

خانواده درمانگری شناختی - رفتاری در یک تک بررسی

سوءاستفاده جنسی از نوجوانان

دکتر محمد خدایاری فرد*

یاسمین عابدینی**

چکیده:

اگرچه تعیین میزان دقیق شیوع اختلالات جنسی، به ویژه سوءاستفاده جنسی از کودکان و نوجوانان تا حدودی دشوار است، نتایج مطالعات نشان داده است که میزان شیوع سوءاستفاده جنسی از کودکان و نوجوانان بین ۲ تا ۳۰ درصد در پسران و ۴ تا ۶۰ درصد در دختران است و معمولاً دختران بیش از پسران مورد آزار و اذیت جنسی قرار می‌گیرند. هم‌چنین مشاهده شده است که سوءاستفاده جنسی از کودکان و نوجوانان اثرات کوتاه‌مدت و بلندمدتی بر کارکردهای روان‌شناختی آنان دارد؛ به طوری که اکثر این افراد پس از مدت کوتاهی مبتلا به اختلالات اضطرابی و اختلالات خوردن، روان‌تنی، شخصیتی، جنسی و پس‌ضربه‌ای می‌شوند. خانواده نه تنها می‌تواند نقش مهمی را در تشخیص و کنترل الگوهای رفتاری آسیب‌رسان و صدمه زنده از نظر جنسی داشته باشد، بلکه می‌تواند با ایجاد یک نظام حمایتی فرایند درمان این کودکان و نوجوانان را تسهیل کند. از این رو، به تازگی پژوهشگران حوزه سلامت روان علاقه‌مند به روان‌درمانگری خانوادگی از جمله روان‌درمانگری خانوادگی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری برای این مشکل شده‌اند. پژوهش حاضر که یک پژوهش کیفی است با هدف ارائه گزارشی از دو مورد درمان موفقیت‌آمیز اختلال جنسی (یک دختر ۲۰ ساله که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته است و برادر ۲۳ ساله او که هم مبتلا به اختلال جنسی بوده و هم از خواهر سوءاستفاده جنسی کرده است) با استفاده از روش خانواده‌درمانگری مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری طراحی شده است. نتایج این مطالعه موردی نشان داده است که خانواده‌درمانگری شناختی - رفتاری با استفاده از آموزش فنونی چون حل مسئله، مثبت‌نگری، بازسازی شناختی، تنش‌زدایی، تحلیل رفتار، جرأت‌ورزی و مهارت‌های مقابله‌ای در درمان اختلالات جنسی و سوءاستفاده جنسی بسیار مؤثر است. در قسمت بحث و نتیجه‌گیری علل و همبسته‌های خانوادگی مرتبط با شکل‌گیری اختلالات جنسی مورد بحث واقع شده است.

«واژه - کلید» ها: سوءاستفاده جنسی، اختلال جنسی، تک بررسی، نوجوانان، شناخت رفتاردرمانگری، خانواده درمانگری

* دانشیار دانشکده روان‌شناسی دانشگاه تهران

** دانشجوی دکتری روان‌شناسی تربیتی دانشگاه تهران

سوءاستفاده^۱ و آزار و اذیت جنسی کودکان ممکن است از نظر نوع و میزان تجاوز جنسی به کودک دامنه گسترده‌ای داشته باشد. صاحب‌نظران بین سوءاستفاده جنسی درون خانوادگی که طی آن یکی از افراد خانواده از کودک سوءاستفاده جنسی می‌کند و شایع‌ترین شکل آن رابطه جنسی پدر - دختر است و سوءاستفاده جنسی برون خانوادگی که فرد متجاوز کسی است که خارج از خانواده است تمایز قایل شده‌اند (کار^۲، ۲۰۰۰). به دلیل پنهانی بودن سوءاستفاده جنسی تشخیص درست میزان همه‌گیر شناسی آن تا حدودی مشکل است. در مطالعاتی که در مورد میزان شیوع سوءاستفاده جنسی صورت گرفته، میزان شیوع آن در پسرها بین ۲ تا ۳۰ درصد و در دختران بین ۴ تا ۶۰ درصد گزارش شده است (اپس و فیشر^۳، ۲۰۰۴).

معمولاً دختران بیشتر از پسران مورد سوءاستفاده‌های جنسی درون خانوادگی و برون خانوادگی قرار می‌گیرند (کار، ۲۰۰۰). داده‌های همه‌گیرشناسی نیز نشان می‌دهد که در سال ۲۰۰۱ بیش از ۹۰۳/۰۰۰ کودک آمریکایی (۱۲/۵ نفر از هر ۱۰۰۰ نفر کودک) قربانی سوءاستفاده جنسی و فیزیکی شده‌اند که ۸۰ درصد از این کودکان مورد آزار و اذیت فیزیکی و ۲۰ درصد آنان مورد آزار و اذیت جنسی واقع شده‌اند (سازمان بهداشت و خدمات انسانی آمریکا^۴، ۲۰۰۳) و هم‌چنین ۳۰ درصد از آنان در ۳ تا ۷ سالگی قربانی خشونت جنسی شده بودند.

سوءاستفاده جنسی اثرات عمیق بلندمدت و کوتاه‌مدتی را بر کارکرد روان‌شناختی کودکان و نوجوانان به جا می‌گذارد (برلاینر و الیوت^۵، ۱۹۹۶) به طوری که در حدود دو سوم از کودکانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند، به اختلال روانی مبتلا می‌شوند. مشکلات رفتاری این کودکان شامل بروز رفتارهای جنسی نابهنگام و زودرس، مشکلات شدید هیجانی، سلوکی و تحصیلی و روابط مشکل‌آفرین در مدرسه است. مشاهده شده است که معمولاً ۱۸ ماه پس از این واقعه، در حدود دو سوم از مشکلات رفتاری پیش گفته ظهور می‌یابند و بیشتر از یک چهارم این کودکان دچار مشکلات حادث‌تری شده و در حدود یک پنجم آنان به مشکلات بالینی حادی در طولانی مدت دچار می‌شوند که تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (کار، ۲۰۰۰).

نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که علاوه بر موارد فوق، سوءاستفاده جنسی اثرات چندگانه و بلندمدتی نظیر خطر زیاد برای ابتلا به اختلالات اضطرابی، اختلالات خوردن، اختلالات جنسی، اختلالات روان‌تنی، اختلالات شخصیتی و نشانگان اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای را به دنبال دارد (آراتا^۶، ۲۰۰۲؛ مسمن مور و لانگ^۷، ۲۰۰۲). هم‌چنین مشاهده شده است که مصرف مواد مخدر و الکل، اختلالات هویت‌یابی، عزت‌نفس پایین، اقدام به خودکشی و شبه خودکشی با مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفتن در دوران کودکی هم در پسران و هم در دختران رابطه قدرتمندی دارد (لیهی، پرتی و تنن بايوم^۸، ۲۰۰۳). نتایج فراتحلیل‌های انجام شده در مورد مطالعاتی که روی کودکان و نوجوانانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند نیز نشان

داده است که آنان وابستگی افراطی و شدیدتری نسبت به سایر افراد از خود نشان می‌دهند که این امر به نوبه خود آنان را در معرض خطر بیشتری برای این که مجدداً مورد آزار و اذیت جنسی واقع شوند قرار می‌دهد (بورنشتین^۹، ۲۰۰۵).

از طرفی دیده شده است که خانواده یکی از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر شکل‌گیری باورها و رفتارهای کودکان است. لذا چه آشکار و چه پنهان، چه دانسته و چه ندانسته احتمال زیادی است که خانواده نقش مهمی را در شکل‌گیری یا حمایت از سوءاستفاده جنسی کودکان داشته باشد. از این رو، می‌توان به افراد خانواده آموخت که الگوهای رفتاری آسیب‌رسان و صدمه‌زننده‌ای چون آزار و اذیت جنسی کودکان را تشخیص داده، قطع کرده و یا با الگوهای رفتاری‌ای که توأم با آزار و سوءاستفاده جنسی نیستند جایگزین کنند. بنابراین، روان‌درمانگری‌های خانواده‌مدار بسیار مهم بوده و نقشی حیاتی را در ایجاد یک نظام حمایتی قدرتمند که لازمه یک درمان کارآمد است بازی می‌کنند، به ویژه در یک مدل پیشگیری از عادت و تکرار سوءاستفاده جنسی از کودک. به علاوه مشارکت و حمایت افراد خانواده سهم مهمی در درگیر کردن کودکان و نوجوانان در فرایند درمان، دستیابی به اهداف درمان و تداوم و حفظ یک سبک زندگی غیر آزاردهنده از نظر جنسی دارد. بر اساس آنچه ذکر شد هدف پژوهش حاضر ارائه یک مورد درمان موفقیت‌آمیز اختلال جنسی و سوءاستفاده جنسی در یک دختر و پسر نوجوان با استفاده از رویکرد خانواده‌درمانگری شناختی - رفتاری است.

پژوهش‌های داخلی و خارجی

متأسفانه تاکنون هیچ مطالعه‌ای در داخل کشور در مورد شیوه‌های درمان اختلالات جنسی و سوءاستفاده جنسی در کودکان و نوجوانان و پیشگیری از آن صورت نگرفته است. لذا در این بخش به ارائه گزارش مختصری از چند مطالعه خارجی که در رابطه با درمان و پیشگیری از سوءاستفاده جنسی در کودکان صورت گرفته اکتفا می‌شود.

روسلر^{۱۰} (۱۹۹۳) با استفاده از یک مدل اختلال استرس پس‌ضربه‌ای مجموعه‌ای از راهبردها و فنون روان‌درمانگری شناختی - رفتاری را برای به کارگیری در جلسات خانواده‌درمانگری کودکان و نوجوانانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند طراحی کرده است. او هم‌چنین چندین مورد درمان موفق را در کودکانی که توسط والدین یا یکی از افراد خانواده خود مورد آزار و اذیت جنسی واقع شده‌اند با استفاده از خانواده‌درمانگری شناختی رفتاری گزارش کرده است.

باسبی^{۱۱} و همکاران (۱۹۹۳) با مطالعه‌ای که روی جوانان و بزرگسالانی که در دوران کودکی مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته بودند، انجام دادند دریافتند که خانواده‌درمانگری و زوج‌درمانگری با استفاده از فنون رفتاری یا شناختی - رفتاری کارآمدترین روش درمانگری برای درمان مشکلات این افراد است.

بلک و دبلاسی^{۱۲} (۱۹۹۶) اعتقاد دارند که خانواده درمانگری با استفاده از فنون شناختی - رفتاری نظیر آموزش حل مسئله، تنش زدایی، تأکید بر احترام به خود و بازسازی شناختی از جمله درمان‌های مؤثر برای کودکان و نوجوانانی است که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند. این محققان هدف درمان را کاهش احساس گناه و ترس، کنترل اضطراب، افزایش عزت نفس، دریافت حمایت اجتماعی و همدلی از سوی والدین، افزایش آگاهی در مورد مرزها و محدوده‌های روابط بین فردی، و بالا بردن خود - کارآمدی در این کودکان و نوجوانان اعلام کرده‌اند.

کار^{۱۳} (۲۰۰۰) نیز اعتقاد دارد که درمان‌های خانواده‌مدار از جمله کارآمدهای رویکردهای درمانگری در زمانی است که یک کودک توسط یکی از افراد خانواده خود، به خصوص یکی از والدین یا خواهر و برادرهای خود مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرد. او اعتقاد دارد که طی جلسات خانواده درمانگری باید تأکید بر موارد زیر باشد: الف) توسعه مهارت‌های حفاظت از خود و جرأت‌ورزی در کودک؛ ب) ایجاد یک رابطه حمایت‌کننده بین کودک و والدی که از کودک سوءاستفاده نکرده است؛ ج) آموزش به کودک برای کنترل رفتارها و مشکلات جنسی، مشکلات درونی‌سازی و بیرونی‌سازی خود با استفاده از فنون شناختی - رفتاری و د) توسعه باورهای مثبت و خود ارزشیابی مثبت درباره خود در کودک با استفاده از بازسازی شناختی.

نلسون و وامپلر^{۱۴} (۲۰۰۰) با مطالعه ۹۶ زوج جوانی که یکی از آنان در کودکی مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته بود، دریافتند که زوج درمانگری شناختی - رفتاری درمان کارآمدی برای مشکلات این زوجها است.

تروت، داکینگ و هیبرت - مورفی^{۱۵} (۲۰۰۱) نیز با مطالعه ۵۴ زنی که در کودکی مورد سوءاستفاده جنسی واقع شده بودند دریافتند که زوج درمانگری با استفاده از فنون شناختی نظیر آموزش حل مسئله و برقراری ارتباط به بهبود روابط عاطفی و خانوادگی این زنان منجر شد.

