



The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy for Trauma on Executive Functions in individuals with Sexual Trauma (Case Report)

Hashem Ghaderi¹ , Ali Akbar Arjmandnia^{2*} , Mehdi Dehestani³ ,
Gholam Ali Afrooz⁴

1. Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Psychology and Educational Science Faculty, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: hashem.ghaderi@ut.ac.ir
2. Corresponding Author, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Psychology and Educational Science Faculty, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: arjmandnia@ut.ac.ir
3. Department of Psychology, Payam-e Noor University, Tehran, Iran. Email: dehestani@pnu.ac.ir
4. Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Psychology and Educational Science Faculty, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: afrooz@ut.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 15 May 2023
Revised: 2 Aug 2023
Accepted: 26 Aug 2023
Published Online: 5 Aug 2024

Keywords:
Emotion-Focused Therapy for Trauma, Sexual Trauma, Sexual Revictimization, Working Memory.

ABSTRACT

The purpose of this study was to examine the impact of emotion-focused therapy on executive functions in individuals who have experienced sexual trauma. The target population was all sexually assaulted individuals who visited the Iran Trauma Institute in Mashhad in 2021. The research method was practical in nature, and the data collection was quantitative and experimental. Three of the ten individuals selected as samples were women, as determined by the entry criteria. Childhood trauma questionnaires (CTQ), Emotional visual working memory capacity (EVWMC) were implemented in this investigation. Visual analysis of the graphs depicting the changes in the research variables and the effect size of each variable on the clients, as well as the percentage of improvement and the percentage of reduction in their score changes, were employed to conduct the data analysis using the appropriate formulas in the SPSS-26 software. The effect sizes of emotion-focused therapy of trauma (EFTT) on the working memory capacity of individuals with sexual trauma were relatively high in all three participants during both the intervention and follow-up periods. The results indicated that EFTT enhanced the executive function of working memory capacity in sexually traumatized individuals from a clinical perspective, thereby preventing sexual revictimization.

Cite this article: Ghaderi, H., Arjmandnia, A. A., Dehestani, M., & Afrooz, G. A. (2024). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy for Trauma on Executive Functions in individuals with Sexual Trauma (Case Report). *Journal of Applied Psychological Research*, 15(2), 235-251. doi: 10.22059/japr.2024.358945.644624.



اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان تروما بر کارکرد اجرایی در افرادی با آسیب جنسی (گزارش موردی)

هاشم قادری^۱، علی اکبر ارجمندنیاز^{۲*}، مهدی دهستانی^۳، غلامعلی افروز^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: hashem.ghaderi@ut.ac.ir

۲. نویسنده مسئول، استاد، گروه روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: arjmandnia@ut.ac.ir

۳. دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. رایانامه: dehestani@pnu.ac.ir

۴. استاد، گروه روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. رایانامه: afrooz@ut.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۲۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۵/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۶/۰۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۵/۱۵

کلیدواژه ها:

آسیب جنسی، حافظه فعال، درمان متمرکز بر هیجان تروما، قربانی شدن مجدد جنسی.

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان تروما (EFTT) بر کارکرد اجرایی در افرادی با آسیب جنسی بود. روش تحقیق براساس هدف کاربردی، گردآوری اطلاعات کمی از نوع آزمایشی و جامعه مورد نظر شامل کلیه افراد آسیب دیده جنسی مراجعه کننده به انستیتو ترومای ایران در شهر مشهد در سال ۱۴۰۰ بود (ده نفر شامل شش زن و چهار مرد) که سه نفر زن طبق ملاک های ورود به عنوان نمونه انتخاب شدند. در این پژوهش از پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) و تکلیف ظرفیت حافظه فعال دیداری هیجانی (EVWMC) استفاده شد. روش تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل دیداری نمودارهای تغییرات متغیرهای پژوهش و اندازه اثر هریک از متغیرها بر مراجعان و نیز میزان درصد بهبودی و درصد کاهش تغییرات نمرات آن ها از طریق فرمول های مربوطه با بهره گیری از نرم افزار SPSS-26 صورت پذیرفت. اندازه های اثر، اثربخشی نسبتاً زیاد درمان متمرکز بر هیجان تروما بر ظرفیت حافظه فعال افرادی با آسیب جنسی را در هر سه شرکت کننده هم در دوره مداخله و هم در دوره پیگیری نشان داد. براساس یافته ها، درمان متمرکز بر هیجان تروما، طی یازده ماه توانست حافظه فعال را در افراد آسیب دیده جنسی از نظر بالینی بهبود دهد و به جلوگیری از آسیب مجدد جنسی منجر شود.

استناد: قادری، ه.، ارجمندنیاز، ع.، دهستانی، م.، و افروز، غ. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان تروما بر کارکرد اجرایی در افرادی با آسیب جنسی (گزارش موردی). فصل نامه

پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۱۵ (۲)، ۲۳۵-۲۵۱. doi: 10.22059/japr.2024.358945.644624

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.358945.644624>

© نویسندگان.



۱. مقدمه

با توجه به اینکه مطالعات مربوط به آزار جنسی درون خانواده و خارج از خانواده، درک عمومی و حرفه‌ای از وقوع آزار و پیامدهای آن برای قربانیان یا بازماندگان را تقویت کرده، آگاهی از سوءاستفاده جنسی کودکان در پنج دهه اخیر افزایش یافته است. علی‌رغم وجود کانون‌های متنوع (روش‌ها و حوزه‌ها)، پژوهش‌ها به‌طور پیوسته به ارتباط معناداری بین سابقه سوءاستفاده جنسی در کودکی و طیف وسیعی از اثرات نامطلوب هم در دوران کودکی و هم در بزرگسالی دست پیدا کرده‌اند (کاشمور و شاکل^۱، ۲۰۱۳). درواقع، انبوهی از مشکلات و پیامدهای منفی با سوءاستفاده جنسی در کودکی مرتبط است (مانند مشکلات حافظه، خواب، اضطراب و افسردگی) و یکی از مهم‌ترین مواردی که در پژوهش‌ها به‌صورت مستمر نشان داده شده است، پدیده قربانی شدن مجدد جنسی^۲ است (کلاسن و همکاران^۳، ۲۰۰۵؛ مانیگلیو^۴، ۲۰۰۹؛ والکر و همکاران^۵، ۲۰۱۷). پس نمی‌توان این پدیده (ترومای جنسی^۶) را نادیده گرفت. تروما پاسخ هیجانی به رویداد وحشتناک مانند تجاوز، تصادف یا بلایای طبیعی است؛ به‌طوری‌که واکنش‌های شوک و انکار را به همراه دارد و واکنش‌های بلندمدت‌تری مانند هیجانات پیش‌بینی‌ناپذیر، فلش‌بک‌ها و روابط پر از فشار و حتی علائم فیزیکی را دربرمی‌گیرد (انجمن روان‌شناسی آمریکا^۷، ۲۰۲۲). بنا بر این تعریف، سوءاستفاده جنسی نوعی تروما محسوب می‌شود؛ به‌طوری‌که انجمن روان‌شناسی آمریکا (۲۰۰۸) از آن به‌عنوان فعالیت جنسی ناخواسته مرتکب‌شونده از طریق اجبار، تهدید یا ارائه مزایا به قربانیانی ناراضی یاد می‌کند که سبب ترس زیاد، درماندگی، گسستگی، سردرگمی یا احساسات آزاردهنده می‌شود.

قرارگرفتن در معرض تجربه‌های منفی کودکی (مانند آسیب جنسی) خطر نقص در اعمال و رفتارهایی که توسط قشر پیش‌پیشانی اجرا می‌شود (و به‌عنوان کارکردهای اجرایی^۸ توصیف می‌شوند) را افزایش می‌دهد. کارکردهای اجرایی به‌عنوان چتری برای گروهی از فرایندهای شناختی سطح بالاتر به‌کار می‌روند که از قشر پیش‌پیشانی (زمینه‌ساز رفتار هدفمند) ناشی می‌شوند (دیاموند^۹، ۲۰۱۳). این فرایندها حافظه فعال^{۱۰}، بازداری پاسخ^{۱۱}، توجه، انعطاف‌پذیری شناختی، تنظیم هیجان، خودسازمان‌دهی و برنامه‌ریزی را دربرمی‌گیرند (گولدستاین و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۳). حافظه به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اساسی توانایی‌های شناختی مانند هوش، در افراد مبتلا به ترومای جنسی با مشکلات متعدد نظیر سوگیری، نقص در عملکرد کلی حافظه، حافظه فعال و بیش‌کلی‌گرایی، حافظه کاذب (مرادی، هرلیهی و همکاران^{۱۳}، ۲۰۰۸) مواجه است. چنین مشکلات وسیعی، هیجانات فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در قالب چرخه آسیب‌زا، مجدداً شناخت را با مشکلات بیشتری درگیر می‌کند. به‌نظر می‌رسد با توجه به ماهیت حافظه فعال و نقش کلیدی آن در پردازش اطلاعات و یادگیری، بیش از هر قابلیت شناختی دیگر تحت تأثیر این چرخه باشد. بنا به نظر شوايزر و دالگیش^{۱۴} (۲۰۱۱) یک منبع ذهنی اصلی به‌هنگام به‌میان‌آمدن بحث الزامات رقابتی، ظرفیت حافظه فعال است که دارای ظرفیت محدود به‌منظور ذخیره‌کردن اطلاعات اصلی تکلیف در حین پردازش هم‌زمان سایر داده‌ها یا انجام عملیات شناختی است. ظرفیت حافظه فعال در کنترل شناختی (توانایی فعال نگاه‌داشتن اطلاعات لازم و بازداری از اطلاعات غیرضروری) به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم مطرح است. توجه به نقش حافظه در افراد مبتلا به تروما و درمان آن از مطالعاتی نشئت می‌گیرند که نشان می‌دهند این افراد، طیفی از مشکلات حافظه نظیر مسائل مرتبط به

