

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم و احساس گناه در زنان دارای تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی^۱

اطهر افشار^۲، مسعود شهبازی^۳، ذبیح الله عباسپور^۴

(صفحات ۴۸-۶۹)

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۲۱

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر شرم و احساس گناه در زنان دارای تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی انجام بود. روش: جامعه آماری پژوهش زنان دارای تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز بود. نمونه پژوهش دربرگیرنده ۳ زن دارای تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی بود که طی فراخوانی معرفی و با توجه به نتایج چک لیست اختلال استرس پس از سانحه ویدز (۱۹۹۳) با نقطه برش ۵۰ و با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. در این پژوهش از طرح آزمایش تک موردی از نوع خط پایه چندگانه ناهمزمان استفاده شد. برای سنجش شرم و احساس گناه، از مقیاس حالت شرمساری و گناه مارشال (۱۹۹۵) استفاده شد. پروتکل درمان متمرکز بر شفقت در سه مرحله خط پایه، ۸ جلسه مداخله به صورت هفتگی و پیگیری ۲ ماهه اجرا شد. داده ها به روش های ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تجزیه و تحلیل شد. یافته ها: یافته ها نشان داد که آزمودنی ها در مرحله درمان در شرم (۳۱/۲۰ درصد) و احساس گناه (۲۸/۶۸ درصد) بهبود را تجربه کردند و اثر آنها نیز تا دوره پیگیری دو ماهه حفظ شد. شاخص تغییر پایای آنها نیز حاکی از معنی دار بودن این تغییرات بود. نتیجه گیری: بنابراین یافته های پژوهش بیانگر این است که درمان متمرکز بر شفقت با کاهش فعالیت سیستم تهدید و افزایش

۱. مقاله مستخرج از پایان نامه دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می باشد.

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

۳. نویسنده مسئول، استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران.

Masoudshahbazi66@yahoo.com

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

فعالیت سیستم تسکین بر کاهش شرم و احساس گناه زنان قربانی سوء استفاده جنسی دوران کودکی تأثیر دارد.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، شرم، احساس گناه، سوء استفاده جنسی دوران کودکی.

مقدمه

در سراسر جهان یکی از بزرگترین خطراتی که کودکان را تهدید می‌کند سوء استفاده جنسی^۱ است و می‌تواند منجر به اثرات نامطلوب روانی شود که تا دوران بزرگسالی ادامه می‌یابند (جونز- اسمیت^۲، ۲۰۱۸). از این رو، در چند دهه گذشته، سوء استفاده جنسی از کودکان^۳ مورد توجه روان‌شناسان و مشاوران قرار گرفته است و پیشرفت‌هایی برای ارائه خدمات کوتاه مدت و بلند مدت به قربانیان صورت گرفته است (کولانگلو و کیف- کوپرن^۴، ۲۰۱۲؛ سینانان^۵، ۲۰۱۵). سوء استفاده جنسی از کودکان به عنوان برقراری ارتباط جنسی یا رفتار جنسی بین یک کودک (۵-۱۲ ساله) و یک فرد بزرگتر تعریف شده است و از جمله ویژگی‌های سوء استفاده جنسی از کودک می‌توان به مواردی اشاره کرد، شامل: (الف) موارد تهاجم به کودک که در آن کودک مقاومت می‌کند، (ب) لمس کردن نامناسب هر بخش از بدن کودک و (ج) نوازش کردن یک کودک با هدف جنسی (گومز، کاهلر و فرید^۶، ۲۰۱۴؛ اریگری، پاچکو، گرسی-اولیوریا، فونسکا، لیت و کریستینسن^۷، ۲۰۱۳).

پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند کودکی که مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرد، متحمل پیامدهای روانی، جسمی و رفتاری کوتاه مدت و بلند مدت می‌شود (نورمن، بیامبا، دی،

1. sexual abuse
2. Jones-Smith, A.
3. child sexual abuse
4. Colangelo, J., & Keefe-Cooperman, K.
5. Sinanan, A. N.
6. Gómez, J. M., Kaehler, L. A., & Freyd, J. J.
7. Irigaray, T. Q., Pacheco, J. B., Grassi-Oliveira, R., Fonseca, R. P., Leite, J. C. D. C., & Kristensen, C. H.

بوچارت، اسکات و وووس^۱، ۲۰۱۲؛ سوگویا، هاسین، اولفسون، لین، گرانت و بلنکو^۲، ۲۰۱۲). اثرات کوتاه‌مدت شامل کاهش عزت‌نفس و خوداثربخشی، پرخاشگری و رفتارهای خودآسیب‌رسان (ماتولیس، ریسیک، روزنر و استیل^۳، ۲۰۱۴؛ نورمن و همکاران، ۲۰۱۲) و اثرات بلندمدت سوء استفاده جنسی از کودک شامل اختلالات روانی مانند اختلال استرس پس از سانحه^۴، اضطراب و افسردگی می‌باشد (بک-کلیمک، کاراتزیس، الیون، کامپیل، پوگ و لایبورن^۵، ۲۰۱۴؛ فرگوسن، مک‌لود و هوروود^۶، ۲۰۱۳). برخی دیگر از اثرات احتمالی بلندمدت نیز شامل افزایش اقدام به خودکشی، ارتکاب رفتارهای خشونت‌آمیز و همچنین مشکلات مربوط به عملکرد جنسی و اختلال در روابط بین فردی است (کولانگلو و کیف-کوپرمن، ۲۰۱۲؛ فرگوسن و همکاران، ۲۰۱۳).

در مطالعه‌ی طولی تریکت، نول و پوتنام^۷ (۲۰۱۱) نشان داده شد زنانی که در کودکی مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفتند در مقایسه با زنانی که چنین تجربه‌ای را نداشتند، در حوزه‌های متعددی از جمله حوزه‌های زیستی و روان‌شناختی با مشکلاتی روبرو شدند. این تأثیرات شامل نرخ بالاتر ابتلا به افسردگی، اضطراب، اختلالات تجزیه‌ای، علائم اختلال استرس پس از سانحه، مشکلات رفتاری، سوء مصرف مواد، رفتارهای ناسازگار جنسی و خطرناک، چاقی، نقص‌های شناختی و تحصیلی، بلوغ زودرس، مشکلات جسمانی و قربانی سوء استفاده جنسی شدن مجدد است (مکلین، استیندل و بامبلینگ^۸، ۲۰۱۸). همان‌طور که اشاره شد تجربه سوء استفاده جنسی از کودک اثرات بلندمدتی دارد که می‌توانند در بزرگسالی ادامه یابند (فرگوسن و همکاران، ۲۰۱۳؛ پرز-

1. Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T.
2. Sugaya, L., Hasin, D. S., Olfson, M., Lin, K. H., Grant, B. F., & Blanco, C.
3. Matulis, S., Resick, P. A., Rosner, R., & Steil, R.
4. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)
5. Bak-Klimek, A., Karatzias, T., Elliott, L., Campbell, J., Pugh, R., & Laybourn, P.
6. Fergusson, D. M., McLeod, G. F., & Horwood, L. J.
7. Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W.
8. McLean, L., Steindl, S. R., & Bambling, M.