هاوینگ^{۱۶} و همکاران (۲۰۰۱) با مروری بر ادبیات دریافتند که در بین مداخلات درمانی مختلفی که برای کودکان و نوجوانانی که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته‌اند، مداخلات درمانی‌ای که مبتنی بر خانواده درمانگری والدی هستند که از کودک سوءاستفاده جنسی کرده است، از جمله کارآمدترین و فراوان‌ترین رویکردهای درمانی بودند.

پلات و دوناهی^{۱۷} (۲۰۰۳) اعتقاد دارند که اگرچه درمان انتخابی اختلالات و مشکلات جنسی می‌تواند برحسب نیاز مراجع شامل مجموعه‌ای از رویکردهای درمانی نظیر رویکردهای رفتاری، شناختی، انفرادی و دارویی باشد، اما نتایج تحقیقات نشان دهنده این است که به کارگیری فنون شناختی - رفتاری در جلسات خانوادگی یکی از درمان‌های بسیار کارآمد برای این اختلالات است.

هیگینز کسلر^{۱۸} و همکاران (۲۰۰۴) در مطالعه‌ای که روی ۴۱ مرد و ۲۹ زنی که در دوران کودکی مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته بودند، انجام دادند دریافتند که اکثر این افراد زوج درمانگری و خانواده درمانگری را بر درمان انفرادی ترجیح دادند و اظهار کردند دریافت حمایت اجتماعی از همسر یا اعضای خانواده، آموزش و یادگیری حل مسئله و استفاده از آن برای برخورد با مشکلات ارتباطی و بازسازی شناختی از جمله مهم‌ترین و کارآمدترین فنون یاری دهنده به آنان بوده است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر که از نوع تک بررسی^{۱۹} است، یکی از روش‌های مربوط به رویکرد کیفی به پژوهش است. روش تک بررسی، بررسی تعمیق یافته و ممتد یک فرد است که با حداکثر گستردگی ممکن است درباره ویژگی‌های وابسته به شرایط وی در روابطی که بین این ویژگی‌ها برقرار است، تحقق می‌پذیرد (منصور، ۱۳۸۴).

در این پژوهش ۲ آزمودنی (خواهر و برادر) که بر اساس مصاحبه بالینی مبتلا به اختلال جنسی بودند و برادر از ۱۵ سالگی از خواهر خود سوءاستفاده جنسی می‌کرده است مورد مطالعه و درمان قرار گرفتند. پس از تشخیص اختلال آزمودنی‌ها، آنها به روش خانواده درمانگری مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری مورد درمان قرار گرفتند. هر دو آزمودنی تا یک سال پس از درمان پیگیری شدند.

مدل شناخت - رفتار درمانگری خانوادگی مبتنی بر این پیش فرض است که تغییر در روابط خانوادگی مستلزم تغییر در حوزه‌های شناختی، رفتاری و هیجانی افراد خانواده است. در این مدل فنون شناختی - رفتاری به اعضای خانواده آموزش داده می‌شود تا بدین وسیله شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارهای تحریف شده و افراطی پس از تشخیص و شناسایی اصلاح شوند. تغییر در این شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارها منجر به اصلاح روابط خانوادگی می‌گردد (سکستون، ویکس و رایبیز^{۲۰}، ۲۰۰۳). در این رویکرد درمانی مهم‌ترین اشکال مداخله‌ای مورد استفاده برای کاهش رفتارهای منفی و افزایش رفتارهای مثبت شامل موارد زیر است: الف) آموزش برقراری ارتباط^{۲۱} با توجه به مهارت‌های بیان افکار و احساسات و شنیدن آنها؛ ب) آموزش مهارت حل مسئله و ج) توافق‌هایی برای تغییر رفتار (پلات و دوناهی، ۲۰۰۳).

روش گردآوری داده‌ها:

به منظور تشخیص مشکلات آزمودنی اول (برادر) از مصاحبه بالینی استفاده شد که نتایج نشان‌دهنده وجود اختلال جنسی، افکار خودکشی، احساس تعارض و گناه شدید، اختلال هویت و شخصیت وابسته و پرخاشگر بود و جهت تشخیص مشکلات روان‌شناختی آزمودنی دوم (آزمودنی‌ای که مورد سوءاستفاده جنسی قرار گرفته بود) علاوه بر مصاحبه بالینی از آزمون‌های بک و MMPI اندریافت موضوع (TAT)^{۲۲}

استفاده شد. نتایج این آزمون‌ها نشان دهنده احساس گناه شدید، ترس از مورد تجاوز جنسی مجدد قرار گرفتن، افسردگی شدید، تمایل به خودکشی، مردم‌گریزی، اضطراب شدید و احساس نایمنی در این آزمودنی بود.

همان‌گونه که قبلاً ذکر شد آزمودنی‌های این پژوهش خواهر و برادر بودند لذا با استفاده از روش خانواده درمانگری شناختی - رفتاری و با استفاده از فنونی نظیر تنش‌زدایی^{۲۳}، بازسازی شناختی^{۲۴}، آموزش مهارت برقراری ارتباط، آموزش حل مسئله^{۲۵}، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای^{۲۶}، جرأت‌ورزی^{۲۷}، تحلیل رفتار و مثبت‌نگری^{۲۸} مورد درمان قرار گرفتند. مشخصات کامل آزمودنی‌ها، طول و فرایند درمان به شرح زیر می‌باشد:

مشخصات آزمودنی‌ها: آزمودنی اول آقای ع، ۲۳ ساله، دانشجو، فرزند اول خانواده.

آزمودنی دوم خانم ز، ۲۰ ساله، دانشجو، فرزند سوم خانواده. پدر ۴۶ ساله، لیسانس؛ مادر ۴۴ ساله، لیسانس و خانه‌دار. دارای یک خواهر بزرگ‌تر از خودش و دو برادر است.

طول درمان: یکصد و پنج جلسه با مراجعه هر هفته یک بار

مادر آزمودنی‌ها در اولین جلسه مراجعه به درمانگر اظهار کرد: «اگرچه هم من و هم همسرم دارای روحیات قوی مذهبی هستیم، اما پسر بزرگم «ع» از سال دوم دبیرستان نوارها و فیلم‌های غیرمجاز را گوش می‌کرد و می‌دید و از همان موقع به بعد دچار افت تحصیلی شدیدی شد و حالا هم دانشجوی رشته هنر است و ما از این موضوع ناراحتیم، خودش هم مشکلات زیادی دارد، اگرچه روح لطیفی دارد، اهل نماز و مسجد است اما دوست دخترهای زیادی دارد، امروز با یک دختر است و فردا با دختر دیگری، از نظر روانی هم مشکل دارد، همیشه به فکر خودکشی است و اعتماد به نفس بسیار کمی دارد و می‌گوید نیاز به یک مشاور برای حل مشکلاتش دارد».