1. Cashmore & Shackel

2. sexual revictimization

3. Classen et al.

4. Maniglio

5. Walker et al.

6. sexual trauma

7. American Psychiatric Association (APA)

8. executive function

9. Diamond, A.

10. working memory

11. response inhibition

12. Goldstein et al.

13. Moradi et al.

14. Schweizer & Dalgleish

رویداد آسیب‌زا (مانند تجدید خاطرات مزاحم و یادزدودگی‌های روان‌زاد) تا مشکلات کلی‌تر حافظه را دارند (مرادی و همکاران^۱، ۲۰۰۰) تجربیات بدرفتاری‌های کودکی مانند سوءاستفاده جنسی، فیزیکی یا هیجانی با ایجاد نقص‌هایی در حافظه فعال (آگوستی و ملیندر^۲، ۲۰۱۳؛ بوکر و همکاران^۳، ۲۰۱۲؛ دپرینس و همکاران^۴، ۲۰۰۹؛ کیرک-اسمیت و همکاران^۵، ۲۰۱۶؛ مارتین و همکاران^۶، ۲۰۱۹؛ پرنا و کایفner^۷، ۲۰۱۳؛ واسیلوسکی و توکر^۸، ۲۰۱۶) همراه هستند. همچنین در میان اندازه‌گیری‌های خودگزارشی افراد درخصوص شاخص کارکرد اجرایی، مواجهه با بدرفتاری کودکی مانند آسیب جنسی، حافظه فعال ضعیف را به دنبال دارد (هاددان و همکاران^۹، ۲۰۱۸) شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که آسیب جنسی با عملکرد ضعیف حافظه دیداری مرتبط است (ساویتزو همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۸). علاوه‌براین، کودکانی که در معرض بدرفتاری مانند آزار جنسی در مراحل رشدی چندگانه قرار گرفتند، در تکالیف حافظه فعال، عملکرد ضعیف‌تری را نسبت به کودکانی که بدرفتاری را در دوران رشد تجربه نکردند، از خود نشان دادند. از دیدگاه بدلی^{۱۱} (۲۰۱۳) حافظه فعال شخص را قادر می‌سازد کارهای پیچیده‌ای مانند یادگیری، استدلال و درک مطلب را انجام دهد. در این خصوص، عملکرد مبتلایان به تروما در مقایسه با گروه کنترل در جهت انجام تکالیف حافظه فعال، بدون درنظرگرفتن نوع تکلیف (تصویر ۸)، نقص عملکردی این افراد را نمایان می‌کند (شوایزر و داگلیش، ۲۰۱۱)؛ به‌طوری‌که افراد مبتلا، هم در تکالیف مرتبط با تروما و هم در سایر تکالیف مشکل دارند (موری^{۱۲}، ۲۰۱۸). با توجه به آنکه تجربه مجدد خاطرات مزاحم از ویژگی‌های افراد مبتلا به تروما است، یکی از فرضیات مطرح‌شده در این زمینه مربوط به ارتباط فراوانی علائم تجربه مجدد با عملکرد ضعیف اشخاص مواجه‌شده با حادثه تروماتیک در تکالیف ظرفیت حافظه فعال است. درواقع آسیب به ظرفیت حافظه فعال در این افراد به چشم می‌خورد؛ به‌ویژه زمانی که تکلیف پیش‌رو محتوای هیجانی و سرخ‌هایی از حادثه تروماتیک را به همراه داشته باشد (تصویر ۹). به این ترتیب حافظه درگیر در این افراد، حافظه هیجانی است. یک نوع آن، دیداری هیجانی است که به میزان توانایی دستکاری و نگهداری اطلاعات دیداری در زمان کوتاه توسط فرد گفته می‌شود (ترانل^{۱۳}، ۱۹۹۲). شوایزر و داگلیش (۲۰۱۱) مبتلایان ترومای ناشی از خشونت یا سوءاستفاده جنسی را مطالعه کردند. در این تحقیق، از تکلیف فراخوانی خواندن (که خود شامل دو مؤلفه حافظه و عملیاتی بود) فقط در حوزه حافظه فعال کلامی هیجانی استفاده شد و به بخش حافظه فعال دیداری هیجانی توجهی نشد، اما در پژوهش حاضر بر این نوع حافظه تمرکز می‌شود. شناسایی مکانیسم‌ها و راه‌هایی که بین آسیب کودکی و پیامدهای منفی در بزرگسالی پیوند ایجاد می‌کنند برای آگاهی از پیشگیری و مداخله بسیار مهم است. تاکنون اثربخشی تعدادی از درمان‌ها بر اختلالات مرتبط با آسیب جنسی تأیید شده است. با وجود مطالعات متعدد درمورد تأثیر مطلوب درمان متمرکز بر هیجان^{۱۴} (EFT) بر برخی اختلالات روانی، درباره تأثیر این درمان بر قربانیان جنسی و اثرات آن پژوهش‌های اندکی انجام گرفته است.

درمان متمرکز بر هیجان تروما^{۱۵} (EFTT) درمانی اثربخش مبتنی بر چهل سال پژوهش و نظریه متمرکز بر هیجان (پایویو، گرینبرگ^{۱۶}، ۱۹۹۵)، ادبیات دلبستگی و تروما (سولومون و سایگل^{۱۷}، ۲۰۰۳) است؛ پژوهش‌هایی که از کارآمدی درمان و فرایندهای تغییر در جلسه درمان پشتیبانی می‌کنند. این نوع درمان یک رویکرد جدید انسان‌گرایانه یکپارچه‌سازی شده است که با

1. Moradi et al.
2. Augusti & Melinder
3. Bucker et al.
4. DePrince et al.
5. Kirke-Smith et al.
6. Martin et al.
7. Perna & Kiefner
8. Vasilevski & Tucker
9. Hodgdon et al.
10. Savitz et al.
11. Baddeley
12. Morey, C. C.
13. Tranel
14. Emotion-Focused Therapy (EFT)
15. Emotion-Focused Therapy for Trauma (EFTT)
16. Paivio & Greenberg
17. Solomon & Siegel

هدف کمک به مراجعان برای رسیدن به آگاهی هیجانی طراحی شده است و به آن‌ها کمک می‌کند که چگونه به روشی مفید و مؤثر از آن استفاده کنند؛ چرا که هیجان‌ها وضعیت اساسی پردازش در عمل را تعیین می‌کنند. طبق نظریه هیجانات حال حاضر (لازاروس^۱، ۱۹۹۱) وظیفه سیستم هیجانات، سازمان‌دهی تجربه فرد از واقعیت، احساس نسبت به خود و جهت‌گیری به سمت دیگران است؛ به‌طوری‌که صرفاً با دسترسی به هیجانات و معنای عاطفی آن‌ها، مشکلات هیجانی درمان می‌شوند. ذات کارکردن با هیجان‌ها و آسیب هیجانی که در تروما وجود دارد، تناسب این درمان را برای تروما نیز به اثبات رسانده است (پایویو، هال و همکاران^۲، ۲۰۰۱). درمان متمرکز بر هیجان تروما یک درمان فردی کوتاه‌مدت است که معمولاً مجموعه آشفته‌گی‌هایی را هدف قرار می‌دهد که به‌عنوان ترومای پیچیده^۳ (مواجهه مکرر و طولانی‌مدت با رویدادهای تروماتیک در دوران رشد زندگی فرد قربانی ناشی از سوءاستفاده در دوران کودکی) شناخته می‌شوند. تا امروز، درمان متمرکز بر هیجان تروما، تنها درمان فردی سیستماتیک برای مردان و زنانی است که انواع مختلف سوءاستفاده کودکی (هیجانی، فیزیکی و جنسی) را تجربه کرده‌اند (پایویو و نونسهاویس^۴، ۲۰۰۱). در این نوع درمان، بر کمک به مراجعان در دسترسی به احساسات دردناک و خاطرات مرتبط با سوءرفتار و غفلت مانند سوءرفتار جنسی و بررسی و درک این احساسات و خاطرات و تعدیل هیجانات ناسازگارانه (ترس و شرم) و خلق معنای سازگارانه تر در رابطه با خود، دیگران و رویدادهای آسیب‌زا تمرکز می‌شود. درمان متمرکز بر هیجان تروما بر محوریت هیجان در رخداد آسیب و بهبودی از آن تأکید دارد و به مراجعان کمک می‌کند در یک بافت رابطه درمانی ایمن، مشارکتی و پاسخگو به روشی همدلانه به احساسات و خاطرات دردناک تروما دسترسی پیدا کنند. درواقع روابط همراه با تشریک مساعی و همدلی تصور می‌شود که چارچوب امنی برای کاوش مسائل تروما و تجربه‌های بین فردی اصلاحی برای افرادی که مشکلات آن‌ها از کمبود عمیق همدلی و کنترل بین فردی نشئت می‌گیرد فراهم کند (هرمان^۵، ۱۹۹۶). در این درمان، هیجان به‌عنوان یک منبع اطلاعاتی تشخیص داده می‌شود که می‌تواند هدایتگر کارکرد سازگارانه باشد؛ به‌طوری‌که مشکلات مربوط به پردازش هیجانی که ویژگی بارز این افراد است، مزاحم دسترسی به موضوع تروما، مشارکت در رویه‌های بازتجربه فراخواننده، پردازش هیجانی و درنهایت بهبودی از تروما می‌شوند (پایویو، هال و همکاران^۶، ۲۰۰۱). این مدل درمانی بر اتحاد درمانی و پردازش هیجانی خاطرات تروما به‌عنوان مکانیسم‌های اولیه تغییر تمرکز دارد. اصول این پردازش‌های هیجانی در درمان متمرکز بر هیجان تروما در نظریه تحت سایر درمان‌های مبتنی بر مواجهه نیز وجود دارد (فوا^۷ و همکاران^۸، ۲۰۰۶)؛ به‌طوری‌که این مداخلات همراه با مواجهه و دسترسی به هیجانات ناسازگار (مانند ترس، شرم) مرتبط با تجربه‌های آسیب‌زا است تا مراجعان یاد بگیرند این تجربه‌ها را تحمل کنند و معنای جدیدی را برای این تجربه‌ها بسازند. با وجود این، درمان متمرکز بر هیجان تروما مانند مدل کلی درمان متمرکز بر هیجان به هیجان سازگار بازدارنده پیش از همه (مانند خشم و غم) دسترسی پیدا می‌کند تا به اطلاعات سازگار مرتبط با این هیجانات دست یابد (داماسیو^۹، ۱۹۹۵). درواقع این هیجانات منبع اولیه اطلاعات جدیدی هستند که معنا را تغییر می‌دهند.

بیشتر مداخلات موجود برای مراجعان قربانی‌شده با پروتکل‌های درمان شناختی-رفتاری سازگار شدند که بر کاهش علائم و افزایش امنیت مراجع متمرکز هستند. این مداخلات، نتایج اولیه امیدوارکننده‌ای برای کاهش نرخ قربانی‌شدن مجدد نشان داده‌اند. بااین‌حال، مطالعه آزمایش‌های بالینی در این جمعیت نشان می‌دهد تعداد زیادی از افراد ممکن است به دلیل چالش‌های زمینه‌ای هنوز آماده شرکت در درمان نباشند یا کاملاً از آن بهره‌مند نشوند. علاوه‌براین، سابقه طولانی‌تر تروما و ناراحتی بیشتر نشان‌دهنده نیاز به مداخلات مناسب‌تر است (اوانس و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۸؛ تالبوت و گمبل^۹، ۲۰۰۸؛ وارشا و همکاران^{۱۰}، ۲۰۱۳)؛ برای مثال،

1. Lazarus
2. Paivio et al.
3. complex trauma
4. Paivio & Nieuwenhuis
5. Herman
6. Foa et al.
7. Damasio.
8. Evans et al.
9. Talbot & Gamble
10. Warshaw et al.