فونتز، اولفسون، ویلگاس، مورکیلو، وانگ و بلنکو^۱، (۲۰۱۳). سابقه سوء استفاده جنسی از کودکان با افزایش خطر ابتلا به اختلالات اضطرابی در بزرگسالی همراه است (مانیگلیو^۲، ۲۰۱۳). قربانیان سوء استفاده جنسی در دوران کودکی در مقایسه با افرادی که در معرض سوء استفاده جنسی در دوران کودکی نبوده‌اند، بیشتر احتمال دارد که نشانه‌های مرتبط با طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی را گزارش کنند و بیشتر اقدام به خودکشی می‌کنند. از جمله این اختلالات روان‌شناختی می‌توان به افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه اشاره کرد (پرز-فونتز و همکاران، ۲۰۱۳).

شرم^۳، احساس گناه^۴ و خودسرزنشی قربانیان، مشکلات بین فردی و ترس از صمیمیت، نقص در تنظیم هیجان‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار از قبیل اجتناب می‌تواند ارتباط بین تجارب سوء استفاده جنسی از کودک و آشفتگی هیجانی بالای افراد را تبیین کند (ایرونز و لاد^۵، ۲۰۱۷؛ مولر، واندلور، راجرز، روسلر، کاستلو، پرسینگ و همکاران^۶، ۲۰۱۵؛ اولمان، پیتر-هانگ و رالیا^۷، ۲۰۱۴؛ ویفن و ماکینتاش^۸، ۲۰۰۵). بنابراین گزینه‌های درمان باید به طور خاص این هیجان‌ها را هدف قرار داده و راهبردهای جایگزین برای درک و پاسخ‌دهی بهتر به علائم مبتنی بر تروما ارائه دهند. ویفن و ماکینتاش (۲۰۰۵) بیان می‌کنند که "درمانگران باید بر احساس شرم، گناه، روابط بین فردی و افزایش راهبردهای مقابله‌ای فعال در درمان قربانیان سوء استفاده جنسی متمرکز کنند".

در مجموع، قربانیان سوء استفاده جنسی دوران کودکی، اغلب خود را به خاطر تجارب گذشته مورد سرزنش قرار می‌دهند و نمی‌توانند بر پیامدهای رفتاری، هیجانی و

1. Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., & Blanco, C.

2. Maniglio, R.

3. shame

4. feelings of guilt

5. Irons, C., & Lad, S.

6. Müller, M., Vandeleur, C., Rodgers, S., Rössler, W., Castelao, E., Preisig, M., & et al

7. Ullman, S. E., Peter-Hagene, L. C., & Relyea, M.

8. Whiffen, V. E., & MacIntosh, H. B.

روان‌شناختی ناشی از آن غلبه کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کودکان معمولاً معنای سوءاستفاده جنسی را نمی‌دانند و در نتیجه در مقابل آن آسیب‌پذیر هستند. زمانی که افراد معنای سوءاستفاده جنسی را درک می‌کنند و در حال پردازش اتفاقات پیش آمده در گذشته‌ی خود هستند متوجه می‌شوند که چه چیزی را تجربه کرده‌اند. این تشخیص و درک تروما با مشکلات اجتماعی، روان‌شناختی و هیجانی به‌طور معناداری مرتبط است و تغییرات چشمگیری را در رشد فرد ایجاد می‌کند. به علاوه، موجب شکل‌گیری طرح‌واره‌های منفی و ناسازگار خواهد شد. این افراد توانایی اعتماد به دیگران را از دست می‌دهند و خود را بریده و جدا از جامعه و دیگران تصور می‌کنند (آلبرت، براون و کورتویس^۱، ۱۹۹۸؛ جانسون^۲، ۲۰۰۳؛ جسنس^۳، ۲۰۰۹). از آنجایی که سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی اغلب توسط افراد آشنا و محارم صورت می‌گیرد و فرد سوءاستفاده‌گر مورد اعتماد کودک است، کودک آسیب شدیدتری را متحمل می‌شود و این امر توانایی اعتماد و برقراری روابط صمیمانه را در بزرگسالی نشانه می‌گیرد (جونز-اسمیت، ۲۰۱۸؛ سینانان، ۲۰۱۵؛ گومز، کاهلر و فرید^۴، ۲۰۱۴). به علاوه، اضطراب شدید بعد از سانحه در اثر آزار جنسی و تجربه عینی و آثار دراز مدت آن را در قربانیان نشان دهنده ترس‌های شدید، اضطراب ناگهانی و شدید می‌باشد (مهرآذر صابرو زینعلی، ۱۳۹۳؛ به نقل از انصاری، فرحبخش و نعیمی، ۱۳۹۶).

یکی از رویکردهای درمانی که طی دهه‌ی اخیر برای درمان تروماهای دوران کودکی پیشنهاد شده است رویکرد متمرکز بر شفقت^۵ است. درمان سوءاستفاده جنسی با رویکرد متمرکز بر شفقت در ابتدا توسط پل گیلبرت (۲۰۱۳) برای مراجعینی که سطح بالای شرم و خودانتقادی را تجربه می‌کردند، آغاز شد. در درمان متمرکز بر شفقت تأکید

1. Alpert, Brown, & Courtois

2. Johnson, D. F.

3. Jesness, T. C. W.

4. Gómez, J. M., Kaehler, L. A., & Freyd, J. J.

5. Compassion Focused Therapy (CFT)

اساسی بر محوریت سیستم اعتماد ما در کاهش فرآیند مبتنی بر تهدید است که فرد را قادر می‌سازد تا به خود و دیگران توجه داشته باشد (گیلبرت، ۲۰۱۴). هدف اولیه درمان متمرکز بر شفقت کمک به مراجعین است تا بتوانند از دیدگاه ذهن مشفق، که شامل طیف وسیعی از مهارت‌ها، نگرش‌ها و ویژگی‌های مشفقانه است، آشفستگی خود را درک کنند و به آنها پاسخ دهند (گیلبرت، ۲۰۰۹).