آزمودنی اول (پسر بزرگ خانواده) نیز طی جلسه‌ای انفرادی اظهار کرد: «مشکلاتم بسیار عمقی و پیچیده‌اند و همیشه دچار تعارض هستم، از یک طرف اهل مسجد، نماز و روزه‌ام و در بسیج فعالیت می‌کنم، از طرف دیگر کارهایی کرده‌ام که خلاف مذهب و روحیات مذهبی‌ام است، مثلاً فیلم‌های مبتذل می‌بینم، با دختران مختلفی دوست بوده و هستم و تقریباً با تمام آنها رابطه جنسی داشته‌ام، اما چیزی که بیشتر از همه مرا آزار می‌دهد، پنهان‌کاری‌هایی است که از کودکی مجبور بودم در خانواده داشته باشم و به همین دلیل احساس می‌کنم با پدر و مادرم دوست نیستم، مشکل دیگری که دارم این است که از دوران کودکی دست به استمناء می‌زدم و هنوز هم این کار را می‌کنم، زود عاشق هر دختری می‌شوم و به همین دلیل نمی‌توانم با هیچ دختری ازدواج کنم و همیشه در این مورد دچار تعارض هستم. در واقع همیشه بین عشق و نفرت‌گیر می‌کنم، ریشه مشکلاتم به دوران کودکی‌ام بر می‌گردد که یکی از مردهای فامیل با من دستکاری جنسی داشته است، البته در دوره دبیرستان هم که بودم وقتی با پسرخاله‌ام فیلم‌های مبتذل می‌دیدیم، به آلت تناسلی

یکدیگر دست می‌زدیم تا این که هر دو ارضا می‌شدیم. بعد از آن هم در محل کارم یکی از همکارانم نسبت به من رفتارهای جنسی داشت. یکی از مشکلات مهم و پنهان‌کاری‌هایم این است که با خواهرم دستکاری جنسی داشته‌ام و دارم، بارها او را در آغوش گرفته‌ام، بوسیده‌ام و بدنش را لمس کرده‌ام. بعد از این کار دچار احساس گناه شدیدی می‌شوم و بارها قصد خودکشی داشته‌ام و همیشه پرخاشگر و عصبی هستم و نمی‌توانم با افراد خانواده‌ام رابطه خوبی داشته باشم».

براساس اظهارات فوق درمانگر تصمیم به استفاده از روش خانواده درمانی مبتنی بر فنون شناختی - رفتاری برای حل مشکلات افراد خانواده کرد. طی اولین جلسه خانواده درمانی، خواهر آزمودنی فوق (آزمودنی دوم) اظهار کرد که نیاز به بیان مشکلاتش طی یک جلسه انفرادی دارد. او در جلسه انفرادی اظهار کرد: «می‌خواهم مطالب بسیار محرمانه‌ای را مطرح کنم که همیشه مرا آزار می‌داده است، از پدرم به شدت نفرت دارم، از برادرم و از دایی‌ام و از تمام مردها، چون آنها فقط یک سری موجودات پستی هستند که تنها چیزی که برایشان مهم است ارضای میل جنسی‌شان است. وقتی ۱۰ ساله بودم و کنار پدرم خوابیده بودم، او در خواب با آلت تناسلی‌ام بازی کرد، من به روی خودم نیوردم پشتم را به او کردم و خوابیدم، حالا از او به شدت تنفر دارم و هرگاه می‌خواهد مرا ببوسد اجازه این کار را نمی‌دهم چون فکر می‌کنم که بوسه‌هایش جنبه جنسی دارد. تقریباً از ۱۲ سالگی مورد سوءاستفاده جنسی برادرم قرار گرفتم، او مرا در آغوش می‌گرفت، لمس می‌کرد، با سینه‌هایم بازی می‌کرد و می‌بوسید، الان هم او این کار را می‌کند. به غیر از برادرم، دایی‌ام که حالا در آمریکا است نیز از ۱۵ سالگی از من سوء استفاده جنسی می‌کرد و هنوز هم حتی وقتی تلفنی با من صحبت می‌کند، کارهایی را که با من انجام داده را یادآوری می‌کند و از لذت‌هایی که برده حرف می‌زند. برای همین از تمام مردها متنفرم و دائماً می‌ترسم که مبادا مورد تجاوز جنسی قرار بگیرم. از ۱۰ سالگی استمناء می‌کردم و هنوز هم این کار را می‌کنم، دچار کم‌رویی هستم، اصلاً اعتماد به نفس ندارم، همیشه احساس پوچی می‌کنم طوری که چند بار تصمیم گرفتم خودکشی کنم و همیشه به فکر خودکشی هستم و بسیار عصبی و پرخاشگرم».

درمانگر پس از شنیدن مطالب فوق جهت شناخت بیشتر مشکلات روان‌شناختی آزمودنی از آزمون‌های MMPI, بک و TAT استفاده کرد، سپس نتایج آزمون را مورد تفسیر قرار داد. نتایج نشان داد که آزمودنی دچار ترس جنسی، اعتماد به نفس پایین، اضطراب و افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی و احساس نا ایمنی و مردم‌گریزی بود. در این مرحله درمانگر اقدام به آموزش مهارت برقراری ارتباط در جلسات خانوادگی کرد و از اعضای خانواده خواست تا از این مهارت‌ها در زندگی روزانه خود استفاده کنند. در جلسه بعد آزمودنی اظهار کرد که نمی‌تواند با پدر ارتباط خوبی داشته باشد و نظرش نسبت به او بسیار منفی است، هم‌چنین آزمودنی اظهار کرد که هنوز هم توسط برادر مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرد و طی هفته قبل در خارج از منزل نیز توسط یک کارگر ساختمانی مورد سوءاستفاده قرار گرفته است اما نتوانسته

