



## The effectiveness of STAIR narrative therapy on emotion regulation and interpersonal functioning in adolescents with sexual abuse experience

Fatemeh Arabi\*<sup>1</sup> , Hossein Eskandari<sup>2</sup> , Ahmad Borjali<sup>3</sup>

1. Master of science in Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran.

E-mail: [arabi.fatemeh@ut.ac.ir](mailto:arabi.fatemeh@ut.ac.ir)

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran.

E-mail: [sknd@atu.ac.ir](mailto:sknd@atu.ac.ir)

3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran.

E-mail: [borjali@atu.ac.ir](mailto:borjali@atu.ac.ir)

### ARTICLE INFO

#### Article type:

Research Article

#### Article history:

Received: 27 April 2025

Received in revised form:

15 June 2025

Accepted: 21 July 2025

Published online: 21 April 2026

#### Keywords:

STAIR Narrative Therapy, Narrative Therapy, Emotion Regulation, Interpersonal Functioning, Sexual Abuse, Adolescents

### ABSTRACT

**Background:** Adolescence is one of the most sensitive stages of personal development, and experiences such as sexual abuse during this period can lead to serious problems in emotion regulation and interpersonal relationships. These experiences can leave deep and long-lasting psychological effects that require therapeutic interventions to reduce and repair them. STAIR Narrative Therapy is a structured, evidence-based method specifically designed to repair the effects of trauma.

**Aims:** The present study aimed to investigate the effectiveness of STAIR narrative therapy on emotion regulation and interpersonal functioning in adolescents with experience of sexual abuse.

**Methods:** This study was a semi-experimental, single-case A-B-A study with a multiple baseline design and a two-month follow-up period. The statistical population included all adolescents aged 13 to 18 years in Tehran who were being cared for in centers affiliated with Shemiranat Welfare in 1403. Through purposive sampling, 3 adolescents who met the inclusion criteria were selected and 16 1-hour STAIR narrative therapy sessions were administered individually. Participants responded to questionnaires on difficulty in emotion regulation and interpersonal problems in baseline sessions, the fourth, eighth, twelfth, and sixteenth sessions of treatment, and the same follow-up session two months after the end of treatment. Data analysis was performed using visual analysis of graphs, calculating the percentage of improvement, and the percentage of non-overlapping data.

**Results:** The results showed that STAIR narrative therapy led to a reduction in difficulty in emotion regulation, with an average percentage improvement of 44.75, a reduction in interpersonal problems, with an average percentage improvement of 45.50, and also improved post-traumatic stress disorder symptoms, with an average percentage improvement of 43.50.

**Conclusion:** According to the results of the study, it is recommended that specialists and psychologists design and implement combined educational and therapeutic programs such as STAIR narrative therapy, which is effective in emotion regulation and interpersonal functioning in adolescents with sexual abuse experience. It is recommended that, given the acquisition and trainability of STAIR narrative therapy, these variables be taught using appropriate strategies and models for adolescents with sexual abuse experience.

**Citation:** Arabi, F., Eskandari, H., & Borjali, A. (2026). Effectiveness of emotion-oriented couple therapy approach on boredom, conflicts and marital intimacy of conflicted couples. *Journal of Psychological Science*, 25(158), 1-27. [10.61186/jps.25.158.7](https://doi.org/10.61186/jps.25.158.7)

*Journal of Psychological Science*, Vol. 25, No. 158, 2026

© The Author(s). DOI: [10.61186/jps.25.158.7](https://doi.org/10.61186/jps.25.158.7)



✉ **Corresponding Author:** Hossein Eskandari . Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran

E-mail: [sknd@atu.ac.ir](mailto:sknd@atu.ac.ir) Tel: 02148393202

## Extended Abstract

### Introduction

People who have been sexually, physically, or emotionally abused as children or adolescents and who suffer from post-traumatic stress disorder (PTSD) often have a wide range of symptoms. They often have problems in interpersonal relationships and the emotional sphere and find it difficult to trust, establish intimacy, deal with criticism from others, or appropriately defend their needs. These people often end their professional or private relationships abruptly or avoid them altogether. In addition, they usually have difficulty understanding and identifying emotions. They suffer from intense and negative emotional reactions and have difficulty finding emotional balance. The observation that these complaints and problems affect the patients' functioning as much as PTSD symptoms and lead to similar limitations in their daily lives formed the starting point for the proposed treatment plan (Cloitre et al., 2005).

One of the potentially traumatic events that most often leads to the development of post-traumatic stress disorder is sexual or physical abuse of children and adolescents. Child abuse is a global problem that is more prevalent in developing countries than in developed countries and can have serious lifelong consequences. According to statistics from the World Health Organization, 3 out of 4 children aged 2 to 4 are regularly subjected to physical punishment or psychological violence by parents or caregivers, and 1 out of 5 women and 13 men have reported being sexually abused as a child (World Health Organization, 2022). A review of the existing literature shows that the study of the prevalence of child abuse in Iran is limited. Previous studies have not directly examined child sexual abuse due to sensitivities and existing cultural issues, and the few studies that have been conducted have only addressed the prevalence of physical, emotional, and neglectful child abuse (Danaeifar et al., 2022). Mohammadi et al. conducted a systematic review in 2014 and found the prevalence of physical abuse, emotional abuse, and neglect to be 43.591%, 64.533%, and 40.945%, respectively.

Emotional and Interpersonal Regulation Skills Training with Narrative Therapy is an evidence-based psychosocial intervention for trauma-exposed individuals suffering from PTSD and related symptoms such as depression and dissociation. The treatment program consists of two parts: the first part, STAIR, is Emotional and Interpersonal Regulation Skills Training, which focuses on training emotion regulation skills and social-relational functioning and consists of 8-12 therapy sessions. The second part, Narrative Therapy, focuses on processing traumatic memories using a combination of exposure and cognitive reappraisal techniques over 8-12 sessions, but the practice of skills training also continues in this section (Cloitre, 2005). The adolescent version of this treatment (Cloitre et al., 2014) also emphasizes the development of emotional and interpersonal skills that can support current functioning and increase future resilience. The specific skills included in the STAIR-A were developed to target emotional and social competencies based on the problems observed in adolescents aged 13 to 21 years and the challenges of the adolescent years, including problems with impulse control, concerns about personal identity, problems with appropriate and effective socialization, and school participation. The STAIR was originally developed to address impaired emotional and social competencies among adult survivors of childhood abuse (Cloitre et al., 2006). The primary goal of adding skills training to trauma memory processing in SNT treatment is to improve daily functioning. Unlike patients with many other psychiatric disorders, patients who have resolved their PTSD diagnosis and whose symptoms have disappeared or diminished continue to suffer from significant functional impairment and poor quality of life (Westphal et al., 2011).