زنانی که الگوهای انباشته و اجباری سوءاستفاده را تحمل کرده‌اند، به‌طور خاص می‌توانند از مداخلات منعطف که به مشکلات ارتباطی و هیجانی تشدیدشده می‌پردازند (که هدف معمول درمان‌های متمرکز بر علائم نیست) بیشترین منفعت را کسب کنند (بوگات و همکاران^۱، ۲۰۱۳؛ وارشا و همکاران، ۲۰۱۳). درواقع این مداخلات و اصول تجربی زمانی که به‌طور خاص به آمادگی فرد برای تغییر می‌پردازند، می‌توانند مزایای درمانی بیشتری را به همراه داشته باشند؛ درحالی‌که تمرکز اصلی آن‌ها بر پردازش لحظه به لحظه است که زیربنای مشکلات مرتبط با خود و بین‌فردی است (گلایسر و همکاران^۲، ۲۰۰۸). در این خصوص، درمان متمرکز بر هیجان حمایت تجربی را برای درمان ترومای بین‌فردی دریافت کرده است (پایویو، جری و همکاران^۳، ۲۰۱۰) و به‌عنوان یک مدل فراتشخیصی بالقوه، به‌ویژه برای پرداختن به آسیب‌پذیری هیجانی بنیادین که زیربنای طبقه‌نشانه‌ای است، مجهز شده است (تیمولاک و کیوگ^۴، ۲۰۲۰). درمان متمرکز بر هیجان، تنها درمان فردی است که به‌طور سیستماتیک برای مردان و زنانی بررسی شده است که انواع مختلف سوءاستفاده در دوران کودکی را تجربه کرده‌اند، مانند جنسی، هیجانی و فیزیکی (پایویو و گرینبرگ، ۱۹۹۵؛ پایویو، هال و همکاران، ۲۰۰۱؛ پایویو، هولوواتی و هال^۵، ۲۰۰۴؛ پایویو و پترسون^۶، ۱۹۹۹). سایر مطالعات فقط زنان بازمانده سوءاستفاده جنسی (چارلد^۷، ۲۰۰۵؛ ریسایک و همکاران^۸، ۲۰۰۳؛ تالبوت و همکاران، ۲۰۰۸) یا سوءاستفاده جنسی و فیزیکی را دربرمی‌گرفتند (کلوتر و همکاران^۹، ۲۰۰۲). این نوع درمان، دیدگاهی ساختارگرایانه از عملکرد انسانی را اتخاذ می‌کند که فرض می‌کند هیجانات اطلاعات شخصی مهم درمورد مهم‌ترین مسیر دستیابی به رفاه را فراهم می‌کنند که به‌نوبه خود رفتار و فرایندهای معناسازی را هدایت می‌کنند (گرینبرگ^{۱۰}، ۲۰۱۵)؛ بنابراین درمانگران متمرکز بر هیجان به مراجعان کمک می‌کنند تا پردازش‌های عاطفی خاص مانند آگاهی، بیان، تنظیم، بازتاب و تغییر را در چارچوب یک رابطه درمانی اصلاحی ارتقا دهند (گرینبرگ، ۲۰۱۵). از طریق این پردازش‌ها، درمانگران به مراجعان کمک می‌کنند تا بر احساسات کلی پریشانی (مانند درماندگی، ناامیدی، بیش‌هوشیاری) و خوددرمانی مسئله‌ساز (مانند خودانتقادگری، خودتوقف‌سازی) به درد هیجانی بنیادین مرتبط با نیازهای برآورده‌نشده دسترسی پیدا کنند (یعنی احساس ارتباط، پذیرش و امنیت) و تغییر به شفقت نسبت به خود یا پاسخ‌های محافظتی را ایجاد کنند تا درنهایت مراجع به سمت تسکین، عاملیت و قدرت رشد کند (تیمولاک و همکاران، ۲۰۲۰).

هدف پژوهش حاضر دستیابی به رویکردی اثربخش بر کارکرد اجرایی حافظه فعال افراد آسیب‌دیده جنسی بود که مبتنی بر این فرضیه بوده است که درمان متمرکز بر هیجان تروما بر بهبود و ارتقای کارکرد اجرایی در افرادی با آسیب جنسی تأثیر دارد.

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

روش پژوهش براساس هدف، کاربردی و گردآوری داده‌ها، آزمایشی از نوع مطالعه موردی و از نظر شیوه اجرا، میدانی و از نظر ماهیت، کمی است. جامعه مورد نظر کلیه افراد آسیب‌دیده جنسی مراجعه‌کننده به انستیتو تروما ایران در سال ۱۴۰۰ در شهر مشهد بوده‌اند (ده نفر شامل شش نفر زن و چهار نفر مرد). روش نمونه‌گیری نیز از نوع غیراحتمالاتی اتفاقی یا داوطلبانه بوده است.

جلسات درمان نیز با تمرکز بر اهداف درمان شروع و بخش‌های مختلف پروتکل به مراجعان ارائه شد که محتوای آن به‌صورت خلاصه در جدول ۱ آمده است.

1. Bogat et al.
2. Gleiser et al.
3. Paivio, Jarry et al.
4. Timulak & Keogh
5. Paivio, Holowaty, & Hall
6. Paivio & Patterson
7. Chard
8. Resick et al.
9. Cloitre et al.
10. Greenberg

ملاک‌های ورود عبارت بودند از: حداقل ۱۸ سال سن برای ورود به پژوهش بدون در نظر گرفتن جنسیت، بازتجربه تروما در شرکت‌کنندگان پژوهش (قربانی شدن مجدد جنسی)، تشخیص ترومای جنسی در مصاحبه و پرسشنامه ترومای کودکی، رخ دادن ترومای جنسی در سنین کمتر از چهارده سال، عدم تجربه حادثه ناگوار برای عزیزان در طی سه ماه گذشته. ملاک‌های خروج نیز شامل سن کمتر از ۱۸، افراد تحت درمان‌های دیگر، مصرف‌کنندگان داروهای روان‌گردان، مواد یا الکل، افرادی با تجربه تروما در سه‌ماهه اخیر مانند ازدست‌دادن عزیزان، تصادف و... بود.

۲-۲. شیوه اجرای پژوهش

در گروه‌های مختلف و فضای مجازی پیامی مبنی بر درمان رایگان افرادی که در کودکی مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفتند و در حال حاضر هم روابط جنسی پرخطری دارند، گذاشته شد و افراد به روش اتفاقی یا داوطلبانه به این پژوهش جذب شدند. همچنین به افرادی که به انستیتو تروما ایران در مشهد مراجعه کرده بودند اطلاع‌رسانی شد. در مجموع از بین ده نفر که مراجعه کردند، سه نفر (بدون در نظر گرفتن جنسیت) که واجد ملاک‌های ورود بودند، انتخاب شدند. سپس در انستیتو تروما ایران در مشهد با این افراد مصاحبه تشخیصی براساس DSM 5 صورت گرفت و پس از اخذ رضایت‌نامه، برای آنان در محیطی آرام و ساکت با شرایط یکسان با استفاده رایانه کیفی به مدل Pentium(R) Dual-Core CPU LENOVO G550 در موعده مقرر تکلیف حافظه فعال دیداری هیجانی اجرا شد و از آن‌ها درخواست شد تا پرسشنامه ترومای دوران کودکی را تکمیل کنند. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از قبیل سن، سطح تحصیلات نیز ثبت شد. به افراد توضیح داده شد که پرسشنامه‌ها بدون هویت اطلاعاتی هستند و اطلاعات آن‌ها محرمانه است و تأثیر قانونی نخواهد داشت. در نهایت طبق توافق، درمان متمرکز بر هیجان تروما هفته‌ای یک جلسه برای این افراد برگزار شد. درمان متمرکز بر هیجان تروما حداقل ۲۴ هفته زمان می‌برد که در چهار فاز صورت می‌گیرد: فاز یک، پرورش اتحاد درمانی، فاز دو، کاهش دادن ترس و شرم، فاز سه، حل‌وفصل تروما و آسیب‌های دلبستگی، فاز چهار، خاتمه. البته از طریق مشاهده تغییراتی که در بین جلسات و جلسات پیگیری حاصل می‌شود، در موارد شدت بیشتر یا طول بیشتر آسیب، همچنین در موارد قربانی شدن مکرر، درمان احتمالاً طولانی‌تر است. درمان شرکت‌کنندگان در این طرح پژوهشی یازده ماه به طول انجامید.

۲-۳. ابزارهای پژوهش

۲-۳-۱. مصاحبه تشخیصی براساس DSM-5^۱ (SCID-5)

این مصاحبه ابزاری جامع و استاندارد برای سنجش اختلالات روان‌پزشکی براساس ملاک‌های تشخیص DSM-5 است که برای اهداف بالینی و پژوهشی استفاده می‌شود (جیکوبوسکا و همکاران^۲، ۲۰۱۵)؛ به‌طوری‌که پرکاربردترین مصاحبه تشخیصی در بین سایر ابزارهای تشخیصی استاندارد است. این نسخه از مصاحبه مانند نسخه‌های قبلی از اعتبار و روایی زیادی در تشخیص برخوردار است (ضریب کاپا ۰/۶۹). این مصاحبه توسط روان‌شناس صورت گرفته و ملاک‌های تشخیصی را داشته است: علائم مزاحمت (مثل خاطرات مزاحم، رؤیاهای رنج‌آور، واکنش‌ها یا فلش‌بک‌های گسستگی، رنج (دیسترس) شدید، پاسخ فیزیولوژیک به محرک‌ها)؛ اجتناب مداوم از خاطرات، افکار یا احساسات مرتبط با رویداد آسیب‌زا یا اجتناب از به‌یادآورنده‌های خارجی (برای مثال بعضی افراد، بعضی مکان‌ها)؛ تغییرات و تحریف‌ات منفی و دائمی در شناخت‌ها و خلق (مانند بی‌حسی عاطفی، تحریف‌های شناختی، دل‌گسستگی)؛ گوش‌به‌زنگی شدید یا افزایش برانگیختگی (نظیر پرخاشگری، انفجارهای خشم، مشکلات خواب، مشکلاتی با تمرکز حواس، رفتار بی‌احتیاط یا رفتار خودمخرب)؛ ملاک استرسور: آسیب جنسی و...؛ ملاک مدت: گذشت حداقل یک ماه از تجربه تروما؛ تغییر معنادار در عملکردهای روزانه و اجتماعی و... .

1. Structural clinical Interview for DSM-5 (SCID)

2. Zawadzki et al.

۲-۳-۲. پرسشنامه ترومای دوران کودکی^۱ (CTQ)

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) توسط برنستاین و همکاران^۲ (۲۰۰۳) به منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی ارائه شد. این پرسشنامه یک ابزار غربالگری برای آشکار کردن اشخاص دارای تجربیات سوءاستفاده و غفلت دوران کودکی است. این پرسشنامه هم برای بزرگسالان و هم برای نوجوانان قابل استفاده است. پرسشنامه ترومای دوران کودکی پنج بد رفتاری دوران کودکی را سنجش می‌کند که عبارت‌اند از: سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده عاطفی، و غفلت عاطفی و جسمی. پرسشنامه ۲۸ سؤال دارد که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه به کار می‌رود و ۳ سؤال آن برای تشخیص افرادی است که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند. در پژوهش برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده جسمی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۰/۹۵، ۰/۸۹ و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه السلام (۱۳۹۲) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج‌گانه آن گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش انجام‌شده، در خرده‌مقیاس سوءاستفاده عاطفی ۰/۸۴، سوءاستفاده جنسی ۰/۹۳، سوءاستفاده جسمی ۰/۸۲، غفلت عاطفی ۰/۸۵ و غفلت جسمی ۰/۷۹ بود. پیش از نمره‌گذاری مؤلفه‌های پرسشنامه ابتدا باید نمره‌گذاری سؤال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲ و ۲۶ معکوس شود. نمرات بالا در پرسشنامه نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است. دامنه نمرات برای هر زیرمقیاس ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. نمره‌گذاری هریک از مؤلفه‌های پرسشنامه در ادامه آمده است. سؤال‌های ۱۰، ۱۶ و ۲۲ به منظور سنجش روایی یا انکار مشکل در دوران کودکی است. اگر مجموع پاسخ‌های داده‌شده به این سؤالات بالاتر از ۱۲ باشد، به احتمال زیاد پاسخ‌های فرد نامعتبر است.

۲-۳-۳. تکلیف ظرفیت حافظه فعال دیداری هیجانی^۳ (EVWMC)

در پژوهش حاضر به منظور سنجش ظرفیت حافظه فعال از ترکیب تکلیف موری^۴ (۲۰۰۹) و وونگ و همکاران^۵ (۲۰۱۶) استفاده شد؛ به‌طوری‌که آلفای کرونباخ آن ۰/۹۲ و پایایی دونیمه‌سازی آن ۰/۸۸ به‌دست آمد. این تکلیف به‌صورت کامپیوتری اجرا می‌شود و دو بخش را شامل می‌شود. بخش اول دارای سه مرحله است. اولین مرحله کدگذاری (تصاویر ۴، ۵، ۶) است که تصاویر چهره با سه وضعیت را داراست (تصاویر ۲، ۳، ۴) و دومین مرحله تأخیر (تصاویر ۷، ۸، ۹) است که عوامل منحرف‌کننده مرتبط با تروما، خنثی و فاقد محتوا را دربرمی‌گیرد و سومین مرحله بازیابی (تصاویر ۱۰، ۱۱، ۱۲) است. در ۵۰ درصد موارد، محتوای تصاویر تغییر داده می‌شود، ولی موقعیت تصاویر تغییر نخواهد کرد. در مجموع این بخش ۲۹ ثانیه به طول می‌انجامد. بخش دوم (تصویر ۱۳) مواردی را شامل می‌شود که شرکت‌کننده تغییر در محتوای تصویر پاسخ را تأیید می‌کند. در این صورت فرد باید با حرکت نشانگر روی تصویر و کلیک روی آن، تصویر تغییر یافته را نشان دهد.