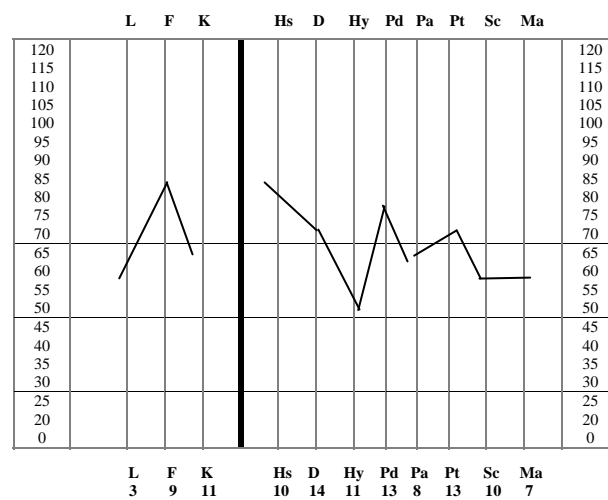
است مقابله کند. درمانگر ضمن آموزش حل مسئله و مهارت‌های مقابله‌ای به افراد خانواده، از تمام اعضای خانواده به‌خصوص آزمودنی خواست تا در موقعیت‌های روزمره هنگام مواجهه با هر نوع مشکلی از این فنون استفاده کنند. درمانگر همزمان با آموزش این فنون به کلیه اعضای خانواده، طی جلسه‌ای انفرادی با آزمودنی اول (برادری که از آزمودنی سوءاستفاده جنسی می‌کرد) با استفاده از روش بازسازی شناختی به او کمک کرد که باورهای نادرست و غیرمنطقی خود را مشخص کرده و سعی کند که آنها را با شناخت‌ها و باورهای مثبت جایگزین کند. هم‌چنین طی جلسه‌ای انفرادی به آزمودنی دوم آموزش مهارت جرأت‌ورزی و به‌خصوص مهارت برای گفتن «نه» در مقابل خواسته‌های غیرمنطقی و نادرست دیگران به‌ویژه تقاضای برقراری ارتباط جنسی توسط برادرش داده شد. آزمودنی اظهار کرد بخشی از این مشکل مربوط به خودم و رفتارهای قبلی‌ام است. زیرا اوایل که برادرم مرا در آغوش می‌گرفت و با بدنم بازی می‌کرد، لذت می‌بردم و خودم اجازه این کار را می‌دادم، اما حالا از ترس این که دیگران بدانند و حقیرتر از این که هستم بشوم تن به این کار می‌دهم، شب‌ها از ترس این که برادرم یا پدرم قصد آزارم را داشته باشند خوابم نمی‌برد و گاهی هم خودم دست به استمناء می‌زنم. در این مرحله درمانگر ضمن آموزش «تنش‌زدایی» به آزمودنی برای کنترل اضطراب خود از او خواست تا روزانه به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه اقدام به تمرین تنش‌زدایی کند. هم‌چنین طی جلسات خانوادگی اقدام به مثبت‌نگری خانوادگی کرد و از افراد خانواده خواست که برای هفته بعد نقاط مثبت یکدیگر را ثبت کرده و به او ارائه دهند. هم‌چنین با استفاده از بازسازی شناختی سعی کرد که نگرش‌ها و باورهای منفی افراد خانواده را شناسایی کرده و به آنها کمک کند تا باورهای مثبت و منطقی جایگزین آن نمایند. طی جلسات بعدی مادر آزمودنی‌ها اظهار کرد که رابطه پسر و دخترش با پدر بهتر شده است و پسر تصمیم به ازدواج گرفته است اما هنوز دچار تردید و تعارض است. در این مرحله مثبت‌نگری در جلسات خانوادگی ادامه یافت و طی جلسه‌ای انفرادی با آزمودنی اول، از او خواسته شد تا با استفاده از روش حل مسئله با مسئله ازدواج خود برخورد کند. آزمودنی اظهار کرد «ریشه ناتوانی‌ام در عدم تصمیم‌گیری در تعارضاتی است که دارم، از یک طرف هر دختری را که می‌بینم زود عاشق او می‌شوم و به او وابسته می‌شوم و با او رابطه جنسی برقرار می‌کنم، از طرفی فکر می‌کنم که هیچ دختری واقعاً مرا دوست ندارد و هم‌چنین با توجه به روحیات مذهبی که دارم، از برقراری روابط جنسی و عاطفی با آنها احساس گناه می‌کنم لذا دچار تعارض می‌شوم». در این مرحله درمانگر از آزمودنی خواست تا با استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای که طی جلسات خانواده درمانی آموخته است، با این مسئله برخورد کند و کلیه راه‌حل‌های منطقی، معقول و ممکن را برای آن پیدا کند و سپس بهترین راه‌حل را انتخاب کند. از طرف دیگر، آزمودنی اظهار کرد که یکی از علت‌های دیگر ناتوانی‌اش در تصمیم‌گیری برای ازدواج انجام استمناء است.

درمانگر ضمن اشاره به قابل کنترل بودن استمناء، با استفاده از روش تحلیل رفتار ($A^{۲۹} B^{۳۰} C^{۳۱}$) و با تحلیل عوامل راه‌انداز و پیشایندها و اثرات منفی و پیامدهای نامطلوب رفتار استمناء در مراجع آموزش لازم برای کنترل آن را به او داد. در مرحله بعد خانواده اظهار کردند که روابط آنها با یکدیگر صمیمانه‌تر و منطقی‌تر شده است، هم‌چنین آزمودنی دوم (دختری که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بود) در جلسه‌ای انفرادی اظهار کرد که توانسته است با سوء استفاده جنسی برادر و دایی‌اش مقابله کند و از پدر تنفیری ندارد و به راحتی با او حرف می‌زند و او را می‌بوسد بدون اینکه از پدر ترسی داشته باشد. هم‌چنین با کم‌رویی خود به شدت مقابله کرده است و به راحتی قادر به دفاع از حق و حقوق خود است. اما هم‌چنان از انجام استمناء رنج می‌برد. در این مرحله درمانگر ضمن توضیح، فیزیولوژی جنسی به آزمودنی، با استفاده از روش تحلیل رفتار (A B C) راه‌های کنترل این مشکل را به او آموزش داد. به علاوه، طی جلسات خانوادگی مادر اظهار کرد که از کم‌رویی دختر کاسته شده است و دیگر به فکر خودکشی نمی‌باشد. درمانگر ضمن ادامه بازسازی شناختی از افراد خانواده خواست تا کلیه فنون قبلی آموخته شده را در زندگی خود به کار گیرند. درمانگر با اجازه هر دو آزمودنی، پدر و مادر را از مشکلات خاص دختر و پسر به طور مختصر آگاه کرد و از آنها خواست که با ایجاد جو ارتباطی حمایت‌کننده در خانواده برای فرزندان خود، فرایند درمان را تسهیل کنند، هم‌چنین به مثبت‌نگری خانوادگی در محیط خانواده ادامه دهند و با مشکلات فرزندان خود از رویکرد حل مسئله برخورد کنند. از مادر آزمودنی‌ها خواست که با برادر خود که قصد سوء استفاده جنسی از دخترش را داشت به طور منطقی و جدی برخورد کند و از این طریق مانع سوء استفاده مجدد برادر خود از دخترش شود. در جلسات بعدی آزمودنی اول اظهار کرد که از تعارضات او بسیار کاسته شده است و سعی خود را برای کنترل آزار و اذیت جنسی به خواهرش کرده است و بسیار موفق بوده است، اما در ارتباط با دوست دخترش مشکل دارد، به طوری که در ابتدا دوست دختر خود را در آغوش می‌گیرد و از این کار لذت می‌برد اما در ادامه حالت سادیسم پیدا می‌کند و بسیار خشن می‌شود. در این مرحله درمانگر ضمن توضیح اختلال جنسی و استفاده از بازسازی شناختی به آزمودنی کمک کرد تا به درک صحیح و منسجمی از روابط عاشقانه و ازدواج دست یابد. از آزمودنی خواسته شد تا برگه بازبینی افکار را تکمیل کرده و جلسه بعد به درمانگر ارائه کند.