Considering the above, there is a need for a treatment that affects different aspects and can simultaneously improve the individual's daily functioning in emotional and social areas in addition to reducing PTSD symptoms. Therefore, the purpose of this study is to investigate the effectiveness of STAIR narrative therapy on emotion regulation and

interpersonal functioning in adolescents with sexual abuse experience.

### **Method**

The present study is applied in terms of purpose and is of quasi-experimental type, and a single-case research design and A-B-A design were used along with multiple baselines and follow-up periods (Farahani et al., 2013). In this study, a multiple baseline design was used for participants, in which the target behavior is the same for all three references. The baseline phase process in the present study was as follows: each participant entered the baseline phase simultaneously, and the difference between participants was in the number of baseline sessions. Participants were randomly assigned between 2 and 4 weeks to complete the baseline phase and enter the treatment phase, such that when treatment for the first client was initiated after two baseline sessions; The second client was in the third baseline phase and the third client was in the fourth baseline phase, and the same process was followed for the second and third clients until all three clients entered the 16-session treatment period, although one of the participants withdrew from continuing to participate in the sessions after the thirteenth session and the beginning of the second phase of treatment due to unfavorable psychological conditions. After the completion of the treatment, follow-up treatment was carried out over a two-month period. In the baseline sessions, only questionnaires were completed and no intervention was provided for the treatment of adolescents; In this way, the first baseline measurement was taken at the end of the interview session, and the rest of the baseline measurements were received from the participants weekly and they entered the treatment stages. The participants filled out the questionnaires every 4 sessions. The statistical population of this study includes all girls aged 13 to 18 with a history of sexual abuse who were kept in centers affiliated with Shemiranat Welfare in 1403. The sampling method in this study is purposive sampling. Accordingly, the researcher was initially introduced to the Asef Welfare Center, where adolescents with a history of sexual abuse are kept in this center. Then, from

among the 13 adolescents residing in the center, all of whom were between the ages of 13 and 18, three of them who met the inclusion criteria for the study were selected. After the three participants were identified, the procedure and summary of the treatment sessions were explained to them, and informed consent forms were provided to them to participate in the study. After reviewing the inclusion criteria for the study and identifying the samples and initial assessments to record the baseline for each participant, each one was randomly assigned (after two, three, and four baseline assessment sessions) to a 16-session intervention program and a 2-month follow-up period. Clients answered scales of difficulty in emotion regulation, interpersonal relationship problems, and PTSD symptoms during baseline, every 4 sessions (4th, 8th, 12th, and 16th), and follow-up sessions to show changes during the intervention and thus better demonstrate the process of changes in the subjects during treatment. In this study, visual analysis of graphs, trend indicators, stability, percentage of non-overlapping data, and percentage of overlapping data were used to analyze the data, and percentage of improvement was used to determine the effectiveness of the treatment. It is important to note that a 50% reduction in symptoms is considered treatment success, scores between 25% and 49% are considered minor improvement, and finally, a decrease in scores below 24% is considered treatment failure (Hamidpour, 2009). The percentage of non-overlapping data (PND) was also used for statistical significance. The percentage of non-overlapping data (PND) was also used for statistical significance. PND indicates the percentage of non-overlapping points between two experimental locations. The higher the PND between two adjacent locations (or the lower the POD), the more confident the intervention can be considered effective. (Farahani et al., 2013). The value of PND varies between 0 and 100 percent. A PND of less than 50% indicates an unreliable and weak effect size; a PND between 50 and 70% indicates moderate effectiveness; a PND between 70 and 90 indicates a relatively effective treatment, and a PND above 90 indicates an effective treatment.

## Results

The percentage of data that is in the stability zone of the trend line was calculated for different situations. According to the findings, 100% of the data in the baseline phase and 100% of the data in the

intervention phase are in the stability zone and therefore, according to the 80-20% rule, the trend of data change is stable. That is, the rate of data change is also occurring at a constant rate.

**Table 1. Summary of results of within-situation and between-situation analysis of scores on the Difficulty in Emotion Regulation Questionnaire**

| Intermittent            |                         | Intra-situational                  |                    |                                                     |
|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------|
| B:A                     | Comparison of positions | B                                  | A                  | Sequence of situations                              |
| Trend changes           |                         | 4                                  | 4                  | Length of positions                                 |
| Bearish/Bearish         | Directional change      | Determining the level of stability |                    |                                                     |
| Positive                | Target-dependent effect | 48                                 | 76                 | Median                                              |
| Stable/Stable           | Constant change         | 47/5                               | 72/25              | Mean                                                |
| Change in level         |                         | 52-42<br>(10)                      | 81-72<br>(9)       | Range of Variation                                  |
| 50/5 -73<br>(-22/5)     | Relative mode           | 9/6<br>75%                         | 15/2<br>100%       | Range of Variation<br>Stability<br>%100 Compartment |
| 72-52<br>(-20)          | Absolute mode           | Level change                       |                    |                                                     |
| 76-48<br>(-28)          | Median change           | 50/5 -44/5<br>(-6)                 | 79/5 -73<br>(-6/5) | Relative position                                   |
| 47/5 -76/25<br>(-28/25) | Mean change             | 42-52<br>(-10)                     | 72-78<br>(-6)      | Absolute level                                      |
| Data Overlap            |                         | Trend                              |                    |                                                     |
|                         |                         | Descending                         | Descending         | Direction                                           |
| %100                    | PND                     | Stable                             | Stable             | stability                                           |
| %0                      | POD                     | No                                 | No                 | multiple paths                                      |

Considering the 100% difference between non-overlapping and overlapping data, it can be concluded that the intervention was significantly effective.