۲-۴. مراحل تهیه تکلیف ظرفیت حافظه فعال دیداری-هیجانی

این تکلیف در جامعه ایران و همسو با فرهنگ ایران توسط میرابوالفتحی (۱۳۹۴) برای بیمارانی با اختلال استرس پس از تروما ناشی از تصادف ساخته شد که در آن تکلیف از عکس چهره زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله استفاده شده بود؛ به‌طوری‌که ابتدا از مجموع ۵۰۰ عکس چهره، ۳۱۵ عکس انتخاب شدند. ملاک انتخاب عکس‌ها وضوح مشابه و یکسان بودن جهت صورت در تصویر بود. عکس‌های انتخاب‌شده با نرم‌افزار فتوشاپ به ابعاد ۲۶۰×۱۸۸ تغییر پیدا کردند. همچنین زمینه عکس‌ها کاملاً تیره و با رنگ سیاه تنظیم شد. محتوای این عکس‌ها شامل هیجان مرتبط با تروما، عکس‌های بدون ارتباط با تروما و عکس‌های شلوغ بدون محتوای هیجانی منفی یا خنثی بود. ابتدا برای انتخاب عکس‌هایی با بار هیجانی از مجموع ۳۰ عکس مرتبط با سرطان، ۱۰

1. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)

2. Bernstein et al.

3. emotional visual working memory capacity

4. Morey et al.

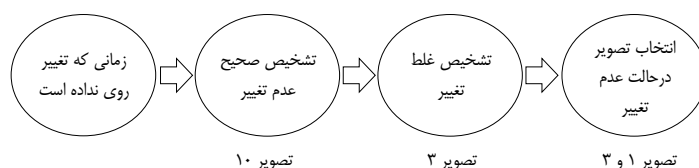
5. Wong et al.

عکس که با استفاده از درجه‌بندی لیکرتی پنج درجه، نمره ۳ یا ۴ گرفته بودند، انتخاب شدند. درجه‌بندی این عکس‌ها توسط ده نفر از افراد داوطلب صورت پذیرفت. برای انتخاب عکس‌های بدون محتوای هیجانی مرتبط با تروما، از بین ۳۰ عکس، ۱۰ عکس انتخاب شدند. شایان ذکر است این تصاویر خنثی و بدون عکس چهره بودند. برای انتخاب تصویر شلوغ، نویز سفید استفاده شد. تکلیف به‌گونه‌ای طراحی شده است که آزمودنی در مرحله کدگذاری به ازای هر عکس ارائه‌شده ۱ ثانیه زمان دارد؛ برای مثال اگر در بخش ابتدایی سه تصویر (تصویر ۵) به آزمودنی ارائه شود، این تصاویر برای سه ثانیه نمایش داده می‌شود. سپس به مدت یک ثانیه تصویر تیره می‌شود و آنگاه به‌صورت تصادفی یکی از عوامل پرت‌کننده حواس (تصویر ۸) به مدت دو ثانیه نمایش داده می‌شود. مجدداً تصویر برای یک ثانیه تیره می‌شود و سپس به همان تعداد عکس چهره (تصویر ۱۱) در بخش اول روی صفحه مانیتور نمایش داده می‌شود؛ با این تفاوت که در نیمی از موارد، یکی از عکس‌های چهره تغییر کرده است. پس از این مرحله، یک سؤال دوگزینه‌ای روی صفحه نمایش داده می‌شود (تصویر ۱۳) که آزمودنی باید با استفاده از نشانگر رایانه کیفیت، بین دو گزینه بله یا خیر یکی را انتخاب کند. اگر پاسخ آزمودنی به این سؤال خیر باشد، کوشش تمام شده و پس از یک ثانیه، مجموعه تصاویر جدید روی نمایشگر ظاهر می‌شود. اما اگر پاسخ آزمودنی بله باشد، مجدداً تصاویر چهره نمایش داده می‌شود و آزمودنی باید روی عکسی که تشخیص می‌دهد تغییر در آن رخ داده کلیک کند (تصویر ۲). پس از این مرحله، یک کوشش از تکلیف تمام می‌شود. در این مطالعه، آزمون تغییر یافته روی ۱۰ فرد بدون سابقه تروما اجرا شد تا اشکالات احتمالی آن برطرف شود. هدف این اجرا، بررسی کارایی و رفع نواقص و نیز بررسی اثر عوامل حواس‌پرت‌کننده با یا بدون محتوای هیجانی بر شرکت‌کنندگان بود.

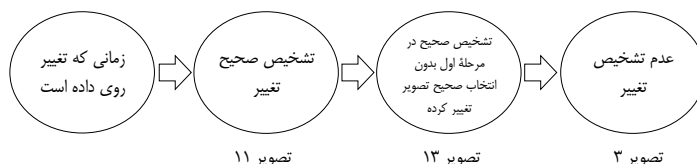


شکل ۱. نمونه مراحل تکلیف حافظه دیداری-هیجانی

روش نمره‌گذاری: در این تکلیف چهار حالت پاسخ وجود دارد:



شکل ۲. وضعیت‌های پاسخ‌دهی زمان عدم تغییر



شکل ۳. وضعیت‌های پاسخ‌دهی زمان وقوع تغییر

برای به‌دست‌آوردن ظرفیت حافظه فعال دیداری-هیجانی، تعداد پاسخ‌های هشدار کاذب^۱ را از پاسخ‌های کاملاً صحیح کسر می‌کنیم.

۲-۵. اجرای مداخله درمانی

مداخله درمانی از ویراست جدید کتاب پایویو و پاسکوال-لئون (۲۰۲۳) اقتباس شده است که اثربخشی آن در پژوهش‌های گوناگون سی سال گذشته در زمینه تروما به اثبات رسیده است.

جدول ۱. جلسات، فاز، محتوا و اهداف درمانی با رویکرد متمرکز بر هیجان تروما

فاز	جلسه	محتوای درمانی، هدف
اول	اول تا سوم	- شروع جلسه اول با طرح این سؤال: از اینکه می‌خواهید درمان خود را شروع کنید چه احساسی دارید؟ - ارزیابی سلامت روان مراجع و پیشینه بین‌فردی، کارکرد گذشته و حال او در قالب مصاحبه‌ای شبه‌ساختارمند درمورد موضوعات اصلی به‌صورت محتوایی (یادداشت‌برداری پس از اتمام جلسه) - درک مشکلات کنونی مراجع و شکایت‌های هدف وی مانند احساسات حل‌وفصل نشده نسبت به مقصران سوءرفتار و غفلت و شخصیت‌های دلبستگی، عزت‌نفس و اعتمادبه‌نفس پایین، هویت خود ضعیف، نشان‌های خاص تروما (کابوس و به‌خاطر آوردن خاطرات بد گذشته) - تمرکز بر تجربیات و دغدغه‌های کنونی مراجع برای دستیابی به امیدها، انگیزه‌ها یا ترس‌های مراجع درخصوص درمان و پرداختن به انتظارات مراجع، سوء ادراکات و ترس‌های وی - بهرسمیت‌شناختن و اعتباربخشی به احساسات دوگانه مراجع نسبت به جلسات درمانی (احساس عصبی بودن و اضطراب از اینکه درمان می‌شوم یا نه؟ اینکه درمورد ترومای خود صحبت کنم یا نه؟) - شروع جلسات دوم و سوم با جملاتی همچون «از اینکه امروز اینجا هستی چه احساسی داری؟»، «آیا افکار خاصی درمورد جلسه پیش داری؟» و «امروز دوست داری بیشتر از همه روی چه موضوع مهمی تمرکز کنیم؟» - توجه به آشفتگی نشانه‌های کنونی مانند اختلال استرس پس از تروما، اضطراب و افسردگی
	چهارم تا ششم	- حل‌وفصل گسستگی‌های مربوط به اتحاد درمانی مانند مقابله مراجع با درمانگر به‌طور مستقیم (چالش‌ها، انتقادات و خشم) یا کناره‌گیری مراجع از درمان (یعنی انفعال، درگیر نشدن با فرایند درمان و فاصله‌گرفتن) از طریق دعوت مراجع توسط درمانگر برای بیان دیدگاه درباره این مسئله و شناسایی نیازهای مراجع مؤثر در ایجاد گسستگی (مانند نیاز به استقلال و حمایت بیشتر) و سپس ارائه راه‌حل عملی برای حل‌وفصل آن - کمک به مراجع برای بیان داستان قربانی شدن خود و کسب اطلاعات درخصوص نوع و گستره تروما با طرح سؤالاتی از قبیل «از چه سنی شروع شد، چه مدت ادامه داشت، چند وقت یک‌بار این اتفاق می‌افتاد» به‌منظور ارزیابی رابطه، تنظیم هیجان و ظرفیت‌های تجربه‌کردن و ظرفیت مراجع درخصوص تمرکز کردن روی مقوله‌های مرتبط با گذشته - شفقت نسبت به درد و رنج مراجع، تأیید همدلانه احساسات آسیب‌پذیری و اعتباربخشی تجربه و ادراکات او با گفتن عباراتی مانند «چقدر دردناکه»، «خیلی وحشتناکه»، «چقدر غم‌انگیزه»، «واقعاً شرم‌آور»، «این اصلاً درست نیست»