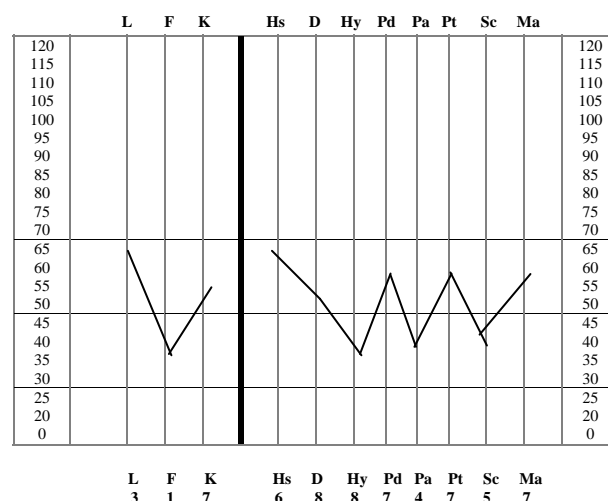
نتایج:

طی جلسات انفرادی و خانوادگی بعدی هم‌چنان استفاده از فنون ذکر شده قبلی به خصوص بازسازی شناختی ادامه پیدا کرد تا این که آزمودنی اول به بهبودی کامل رسید و تصمیم جدی و قاطعانه برای ازدواج گرفت. به طوری که والدین از سلامت فرزند خود اظهار رضایت داشتند.

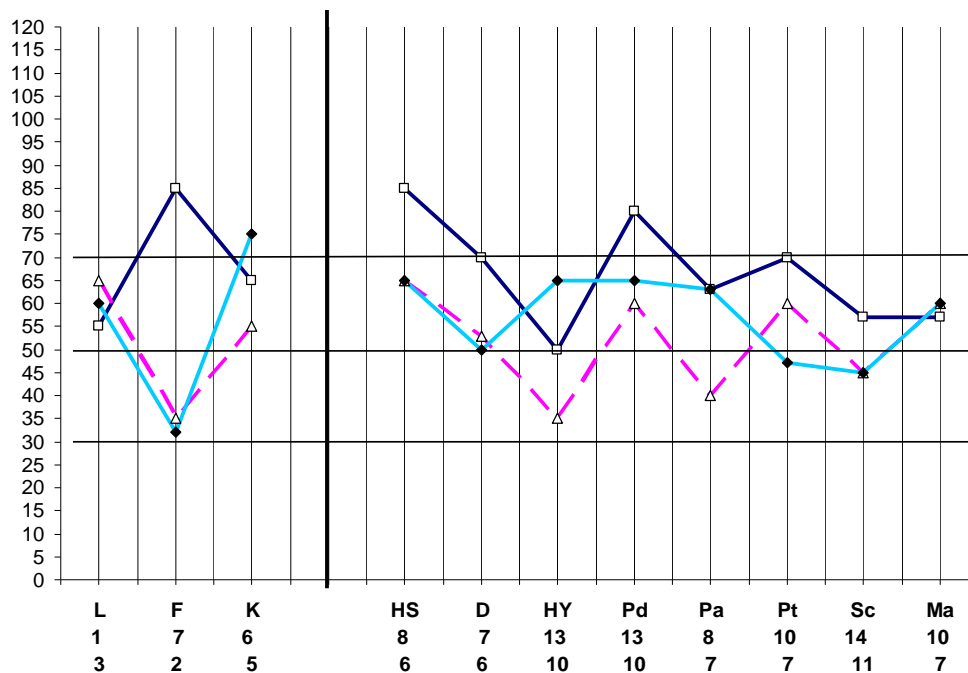
در یک جلسه انفرادی آزمودنی دوم اظهار کرد که وضعیت روحی بسیار خوبی دارد، احساس گناه و تعارض او را رنج نمی‌دهد، از طرفی، توانسته است کاملاً مشکل استمنا را حل کند و تصمیم دارد با خواستگار خود ازدواج کند. پدر و مادر آزمودنی هم از درمان بسیار راضی بودند، درمانگر ضمن توضیح نقش ازدواج در سلامت و رضایت از زندگی از والدین خواست تا زمینه را برای ازدواج آزمودنی فراهم کنند. همچنین با توجه به بهبودی آزمودنی، آزمون افسردگی بک و آزمون MMPI برای او اجرا و تفسیر شد. نتایج هر دو آزمون نشان دهنده سلامت روانی و وضعیت بهنجار آزمودنی بود. به طوری که نمره آزمودنی در فرم کوتاه و بلند آزمون افسردگی بک بسیار پایین بود (جدول شماره ۱). نمودار شماره ۱ و ۲ نتایج آزمون MMPI را برای این آزمودنی نشان می‌دهد.