**Table 2. Summary of results of within-situation and between-situation analysis of scores on the Interpersonal Problems Questionnaire**

| Intermittent       |                         | Intra-situational                  |                    |                                                    |
|--------------------|-------------------------|------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------|
| B:A                | Comparison of positions | B                                  | A                  | Sequence of situations                             |
| Trend changes      |                         | 4                                  | 4                  | Length of positions                                |
| Bearish/Bearish    | Directional change      | Determining the level of stability |                    |                                                    |
| Positive           | Target-dependent effect | 33                                 | 54                 | Median                                             |
| Stable/Stable      | Constant change         | 34/25                              | 52                 | Mean                                               |
| Change in level    |                         | 28-45<br>(17)                      | 55-50<br>(5)       | Range of Variation                                 |
| 51/5-41/5<br>(-10) | Relative mode           | 6/6<br>%0                          | 10/8<br>%100       | Range of Variation<br>Stability Compartment<br>%20 |
| 72-52<br>(-20)     | Absolute mode           | Level change                       |                    |                                                    |
| 54-33<br>(-21)     | Median change           | 27-41/5<br>(-14/5)                 | -51/52-5/5<br>(-1) | Relative position                                  |

|                      |             |                |              |                |
|----------------------|-------------|----------------|--------------|----------------|
| 52-34/25<br>(-17/75) | Mean change | 28/45<br>(-17) | 50-50<br>(0) | Absolute level |
| Data Overlap         |             | Trend          |              |                |
|                      |             | Descending     | Descending   | Direction      |
| %100                 | PND         | Stable         | Stable       | stability      |
| %0                   | POD         | No             | No           | multiple paths |

Considering the 100% difference between non-overlapping and overlapping data, it can be concluded that the intervention was significantly effective..

### Conclusion

Adolescents who have experienced sexual abuse have difficulty regulating their emotions for various reasons, such as a history of abuse, childhood maltreatment, neglect, separation, being a victim of sexual abuse, and invalidating family environments. Therefore, they experience many negative emotions frequently, and these are well reflected in their life narratives. SNT treatment affected emotion regulation in these adolescents in several ways: 1- In the skills training section, adolescents increase their ability to regulate emotions by recognizing and understanding different types of emotions and learning positive and effective strategies for managing and controlling them. 2- In the narrative therapy section, by discussing defective and ineffective stories, examining defective thinking and inference styles, and acting according to them, replacing new and different stories, and creating new metaphors about their role in the story, the ability to regulate emotions and deal with intense negative emotions can be increased. 3- Narrative therapy attempts to solve the problem by externalizing the problem and separating the adolescent from his problem. This separation causes the problem to be considered as something that the person can master, which leads to improvements in cognitive and emotional processing and ultimately to improvements in emotion regulation scores. 4- SNT increases flexibility by providing coping strategies along with the creation of new stories and metaphors, which will again lead to cognitive and emotional processing, and in this way we will have more effective emotion regulation. The results of this study are consistent with the findings of Taghipour et al.

(2023), Sadat Mirkhan (2023), Mansouri, Safarian Toosi, and Mansouri (2019), and Godino et al. (2017). The findings of Taghipour et al. (2023) indicate that narrative therapy with an emphasis on innovative moments had a significant effect on improving cognitive emotion regulation. It can be said that narrative therapy with an emphasis on innovative moments is an appropriate intervention method for improving cognitive emotion regulation strategies in girls with self-harm with suicidal intent, and counselors and psychologists can use this intervention to improve cognitive emotion regulation in adolescents with self-harm with suicidal intent. The results of Sadat Mirkhan's (1402) study showed that there is a significant difference between the metacognitive beliefs of the three groups. Both narrative therapy and cognitive-behavioral methods had a positive effect on improving metacognitive beliefs. Comparison of the two methods showed that the effect of narrative therapy was significantly greater than cognitive-behavioral therapy. In order to improve the metacognitive beliefs of sexually abused adolescent girls, it is recommended to use narrative therapy. Mansouri, Saffarian Toosi, and Mansouri (2019) showed in a study that there is a relationship between negative cognitive emotion regulation strategies, childhood maltreatment, and female sexual dysfunction. In addition, negative cognitive emotion regulation strategies mediate the relationship between childhood maltreatment and female sexual dysfunction. The results of the present study support the hypothesis that negative cognitive emotion regulation strategies mediate the relationship between childhood maltreatment and female sexual dysfunction. Godino et al. (2017) showed in a study that STAIR narrative therapy, which targets emotion management and interpersonal skills, can successfully increase resilience and at the same time reduce psychopathology. Resilience factors are important

intervention targets for youth who have been exposed to trauma, particularly in terms of improving current functioning and reducing the impact of future trauma exposure. Limitations and future directions are discussed. This approach can be used to resolve the problem by externalizing it. This means that adolescents who have experienced sexual abuse can be separated from their problem. This separation allows the problem to be viewed as something that the person can control. Separation from the problem and not being entangled with it is also naturally associated with improved cognitive and emotional processing, which can be seen in improved cognitive emotion regulation scores. STAIR therapists exaggerate the client's stories, which can empower alternatives and motivate the client in the therapeutic relationship. In other words, this situation can be flexible and workable for the client. The flexibility resulting from this process can improve the cognitive and emotional processing of adolescents who have experienced sexual abuse, allowing them to experience more normal emotional regulation