علاوه بر این براساس شواهد تجربی موجود، تطبیق نظری قابل توجهی بین موارد ذکر شده و تأثیر این رویکرد بر قربانیان سوءاستفاده جنسی و برخی از اصول اساسی درمان متمرکز بر شفقت وجود دارد. این اصول خاص شامل این موارد است: (۱) درمان متمرکز بر شفقت مبتنی بر درک تکاملی هیجان‌ها، انگیزه‌ها و رفتارها است. (۲) درمان متمرکز بر شفقت در ابتدا برای مراجعانی با سطوح بالای شرم و خودانتقادی طراحی شده است. (۳) درمان متمرکز بر شفقت نقش تجربیات دلبستگی اولیه و تعاملات اجتماعی در شکل دادن به رشد انسان مورد تأکید قرار داده است. (۴) درمان متمرکز بر شفقت سیستم تنظیم هیجانی تسکین دهنده را فعال می‌کند و قدرت سیستم مبتنی بر تهدید را کاهش می‌دهد و (۵) درمان متمرکز بر شفقت رویکردی را ترجیح می‌دهد که عدم اجتناب از درد و رنج را به عنوان ابزار مقابله مثبت تشویق کند (مک لین، استیندل و بامبلینگ^۱، ۲۰۱۸).

در پژوهشی بیان شده است که درمان متمرکز بر شفقت همچنین ممکن است مزایای بالقوه‌ای برای درمان قربانیان سوءاستفاده جنسی که با آشفستگی‌های هیجانی و سطوح پایین خودشفقتی مواجه هستند داشته باشد (میرون، سلیگوسکی، بویکین و اورکات^۲، ۲۰۱۶). سطح پایین خودشفقتی با افزایش شدت علائم تروما (موئکس و پریس^۳، ۲۰۱۶؛ تامپسون و والتز^۴، ۲۰۰۸) و همچنین مشکلات تنظیم هیجان در بزرگسالان با سابقه

1. McLean, L., Steindl, S. R., & Bambling, M.
 2. Miron, L. R., Seligowski, A. V., Boykin, D. M., & Orcutt, H. K.
 3. Maheux, A., & Price, M.
 4. Thompson, B. L., & Waltz, J.

سوءاستفاده جنسی (وتس، دایر، لی و وکرل^۱، ۲۰۱۱) رابطه دارد. برعکس، خودشفقتی به عنوان عامل مهمی در انعطاف‌پذیری هیجانی و سلامت روانی در این افراد شناخته شده است (مکبث و گوملی^۲، ۲۰۱۲؛ نف و گرمر^۳، ۲۰۱۳؛ ترومپتر، کلین و بوهملیجر^۴، ۲۰۱۷).

در مجموع، درمانگران حوزه سلامت روان در پی ارزیابی درمان‌های روان‌شناختی را برای قربانیان بزرگسال سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی هستند که در اثر این تجربه به مشکلات روان‌شناختی متعددی مانند اختلال استرس پس از سانحه، احساس گناه و شرم مبتلا می‌شوند. از این رو، هدف از مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم و احساس گناه زنان قربانی سوءاستفاده جنسی دوران کودکی است. یافته‌های این مطالعه می‌تواند برای درمانگران و زنان قربانی سوءاستفاده جنسی دوران کودکی مفید باشد.

روش پژوهش

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی تک موردی^۵، از نوع طرح‌های خط پایه چندگانه ناهمزمان^۶ (گال، بورگ و گال^۷، ۱۹۹۵)، ترجمه کیامنش، نصر، باقری، عریضی، خیر، ابوالقاسمی و همکاران، ۱۳۹۳) استفاده شده است. دلیل استفاده از این طرح این است که این نوع طرح‌ها، ابزار مناسبی برای کارهای عملی-بالینی در تعیین اثربخشی مدل‌های درمانی بالینی است (هیزو و نلسون-گرای^۸، ۱۹۹۹، به نقل از پیترسون، ایفرت، فینگولد و دیویدسون^۹، ۲۰۰۹). جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه‌ی زنان دارای تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی شهراهواز بودند. نمونه پژوهش شامل سه زن دارای

1. Vettese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., & Wekerle, C.
2. MacBeth, A., & Gumley, A.
3. Neff, K. D., & Germer, C. K.
4. Trompeter, H. R., de Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T.
5. single case experiment
6. non - concurrent multiple baseline designs
7. Gall, M., Borg, V., & Gall, J.
8. Hayes, S. C., & Nelson-Gray, R. O.
9. Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S.

تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند و به صورت داوطلب و براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به دوره‌های درمان عبارت بودند از: وجود تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی براساس گزارش افراد شامل هرگونه تجربه تماس، لمس و تجاوز جنسی به فرد در سنین تولد تا ۱۲ سالگی است و همچنین کسب نمره بالاتر از ۵۰ در چک لیست اختلال استرس پس از سانحه ویدرز (۱۹۹۳)، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، دامنه سنی ۱۸-۴۵ سال (جوان بودن) جهت داشتن مهارت‌های شناختی کافی به منظور استفاده از طرح درمان. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: اعتیاد به مواد مخدر یا الکل و شرکت هم‌زمان در برنامه درمانی دیگر جهت جلوگیری از تداخل اثرات مداخلات درمانی.

جهت انجام پژوهش حاضر، ابتدا از راه یک فراخوان در فضای مجازی و مراکز مشاوره شهراهواز، افراد متقاضی و داوطلب شرکت در پژوهش انتخاب شدند و با استفاده از مصاحبه تشخیصی و نقطه برش ۵۰ در مقیاس استرس پس از سانحه ویدرز (۱۹۹۳) و در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج وارد فرایند درمان شدند. همچنین، در ابتدای جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی و کسب رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش توضیحاتی به مراجعین داده شد و فرم رضایت آگاهانه توسط آنها تکمیل شد. به منظور کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی، از نظر ترتیب ورود، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی وارد مرحله درمان شدند و برای هر آزمودنی ۱۰ جلسه درمانی به صورت هفتگی برگزار شد. طی هفته‌های اول و دوم (خط پایه)، آزمودنی اول هر هفته ابزارهای پژوهش را تکمیل نمود و در هفته سوم در حالی که آزمودنی‌های دوم و سوم در مرحله خط پایه قرار داشتند آزمودنی اول وارد جلسه اول مداخله شد. جلسه دوم مرحله‌ی مداخله‌ای آزمودنی اول هم‌زمان با جلسه اول مرحله‌ی مداخله‌ای برای آزمودنی دوم و خط پایه آزمودنی سوم بود. در جلسه سوم مداخله آزمودنی اول، جلسه دوم آزمودنی دوم و آزمودنی سوم وارد جلسه اول مداخله شد. ابزارهای سنجش در مرحله خط پایه و نیز در پایان جلسات سوم، ششم و دهم اجرا و تکمیل شدند. همچنین، پس از اتمام جلسات

درمانی، دو نوبت پیگیری با فاصله یک ماهه صورت گرفت. فرایند اجرای پژوهش از شهریور ۱۳۹۸ تا بهمن ۱۳۹۸ انجام شد. پس از پایان اجرای پژوهش، تحلیل داده‌های گردآوری شده با روش‌های آماری ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی انجام شد.