فاز	جلسه	محتوای درمانی، هدف
دوم	هفتم تا دهم	- استفاده از رویکرد مقابله‌تصوری به‌منظور مواجه‌شدن با مقصران اولیه سوءرفتار که شامل چهار مرحله است (پیش از گفت‌وگو: آماده‌سازی مراجع؛ برانگیختگی: تماس روان‌شناختی با فرد تصور شده و دسترسی به احساسات نسبت به آن فرد؛ تمرکز بر اجتناب، خودمتوقف‌سازی، احساس گناه و خودسرزنشگری؛ ابراز و اکتشاف: ابراز کامل هیجان اولیه سازگارانه نسبت به طرف مقابل، بیان نیازها، انتظارات برآورده‌نشده در ارتباط با طرف مقابل؛ حل‌وفصل: حمایت از درک نوظهور نسبت به خود و طرف مقابل، خاتمه‌دادن تماس با طرف تصور شده - کمک به مراجع برای اجازه‌دادن به بروز تجربیات هیجانی که پیش از این از آن‌ها اجتناب می‌کرد و خود را مالک آن‌ها نمی‌دانسته است (اجازه‌دادن کامل به ظهور احساسات دردناک و تهدیدآمیز) و تمایزبخشی بین انواع مختلف هیجانات به‌خصوص هیجان ترس و شرم - کاهش اضطراب ناسازگارانه (از طریق نمادسازی کلامی) و اجتناب از احساسات و خاطرات تروما به‌منظور پردازش و تغییر هیجان و تغییر محتوای شناختی ناسازگارانه و بررسی معنای هیجان زیربنایی - دسترسی به ساختار یا طرح هیجانی ناسازگارانه زیربنایی مانند ترس و شرم؛ بررسی مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و انگیزشی مرتبط با آن؛ حمایت از ظهور سایر هیجانات سازگارانه و منابع سالم مرتبط با آن؛ استفاده از این موارد برای تغییر ساختار هیجانی ناسازگارانه - تشویق عامل‌بودن مراجع (این من هستم که این‌گونه فکر می‌کنم یا چنین احساسی دارم یا چیزهایی نیاز دارم) به‌منظور تنظیم هیجانی و ایجاد تغییرات پایدار
	یازدهم تا چهاردهم	- پرداختن به خودمتوقف‌سازی هیجان سازگارانه به‌منظور پذیرش هیجان سرکوب‌شده و تجربه آن در آگاهی خود و سپس ابراز آن - استفاده از تکنیک گفت‌وگوهای دوصندلی بین بخش‌های متعارض برای پرداختن به خودمتوقف‌سازی مراجع، خودانتقادگری و به‌چالش کشاندن انتظارات فاجعه‌آمیز درباره موقعیت‌های بیرونی - انجام پنج گام برای حل‌وفصل‌کردن خودمتوقف‌سازی: شناسایی و جداسازی دو جنبه از خود و برقراری ارتباط میان این دو بخش، تمایزبخشی خودمتوقف‌سازی و تشدید آن؛ درمانگر از مراجع می‌خواهد تا موضوع را نسبت به بخش سرکوب‌شده مشخص کند و آن را ابراز کند؛ شناسایی توقف ابراز: مراجع با تجربه متوقف‌شده‌اش ارتباط پیدا می‌کند؛ بازساختاردهی تجربه از طریق دسترسی به منابع سالم؛ اظهار مراجع درخصوص نیاز او به ابراز احساسات و نیازهای اصیل؛ معرفی دوباره مقابله‌تصوری کشف همدلانه: ارتباط‌گیری مجدد با مقصران آسیب و ابراز احساساتی که پیش از این بازداری می‌شد. - کار روی خاطرات تروما براساس سه گام: زنده کردن موقعیت: استفاده از بازگویی فراخواننده نظام‌مند (بازگویی با زبان ابرازی پررنگ و لعاب و بازتاب‌های فراخواننده برای بررسی جزئیات خاطره)؛ بررسی احساسات و باورهای مراجع از دیدگاه کنونی (بزرگسال)؛ بازساختاردهی درک مراجع از خود - دسترسی به خودارزیابی‌های منفی خاص (مانند من به درد هیچ چیز نمی‌خورم، من نقص دارم، من دوست‌داشتنی نیستم) یا نیازهای برآورده‌نشده مراجع (نیاز به تکریم و شفقت نسبت به خود) به‌منظور دستیابی به منابع درونی سالم به شکل خودارزیابی‌های مثبت‌تر و درک استحقاق نسبت به نیازهای برآورده‌نشده، فعال‌شدن خشم ابرازگرانه در مقابل سوءرفتار و غم برای خنثی کردن شرم - دسترسی به تجربیات دردناک شرم اجتناب‌شده به‌منظور یکپارچه‌سازی اطلاعات مرتبط با آن در درون خود از طریق تأیید آسیب‌پذیری مراجع (می‌دونم صحبت کردن درمورد این موضوع خیلی سخته)، متمرکزکردن مجدد توجه مراجع به تجربه درونی، متمرکزبودن بر لحظه اکنون (الان که داری صحبت می‌کنی چه احساسی داری؟ استفاده از تکلیف دوصندلی برای کار روی شرم ناشی از خودانتقادگری)، تحلیل ابراز هیجان (این صدایی که از درون می‌شنوی صدای کیست؟ توجه به ژست‌ها و کیفیت صدای مراجع برای آگاهی تجربی فرد از تأثیر خودانتقادگری و فعال‌شدن بخش‌های محافظت‌کننده، ارتقای عاملیت (این من هستم که خودم را شرمگین می‌کنم)، تشدید تجربه (تمرکز بیشتر روی ساختار هیجانی مبتنی بر شرم)، پیشنهاد مشاهدات فرایندی (مثلاً مراجع دائماً لحن تحقیرآمیز دارد)، فراخواندن خاطرات - استفاده از شش گام در تکلیف دوصندلی برای حل‌وفصل خودانتقادگری: شروع کار با ساختاردهی به گفت‌وگو (بخشی از تو وجود دارد که می‌گوید تو مشکل داری)؛ دسترسی به جملات خودانتقادگری مرکزی و هیجانات مرتبط با آن (بایدها و نبایدها)؛ دسترسی به واکنش نسبت به انتقاد (احساس تأثیر دردناک انتقادهای شدید و مخابره این احساس به بخش منتقد خود)؛ بازساختاردهی تجربه از طریق دسترسی به تجربه اولیه سالم (تجربه کامل خود به‌عنوان فرد دارای نقص همراه با غم و نیازهای مرتبط با شفقت، حمایت و تسکین یا ایستادگی در برابر انتقاد و خشم به‌خاطر بی‌عدالتی نسبت به او همراه با دسترسی به نیازهای مرتبط با شرافت و احترام)؛ نرم‌شدن جنبه منتقد خود: درک موقعیت طرف مقابل توسط بخش قضاوت‌گر و داشتن موضع بخشنده‌تر، همدلانه‌تر و مشفق‌تر؛ معرفی مقابله‌تصوری
سوم	پانزدهم تا هجدهم	- حل‌وفصل مقوله‌های بین‌فردی و تجربه ابراز کامل خشم ناسازگارانه به‌خاطر سوءرفتار و غم ناشی از فقدان که پیش از این بازداری می‌شدند که به بررسی معنا و فرایند تغییر منجر می‌شوند - استفاده از تکلیف صندلی خالی به‌منظور ابراز هیجانات سرکوب‌شده نسبت به طرف مقابل به‌منظور ایجاد توانمندی هیجانی سطح بالاتر و نظرات سازگارانه تر درخصوص خود و سایر افراد (مقصران)

فاز	جلسه	محتوای درمانی، هدف
		▪ دستیابی به فرایندهای هیجانی سازگارانه‌تر مانند کاهش احساسات منفی نسبت به طرف مقابل (مثل ترس، شرم، دلخوری، خشم و غم) و افزایش توانایی پذیرفتن یا به‌رسمیت‌شناختن و توجه‌کردن به نیازهای خود و تنظیم خشم مراجع و به‌رسمیت‌شناختن دغدغه‌های او و هم‌زمان پذیرش احساسات خشم مشروع وی ▪ غرقه‌سازی تدریجی مراجعی که از خشم می‌ترسد یا آن را انکار می‌کند؛ شامل تجربه تقریبی و تدریجی موفقیت‌آمیز خشم (برای مثال، حرکت از «آزرد شدن خاطر یا رنجش» به سمت «احساس عصبانیت» و سپس «غضب و خشم فراوان») ▪ ترویج ابراز خشم سازگارانه نسبت به طرف مقابل در رویکرد مقابله‌تصوری: این ابراز شامل استفاده از جملاتی با نهاد «من» همراه با مشخص کردن خواسته‌ها، نیازها و انتظارات از طرف مقابل و همچنین رفتارهای جایگزین ترجیحی و تأثیرات مثبتی است که این رفتارها احتمالاً داشته‌اند. از همه مهم‌تر، تعیین حدود مرزها (به‌خصوص در روابط کنونی) و ارتقای ادراک احساس استحقاق مراجع نسبت به نیازهای برآورده‌نشده‌اش ▪ ابراز نیازها و انتظارات برآورده‌نشده در رابطه با طرف مقابل: مانند نیاز به خودمختاری یا کنترل شخصی برای دفاع از خود در برابر تهدید یا آسیب و رفع بی‌عدالتی و همچنین انتظاراتی درمورد رفتار منصفانه و همراه با احترام از سوی دیگران ▪ تقویت حس افزایش‌یافته استحقاق نسبت به نیازها و انتظارات برآورده‌نشده در رابطه با طرف مقابل: کمک به مراجع برای تعریف «خود» از لحاظ خواسته‌ها و نیازهای مشروع و تغییر موضع از تردید نسبت به خود (مانند «شاید احتمالاً من کاری کرده باشم که این همه بلا سرم آمده است») به باور شایستگی و استحقاق (مانند «من شایسته این بودم که با احترام با من رفتار شود») ▪ حمایت از نظر نوظهور مراجع درباره خود و طرف مقابل: مراجع دیگر خود را ضعیف و بی‌ارزش نمی‌بیند و احساس ارزشمندی می‌کند؛ دیگر مراجع فرد تصور شده را به‌عنوان یک شیطان و موجودی پلید نمی‌بیند. بدون توجه به اینکه مراجع نسبت به فرد دیگر احساس شفتت داشته باشد یا نداشته باشد، کم‌کم فرد دیگر را بیشتر به‌عنوان یک انسان، به همان اندازه که بوده و به نسبت ضعیف ادراک می‌کند.
سوم	نوزدهم تا بیست و یکم	▪ اطمینان حاصل کردن از وقت و محیط درمانی مناسب برای پرداخت به غم: مراجع باید به اندازه کافی احساس امنیت کند تا به خودش اجازه دهد فروپاشی هیجانی را تجربه کند و در حضور درمانگر آسیب‌پذیری را احساس کند. ▪ اجازه‌دادن به بروز درد ناشی از فقدان (به‌عنوان بخشی از فرایند سوگواری) و ابراز اندوه: کمک به مراجع برای اجتناب‌نکردن از درد و رهاکردن تلاش برای چیزی که از دست داده است ▪ افزایش آگاهی از فقدان‌های خاص و نیازهای مرتبط با آن‌ها: مشخص کردن فقدان‌های بین‌فردی و فقدان‌های شخصی توسط مراجع (برای مثال، امیدها، رؤیاها، باورهای مطلوب، فرض‌ها و هویت) به‌منظور ایجاد انگیزه برای جایگزین کردن آنچه از دست رفته است و برآوردن نیازهای خود ▪ تقویت درک مراجع از خود: انتخاب آگاهانه برای اجازه‌دادن به بروز درد ناشی از فقدان به‌دلیل احساس ایجاد احساس امنیت بیشتر و احساس شکنندگی کمتر در مراجع
چهارم	بیست و دوم تا بیست و چهارم	▪ تکمیل و تحکیم تغییرات: مرور آشکار تغییرات مراجع در مرحله خاتمه درمان به تحکیم آن تغییرات کمک می‌کند، میزان تحقق یافتن اهداف را ارزیابی و حیطه‌هایی را برای رشد بیشتر (هم درون درمان و هم بیرون درمان) شناسایی می‌کند. ▪ تکمیل فرایند حل‌وفصل و خاتمه‌دادن به آن: کمک به مراجع برای حرکت به سمت حل‌وفصل و رفع کردن مشکل حل‌وفصل نشده و خاتمه‌دادن به فرایند حل‌وفصل برای مثال، درمانگر ممکن است از مراجع سؤال کند «به پایان دادن به کار و خداحافظی کردن با مادر چه احساسی داری؟ آیا چیز دیگری وجود دارد که بخواهی قبل از اینکه به کار پایان دهیم به مادر بگویی؟» ▪ تحکیم تغییرات: مقایسه کردن حالت کنونی مراجع با ابتدای درمان (برای مثال «توجه کن که اکنون در مقایسه با احساسی که در ابتدای درمان داشتی، چه احساسی داری؛ حتی می‌توانی به پدرت بگویی که چگونه تغییر کرده‌ای») به‌منظور افزایش آگاهی مراجع از جایگاه کنونی‌اش و آنچه در طول درمان محقق شده است ▪ آگاهی مراجع از تغییرات در فرایندهای درونی: آگاه کردن مراجع از توانایی تحمل درد هیجانی و خودتسکین‌دهی به طرز مطلوب، مقابله با جملات انتقادی (برای مثال درخواست از مراجع از اینکه در چه موقعیت‌های اضطراری توانسته خود را آرام کرده؟) و واکنش مناسب درمانگر به احساسات مثبت در رابطه با تغییرات و دستاوردهای وی ▪ آگاهی از تغییر محدود و پذیرش آن: توجه به احساس ناکامی مراجع از دستاوردهای محدود یا میزان حل‌وفصل کم و خلق معنا در رابطه با این احساس ناکامی به‌منظور تسکین آن و پیشرفت در فرایند حل‌وفصل از طریق به‌رسمیت‌شناختن این احساس و تشویق پذیرش شرایط «آن‌گونه که هست» و تشویق پذیرش خود و نهاده‌کردن امید به آینده (برای مثال درمانگر ممکن است بگوید «چیزی که در اینجا اهمیت دارد این است که همچنان به تجربه خودت توجه کرده و اعتماد کنی. از هر آنچه در مسیر پیش می‌آید استقبال کن، دقیقاً کاری که در فرایند درمان انجام می‌دادی»)
		▪ بازخورد متقابل: درمانگر به مراجع بازخورد می‌دهد: این بازخورد باید براساس مشاهداتشان از فرایندهای درمان باشد و نه براساس تغییرات گزارش شده در زندگی روزانه مراجعان؛ بازخورد مرتبط با شکایت‌های اولیه مراجعان در جلسات اولیه ▪ بازخورد مراجع به درمانگر: درمانگر بازخورد مراجع در رابطه با واقعیت‌های زندگی آن‌ها و تجارب درونی‌شان را که فقط خود مراجعان به آن‌ها دسترسی دارند برمی‌انگیزاند. این بازخوردها عبارت‌اند از: سؤال کردن از مراجعان درباره زمینه‌های رشد (نتایج مثبت ناشی از درمان تروما)، کارکرد فعلی و مقابله در زندگی روزمره‌شان و نظرات تغییر یافته آن‌ها نسبت به خود و دیگران