The results also showed that STAIR narrative therapy is effective on interpersonal functioning in adolescents who have experienced sexual abuse. Adolescents who have experienced sexual abuse experience deficits in executive and interpersonal functioning due to the effects of victimization, especially avoidance and inhibition of relationships, as well as paranoid thoughts such as doubt and pessimism in their relationships. They have broken and damaged self-esteem due to the trauma they have experienced from their family or community, and this can have a significant negative impact on assertiveness or assertiveness in relationships, such as the ability to say no or express their desires clearly and clearly. SNT treatment is effective in improving interpersonal functioning in these adolescents in several ways: 1- In the skills training section, adolescents were able to increase their interpersonal functioning skills by learning assertiveness skills and how to correctly and correctly express their desires and needs to others and practicing role-playing as an assertive and courageous person. 2- STAIR tries to adjust patients' paranoid thoughts to others by

criticizing defective cognitive styles such as overgeneralization, which will also improve interpersonal relationships. 3- Narrative therapy helps improve interpersonal functioning by externalizing emotions. Narrative therapy helps individuals see the problem as something outside themselves rather than part of who they are and helps them move toward greater flexibility by modifying their narratives about their own and others' negative behaviors and characteristics, and by transforming their own and others' behaviors from being fixed, internal, and blameworthy to being temporary, changeable, and non-blameable. The results of this hypothesis are consistent with the results of studies by Ohmad et al. (2023), McDonnell et al. (2019), and cloitre et al. (2017). In a study titled Emotion Regulation and Executive Function in Female Victims of Sexual Abuse with Posttraumatic Stress Disorder, Ohmad et al. (2023) showed that the posttraumatic stress disorder group used more maladaptive cognitive emotion regulation strategies. In addition, overall executive functions were weaker in the posttraumatic stress disorder group. In addition, sexual abuse, with or without posttraumatic stress disorder, is associated with deficits in executive functions, especially inhibition. The results also showed that a positive correlation was found between executive problems and the use of maladaptive emotion regulation strategies. These results indicate that there may be individual differences in changes in cognitive function after sexual abuse. McDonnell et al. (2019) found that interpersonal functioning fully mediated the relationship between severe childhood bullying victimization and paranoid ideation in a high-risk clinical group. Based on the AIC criteria, the best model selected was the full mediation model: severe bullying, interpersonal functioning, paranoid ideation. The results suggest that severity of bullying is more important than frequency of bullying in explaining paranoid ideation. The significant role that interpersonal functioning plays in the relationship between childhood bullying and paranoid ideation in a high-risk clinical group suggests that it could be a target for intervention. cloitre et al. (2017) conducted a study called STAIR

narrative therapy for women with PTSD related to childhood abuse, showing that participants with severe depression showed a reduction in PTSD symptoms following SNT, while those in the other two conditions experienced improvement after the end of treatment. A similar finding was found among individuals with moderate depression, while among individuals with low levels of depression, the results did not differ across the three treatment conditions. Survivors of childhood abuse with severe depression achieved better results in treatment that combined skills training with trauma-focused work. Skills packages that include behavioral activation interventions combined with trauma-focused work may be particularly beneficial for patients with childhood abuse and severe depression.

Considering the results of the study, it is recommended that specialists and psychologists design and implement combined educational and therapeutic programs such as STAIR narrative therapy, which is effective in regulating emotion and interpersonal functioning in adolescents with sexual abuse experience. It is suggested that, given the acquisition and trainability of STAIR narrative therapy, these variables be taught using strategies and models appropriate for adolescents with sexual abuse experience.

#### **Ethical Considerations**

Unlike other research designs that exclude subjects from treatment intervention, the multiple baseline research design has an ethical strength in that it does not exclude any of the subjects from the treatment program, and in some cases where subjects are in dire need of help from the therapist, depriving them of treatment for research purposes can be unethical and undesirable. It is also important to note that all ethical issues and rights of the subjects, including informed consent, confidentiality, and privacy of personal information, were considered in this study.

**Compliance with research ethics:** This article is derived from the first author's master's thesis in clinical psychology at the Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaie University, Tehran. In order to maintain compliance with ethical principles in this study, an attempt was made to collect data after obtaining the consent of the participants. Participants were also assured of confidentiality in maintaining personal information and presenting the results without mentioning the names and identification details of the individuals.

**Sponsor:** This research is in the form of a master's thesis and without financial support.

**Role of each author:** This article was extracted from the master's thesis of the first author and with the guidance of the second author and the advice of the third author.

**Conflict of interest:** The authors also declare that there is no conflict of interest in the results of this study.

**Acknowledgements:** We hereby thank and acknowledge the supervisors and consultants of this study, the welfare organization, and the adolescents who participated in this study.



## اثربخشی روایت درمانی پلکانی (STAIR) بر تنظیم هیجان و عملکرد بین فردی در نوجوانان با تجربه ی سوء استفاده جنسی

فاطمه اعرابی<sup>۱</sup>، حسین اسکندری<sup>۲</sup>، احمد برجلی<sup>۳</sup>

\* ۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. استاد گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳. استاد گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

### مشخصات مقاله

#### نوع مقاله:

پژوهشی

#### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۰۷

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳/۲۵

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۳۰

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱

#### کلیدواژه‌ها:

روایت درمانی STAIR، روایت درمانی، تنظیم هیجان، عملکرد بین فردی، سوء استفاده جنسی، نوجوانان

**زمینه:** دوران نوجوانی از حساس ترین مراحل رشد فردی است و تجربه‌هایی مانند سوء استفاده جنسی در این دوره می‌تواند به بروز مشکلات جدی در تنظیم هیجان و روابط بین فردی منجر شود. این تجارب می‌توانند تأثیرات روانی عمیق و بلندمدتی بر جای بگذارند که مداخلات درمانی مؤثر برای کاهش و ترمیم آن‌ها را ضروری می‌سازد. روایت درمانی پلکانی (STAIR) یکی از روش‌های ساختاریافته و مبتنی بر شواهد است که به‌طور ویژه برای ترمیم آثار تروما طراحی شده است.

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روایت درمانی پلکانی (STAIR) بر تنظیم هیجان و عملکرد بین فردی در نوجوانان با تجربه ی سوء استفاده جنسی است.

**روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع مورد منفرد A-B-A با طرح خط پایه ی چندگانه و دوره ی پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه نوجوانان ۱۳ تا ۱۸ سال شهر تهران بود که در مراکز وابسته به بهزیستی شمیرانات در سال ۱۴۰۳ نگهداری می‌شدند. از طریق نمونه گیری هدفمند تعداد ۳ نوجوان که دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بودند انتخاب شدند و ۱۶ جلسه ۱ ساعته روایت درمانی STAIR به صورت فردی برای آنها اجرا شد. شرکت کنندگان در جلسات خط پایه، جلسات چهارم، هشتم، دوازدهم و شانزدهم درمان و همچنین جلسه پیگیری دو ماه پس از پایان درمان به پرسشنامه‌های دشواری در تنظیم هیجان و مشکلات بین فردی پاسخ دادند. تحلیل داده‌ها بوسیله تحلیل دیداری نمودارها، محاسبه درصد بهبودی و درصد داده‌های غیر همپوش انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد روایت درمانی STAIR با میانگین درصد بهبودی ۴۴/۷۵ منجر به کاهش دشواری در تنظیم هیجان و با میانگین درصد بهبودی ۴۵/۵۰ منجر به کاهش مشکلات بین فردی شد و همچنین نشانگان اختلال استرس پس از سانحه را با میانگین درصد ۴۳/۵۰ بهبود بخشید.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش به متخصصان و روانشناسان پیشنهاد می‌شود که به طراحی و اجرای برنامه‌های ترکیبی آموزشی و درمانی مانند روایت درمانی STAIR که بر تنظیم هیجان و عملکرد بین فردی در نوجوانان با تجربه سوء استفاده جنسی موثر است، اقدام کنند. پیشنهاد می‌گردد با توجه به اکتسابی بودن و قابل آموزش بودن روایت درمانی STAIR، آموزش این متغیرها با استفاده از راهبردها و مدل‌های مناسب برای نوجوانان با تجربه سوء استفاده جنسی به عمل آید.

**استناد:** اعرابی، فاطمه؛ اسکندری، حسین؛ و برجلی، احمد (۱۴۰۵). اثربخشی روایت درمانی پلکانی (STAIR) بر تنظیم هیجان و عملکرد بین فردی در نوجوانان با تجربه ی سوء استفاده جنسی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۵۸، ۲۷-۱.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۵۸، ۱۴۰۵. DOI: [10.61186/jps.25.158.7](https://doi.org/10.61186/jps.25.158.7)



© نویسندگان

✉ نویسنده مسئول: حسین اسکندری، استاد گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

رایانامه: [sknd@atu.ac.ir](mailto:sknd@atu.ac.ir) تلفن: ۰۲۱۴۸۳۹۳۲۰۲

## مقدمه

هر ساله گزارش‌های رسانه‌های جمعی حاکی از آن است که رویدادهای بالقوه آسیب‌زا (PTES)<sup>۱</sup> مانند بلایای طبیعی، تجاوز جنسی و کودک-آزاری اتفاقات مکرری در سرتاسر جهان هستند و عوارض روانی فوق-العاده‌ای بر افراد و جوامع وارد می‌کنند. اختلالات مربوط به تروما<sup>۲</sup> وضعیت‌های مرتبط با سلامت روانی هستند که به قرار گرفتن در معرض رویدادهای بالقوه آسیب‌زا به عنوان بخشی از معیارهای تشخیصی نیاز دارند. طبق ICD-11<sup>۳</sup> تروما به عنوان یک رویداد یا مجموعه‌ای از رویدادها همراه با تهدید و ابعاد فاجعه‌بار تعریف می‌شود. بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5-TR)<sup>۴</sup>، تروما جزء مجموعه تشخیصی اختلالات تروما و وابسته به استرس است که می‌تواند پس از مواجهه با یک رویداد تروماتیک ایجاد شده و با چهار خوشه از نشانه‌ها مشخص می‌شود: مزاحمت‌ها، اجتناب، تغییرات منفی در شناخت و خلق، و تغییرات برجسته در برانگیختگی و واکنش‌پذیری (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۲؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۴۰۲) به عبارت دیگر، تروما سندرمی است که پس از مشاهده، درگیر شدن یا شنیدن یک عامل استرس‌زای تروماتیک بسیار شدید روی می‌دهد. شخص نسبت به این تجربه با ترس و درماندگی پاسخ می‌دهد، رخداد را در ذهن خود مکرر زنده می‌کند و می‌کوشد از یادآوری کردن آن اجتناب نماید (لیو و همکاران، ۲۰۲۴). هم‌چنین این اختلال، متغیرهای روان‌شناختی متعددی مانند افسردگی<sup>۵</sup>، اضطراب<sup>۶</sup>، وحشت زدگی<sup>۷</sup>، فوبیا<sup>۸</sup>، اختلال در روابط بین فردی<sup>۹</sup>، کنترل عاطفی<sup>۱۰</sup> و اختلال‌های مرتبط با مواد و الکل<sup>۱۱</sup> را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کسلر و همکاران، ۲۰۲۱). از رویدادهای بالقوه آسیب‌زا که در اغلب موارد منجر به شکل‌گیری اختلال استرس پس از سانحه می‌شود، سوءاستفاده جنسی یا فیزیکی از کودکان و نوجوانان است (قادری و همکاران، ۱۴۰۳).

سوء استفاده جنسی از نوجوانان یکی از نگرانی‌های مهم بهداشت عمومی است که با طیف وسیعی از پیامدهای نامطلوب همراه می‌باشد و در تمام زمینه‌های فرهنگی و اقتصادی-اجتماعی به طرق مختلف رخ می‌دهد (متیوز و همکاران، ۲۰۱۹). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی<sup>۱۲</sup> (۲۰۲۲)، سوء استفاده جنسی از کودکان<sup>۱۳</sup>، شامل درگیر کردن کودک در فعالیت جنسی که او آن را به طور کامل درک نمی‌کند، قادر به رضایت آگاهانه نیست و یا کودک از لحاظ رشدی برای آن آماده نشده است. سوء استفاده جنسی از نوع تماس و عدم تماس می‌باشد. سوء استفاده جنسی از طریق تماس با دخول مانند تجاوز جنسی و رابطه جنسی دهانی و در نوع غیرتماسی با وادار کردن کودک به تماشای تصاویر جنسی، تشویق کودکان به انجام اقدامات جنسی غیرمعمول و نظافت کودک به عنوان روشی از آمادگی برای سوء استفاده جنسی مشخص می‌شود. در بیشتر موارد، سوء استفاده جنسی توسط یکی از اعضای خانواده یا شخص دیگری که برای قربانی شناخته شده است، صورت می‌گیرد (سینگ و همکاران، ۲۰۱۴).