نمودار ۱. نیمرخ روانی آزمودنی دوم (دختر) در آزمون MMPI قبل از درمان



نمودار ۲. نیمرخ روانی آزمودنی دوم (دختر) در آزمون MMPI پس از درمان



جدول ۱ - نمرات پرسشنامه افسردگی بک

فرم بلند	فرم کوتاه	قبل و بعد از درمان
۳۳	۲۳	قبل از درمان
۷	۳	بعد از درمان

همان‌گونه که در نمودار شماره ۲ مشاهده می‌شود، نیمرخ روانی آزمودنی در کلیه مقیاس‌های آزمون MMPI بهنجار می‌باشد که نشان دهنده بهبودی کامل آزمودنی است. با مقایسه نمرات آزمودنی در فرم‌های بلند و کوتاه آزمون بک قبل و بعد از درمان نیز مشاهده می‌شود که میزان افسردگی او بسیار کاهش یافته و نزدیک به سطح نرمال است (داده‌های جدول شماره ۱). لازم به ذکر است که آزمودنی‌ها تا یک سال مورد پیگیری پس از درمان قرار گرفتند و هیچگونه نشانه‌ای از مشکلات قبلی را از خود نشان ندادند.

بحث و نتیجه‌گیری

چنان‌که مشاهده شد، نتایج مطالعه موردی حاضر نشان داد که استفاده از فنون شناختی-رفتاری نظیر تنش‌زدایی، بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های حل مسئله، جرأت‌ورزی، تحلیل رفتار، برقراری ارتباط

متقابل و روش‌های مقابله‌ای در جلسات خانواده درمانگری، درمان کارآمد و مؤثری برای اختلالات جنسی و سوء استفاده جنسی و سایر اختلالات همراه با آن در جوانان است. به طوری که آزمودنی‌های این پژوهش پس از ۱۰۵ جلسه شرکت در برنامه‌های خانواده درمانی شناختی- رفتاری به سلامت و بهبودی رسیده و توانستند الگوهای رفتاری، هیجانی و شناختی ارتباطی موجود خود را تغییر داده و آنها را با الگوهای ارتباطی صحیح جایگزین کنند. افزون بر آن، مشاهده شد که والدین می‌توانند با پذیرش مشکل و فراهم کردن جو حمایتی برای فردی از خانواده که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته است فرایند درمان را تسهیل کنند و با درپیش گرفتن و ایجاد روابط محافظتی تر از مورد سوء استفاده مجدد قرار گرفتن آن فرد پیشگیری به عمل آورند. یکی از دلایل احتمالی دیگر مؤثر در درمان تفاهم، هم‌سویی، عدم درگیری و عدم تعارض بین والدین آزمودنی‌ها و همکاری توأم با مشارکت در فرایند درمان بوده است که منجر به تأثیر زیاد بر رفتار فرزندان آنان شده است.

نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های روسلر (۱۹۹۳)؛ باسبی و همکاران (۱۹۹۳)؛ بلک و دبلاسی (۱۹۹۶)؛ کار (۲۰۰۰)؛ تروت، داکینگ و هیبرت - مورفی (۲۰۰۱)؛ هاوینگ و همکاران (۲۰۰۱)؛ پلات و دوناهی (۲۰۰۳) و هیگنیز - کسلر و همکاران (۲۰۰۴) همسو است.

روسلر (۱۹۹۳) نیز با ارائه چند مطالعه موردی نشان داد که خانواده درمانگری شناختی - رفتاری درمان کارآمدی برای کودکانی است که مورد سوء استفاده جنسی قرار می‌گیرند. باسبی و همکاران (۱۹۹۳) نیز تعدادی از نوجوانان و بزرگسالانی که در کودکی مورد آزار و اذیت جنسی واقع شده بودند را با استفاده از خانواده درمانگری و زوج درمانگری شناختی - رفتاری درمان کردند. در این رابطه همسو با پژوهش حاضر بلک و دبلاسی (۱۹۹۶) معتقدند که خانواده درمانگری شناختی - رفتاری به کاهش احساس گناه، ترس و اضطراب و افزایش اعتماد به نفس، حمایت خانوادگی و آگاهی جنسی افرادی منتهی می‌شود که در کودکی مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند. تروت و همکاران (۲۰۰۱) نیز با استفاده از زوج درمانگری و خانواده درمانگری شناختی- رفتاری توانستند ۵۴ زن را که در کودکی مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند درمان کنند.

هاوینگ و همکاران (۲۰۰۱) نیز با مرور ادبیات دریافتند که خانواده درمانگری یکی از درمان‌های کارآمد برای سوء استفاده جنسی درون خانوادگی از کودکان و نوجوانان است. هیگنیز - کسلر و همکاران (۲۰۰۴) نیز با استفاده از خانواده درمانگری شناختی - رفتاری تعداد ۷۰ زن و مردی را که در کودکی مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند مورد مطالعه و درمان قرار دادند. آنان دریافتند که اکثر این آزمودنی‌ها خانواده درمانگری و زوج درمانگری را بر درمان‌های انفرادی ترجیح دادند.

به طور کلی، در خانواده درمانگری شناختی - رفتاری اختلالات جنسی، آموزش مهارت‌های جرأت ورزی و مقابله‌ای به فردی که مورد سوء استفاده جنسی قرار می‌گیرد، وی را مجهز به توانایی مقابله صحیح

با الگوهای رفتاری نادرست جنسی کرده و آموزش همزمان مهارت حل مسئله و بازسازی شناختی به کلیه افراد خانواده، به خصوص والدین، به پذیرش مشکل از یک سو و اندیشیدن تدابیری برای حل و پیشگیری از تداوم آن و فراهم کردن جو عاطفی و اجتماعی حمایت کننده برای فردی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته است می‌انجامد. این به نوبه خود به از بین رفتن ترس و بالا رفتن اعتماد به نفس و کاهش اضطراب فردی از خانواده که مورد آزار و اذیت جنسی واقع شده است، منجر می‌شود. همچنین در موارد سوء استفاده جنسی درون خانوادگی، آموزش مهارت برقراری ارتباط و تأکید بر نقاط مثبت و بازسازی شناختی افراد خانواده همراه با موارد فوق از تکرار مجدد آزار و اذیت جنسی پیشگیری می‌کند. با توجه به نقش مهم خانواده در تحول جنسی و شخصیتی کودکان و همچنین در شکل‌گیری مشکلات جنسی پیشنهاد می‌شود که والدین و خانواده با ارائه الگوها و اطلاعات جنسی مناسب به کودکان خود و آگاه کردن آنان از مرزها و محدوده‌های روابط بین فردی و با نظارت و کنترل مطلوب بر فرزندان از مورد سوء استفاده جنسی واقع شدن فرزندان خود پیشگیری کنند. به علاوه، والدین باید به محض مشاهده رفتارها و تظاهرات جنسی نامتناسب با سن و زود هنگام در فرزندان خود، آنان را به مراکز مشاوره‌ای و کلینیک‌های روان درمانگری ارجاع داده تا در صورت سوء استفاده جنسی از کودک قبل از وخیم‌تر شدن شرایط از سوء استفاده بیشتر از او پیشگیری گردد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم مقایسه رویکردهای مختلف درمانی از جمله خانواده درمانی و درمان انفرادی و نداشتن گروه کنترل است. پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های بعدی ضمن انجام این مقایسه‌ها از تعداد بیشتری آزمودنی برای مطالعه استفاده شود.