۶-۲. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از بازبینی نمودارها و تحلیل دیداری، شاخص‌های تغییر روند، شیب و علاوه‌براین به‌منظور تعیین معناداری بالینی از شاخص درصد بهبودی و اندازه اثر به شرح فرمول‌های زیر استفاده شد.

$$\begin{aligned} \text{MPI} &= [(\text{Baseline Mean} - \text{Treatment Phase Mean}) / \text{Treatment phase Mean}] \times 100 \\ \text{MPR} &= [(\text{Baseline Mean} - \text{Treatment Phase Mean}) / \text{Baseline Mean}] \times 100 \\ (\text{effect-size}) rYl &= d / \sqrt{(d^2 + 4)} \end{aligned}$$

در این فرمول‌ها MPI میانگین درصد بهبودی^۱ و MPR میانگین درصد کاهش نمرات^۲ را نشان می‌دهد. این شاخص‌ها به‌ترتیب بیانگر تغییرات روند و شیب هستند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

شرکت‌کننده اول، خانمی ۲۳ ساله مجرد و دارای مدرک کارشناسی مشاوره و فرزند اول از یک خانواده چهارنفره بود که تاکنون برای درمان اقدام نکرده بود. شرکت‌کننده دوم، خانمی ۲۹ ساله دارای مدرک کارشناسی نرم‌افزار و فرزند ششم از یک خانواده نه‌نفره بود که پیش از این روان‌درمانی دریافت کرده بود، ولی نتیجه‌ای که به جلوگیری از آسیب مجدد جنسی منجر شود نگرفته بود. شرکت‌کننده سوم، خانمی ۳۲ ساله دارای مدرک کارشناسی مطالعات خانواده و فرزند اول از یک خانواده چهارنفره بود که قبلاً روان‌درمانی را با روان‌شناس دیگری رها کرده بود.

۳-۲. شاخص‌های توصیفی

در جدول ۲ مؤلفه‌های توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد نمرات حافظه فعال در شش بار مشاهده نشان داده شده است.

جدول ۲. مؤلفه‌های توصیفی نمرات حافظهٔ فعال مراجعان در طول درمان و دورهٔ پیگیری

متغیر	شاخص	خط پایه	ماه دوم	ماه پنجم	ماه هشتم	ماه یازدهم	پیگیری
حافظهٔ فعال	میانگین	۱۶/۳۳	۱۵/۳۳	۱۸/۶۶	۲۱/۳۳	۲۴/۶۶	۲۸
	انحراف استاندارد	۱/۵۲	۳/۰۵	۱/۵۲	۱/۵۲	۱/۱۵	۲

۳-۳. بررسی فرضیه‌ها

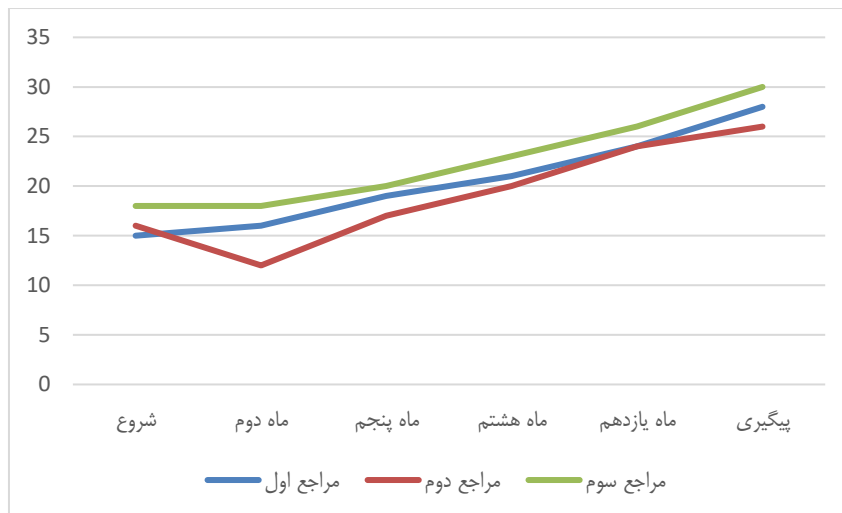
در جدول ۳ نمرات خط پایه، میانگین نمرات مداخله، انحراف استاندارد، شاخص‌های تغییر روند، شیب، میزان اندازه اثر و میزان تغییرپذیری مراجعان در حافظه فعال نشان داده شده است.

جدول ۳. شاخص‌های تغییر روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات مراجعان در حافظه فعال

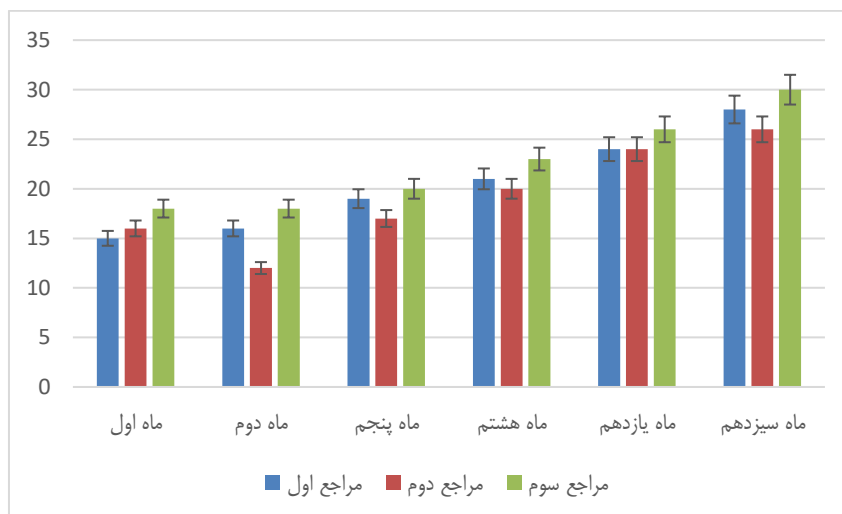
ردیف	متغیر	خط پایه	میانگین مداخله	انحراف استاندارد	(MPI) درصد بهبودی	(MPR) نمرات کاهش	اندازه اثر	پیگیری	(MPI) درصد بهبودی	(MPR) نمرات کاهش	اندازه اثر
اول	حافظه فعال	۱۵	۲۰	۳/۳۶	۲۵	۳۳/۳۳	۰/۹۹	۲۸	۴۶/۴۲	۸۶/۶۶	۰/۹۸
دوم	حافظه فعال	۱۶	۱۸/۲۵	۵/۰۵	۱۲/۳۲	۱۴/۰۶	۰/۷۴	۲۶	۲۸/۴۶	۶۲/۵	۰/۹۸
سوم	حافظه فعال	۱۸	۲۱/۷۵	۳/۵۰	۱۷/۳۴	۲۰/۱۸	۰/۸۸	۳۰	۴۰	۶۶/۶۶	۰/۹۸

1. mean percentage improvement
2. mean reduction improvement

اندازه‌های اثر به‌دست آمده، میزان بالای اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان تروما (EFTT) بر حافظه فعال هر سه مراجع را نشان می‌دهد. علاوه بر موارد فوق، با هدف تحلیل بیشتر همراه با جزئیات دقیق‌تر، از شاخص‌های درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات و نیز تحلیل دیداری استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۳ مشخص است درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات در هر سه مراجع هم در دوره مداخله و هم در دوره پیگیری بالاتر است. در ادامه به‌منظور تجزیه و تحلیل با دقت و جزئیات بیشتر از نمودار برای تحلیل دیداری متغیر پژوهش استفاده شد.



شکل ۴. تغییرات نمرات مراجعان در حافظه فعال



شکل ۵. درصد پاسخ‌های صحیح مراجعان در حافظه فعال

شکل ۵ تغییرات نمرات مراجعان در حافظه فعال را به تصویر می‌کشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، طراز نمرات مراجع اول در ماه پنجم نسبت به ماه دوم بیشترین میزان تغییر یعنی ۴ واحد است. در مجموع نمرات مراجع اول در انتهای دوره درمان ۹ واحد و در دوره پیگیری ۱۳ واحد رشد داشته است. نمره طراز مراجع دوم در ابتدا تا پایان ماه دوم به میزان ۴ واحد افت داشته است که پس از آن بیشترین رشد را در ماه پنجم نسبت به ماه دوم به میزان ۵ واحد را به خود اختصاص داده است. در مجموع نمرات مراجع دوم در انتهای درمان ۸ واحد و در دوره پیگیری ۱۰ واحد رشد داشته است. این نمره طراز روبه‌رشد برای مراجع سوم در ماه هشتم نسبت به ماه پنجم به میزان ۳ واحد بوده است. در مجموع نمرات مراجع سوم در انتهای دوره درمان ۸ واحد و در دوره پیگیری ۱۲ واحد رشد نسبت به خط پایه داشته است. روند تغییر نمرات هر سه مراجع در حافظه فعال افزایش عمده‌ای داشته است. این روند در مراجع اول و سوم از ابتدای درمان تا پایان ماه دوم با صعود نسبتاً ملایمی همراه است و نمرات این دو