سوء استفاده جنسی توسط یکی از اعضای خانواده، آسیب‌رسان‌ترین نوع سوء استفاده جنسی از دختران است که به عنوان یک هدف آسان برای سوء استفاده جنسی در نظر گرفته می‌شود (مک کینون و همکاران، ۲۰۲۲). قربانیان کودک آزاری، پیامدهای بهداشت روانی بسیار متفاوتی را در بزرگسالی نشان می‌دهند (نول، ۲۰۲۱). تحقیقات و ادبیات بالینی نشان می‌دهد کودکانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته اند، بیش از دخترانی که قربانی خشونت نبوده‌اند، سابقه اقدام به خودکشی<sup>۱۴</sup> و صدمه به خود (آنگلاکس و همکاران، ۲۰۱۹)، اختلالات سوماتیک<sup>۱۵</sup> (کلتنیک<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۰)، اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱۷</sup> (فرخزادیان و همکاران، ۱۳۹۹)، افسردگی (رضایی و همکاران، ۱۳۹۷) و علائم استرس پس از سانحه<sup>۱۸</sup> (لمیوکس و همکاران، ۲۰۱۹) داشته اند. در واقع سوءاستفاده جنسی از کودکان یک عامل خطر شناخته شده و شایع در آسیب‌شناسی

- 10 Emotional Control
- 11 Substance and alcohol-related disorders
- 12 World Health Organization (WHO)
- 13 Child abuse sexual
- 14 Attempted suicide
- 15 Somatic disorders
- 16 Kletenik
- 17 Generalized anxiety disorder
- 18 Symptoms of post-traumatic stress

- 1 potentially traumatic events
- 2 Trauma
- 3 International Classification of Diseases
- 4 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- 5 Depression
- 6 Anxiety
- 7 Panic
- 8 Interpersonal Disorders
- 9 Phobia

روانی است، اگر چه میزان آن‌ها در فرهنگ‌ها و زمینه‌ها متفاوت است (مانیگیو و همکاران، ۲۰۲۳).

در یک بررسی که نمونه‌ای از نوجوانان بستری شده با تجربه سوءاستفاده جنسی را در بر داشت، مهم‌ترین عامل پیش‌بین تجربه سوءاستفاده جنسی، دسترسی اندک به روش‌های تنظیم هیجان<sup>۱</sup> عنوان شد (شهنازدوست و همکاران، ۱۴۰۱). همچنین تحقیق شوتنبرگ و همکاران (۲۰۲۵) نشان داد که تنظیم هیجان، یک سازه فراتشخیصی که معمولاً در دوران نوجوانی به طور قابل توجهی توسعه می‌یابد، ممکن است هنگام شناسایی مداخلات درمانی مؤثر برای جوانان با تجربه ی سوءاستفاده جنسی از اهمیت حیاتی برخوردار باشد. نتایج پژوهش سادات میرخان (۱۴۰۲) نشان داد که بین باورهای فراشناختی سه گروه تفاوت وجود دارد معناداری وجود دارد. هر دو روش روایت درمانی و شناختی-رفتاری بر بهبود باورهای فراشناختی تأثیر مثبت داشتند. مقایسه دو روش نشان داد که تأثیر روایت درمانی بطور معنی داری، بیشتر از درمان شناختی-رفتاری بود. به منظور بهبود باورهای فراشناختی دختران دختران نوجوان آزار دیده جنسی پیشنهاد می‌شود از روش روایت درمانی استفاده شود. منصوری، صفاریان طوسی و منصوری (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان دادند که بین راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان، بدر رفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان رابطه وجود دارد. بعلاوه، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان میانجی رابطه بین بدر رفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان هستند. نتایج پژوهش حاضر از این فرض حمایت می‌کند که راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان میانجی رابطه بین بدر رفتاری‌های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان هستند. گودینو و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که روایت درمانی STAIR که مدیریت هیجان و مهارت‌های بین فردی را هدف قرار می‌دهد، می‌تواند با موفقیت تاب‌آوری را افزایش دهد و در عین حال آسیب‌شناسی روانی را کاهش دهد. عوامل تاب‌آوری، اهداف مداخله‌ای مهم برای جوانانی هستند که در معرض تروما قرار دارند، به‌ویژه از نظر بهبود عملکرد فعلی و کاهش تأثیر قرار گرفتن در معرض تروما در آینده. محدودیت‌ها و مسیرهای آینده مورد بحث قرار می‌گیرد.

بنابراین از جمله عوامل تعدیل کننده بین تجربه آسیب‌زای جنسی و پیامدهای جسمانی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان است (اعتمادی و همکاران، ۱۳۹۹). تنظیم هیجان فرآیندهایی است که افراد توسط آن احساساتی را که دارند و همچنین نحوه تجربه و ابراز آن‌ها را تغییر می‌دهند. ذکر این نکته حائز اهمیت است که افراد احساسات خود را آگاهانه و ناخودآگاه تعدیل می‌کنند. راهبردهای تنظیم هیجان زیادی وجود دارد. با این حال، مشخص شده است که برخی از راهبردهای تنظیم هیجان بیشتر از سایرین با آسیب‌شناسی‌های روانی و عملکرد انسان مرتبط هستند (بابارنوک، ۲۰۱۹). مهم‌ترین راهبردهایی که عموماً تطبیق‌پذیر فرض می‌شوند شامل پذیرش، ارزیابی مجدد، حل مسئله و ذهن‌آگاهی<sup>۲</sup> است. پذیرش شامل پذیرش موقعیت و یا احساسات مرتبط به روش غیرارزیابی است. ارزیابی مجدد نشان‌دهنده تمایل به تفکر در مورد موقعیت به روشی متفاوت برای تغییر اثر عاطفی آن است. حل مسئله شامل انجام اقدامات فعال، شناختی و رفتاری با هدف تغییر موقعیت است (تامیر و همکاران، ۲۰۲۰). ذهن‌آگاهی، که از اعمال معنوی بودایی مانند مدیتیشن و یوگا سرچشمه می‌گیرد، منعکس کننده فرآیندی است که منجر به حالت ذهن-آگاهی بدون قضاوت از تجربه لحظه حال می‌شود. مرتبط‌ترین راهبردهایی که عموماً ناسازگار فرض می‌شوند (یعنی همراه با پیامدهای منفی در چشم انداز بلندمدت) عبارتند از: اجتناب، نشخوار فکری، سرکوب و نگرانی (انگن و همکاران، ۲۰۱۸). اجتناب، منعکس کننده تلاش‌هایی است که نه تنها از محرک‌ها و موقعیت‌های بیرونی اجتناب می‌کنند؛ بلکه تجربه رویدادهای روان‌شناختی درونی را نیز نشان می‌دهند (ناراگون-گاینی و همکاران، ۲۰۱۷). نشخوار فکری شامل تمرکز مداوم بر موقعیت، تجربیات عاطفی و پیامدهای آن است (لنارز و همکاران، ۲۰۱۹). سرکوب، یک استراتژی است که نه تنها تلاش برای سرکوب افکار و احساسات مرتبط با موقعیت را منعکس می‌کند بلکه بیانگر احساسات است (کراجی و همکاران، ۲۰۱۹). نگرانی، شامل تمایل به فکر کردن در مورد پیامدهای منفی وضعیت در آینده است (فتحی و همکاران، ۲۰۲۱).