ابزارهای پژوهش

چک لیست اختلال استرس پس از سانحه: چک لیست اختلال استرس پس از سانحه^۱ یک مقیاس خودگزارش دهی است که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن این بیماری از افراد عادی و سایر بیماران به عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار می‌رود. این فهرست به وسیله ویدرز، لیتز، هرمن، هوسکا و کین (۱۹۹۳) طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۱۷ سؤال است. در این پرسشنامه سه دسته علائم تجربه مجدد (۵ ماده)، علائم اجتنابی (۷ ماده) و علائم برانگیختگی شدید (۵ ماده) از بیمار پرسیده می‌شود. روش نمره‌گذاری به صورت لیکرت از یک تا پنج بوده و نمره کل ماده‌ها (۱۷-۸۵) به عنوان نمره فرد محسوب می‌گردد. نمره ۵۰ به عنوان نقطه برش در بیشتر پژوهش‌ها در نظر گرفته شده است (روگیرو، دل‌بن، اسکوتی و رابالیس^۲، ۲۰۰۳). روایی و پایایی این آزمون در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. ویدرز و همکاران (۱۹۹۳) ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) کل مقیاس را ۰/۹۳، سؤالات مربوط به علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب زای تروماتیک را ۰/۹۳، علائم و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب را ۰/۸۲، و ماده‌های ملاک علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید را ۰/۸۳ گزارش نموده‌اند. ویدرز و همکاران (۱۹۹۳) روایی همگرایی این آزمون را بررسی نمودند. روایی همگرایی این مقیاس با مقیاس MMPI (۰/۷۷)، مقیاس اثر حادثه (۰/۹۰) و مقیاس رویارویی با جنگ (۰/۴۶) گزارش گردید. روایی صوری این مقیاس در پژوهش

1. psychometric properties of the PTSD checklist

2. Ruggiero, K. J., Del Ben, K., Scotti, J. R., & Rabalais, A. E.

گودرزی (۱۳۸۲) مورد تایید قرار گرفت. همچنین در پژوهش ابراهیمی، دژکام و ثقه الاسلام (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این پرسشنامه برابر با ۰/۸۳ گزارش شد.

مقیاس حالت شرمساری و گناه^۱: مارشال و همکاران (۱۹۹۵) این مقیاس را ابداع نمودند که از ۱۵ گویه برای سنجش خرده مقیاس‌های این مقیاس که شامل احساس گناه، احساس شرمساری و غرور هستند تشکیل شده است و براساس طیف لیکرت پنج امتیازی (به هیچ وجه چنین احساسی نداشته‌ام=۱ و بسیار زیاد این احساس را داشته‌ام=۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بیشتر نشان دهنده‌ی سطوح بالاتری از احساس گناه و شرمساری است. برای این ابزار با استناد به نتایج معنادار آزمون کیزر-مایر-الکین (KMO = ۰/۸۹) و کرویت بارتلت برابر ۳/۱۵۴۲ دو عامل استخراج شد. مقدار واریانس تبیین شده برای هر یک از عوامل اول و دوم به ترتیب ۳۴/۷۶ و ۲۵/۸۰ برآورد شده است که در مجموع ۶۰/۵۷ واریانس کل را تبیین می‌کند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش ناد و لبکی (۱۳۹۴) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده است. (نادی و لبکی، ۱۳۹۴).

پروتکل درمان متمرکز بر شفقت (CFT): برای درمان متمرکز بر شفقت از طرح درمان ۸ جلسه‌ای برای درمان ترومای دوران کودکی که براساس پروتکل درمان متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۱۴) توسط ایرونزو و لاد (۲۰۱۷) بسط و توسعه داده شده است استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	مداخلات
جلسه اول	برقراری ارتباط اولیه، آشنایی با اصول کلی درمان CFT، تمایز شفقت با تأسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، توصیف و تبیین آزار عاطفی، عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی

جلسه	مداخلات
جلسه دوم	آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت آموزش همدلی، آموزش برای درک و فهم این که افراد احساس می‌کنند که امور را با نگرش همدلانه دنبال کنند، تکالیف خانگی
جلسه سوم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت نسبت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراک انسانی)، در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی، ارائه تکالیف خانگی
جلسه چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد دارای شفقت یا غیرشفقت با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه، آموزش بخشایش و ارائه تکالیف خانگی
جلسه پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن مشفقانه، آموزش پذیرش مسائل، پذیرش تغییرات پیش‌رو، تحمل شرایط سخت و چالش‌انگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و ارائه تکالیف خانگی
جلسه ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر مشفقانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته)، و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای اطرافیان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی، ارائه تکالیف خانگی
جلسه هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های مشفقانه برای خود و دیگران، آموزش روش ثبت یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت
جلسه هشتم	آموزش تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته، به کارگیری روش‌ها در زندگی روزمره، جمع بندی

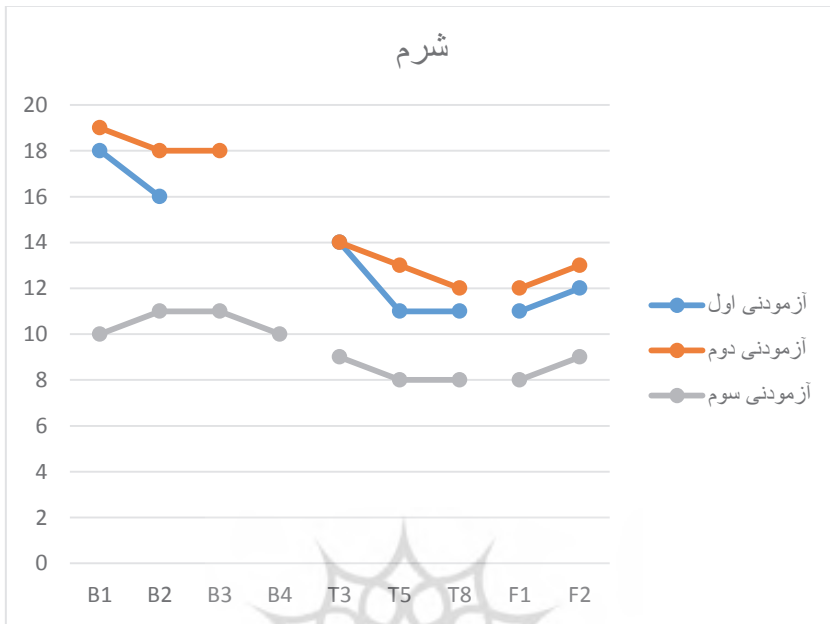
یافته‌های پژوهش

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که آزمودنی اول از لحاظ سطح تحصیلات کارشناسی، از لحاظ سن ۳۴ ساله و متأهل، آزمودنی دوم دارای سطح تحصیلات کارشناسی ارشد، ۳۸ ساله و مجرد و آزمودنی سوم ۲۳ ساله، دانشجوی کارشناسی و مجرد بودند. جدول ۲ نمره‌های سه آزمودنی را در مقیاس شرم و احساس گناه در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در درمان متمرکز بر شفقت نشان می‌دهد.