مراجع تا پایان درمان روند صعودی خود را با صعود نسبتاً تندی ادامه می‌یابد؛ درحالی‌که در مراجع دوم از ابتدای درمان تا پایان ماه دوم روند نزولی عمده‌ای مشاهده می‌شود و از ماه دوم تا پایان درمان روند صعودی را نشان می‌دهد و روند صعودی‌تری را نسبت به دو مراجع دیگر به خود می‌گیرد. نمرات مراجع اول و سوم نسبت به مراجع دوم بیشتر و نیز بسیار به هم نزدیک‌تر است. البته نمرات مراجع دوم با مراجع اول در ماه یازدهم تشابه پیدا می‌کنند. روند نمرات مراجعان در دوره پیگیری افزایشی است که بیانگر تغییرات به‌دست‌آمده و حفظ آن‌ها نسبت به خط پایه است. شکل ۲ نیز درصد پاسخ‌های صحیح مراجعان در ماه‌های مختلف درمان را نشان می‌دهد که تقویت در کنترل پاسخ‌ها و افزایش پاسخ‌های صحیح در حافظه فعال را به نمایش می‌گذارد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش صورت‌گرفته، بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان تروما (EFTT) بر کارکرد اجرایی حافظه فعال افرادی با آسیب جنسی بود. با توجه به یافته‌ها می‌توان دریافت درمان متمرکز بر هیجان تروما توانسته طی یازده ماه (۴۴ جلسه) کارکرد اجرایی حافظه فعال و درواقع ظرفیت حافظه فعال دیداری هیجانی را در افراد آسیب‌دیده جنسی از نظر آماری و بالینی بهبود دهد. درمان متمرکز بر هیجان، تا امروز تنها درمان فردی است که پژوهش‌های نظام‌مندی در گروه‌های مختلف با انواع سوءاستفاده‌های هیجانی، جسمانی و جنسی را به خود اختصاص داده است. در ایران پژوهشی در این حوزه که مستقیماً درمان متمرکز بر هیجان را روی آسیب دیدگان جنسی انجام داده باشد، بسیار کم و انگشت‌شمار بوده است. اما نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های گرینبرگ و پایویو^۱ (۱۹۹۷)، گرینبرگ و واتسون^۲ (۲۰۰۶)، پایویو و شیمپ^۳ (۱۹۹۸) و پایویو، هال و همکاران (۲۰۰۱) همسو است. مطالعات فراتحلیل نشان می‌دهد سوءاستفاده جنسی در کودکی هم در رفاه روان‌شناختی و هم در رفاه اجتماعی، پیامدهای منفی‌ای را به همراه دارد (کار و همکاران^۴، ۲۰۱۳؛ مانگیو^۵، ۲۰۱۵) و با نقص در کارکرد اجرایی مانند حافظه فعال همراه است (مسمن-مور و همکاران^۶، ۲۰۱۰؛ آگوستی و ملیندر، ۲۰۱۳؛ بوکر و همکاران، ۲۰۱۲؛ دپرینس و همکاران، ۲۰۰۹؛ کیرک اسمیت و همکاران، ۲۰۱۶؛ مارتین و همکاران، ۲۰۱۹؛ پرنا و کایفتر، ۲۰۱۳؛ واسیلوسکی و توکر، ۲۰۱۶) این افراد در مواجهه با موقعیت‌های نیازمند توجه و تفکر از ظرفیت محدود حافظه خود رنج می‌برند. این پژوهش با مطالعه شوایزر و داگلیش همسو است؛ با این تفاوت که فقط بر حافظه فعال افرادی که مورد تجاوز جنسی قرار گرفتند تمرکز نکرده است، بلکه مراجعانی با تصادف، تهاجم و بلایای طبیعی را هم دربر گرفته است؛ به‌طوری‌که نقص در عملکرد ظرفیت حافظه فعال هیجانی در افراد مواجه‌شده با تروما در پژوهش حاضر نیز تأیید شد. برای بحث و نتیجه‌گیری موفقیت‌های درمانی درمان متمرکز بر هیجان می‌توان ملاک زیر را می‌توان درنظر گرفت (اینگرام و همکاران^۱، ۲۰۰۰).

به چه میزان کاهش یا افزایش در اهداف اصلی درمان به‌وجود آمده است؟ در این مطالعه، کارکرد اجرایی حافظه فعال در درمان هدف قرار گرفت. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد مراجعان از بهبودی قابل‌توجهی در حافظه فعال برخوردارند و این روند در دوره پیگیری نیز تا حدود زیادی پایدار بوده است. حال زمان آن است که به این سؤال پاسخ داده شود که چگونه با این رویکرد درمانی تغییرات به‌دست‌آمده را می‌توان تبیین کرد. می‌توان گفت در رویکرد متمرکز بر هیجان، مراجعان علاوه بر درگیری با پریشانی و آشفتگی پریشانی، به‌طور پیوسته با هیجان‌های شدید، عدم ارضای نیازها، انتظارات و خاطرات مخرب مرتبط با سوءاستفاده‌گر روبه‌رو می‌شوند؛ به‌طوری‌که نمی‌توانند این‌گونه زخم‌های روان خود را التیام بخشند و ظرفیت خویش را به‌منظور ابراز هیجانات، پردازش و حل‌وفصل آن‌ها گسترش دهند.

در تحلیل و تبیین نتایج می‌توان گفت درمان متمرکز بر هیجان، انگیزش اصلی را هیجان درنظر می‌گیرد و به همین دلیل در جلسات درمانی، دسترسی به هیجانات و پردازش آن‌ها را تسهیل می‌کند. بدین‌منظور در مداخلات به‌کاررفته برای افراد آسیب‌دیده

1. Greenberg & Paivio
2. Greenberg & Watson
3. Paivio & Shimp
4. Carr et al.
5. Maniglio
6. Messman-Moore et al.

جنسی به منظور تسهیل دسترسی به هیجانات فرد، از تکنیک‌هایی نظیر همدلی و اعتباربخشی استفاده شد و با تکنیک‌هایی نظیر شفاف‌سازی فضای ذهنی و تجربی و متمرکز شدن بر هیجان، پردازش هیجانی انجام پذیرفت. پس می‌توان گفت درمان متمرکز بر هیجان به دلیل متمرکز کردن مراجعان بر هیجان و ایجاد فرصت به منظور پردازش هیجانات، بر مؤلفه‌های آگاهی، وضوح و دسترسی به هیجان اثرگذار بوده است. این فرایند در درمان متمرکز بر هیجان در نهایت می‌بایست به درک نیازهای مرتبط با هیجانات، معنادادن و اقدام براساس هیجان سازگار اولیه منجر شود. درواقع از طریق پردازش و معنادهی به هیجانات و دسترسی به کارکردهای سازگار هیجان می‌توان به کارکردهای مثبت هیجان دست یافت؛ بنابراین احتمال پذیرش فرد نسبت به هیجان‌هایش بیشتر می‌شود. هیجانات به فرد این امکان را می‌دهد تا احساسات خود را نسبت به هر چیزی ابراز کند که این ابراز هیجانی، درواقع ارتباط بین تجارب درونی و دنیای بیرونی است که با شناخت، تعامل دوطرفه دارد و به افراد در ارزیابی موقعیت‌هایی که با ارزش‌ها، نیازها، اهداف یا علایق شخصی مرتبط هستند، کمک می‌کند. تغییر در درمان متمرکز بر هیجان هنگامی اتفاق می‌افتد که پاسخ‌های هیجانی زیربنای موقعیت‌های تعاملی تجربه و مجدداً پردازش شوند. بازپردازش الگوهای تعاملی هیجانی، فرد را توانمند می‌کند تا تجارب جدیدی از خود و دیگری داشته باشد و به شیوه متفاوت عمل کند. در این رویکرد درمانی فرض بر این است که ارتباط درمانی و پردازش هیجانی درمورد خاطرات تروماساز، سازوکارهای اولیه برای تغییر هستند. یک رابطه همدلانه و مشارکتی، به فراهم کردن زمینه مناسبی برای جست‌وجوی اجزای تروما و تجربه بین‌فردی اصلاحی منجر می‌شود؛ به‌ویژه در اشخاصی که مشکلاتشان ناشی از عدم همدلی و کنترل بین‌فردی است. در این گونه مداخلات، هیجانات ناسازگار مرتبط با تروما (مانند ترس و شرم) فراخوانده می‌شود و مراجعان یاد می‌گیرند این تجربه‌ها را تحمل و در نهایت معنای جدیدی برای آن‌ها خلق کنند. در این رویکرد، هیجان‌های انطباقی منع شده (مانند خشم و غم) فراخوانی می‌شوند تا کارکردهای انطباقی این هیجانات در دسترس قرار گیرد و این منبع اولیه برای اطلاعات جدید است؛ به‌طوری که معنای تجربه پیشین را تغییر می‌دهد.

علاوه بر این درخصوص شناخت می‌توان گفت بلوک‌شدن شناخت به‌نوبه خود در سخت‌تر و پایدارتر شدن خلق منفی نقش ایفا می‌کند. همچنین افزایش عاطفه منفی منابع شناختی را بیشتر کاهش می‌دهد و توانایی به‌کارگیری ارزیابی مجدد را از بین می‌برد؛ به‌طوری که بر کارکرد اجرایی اثر می‌گذارد. در جلسات درمانی از سطح هیجان‌های ثانویه به هیجان‌های اولیه و زیربنایی پیشروی می‌شود و کارکردهای ناهشیار هیجان‌های اولیه حل‌وفصل می‌شوند؛ بنابراین با کاهش کارکرد ناهشیار و ناسازگار این هیجانات و نیز افزایش دسترسی به نیازهای برخاسته از آن‌ها می‌توان اذعان کرد که رفتار هدفمند در جهت برآورده کردن این نیازها افزایش می‌یابد و فرد در کنترل تکانه‌هایش توانمندتر می‌شود؛ چرا که آگاهی و هشیاری هیجانی فرد افزایش پیدا کرده است. یکی از اثرات این توانمندی جلوگیری از آسیب مجدد جنسی است که در پژوهش حاضر در مراجعان طبق نتایج مشاهده شد. از سویی با توجه به مطالعات اندکی که در زمینه بررسی کارکرد اجرایی به‌خصوص حافظه فعال در افرادی با آسیب جنسی وجود دارد و براساس تحلیل‌های حاصل از پژوهش حاضر، فرضیه‌های این مطالعه مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر حافظه فعال مورد تأیید قرار گرفت و اثربخشی قابل توجهی مشاهده شد؛ چنان‌که بهبودی در هر سه مراجع با هدف جلوگیری از آسیب مجدد جنسی در روابط به‌دست آمد. براساس نتایج، بهبودی در افراد آسیب‌دیده جنسی به دلیل شکسته شدن چرخه اجتناب از تجربه هیجانات منفی و غیرقابل‌پذیرش آسیب‌های تکرارشونده نابودگر، در طول فرایند درمان و در مسیر بازسازی دلبستگی زخمی‌شده مراجع و نیز تمرکز ویژه بر مسائل هویتی و هم‌زمان تقویت خود (SELF) به منظور احقاق حق و دستیابی به نیازهای برآورده‌نشده خویش ایجاد شد. در تمامی جلسات یادگیری پذیرش هیجانات، درک و پردازش آن‌ها و ازبین‌بردن بدتنظیمی‌های هیجانی فرد قربانی رخ داد که به افزایش بهبودی ظرفیت حافظه فعال انجامید. از آنجا که این‌گونه آسیب‌ها در مردان هم وجود دارد، می‌توان گفت یکی از محدودیت‌های این پژوهش، عدم حضور این جنسیت بوده است. به این ترتیب پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به حضور آن‌ها نیز توجه شود. با توجه به اینکه حجم نمونه در این پژوهش کم بود، می‌توان در پژوهش‌های جدید از حجم نمونه بیشتری از افراد آسیب‌دیده جنسی بهره برد. همچنین استفاده از تصاویر آزار جنسی (در صورت حفظ مسائل اخلاقی) در تکلیف حافظه فعال هیجانی می‌تواند اطلاعات بیشتری از جزئیات آسیب به حافظه این افراد را در دسترس قرار دهد. در نهایت بررسی

ظرفیت حافظه کلامی هیجانی این افراد می‌تواند زمینه‌ساز شکل‌گیری پژوهش‌هایی با جزئیات بیشتر در آینده شود.