یکی دیگر از عواملی که در نوجوانان با تجربه سوءاستفاده جنسی تأثیر دارد، عملکرد بین فردی<sup>۳</sup> آنان است (محمدی و همکاران، ۱۴۰۱). مفهوم عملکرد

بین فردی برای اولین بار در اوایل دهه ۱۹۵۰ مطرح شد. در نتیجه تحقیقاتی که درباره این موضوع انجام شد دامنه مطالعات و بررسی ها از موضوع سخنرانی عمومی فراتر رفت و به موضوعات جدید تر همچون خود افشایی، تأیید جویی، ارتباطات خانوادگی، ارتباطات محاوره ای و حل تعارض ها گسترش یافت. عملکرد بین فردی را اینگونه تعریف کرده اند: «عملکرد بین فردی، ارتباطی است که بر دو رکن استوار است: ۱- ارتباط برقرار کنندگان باید منحصر به فرد بودن خصوصیات رفتاری یکدیگر را بپذیرند ۲- پیام هایی را طراحی و ارسال کنند که نمایانگر پذیرش این موضوع باشد. همچنین عملکرد بین فردی را می توان به عنوان فرآیندی تعاملی که در جریان آن دو نفر پیام هایی را ارسال و دریافت می کنند توصیف کرد. دو نکته اساسی در این فرآیند برجسته است: یکی اینکه لازمه ارتباط دادن و گرفتن است و دیگری اینکه در فرآیند ارتباط، عنصر اطلاعات و رابطه همیشه با هم هستند (مورتنیگس و همکاران، ۲۰۱۹). لازمه تحقق عملکرد بین فردی این است که فرستنده پیام آن را به خوبی رمز گذاری کرده باشد و دریافت کننده پیام نیز آن را بطور کامل رمز گشایی کند. هر قدر مهارت و دقت ارتباط برقرار کنندگان بیشتر باشد، ارتباط آنها موفق تر خواهد بود. در عملکرد بین فردی (متقابل) افراد از همه تجربیات، آموخته ها و توان خود استفاده می کنند. آنها برای مبارزه و غلبه بر تنهایی با دیگران ارتباط برقرار می کنند تا به این وسیله خود را بهتر بشناسند به تجارب خود بیفزایند، دامنه معلومات خود را گسترش بدهند و نقش خود را در رابطه با جامعه خود بهتر بشناسند. نمونه عملکرد بین فردی به برخورد رو در روی دو فرد است که به طور دو جانبه به هم ربط دارند و هر یک از آنها دیگری را شخصیتی یگانه تلقی می کند. فریتر هایدلر که در عملکرد بین فردی یک پیشگام است، این رابطه را به مثابه «روابط میان چند نفر معدود و معمولاً میان دو نفر» توصیف می کند (والثوا و بسون، ۲۰۲۱). افرادی که در دوران کودکی یا نوجوانی مورد خشونت جنسی، فیزیکی یا عاطفی قرار گرفته اند و به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا هستند، اغلب دارای طیف وسیعی از علائم هستند. آن ها اغلب مشکلاتی در روابط بین فردی و در حوزه عاطفی دارند و برای آن ها اعتماد کردن، ایجاد صمیمیت، برخورد با انتقاد دیگران یا دفاع از نیازهای خود به روشی مناسب دشوار است (شیروانی و همکاران، ۱۴۰۳). اغلب این افراد تمایل دارند روابط حرفه ای یا

خصوصی خود را به طور ناگهانی پایان دهند یا به طور کلی از روابط اجتناب کنند. آن ها از واکنش های عاطفی شدید و منفی رنج می برند و در یافتن تعادل عاطفی مشکل دارند. مشاهده اینکه این شکایات و مشکلات به همان میزان علائم PTSD بر اختلال در عملکرد بیماران تاثیر گذار است و منجر به محدودیت های مشابه در زندگی روزمره آنها می شود، باعث شکل گیری نقطه شروع برنامه درمانی ارائه شده گردید (عباس پور گل سفیدی و خالقی پور، ۱۴۰۳).

