعات استفاده می‌شود (شاپیرو، ۲۰۱۷). از این رو، به نظر می‌رسد تعامل استرس پایداری از دوران کودکی تا بزرگسالی منجر به بروز و تداوم هیجان‌های منفی در قربانی می‌شود و درمان EMDR می‌تواند با پردازش خاطرات تروماتیک، ایجاد حمایت از قربانی و تأکید بر نقاط قوت او، هیجان‌های منفی به جا مانده از تروما را کاهش دهد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به تعداد کم شرکت‌کنندگان در طرح پژوهش اشاره کرد که ناشی از ویژگی‌های روش شناختی پژوهش حاضر بود، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌سازد. بر این اساس به لحاظ روش-شناختی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با استفاده از طرح‌های آزمایشی حقیقی به ارزیابی دقیق‌تر روایی این رویکرد درمانی در بهبود علائم تروما، شرم و احساس گناه قربانیان سوءاستفاده جنسی پرداخته شود. به لحاظ کاربردی به مشاوران و روان‌شناس‌های حوزه درمان تروما پیشنهاد می‌شود با توجه به مزایای متعدد و اثربخشی در زمانی کوتاه که رویکرد درمانی حساسیت‌زدایی و بازپردازش با حرکات چشم در کاهش علائم تروما دارد، از این رویکرد درمانی به‌رمند شوند.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله بر خود لازم می‌دانیم از تمامی بانوان شرکت‌کننده در این پژوهش و همچنین مرکز مشاوره علوم رفتاری دانشگاه شهید چمران اهواز که مراتب شرکت آن‌ها را در پژوهش حاضر فراهم نمودند، کمال سپاسگزاری و تشکر را ابراز نماییم.

<sup>1</sup> - Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer

<sup>2</sup> - Calvert, Kellett, & Hagan

## منابع

- نادی، محمدعلی؛ لبکی، بهاره (۱۳۹۴). الگوی ساختاری تأثیر تخطی‌ها، همدلی، احساس گناه و شرمساری و رفتارهای دلجویی، بخشایشگری ادراک شده با خودبخایشگری در بین دانشجویان دانشگاه اصفهان. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ۱(۲)، ۸۱-۹۹.
- ابراهیمی، حجت‌الله؛ دژکام، محمود؛ نقه‌الاسلام، طاهره (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۹(۴)، ۲۷۵-۲۸۲.
- گودرزی، محمدعلی (۱۳۸۲). بررسی اعتباریابی و روایی مقیاس تنیدگی پس از ضربه می‌سی‌سی‌پی (اشل). *مجله روان‌شناسی*، ۲۶(۲)، ۱۵۳-۱۷۸.
- Adshhead, G. (2000). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 177(2), 144-148.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
- Alpert, J. L., Brown, L. S., & Courtois, C. A. (1998). Symptomatic clients and memories of childhood abuse: What the trauma and child sexual abuse literature tells us. *Psychology, Public Policy, and Law*, 4(4), 941-949.
- Bowyer, L., Wallis, J., & Lee, D. (2014). Developing a compassionate mind to enhance trauma-focused CBT with an adolescent female: A case study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42(2), 248-254.
- Bub, K., & Lommen, M. J. (2017). The role of guilt in posttraumatic stress disorder. *European journal of psychotraumatology*, 8(1), 140-152.
- Calvert, R., Kellett, S., & Hagan, T. (2015). Group cognitive analytic therapy for female survivors of childhood sexual abuse. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(4), 391-413.
- Chen, Y. R., Hung, K. W., Tsai, J. C., Chu, H., Chung, M. H., Chen, S. R., ... & Chou, K. R. (2014). Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 9(8), 103-121.
- Cleary, M., & Hungerford, C. (2015). Trauma-informed care and the research literature: how can the mental health nurse take the lead to support women who have survived sexual assault?. *Issues in mental health nursing*, 36(5), 370-378.
- Colangelo, J., & Keefe-Cooperman, K. (2012). Understanding the impact of childhood sexual abuse on women's sexuality. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(1), 14-37.
- Coyle, E., Karatzias, T., Summers, A., & Power, M. (2014). Emotions and emotion regulation in survivors of childhood sexual abuse: the importance of "disgust" in traumatic stress and psychopathology. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), 233-251.
- Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., Webb, K., McDermott, B., Ryan, M., & Dyer, K. F. (2013). Complex trauma and intimate relationships: The impact of shame, guilt and dissociation. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 72-79.
- Ehring, T., Welboren, R., Morina, N., Wicherts, J. M., Freitag, J., & Emmelkamp, P. M. (2014). Meta-analysis of psychological treatments for posttraumatic stress disorder in adult survivors of childhood abuse. *Clinical psychology review*, 34(8), 645-657.
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child abuse & neglect*, 37(9), 664-674.
- Gaynor, S. T., Baird, S. C., & Nelson-Gray, R. O. (1999). Application of time-series (single-subject) designs in clinical psychology. In P. Kendall, J. N. Butcher & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 297-329). New York: John Wiley & Sons.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture* (pp. 3-38), New York: Oxford University Press.
- Gómez, J. M., Kaehler, L. A., & Freyd, J. J. (2014). Are hallucinations related to betrayal trauma exposure? A three-study exploration. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(6), 675-688.
- Gonzalez, C. (2017). Recovering process from child sexual abuse during adulthood from an integrative approach to solution-focused therapy: a case study. *Journal of child sexual abuse*, 26(7), 785-805.
- Grey, N., Holmes, E., & Brewin, C. R. (2001). Peritraumatic emotional "hot spots" in memory. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 367-372.
- Harman, R., & Lee, D. (2010). The role of shame and self-critical thinking in the development and maintenance of current threat in post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 17(1), 13-24.