۵. ملاحظات اخلاقی

به شرکت‌کنندگان توضیح داده شد هر وقت بخواهند می‌توانند از شرکت کردن در پژوهش خودداری کنند. درج نام شرکت‌کنندگان ضروری نبود. از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه و کتبی اخذ شد. امانت و صداقت در طول پژوهش و در گزارش آن رعایت شد. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه خواهد ماند. پس از تصویب پروپوزال، کد اخلاق IR.UT.PSYEDU.REC.1402.001 از کمیته علمی-پژوهشی دانشگاه تهران دریافت شد.

۶. حمایت مالی

برای انجام این مطالعه، از هیچ سازمانی حمایت مالی دریافت نشده است.

۷. تعارض منافع

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری است و در آن تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- ابراهیمی، ح.، دژکام، م.، و ثقه‌الاسلام، ط. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. ۱۹(۴)، ۲۸۲-۲۷۵. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-2090-fa.html>
- میرابوالفتحی، و. (۱۳۹۴). بررسی و مقایسه عملکرد افراد مبتلا به PTSD و افسردگی در ظرفیت حافظه فعال دیداری هیجانی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی*. دانشکده روان‌شناسی. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی شهید بهشتی.

References

- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Text Revision. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association (2008). *Presidential Task Force on Posttraumatic Stress Disorder and Trauma in Children and Adolescents Children and Trauma: Update for Mental Health Professionals*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://www.apa.org/pi/families/resources/update.pdf>
- Augusti, E. M., & Melinder, A. (2013). Maltreatment is associated with specific impairments in executive functions: A pilot study: Executive functions in maltreated children. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 780–783. <https://doi.org/10.1002/jts.21860>.
- Baddeley, A. (2013). *Essentials of Human Memory* (Classic Edition) (1st Ed.). London: Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203587027>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., ... Desmond, D., & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(02)00541-0)
- Bogat, G. A., Garcia, A. M., & Levendosky, A. A. (2013). Assessment and psychotherapy with women experiencing intimate partner violence: Integrating research and practice. *Psychodynamic Psychiatry*, 41(2), 189–217 <https://doi.org/10.1521/pdps.2013.41.2.189>
- Bücker, J., Kapczinski, F., Post, R., Ceresér, K. M., Szobot, C., ... & Kauer-Sant'Anna, M. (2012). Cognitive impairment in school-aged children with early trauma. *Comprehensive Psychiatry*, 53(6), 758–764. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.12.006>

- Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M. S., Lemgruber, V. B., & Juruena, M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: A systematic review according to childhood trauma subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(12), 1007–1020. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000049>
- Cashmore, J., & Shackel, R. (2013). The long-term effects of child sexual abuse. CFCFA paper no. 11. Australian Institute of Family Studies. Retrieved from: <https://formerministers.dss.gov.au/13217/long-term-impacts-of-child-sexual-abuse/>
- Chard, K. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 965–971. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.965>
- Classen, C. C., Palesh, O. G., & Aggarwal, R. (2005). *Sexual revictimization: A review of the empirical literature. Trauma, Violence & Abuse*, 6(2), 103–129. <https://doi.org/10.1177/1524838005275087>
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). *Skills training in affect and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(5), 1067–1074. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1067>
- Damasio A. R. (1995). On some functions of the human prefrontal cortex. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 769, 241–251. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1995.tb38142.x>
- DePrince, A. P., Weinzierl, K. M., & Combs, M. D. (2009). Executive function performance and trauma exposure in a community sample of children. *Child Abuse & Neglect*, 33(6), 353–361. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.08.002>
- Diamond, A. (2013). *Executive functions. Annual Review of Psychology*, 64, 135–168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Ebrahimi, H., Dezhkam, M., & Thagha Al-Islam, T. (2014) Childhood traumas and suicide attempts in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19(4), 282–275. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-2090-en.html> (In Persian)
- Evans, M., Malpass, A., Agnew-Davies, R., & Feder, G. (2018). Women's experiences of a randomised controlled trial of a specialist psychological advocacy intervention following domestic violence: A nested qualitative study. *PLoS ONE*, 13(11), 1–11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193077>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. In B. O. Rothbaum (Ed), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp.3–24). New York: Guilford Press. <https://psycnet.apa.org/record/2005-16244-001>
- Gleiser, K., Ford, J. D., & Fosha, D. (2008). Contrasting exposure and experiential therapies for complex posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(3), 340–360. <https://doi.org/10.1037/a0013323>
- Goldstein, A.L., Faulkner, B., & Wekerle, C. (2013). The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 37(1), 22–32. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.08.007>
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. C. (1997). *Working with the emotions in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S. (2015). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings* (2nd Ed.). Washington, DC: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14692-000>

- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association. <https://www.apa.org/pubs/books/4317081>
- Herman, H. J. M. (1996). Voicing the self: From information processing to dialogical interchange. *Psychological Bulletin*, 119, 31-50. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.119.1.31>
- Hodgdon, H. B., Liebman, R., Martin, L., Suvak, M., Beserra, K., ... & Spinazzola, J. (2018). The effects of trauma type and executive dysfunction on symptom expression of polyvictimized youth in residential care: Trauma type and executive dysfunction. *Journal of Traumatic Stress*, 31(2), 255-264. <https://doi.org/10.1002/jts.22267>
- Ingram, R. E., Hayes, A., & Scott, W. (2000). Empirically supported treatment: A critical analysis. In C. R. Snyder & Q. R. E. Ingram (Eds.). *Handbook of psychological change* (pp. 40-60). New York: Wiley.
- Jakubowska, B., & Pragłowska, E. (2015). Diagnosis of posttraumatic stress disorder (PTSD) by the structured clinical interview SCID-I. *Psychiatr. Pol*, 49(1), 159-169. <http://dx.doi.org/10.12740/PP/32214>
- Kirke-Smith, M., Henry, L. A., & Messer, D. (2016). The effect of maltreatment type on adolescent executive functioning and inner speech: Maltreatment type, EF and inner speech. *Infant and Child Development*, 25(6), 516-532. <https://doi.org/10.1002/icd.1951>
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American Psychologist*, 46, 819-834. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.46.8.819>
- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: a systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29(7), 647-657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>
- Maniglio, R. (2015). Significance, nature, and direction of the association between child sexual abuse and conduct disorder: A systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16(3), 241-257. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838014526068>
- Martin, L., Kidd, M., & Seedat, S. (2019). The effects of childhood maltreatment and anxiety proneness on neuropsychological test performance in non-clinical older adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 243, 133-144. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.009>
- Messman-Moore, T. L., Walsh, K.L., & DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child Abuse & Neglect*, 34(12), 967-976. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.06.004>
- Mirabolfathi, V. (2014). Examining and comparing the performance of people with PTSD and depression in visual emotional working memory capacity. *Master's Thesis*. Faculty of Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services. (In Persian)
- Moradi, A. R., Herlihy, J., Yasseri, G., Shahraray, M., Turner, S., & Dalglish, T. (2008). Specificity of episodic and semantic aspects of autobiographical memory in relation to symptoms of posttraumatic stress disorder. *Acta Psychologica*, 127, 645-653. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2007.11.001>
- Moradi, A. R., Taghavi, R., Neshat-Doost, H. T., Yule, W., Dalglish, T. (2000). Memory bias for emotional information in children and adolescents with posttraumatic stress disorder: A preliminary study. *Journal of Anxiety Disorders*, 14(5), 521-534. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(00\)00037-2](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(00)00037-2)
- Morey, C. C. (2018). The case against specialized visual-spatial shortterm memory. *Psychological Bulletin*, 144(8), 849-883. <https://doi.org/10.1037/bul0000155>
- Morey, R. A., Dolcos, F., Petty, C. M., Cooper, D. A., Hayes, J. P., ... & McCarthy, G. (2009). The role of trauma-related distractors on neural systems for working memory and emotion processing in posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 43(8), 809-817. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2008.10.014>

- Paivio, S. C., & Greenberg, L. S. (1995). Resolving "unfinished business": Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 419-425. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.419>
- Paivio, S. C., & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of childhood abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(1), 115-133. <https://doi.org/10.1023/A:1007891716593>
- Paivio, S. C., & Pascual-Leone, A. (2023). *Emotion-focused therapy for complex trauma: An integrative approach* (2nd Ed.). American Psychological Association. <http://www.jstor.org/stable/j.ctv2x6dzgs>
- Paivio, S. C., & Patterson, L. A. (1999). Alliance development in therapy with adult survivors of child abuse. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 343-354. <https://doi.org/10.1037/h0087843>
- Paivio, S. C., & Shimp, L. N. (1998). Affective change processes in therapy for PTSD stemming from childhood abuse. *Journal of Psychotherapy Integration*, 8, 211-229. <https://doi.org/10.1023/A:1023265103791>
- Paivio, S. C., Hall, I., Holowaty, K., Jellis, J., & Tran, N. (2001). Imaginal confrontation for resolving child abuse issues. *Psychotherapy Research*, 11(4), 433-453. <https://doi.org/10.1093/ptr/11.4.433>
- Paivio, S. C., Holowaty, K. A. M., & Hall, I. (2004). The influence of therapist adherence and competence on client reprocessing of child abuse memories. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 41, 56-68. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.1.56>
- Paivio, S. C., Jarry, J. L., Chagigiorgis, H., Hall, I., & Ralston, M. (2010). Efficacy of two versions of emotion-focused therapy for resolving child abuse trauma. *Psychotherapy Research*, 20(3), 353-366. <https://doi.org/10.1080/10503300903505274>
- Perna, R. B., & Kiefner, M. (2013). Long-term cognitive sequelae: abused children without PTSD. *Applied Neuropsychology: Child*, 2(1), 1-5. <https://doi.org/10.1080/09084282.2011.595460>
- Resick, P. A., Nishith, P., & Griffin, M. G. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD? An examination of child abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums*, 8(5), 340-355. <https://doi.org/10.1017/S1092852900018605>
- Savitz, J. B., Van Der Merwe, L., Stein, D. J., Solms, M., & Ramesar, R. S. (2008). Neuropsychological task performance in bipolar spectrum illness: genetics, alcohol abuse, medication and childhood trauma. *Bipolar Disorders*, 10(4), 479-494. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2008.00591.x>
- Schweizer, S., & Dalgleish, T. (2011). Emotional working memory capacity in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 498-504. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.05.007>
- Solomon, M. F., & Siegel, D. J. (Eds.). (2003). *Healing trauma: Attachment, mind, body, and brain*. New York: W.W.
- Talbot, N. L., & Gamble, S. A. (2008). IPT for women with trauma histories in community mental health care. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 38, 35-44. <https://doi.org/10.1007/s10879-007-9066-9>
- Timulak, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50, 1-13. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09426-7>
- Tranel D. (1992). Neuropsychological assessment. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(2), 283-299. <https://psycnet.apa.org/record/1993-04130-001>

- Vasilevski, V., & Tucker, A. (2016). Wide-ranging cognitive deficits in adolescents following early life maltreatment. *Neuropsychology*, 30(2), 239–246. <https://doi.org/10.1037/neu0000215>
- Walker, H. E., Freud, J. S., Ellis, R. A., Fraine, S. M., & Wilson, L. C. (2017). The prevalence of sexual revictimization: A meta-analytic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20, 67–80. <https://doi.org/10.1177/1524838017692364>
- Warshaw, C., Sullivan, C. M., & Rivera, E. A. (2013). *A systematic review of trauma-focused interventions for domestic violence survivors*. Chicago: National Collaborating Center for Domestic Violence, Trauma and Mental Health. <https://anrows.intersearch.com.au/anrowsjspui/handle/1/19630>
- Wong, C. F., Clark, L. F., & Marlotte, L. (2016). The impact of specific and complex trauma on the mental health of homeless youth. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(5), 831–854. <https://doi.org/10.1177/0886260514556770>