پی‌نوشت‌ها:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| 1. sexual abuse | 2. Carr |
| 3. Epps & Fisher | 4. U.S Department of Health & Human services |
| 5. Berliner & Elliott | 6. Arata |
| 7. Messman – Moore & Long | 8. Leahy, Perty & Tenenbaum |
| 9. Bornstein | 10. Roesler |
| 11. Busby | 12. Black & Deblasse |
| 13. Carr | 14. Nelson & Wampler |
| 15. Trute, Docking & Heibert – Murphy | 16. Howing |
| 17. Plaut & Donahey | 18. Higgins – Kessler |
| 19. case study | 20. Sexton, Weeks & Robbins |
| 21. communication | 22. thematic apperception test (TAT) |
| 23. relaxation | 24. cognitive reconstruction |
| 25. problem – solving training | 26. coping – style skills |
| 27. assertiveness | 28. positive thinking |
| 29. Antecedents | 30. Behavior |
| 31. Consequences | |

- منصور، محمود (۱۳۸۴). دربارهٔ روش تک بررسی. *مجله علوم روان‌شناختی*، شماره ۱۵، ص ۲۶۹ - ۲۶۷.
- Arata, C.M. (2002). Child Sexual abuse and Sexual revictimization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 135-164.
- Berliner, L., & Elliott, D. (1996). Sexual abuse of children. In J. Briere, L. Berliner, J. Bulkley, C. Jenny & T. Reid (Eds.), *The APSAC Handbook on child Maltreatment* (PP. 51-71). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Black, C.N. ,& Deblassie , R. R. (1996). Sexual abuse in male children and adolescents: indicators, effects, and treatments. *Adolescence*, 28 (109), 232-241.
- Bornstein, R. F. (2005). InterPersonal Dependency in child Abuse Perpetators and victims: A Meta-analytic Review. *Journal of Psychology and Behavioral Assessment*, 27 (2) , 67-76.
- Busby, D.M., Stegge, G. I. , Glenn, E., & Adamson, D. (1993). Treatment issues for survivors of physical; and sexual abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 19 (4) , 377-392.
- Carr, Alan. (2000), *Family Therapy: Concepts, Process and Practice*. New York; JOHN WILEY & SONS, LTD.
- review of the research literature on young people who sexually abuse. EPPS, K., & Fisher, D. (2004). A review of the research literature on young people who sexually abuse. In Gary o'Reilly , William, L. Marshall, Alan, Carr and Richard, C. Beckett (Eds.), *The Handbook of Clinical Intervention with Young People Who Sexually Abuse* (PP. 62-102). Hove And New York: Taylor & Francis Group.
- Higgins-Kessler, M. R., Nelson, B. S., Jurich, A. P., & Whinte, M. B. (2004). Clinical decision making strategies of marriage and family therapists in the treatment of adult childhood sexual abuse survivors of physical and sexual abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 19 (4), 377-392.
- Leahy, T., Pretty, G., & Tenenbaum, G. (2003). Child abuse sexual narratives in clinically and nonclinically distressed adult survivors. *Professional Psychology*, 34, 657-665.
- Messman-Moore, T.L., & Long, P.J.(2002). The role of childhood sexual abuse Sequelae in the Sexual revictimization of Women. *Clinical Psychology Review*, 23, 537-571.

- Nelson, B.S., & Wampler, K. S. (2000). Systemic effects of trauma in clinic couples: An exploratory study of childhood abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26 (2), 171-187.
- Plaut, M., & Donahey, K. (2003). Evaluation and Treatment of sexual dysfunction. In Thomas L, Sexton, GERAL R, Weeks , & Michael S, Robbing (Eds.), *Handbook of Family Therapy* (PP. 351-365). New York and Hove: Bruner- Routledge.
- Roesler, T.A. (1993). Family Therapy of exterafamilial sexual abuse. *Journal of The American Academy of Child and Adolescent*, 32 (5), 967-970.
- Sexton, Th. L., Weeks, G. R., & Robbins, M. S. (2003). *Handbook of Family Therapy*. New York: Brunner – Routledge.
- Trute, B., Docking, B., & Heibert- Murphy, D. (2001). Couples Therapy for women survivous of child sexual abuse: A comparative study of treatment process and outcome. *Journal of Matital and Family Therapy*, 27 (10), 99-110.

Cognitive- Behavioral Family Therapy for Sexual abuse In Adolscents: Case study

Mohammad Khodayarifard , Ph. D^{*}
Yasamin Abedini^{**}

Although there is not exact information about the prevalence of sexual disorders, particularly sexual abuse from children and adolescents, research has shown prevalence of sexual abuse from children and adolescents range from 2 to 30 percent among boys and from 4 to 60 percent among girls, besides girls have been expose to sexual abuse more than boys. Sexual abuse has long / short term effects on cognitive functions of victims. After a while, most victims suffer from following disorders: anxiety, eating, psychosomatic, Personality, sexual and posttraumatic stress. A family has an important role in diagnosing, and controlling those of sexual patterns that are consider harmful ones. Furthermore, A family play an important role in modifying treatment by developing a supportive system. Thus, researchers in health field for treatments of such victims, are interested in family therapy including cognitive–behavioral therapy. The current study is a qualify one and present a successful case study for sexual abuse (a twenty–year–old girl who was abused by her brother, 23–year–old who suffer from sexual disorder). Family therapy base on cognitive–behavioral therapy was used. The results relived above mentioned therapy by using problem solving training, cognitive restructuring, relaxation technique, behavior analysis, assertiveness truing, coping skills is effective in treatment. The causes and family associate are discussed.

Keyword: sexual abuse, sexual disorder, case study, adolescent, cognitive – behavior therapy,
family therapy

* Associat professor, Faculty of Psycholgy & Education, university of Tehran.

** Doctoral student of education psychology