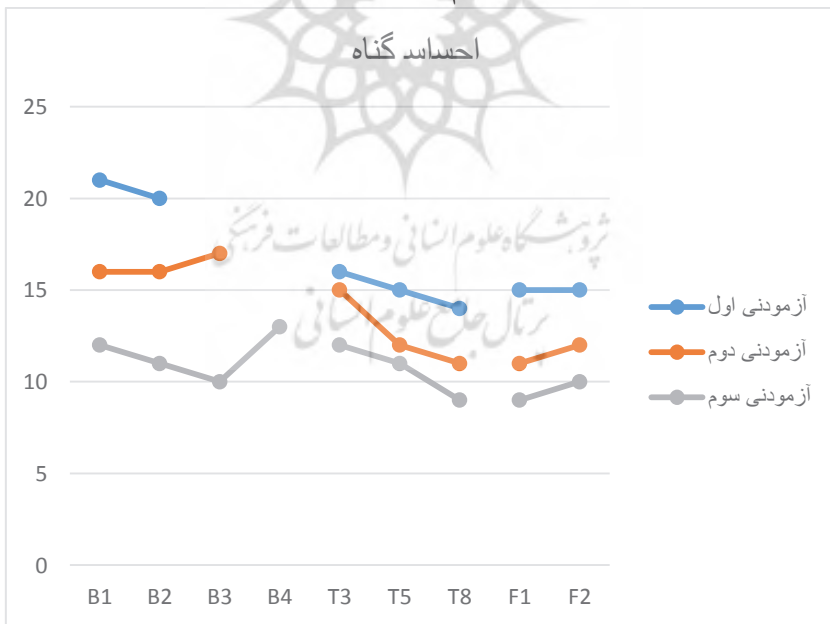
جدول ۲. نتایج روند تغییر مراحل درمان آزمودنی ها در متغیر شرم و احساس گناه

نتایج روند تغییر آزمودنی ها در درمان متمرکز بر شفقت در متغیر احساس گناه		نتایج روند تغییر آزمودنی ها در درمان متمرکز بر شفقت در متغیر شرم		گروه ها		
آزمودنی سوم	آزمودنی دوم	آزمودنی اول	آزمودنی سوم	آزمودنی دوم	آزمودنی اول	
۱۲	۱۶	۲۱	۱۰	۱۹	۱۸	خط پایه اول
۱۱	۱۶	۲۰	۱۱	۱۸	۱۶	خط پایه دوم
۱۰	۱۷	-	۱۱	۱۸	-	خط پایه سوم
۱۳	-	-	۱۰	-	-	خط پایه چهارم
۱۱/۵	۱۶/۳۳	۲۰/۵	۱۰/۵	۱۸/۳۳	۱۷	میانگین مراحل خط پایه
۱۲	۱۵	۱۶	۹	۱۴	۱۴	جلسه سوم
۱۱	۱۲	۱۵	۸	۱۳	۱۱	جلسه پنجم
۹	۱۱	۱۴	۸	۱۲	۱۱	جلسه هشتم
۱۰/۶۶	۱۲/۶۶	۱۵	۸/۳۳	۱۳	۱۲	میانگین مراحل درمان
۲/۹۷	۶/۳۴	۷/۷۳	۳/۰۸	۷/۸۱	۷/۴۰	شاخص تغییر پایا (درمان)
۲۱/۷۳	۳۲/۶۳	۳۱/۷۰	۲۳/۸۰	۳۴/۵۳	۳۵/۲۹	درصد بهبودی پس از درمان
	۲۸/۶۸			۳۱/۲۰		درصد بهبودی کلی
پی گیری						
۹	۱۱	۱۵	۸	۱۲	۱۱	پی گیری نوبت اول
۱۰	۱۲	۱۵	۹	۱۳	۱۲	پی گیری نوبت دوم
۹/۵	۱۱/۵	۱۵	۸/۵	۱۲/۵	۱۱/۵	میانگین مراحل پی گیری
۲/۴۶	۵/۷۵	۶/۵۴	۲/۴۶	۷/۱۹	۶/۷۹	شاخص تغییر پایا (درمان)
۱۷/۳۹	۲۹/۵۷	۲۶/۸۲	۱۹/۰۴	۳۱/۸۰	۳۲/۳۵	درصد بهبودی پس از پی گیری
	۲۴/۵۹			۲۷/۷۳		درصد بهبودی کلی پی گیری