- Holmes, E. A., Grey, N., & Young, K. A. (2005). Intrusive images and "hotspots" of trauma memories in posttraumatic stress disorder: An exploratory investigation of emotions and cognitive themes. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 36(1), 3-17.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 1743-1758.
- Jesness, T. C. W. (2009). *Childhood sexual abuse: Are marriage and family therapists less likely to hypothesize sexual abuse in men as compared to women?*. Syracuse University.
- Johnson, D. F. (2003). *The Long Term Effects of Childhood Sexual Abuse and the Influence of Moderating Variables* (Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University).
- Jones-Smith, A. (2018). *Therapists' Perceptions of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Treatment for Women Survivors of Child Sexual Abuse*. Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy Clinical Psychology, Walden University.
- Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 137(1), 68-79.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44(1), 1-22.
- LeBaron, C. D. (2010). *Childhood Physical and Sexual Abuse and Their Effects on Adult Romantic Relationship Quality: Gender Differences and Clinical Implications*. Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy Clinical Psychology, Walden University.
- Maniglio, R. (2013). Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: A systematic review of reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(2), 96-112.
- Marschall, D., Sanftner, J., & Tangney, J. P. (1995). The state shame and guilt scale. *Fairfax, VA: George Mason University*.
- Murray, L. K., Nguyen, A., & Cohen, J. A. (2014). Child sexual abuse. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 23(2), 321-337.
- Paylor, S., & Royal, C. (2016). Assessing the Effectiveness of EMDR in the Treatment of Sexual Trauma. *The Practitioner Scholar: Journal of Counseling and Professional Psychology*, 5(1), 487-502.
- Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., & Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Comprehensive psychiatry*, 54(1), 16-27.
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed couples: A Case Study with Two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 430-442.
- Rahm, G., Renck, B., & Ringsberg, K. C. (2013). Psychological distress among women who were sexually abused as children. *International Journal of Social Welfare*, 22(3), 269-278.
- Ruggiero, K. J., Del Ben, K., Scotti, J. R., & Rabalais, A. E. (2003). Psychometric properties of the PTSD Checklist—Civilian version. *Journal of traumatic stress*, 16(5), 495-502.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- Shapiro, F. (2013). The case: Treating Jared through eye movement desensitization and reprocessing therapy. *Journal of clinical psychology*, 5(69), 494-496.
- Shapiro, F. (2014). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal*, 18(1), 71-83.
- Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Publications.
- Sinanan, A. N. (2015). Trauma and Treatment of Child Sexual Abuse. *Journal of Trauma & Treatment*, 4, 1-5.
- van den Berg, D. P., & van der Gaag, M. (2012). Treating trauma in psychosis with EMDR: a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(1), 664-671.
- Van Woudenberg, C., Voorendonk, E. M., Bongaerts, H., Zoet, H. A., Verhagen, M., Lee, C. W., ... & De Jongh, A. (2018). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1487225.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993, October). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In *annual convention of the international society for traumatic stress studies, San Antonio, TX* (Vol. 462).