جدول ۲ نمره‌های شرم و احساس گناه زنان دارای تجربه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی شرکت‌کننده در جلسات درمان متمرکز بر شفقت را در مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری نشان می‌دهد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین میزان شرم در مراحل خط پایه برای آزمودنی اول ۱۷، دوم ۱۸/۳۳ و سوم ۱۰/۵ است و میانگین درمان برای آزمودنی اول ۱۲، دوم ۱۳ و سوم ۸/۳۳ می‌باشد؛ که نسبت به دوره قبل از درمان (خط پایه) کاهش یافته است. این میانگین‌ها در مرحله پی‌گیری برای آزمودنی‌های اول ۱۱/۵، دوم ۱۲/۵ و سوم ۸/۵ می‌باشد. همچنین میزان درصد بهبودی برای آزمودنی اول ۳۵/۲۹، آزمودنی دوم ۳۴/۵۳، آزمودنی سوم ۲۳/۸۰ و در کل ۳۱/۲۰ به دست آمد. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای آزمودنی اول ۷/۴۰، آزمودنی دوم ۷/۸۱ و آزمودنی سوم ۳/۰۸ محاسبه شده است. به علاوه، همان‌طور که ملاحظه می‌شود میانگین میزان احساس گناه در مراحل خط پایه برای آزمودنی اول ۲۰/۵، دوم ۱۶/۳۳ و سوم ۱۱/۵ است و میانگین درمان برای آزمودنی اول ۱۵، دوم ۱۲/۶۶ و سوم ۱۰/۶۶ می‌باشد؛ که نسبت به دوره قبل از درمان (خط پایه) کاهش یافته است. این میانگین‌ها در مرحله پی‌گیری برای آزمودنی‌های اول ۱۵، دوم ۱۱/۵ و سوم ۹/۵ می‌باشد. همچنین میزان درصد بهبودی برای آزمودنی اول ۳۱/۷۰، آزمودنی دوم ۳۲/۶۳، آزمودنی سوم ۲۱/۷۳ و در کل ۲۸/۶۸ به دست آمد. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای آزمودنی اول ۷/۷۳، آزمودنی دوم ۶/۳۴ و آزمودنی سوم ۲/۹۷ محاسبه شده است. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا پس از درمان برای هر سه آزمودنی بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که بهبودی حاصل شده برای این آزمودنی‌ها ناشی از مداخله درمانی است. همچنین نمره‌های آزمودنی‌ها در مرحله پی‌گیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش یافته است. درصد بهبودی پس از پی‌گیری نسبت به مرحله مداخله برای هر سه آزمودنی اندکی کاهش یافته است. مقدار شاخص پایا نیز برای هر سه آزمودنی در مرحله پس از پی‌گیری بالاتر از ۱/۹۶ محاسبه شده است. بنابراین ماندگاری تغییرات متغیرهای شرم و احساس گناه برای هر سه آزمودنی از نظر بالینی معنادار بوده است. نمودار ۱ و ۲ تحلیل دیداری داده‌های به دست آمده از درمان متمرکز بر شفقت مربوط به سه آزمودنی را در مراحل خط پایه، درمان و پی‌گیری نشان می‌دهد.



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



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

نمودار ۱ و ۲ روند تغییر نمره‌های شرم و احساس گناه را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پی‌گیری (F) نشان می‌دهد. با توجه به نظر گاینور، بایدرد و نولسن-گری^۱ (۱۹۹۹) حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح نیاز است سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر آزمودنی سه نقطه وجود دارد و هر سه نقطه پایین خط سطح قرار گرفته است. بنابراین می‌توان گفت که تغییر نمره‌های شرم و احساس گناه به صورت نظام‌دار رخ داده است. ضمن اینکه با توجه به پیشینه موجود در رابطه با درمان متمرکز بر شفقت، همان‌طور که در نمودار نشان داده شده است، پیش‌بینی می‌شد تغییرات در جهت مثبت باشد که برای هر سه آزمودنی در متغیر شرم و احساس گناه نتایج به همین صورت بود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم و احساس گناه در زنان دارای تجربه سوء استفاده جنسی در دوران کودکی اهواز انجام شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از موفقیت درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم و احساس گناه قربانیان سوء استفاده جنسی دوران کودکی بود. به این معنا که نمره‌های شرم و احساس گناه در پایان مراحل مداخله به اندازه‌ای که از نظر بالینی معنادار محسوب می‌شود، کاهش یافته بودند. به این صورت که شاخص بهبودی برای هر سه آزمودنی در مرحله درمان نسبت به مراحل خط پایه معنادار بود. همچنین، میزان درصد بهبودی هر سه آزمودنی در مرحله پیگیری بدون تغییر مانده است که این امر نشانگر ماندگاری درمان در مرحله پیگیری بود. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های مک‌لین و همکاران (۲۰۱۸) و ایرونزو و لاد (۲۰۱۷) همخوان است. مک‌لین و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی اثرات بلندمدت سوء استفاده جنسی در دوران کودکی را شامل شرم،

1. Gaynor, S. T., Baird, S. C., & Nelson-Gray, R. O.

خودسرزندی، سبک دلبستگی ناایمن، راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی و کاهش ظرفیت خودشفقتی مورد ارزیابی قرار دادند و بیان کردند که درمان متمرکز بر شفقت موجب افزایش مهارت‌های خودشفقتی، تسهیل و اصلاح تجارب تروماتیک، بهبود سیستم مبتنی بر تهدید و ارائه جایگزین مناسب به جای اجتناب و پاسخ‌دهی مشفقانه می‌شود. در مجموع، تأکید این درمان بر محوری بودن کاهش فعالیت سیستم مبتنی بر تهدید است و به ما این امکان را می‌دهد که احساس و توان مراقبت را از خود و دیگران داشته باشیم (گیلبرت، ۲۰۱۴). هدف اصلی درمان متمرکز بر شفقت یاری رساندن به درک و پاسخ به پریشانی مراجعینی است که از منظر ذهن شفقت‌ورز انجام می‌گیرد و شامل طیف وسیعی از مهارت‌ها، نگرش‌ها و ویژگی‌های مبتنی بر شفقت می‌شود (گیلبرت، ۲۰۰۹).

اهلرز و کلارک^۱ (۲۰۰۰) در مدلی شناختی از اختلال استرس پس از سانحه (PTSD)، ارزیابی‌های منفی که احساس تهدید مداوم را حفظ می‌کنند، هسته‌ی اصلی شکل‌گیری اختلال استرس پس از سانحه می‌دانند. این پژوهشگران، پیشنهاد کرده‌اند که شرم تهدیدی درونی و مداوم را در فرد ایجاد می‌کند که باعث بروز مجدد علائم مبتنی بر شرم و مقابله ناسازگار با آن می‌شود. شرم مرتبط با ترومای بین‌فردی با افزایش علائم اختلال استرس پس از سانحه همراه است. در مجموع شرم و احساس گناه برای قربانیان سوءاستفاده جنسی و تروما به عنوان منبع تهدید عمل می‌کند (مک‌لین و همکاران، ۲۰۱۸).

بر اساس رویکرد درمانی متمرکز بر شفقت، شرم هیجانی است که برای حمایت تبعیت از هنجارهای اجتماعی و ارزش‌های فرهنگی تکامل یافته است و سطح موقعیت اجتماعی فرد را حفظ می‌کند (گیلبرت، ۱۹۹۷، به نقل از مک‌لین و همکاران، ۲۰۱۸). شرم به دلیل نقض هنجارها و انتظارات اجتماعی تعیین شده ایجاد می‌شود. بنابراین

1. Ehlers, A., & Clark, D. M.

شرم می‌تواند به عنوان یک منبع تهدید عمل کند که حاصل نقض یکپارچگی اجتماعی و فرهنگی ما است و در پی آن گروه اجتماعی ما آن را دامن می‌زند. این نظریه دلیل واکنش‌های منفی اجتماعی قربانیان سوءاستفاده جنسی که منجر به خودسرزندی، شرم و احساس گناه می‌شوند و علائم استرس پس از سانحه را افزایش می‌دهند را تبیین می‌کند و حمایت اجتماعی را سدی محافظ در برابر آسیب‌شناسی روانی قربانی معرفی می‌کند (اولمان، تونسند، فلیپس و استرزینسکی^۱، ۲۰۰۷؛ ماهوکس و پرایس^۲، ۲۰۱۶).

به علاوه، شرم، احساس گناه و خودسرزندی به عنوان یک مانع بالقوه در برابر افشای سوءاستفاده جنسی دوران کودکی و عدم کمک‌خواهی قربانیان می‌شود (کالین-وزینا، دلاسلبنیایر-گریفن، پالمرو ملینه^۳، ۲۰۱۵) و هنگامی که چنین مراجعینی وارد فرایند درمان می‌شوند فرایندهای درمانی استاندارد کمتر برایشان اثرگذار است. برای مثال، گیلبرت (۲۰۰۹) خاطر نشان کرد با وجود اینکه مراجعین مفاهیم درمان شناختی رفتاری را درک می‌کنند و قادر به جایگزینی افکار و باورهای ناسازگار خود هستند اما این مهارت‌ها به تغییر سطح هیجان نمی‌انجامد. براین اساس بین آنچه در سر مراجع می‌گذرد و آنچه در قلبشان می‌گذرد اختلاف وجود دارد. به عنوان مثال، به قربانی تروما گفته می‌شود که نباید به خاطر آن تجربه خودت را سرزنش کنی، تو مقصر نیستی. با این حال، بعید است که تا زمانی که خودش احساس و باور نداشته باشد که مقصر نیست تغییری در سطح پریشانی‌اش ایجاد شود (لارونس و لی^۴، ۲۰۱۴).

از این رو، درمان متمرکز بر شفقت مداخلاتی را پیشنهاد می‌کند که فقط بر فرایندهای شناختی و منطقی تکیه نمی‌کنند. در عوض، این رویکرد شرم و احساس گناه را از طریق احساس تجربه شفقت هدف قرار می‌دهد و در رابطه درمانی آن را مفهوم‌سازی می‌کند. با توجه به محوریت شرم در تجارب پس از تروما برای بسیاری از قربانیان سوءاستفاده

1. Ullman, S. E., Townsend, S. M., Filipas, H. H., & Starzynski, L. L.

2. Maheux, A., & Price, M.

3. Collin-Vézina, D., De La Sablonnière-Griffin, M., Palmer, A. M., & Milne, L.

4. Lawrence, V. A., & Lee, D.

جنسی و محدودیت‌های روش‌های درمانی سنتی، درمان متمرکز بر شفقت اختصاصاً برای این مراجعان مداخلاتی در نظر گرفته است (مک‌کلین و همکاران، ۲۰۱۸).

در مجموع با توجه به اینکه قربانیان سوءاستفاده جنسی دوران کودکی از طریق ارزیابی‌های منفی مداوم حاصل از تجارب تروماتیک اولیه و نقض امنیت و دل‌بستگی، احساس تهدید را تا دوران بزرگسالی حفظ می‌کنند، خودشفقتی پایینی را گزارش می‌کنند و از این رو به نظر می‌رسد این رویکرد، درمان مناسبی باشد و راهی برای کاهش علائم تروما و کاهش فعالیت سیستم تهدید ارائه دهد. این رویکرد به قربانیان کمک می‌کند تا با استفاده از سیستم تسکین و کاهش خودسرزندی، تجربیات مثبت در مورد خود و دیگران را افزایش و شرم درونی شده را کاهش دهند. سرانجام، درمان متمرکز بر شفقت یک رویکرد جایگزین و مثبت برای تنظیم هیجانات ارائه می‌دهد و پاسخ‌های اجتنابی به علائم تروما را از طریق گسترش مهارت‌های توجه و ذهن‌آگاهی برای مدیریت پریشانی و تسهیل استفاده از مهارت‌های ذهن‌آگاهانه تجربه اینجا و اکنون کاهش می‌دهد. با توجه به پتانسیل این رویکرد برای درمان قربانیان سوءاستفاده جنسی، توصیه می‌شود که در پژوهش‌های آتی در مورد جمعیت‌های بالینی قربانیان ترومای دوران بزرگسالی نیز مورد استفاده قرار گیرد.

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به تعداد کم شرکت‌کنندگان در طرح پژوهش اشاره کرد که ناشی از ویژگی‌های روش آماری پژوهش حاضر بود و تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌سازد. بر این اساس به لحاظ روش‌شناختی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با استفاده از طرح‌های آزمایشی حقیقی به ارزیابی دقیق‌تر روایی این رویکرد درمانی در بهبود علائم تروما، شرم و احساس گناه قربانیان سوءاستفاده جنسی پرداخته شود. به لحاظ کاربردی به مشاوران و روان‌شناسان حوزه درمان تروما پیشنهاد می‌شود با توجه به مزایای متعدد رویکرد درمان متمرکز بر شفقت در راستای افزایش مهارت‌های مشفقانه و کاهش فعالیت سیستم تهدید، از این رویکرد درمانی بهره‌مند شوند.

منابع

- ابراهیمی، ح.؛ دژکام، م.؛ ثقه‌الاسلام، ط. (۱۳۹۲). تروماهای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۹ (۴)، ۲۷۵-۲۸۲.
- انصاری، س.؛ فرح‌بخش، ک.؛ نعیمی، ا. (۱۳۹۶). مقایسه شناخت والدین درباره انواع کودک‌آزاری. *پژوهش‌های مشاوره*، ۱۸ (۷۲)، ۳۱-۶۵.
- گال، م.؛ بورگ، و.؛ گال، ج. (۱۹۹۵). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی. مترجمان: علیرضا کیامنش، احمد رضا نصر؛ خسرو باقری؛ حمید رضا عریضی؛ محمد خیر؛ محمود ابوالقاسمی؛ منیجه شهنی ییلاق؛ محمدجعفر پاک‌سرشت؛ زهره خسروی (۱۳۹۳)، جلد دوم، تهران: انتشارات دانشگاه شهید بهشتی و سمت.
- گودرزی، م. (۱۳۸۲). بررسی اعتباریابی و روایی مقیاس تنیدگی پس از ضربه می‌سی‌سی‌پی (اشل). *مجله روان‌شناسی*، ۲۶ (۲)، ۱۵۳-۱۷۸.
- نادی، م.؛ لبکی، ب. (۱۳۹۴). الگوی ساختاری تأثیر تخطی‌ها، همدلی، احساس گناه و شرمساری و رفتارهای دلجویی، بخش‌ایشگری ادراک شده با خودبخش‌ایشگری در بین دانشجویان دانشگاه اصفهان. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ۱ (۲)، ۸۱-۹۹.
- Bak-Klimek, A., Karatzias, T., Elliott, L., Campbell, J., Pugh, R., & Laybourn, P. (2014). Nature of child sexual abuse and psychopathology in adult survivors: Results from a clinical sample in Scotland. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(6), 550-557.
- Colangelo, J., & Keefe-Cooperman, K. (2012). Understanding the impact of childhood sexual abuse on women's sexuality. *Journal of Mental Health Counseling*, 34(1), 14-37.
- Collin-Vézina, D., De La Sablonnière-Griffin, M., Palmer, A. M., & Milne, L. (2015). A preliminary mapping of individual, relational, and social factors that impede disclosure of childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 43, 123-134.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345.
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F., & Horwood, L. J. (2013). Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child abuse & neglect*, 37(9), 664-674.
- Gaynor, S. T., Baird, S. C., & Nelson-Gray, R. O. (1999). Application of time-series (single-subject) designs in clinical psychology. In P. Kendall, J. N. Butcher & G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 297-329). New York: John Wiley & Sons.
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70(2), 113-147.

- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture* (pp. 3-38), New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2013). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. New Harbinger Publications. London, UK: Little, Brown Book Group.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Gilbert, P. (2015). The evolution and social dynamics of compassion. *Social and personality psychology compass*, 9(6), 239-254.
- Gómez, J. M., Kaehler, L. A., & Freyd, J. J. (2014). Are hallucinations related to betrayal trauma exposure? A three-study exploration. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(6), 675.
- Irigaray, T. Q., Pacheco, J. B., Grassi-Oliveira, R., Fonseca, R. P., Leite, J. C. D. C., & Kristensen, C. H. (2013). Child maltreatment and later cognitive functioning: a systematic review. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(2), 376-387.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 1743.
- Jesness, T. C. W. (2009). *Childhood sexual abuse: Are marriage and family therapists less likely to hypothesize sexual abuse in men as compared to women?*. Syracuse University.
- Johnson, D. F. (2003). *The Long Term Effects of Childhood Sexual Abuse and the Influence of Moderating Variables* (Doctoral dissertation, Virginia Commonwealth University).
- Jones-Smith, A. (2018). Therapists' Perceptions of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Treatment for Women Survivors of Child Sexual Abuse. Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy Clinical Psychology, Walden University.
- Lawrence, V. A., & Lee, D. (2014). An exploration of people's experiences of compassion-focused therapy for trauma, using interpretative phenomenological analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(6), 495-507.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*, 32(6), 545-552.
- Maheux, A., & Price, M. (2016). The indirect effect of social support on post-trauma psychopathology via self-compassion. *Personality and Individual Differences*, 88, 102-107.
- Maniglio, R. (2013). Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: A systematic review of reviews. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14(2), 96-112.
- Matulis, S., Resick, P. A., Rosner, R., & Steil, R. (2014). Developmentally adapted cognitive processing therapy for adolescents suffering from posttraumatic stress disorder after childhood sexual or physical abuse: A pilot study. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17(2), 173-190.

- McLean, L., Steindl, S. R., & Bambling, M. (2018). Compassion-focused therapy as an intervention for adult survivors of sexual abuse. *Journal of child sexual abuse, 27*(2), 161-175.
- Miron, L. R., Seligowski, A. V., Boykin, D. M., & Orcutt, H. K. (2016). The potential indirect effect of childhood abuse on posttrauma pathology through self-compassion and fear of self-compassion. *Mindfulness, 7*(3), 596-605.
- Müller, M., Vandeleur, C., Rodgers, S., Rössler, W., Castelao, E., Preisig, M., & Ajdacic-Gross, V. (2015). Posttraumatic stress avoidance symptoms as mediators in the development of alcohol use disorders after exposure to childhood sexual abuse in a Swiss community sample. *Child abuse & neglect, 46*, 8-15.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology, 69*(1), 28-44.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine, 9*(11), e1001349.
- Pérez-Fuentes, G., Olfson, M., Villegas, L., Morcillo, C., Wang, S., & Blanco, C. (2013). Prevalence and correlates of child sexual abuse: a national study. *Comprehensive psychiatry, 54*(1), 16-27.
- Peterson, B. D., Eifert, G. H., Feingold, T., & Davidson, S. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Distressed couples: A Case Study with Two couples. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 430-442.
- Ruggiero, K. J., Del Ben, K., Scotti, J. R., & Rabalais, A. E. (2003). Psychometric properties of the PTSD Checklist—Civilian version. *Journal of traumatic stress, 16*(5), 495-502.
- Sinanian, A. N. (2015). Trauma and Treatment of Child Sexual Abuse. *Journal of Trauma & Treatment, 4*, 1-5.
- Sugaya, L., Hasin, D. S., Olfson, M., Lin, K. H., Grant, B. F., & Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: a national study. *Journal of traumatic stress, 25*(4), 384-392.
- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2008). Self-compassion and PTSD symptom severity. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies, 21*(6), 556-558.
- Trickett, P. K., Noll, J. G., & Putnam, F. W. (2011). The impact of sexual abuse on female development: Lessons from a multigenerational, longitudinal research study. *Development and psychopathology, 23*(2), 453-476.
- Trompeter, H. R., de Kleine, E., & Bohlmeijer, E. T. (2017). Why does positive mental health buffer against psychopathology? An exploratory study on self-compassion as a resilience mechanism and adaptive emotion regulation strategy. *Cognitive therapy and research, 41*(3), 459-468.
- Ullman, S. E., Peter-Hagene, L. C., & Relyea, M. (2014). Coping, emotion regulation, and self-blame as mediators of sexual abuse and psychological symptoms in adult sexual assault. *Journal of child sexual abuse, 23*(1), 74-93.

- Ullman, S. E., Townsend, S. M., Filipas, H. H., & Starzynski, L. L. (2007). Structural models of the relations of assault severity, social support, avoidance coping, self-blame, and PTSD among sexual assault survivors. *Psychology of Women Quarterly, 31*(1), 23-37.
- Vettese, L. C., Dyer, C. E., Li, W. L., & Wekerle, C. (2011). Does self-compassion mitigate the association between childhood maltreatment and later emotion regulation difficulties? A preliminary investigation. *International Journal of Mental Health and Addiction, 9*(5), 480-496.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993, October). The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. In *annual convention of the international society for traumatic stress studies, San Antonio, TX* (Vol. 462).
- Whiffen, V. E., & MacIntosh, H. B. (2005). Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: A critical review. *Trauma, Violence, & Abuse, 6*(1), 24-39.