آموزش مهارت ها در تنظیم عاطفی و بین فردی به همراه روایت درمانی<sup>۱</sup>، یک مداخله روانی-اجتماعی مبتنی بر شواهد برای افراد در معرض تروما است که از PTSD و علائم مرتبط با آن مانند افسردگی و گسستگی رنج می برند. این برنامه درمانی از دو بخش تشکیل شده است: بخش اول، STAIR<sup>۲</sup> عبارت است از آموزش مهارت در تنظیم عاطفی و بین فردی که بر آموزش مهارت های تنظیم هیجان و عملکردهای رابطه ای-اجتماعی متمرکز است و شامل ۸-۱۲ جلسه درمانی است. بخش دوم روایت درمانی است که بر پردازش خاطرات آسیب زا با استفاده از ترکیبی از تکنیک های مواجهه و ارزیابی مجدد شناختی طی ۸-۱۲ جلسه تمرکز دارد اما تمرین در آموزش مهارت ها نیز همچنان در این بخش ادامه دارد (کلویتر، ۲۰۰۵). نسخه نوجوانان این درمان<sup>۳</sup> (کلویتر و همکاران، ۲۰۱۴) نیز بر توسعه مهارت های عاطفی و بین فردی تاکید دارد که می تواند از عملکرد فعلی پشتیبانی کند و انعطاف پذیری آینده را افزایش دهد. مهارت های ویژه گنجانده شده در STAIR-A برای هدف قرار دادن شایستگی های عاطفی و اجتماعی بر اساس مشکلات مشاهده شده در نوجوانان ۱۳ تا ۲۱ سال و چالش های سال های نوجوانی، از جمله مشکلات در کنترل تکانه، نگرانی در مورد هویت شخصی، مشکلات اجتماعی شدن مناسب و مؤثر و مشارکت در مدرسه ایجاد شد. STAIR در ابتدا برای رسیدگی به صلاحیت های عاطفی و اجتماعی آسیب دیده در میان بازماندگان بزرگسال از سوء استفاده در دوران کودکی شکل گرفت (کلویتر و همکاران، ۲۰۰۶). با این حال، بسیاری از بیماران بزرگسال گزارش کردند که نقطه عطف در مسیر نزولی شدن عملکرد آنها در زندگی، در دوران نوجوانی آغاز شد که شامل تشدید رفتارهای پرخطر،

مصرف مواد مخدر و خشونت به عنوان قربانی یا مجرم بود. این بازتاب‌های شخصی توسط بیماران در ادبیات تجربی موضوع پشتیبانی می‌شود. علاوه بر این، مطالعاتی که میزان شیوع قرار گرفتن در معرض تروما در طول عمر را بررسی می‌کنند نشان می‌دهند که نوجوانان در خطر بالایی برای قرار گرفتن در معرض تروما هستند. تقریباً دو سوم از نوجوانان ۱۳ تا ۱۷ ساله حداقل در معرض یک رویداد بالقوه آسیب‌زا قرار گرفته‌اند (مک لافلین و همکاران، ۲۰۱۳) و نوجوانان در مقایسه با کودکان و بزرگسالان در معرض خطر بیشتری برای تجربه یک رویداد آسیب‌زا قرار دارند (برسلاو و همکاران، ۲۰۰۴؛ نونر و همکاران، ۲۰۱۲). از جنبه مهم دیگر، قرار گرفتن در معرض تروما با طیف گسترده‌ای از رفتارهای مخاطره‌آمیز و مخرب فراتر از وضعیت تشخیصی، مانند فرار و رفتارهای آسیب‌رساندن به خود همراه است (هاونز و همکاران، ۲۰۱۲؛ موزر و تاوب، ۲۰۰۸). تروما با تضعیف مهارت‌های عاطفی، اجتماعی و شناختی همراه است و می‌تواند منجر به مشکلات بزرگ‌تری در ادغام با شبکه‌های اجتماعی حمایت‌کننده و چالش‌های بزرگ‌تر برای مقابله موثر با آسیب‌های آینده شود (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۲۲).

آبایاراتن (۲۰۲۴) پژوهشی تحت عنوان STAIR برای دختران: مطالعه آزمایشی یک گروه مهارت محور برای جوانان آسیب دیده در یک محیط مدرسه شهری را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که این درمان مبتنی بر مهارت که مدیریت هیجان و مهارت‌های بین فردی را هدف قرار می‌دهد، می‌تواند با موفقیت تاب‌آوری را افزایش دهد و در عین حال آسیب‌شناسی روانی را کاهش دهد. عوامل تاب‌آوری، اهداف مداخله‌ای مهم برای جوانانی هستند که در معرض تروما قرار دارند، به‌ویژه از نظر بهبود عملکرد فعلی و کاهش تأثیر قرار گرفتن در معرض تروما در آینده. محدودیت‌ها و مسیرهای آینده مورد بحث قرار می‌گیرد. همچنین کلویتر و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که شرکت‌کنندگان مبتلا به افسردگی شدید، کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه را به دنبال SNT نشان دادند، در حالی که آن‌هایی که در دو وضعیت دیگر بودند پس از پایان درمان، بهبودی را تجربه کردند. یافته مشابهی در میان افراد مبتلا به افسردگی متوسط به دست آمد، در حالی که در بین افرادی که سطوح

افسردگی پایینی داشتند، نتایج در سه شرایط درمانی متفاوت نبود. بازماندگان سوء استفاده از دوران کودکی مبتلا به افسردگی شدید نتایج بهتری را در درمانی به دست آوردند که آموزش مهارت‌ها را با کار متمرکز بر تروما ترکیب می‌کرد.

با توجه به مطالب گفته شده، نیاز به یک درمان که بر جنبه‌های مختلف تأثیر داشته باشد و همزمان بتواند علاوه بر کاهش علائم PTSD عملکرد روزانه فرد در حوزه‌های عاطفی و اجتماعی را بهبود بخشد، احساس می‌شود. در این مطالعه قصد داریم بررسی کنیم که درمان SNT-A بر تنظیم هیجان و عملکرد بین فردی در نوجوانان با تجربه سوء استفاده جنسی اثر معناداری خواهد داشت. روایت درمانی STAIR برای نوجوانان قربانی سوء استفاده جنسی یکی از مؤثرترین روش‌های درمانی است. از آنجایی که در ایران پژوهشی در حیطه اثربخشی روایت درمانی STAIR بر تنظیم هیجان و عملکرد بین فردی در نوجوانان با تجربه سوء استفاده جنسی انجام نشده است و پژوهش‌های انجام شده برای درمان نوجوانان قربانی سوء استفاده جنسی بصورت فردی اندک هست و با توجه به اهمیت این آسیب در بین کودکان و مخصوصاً دختران، هدف پژوهش حاضر تعیین نوجوانان است. بنابراین، برای این منظور، برای تمام ذینفعان مربوطه، ضروری است که استراتژی‌های خاصی را برای رسیدگی به این موضوع ایجاد کنند.

## روش

### الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:

مطالعه‌ی حاضر به لحاظ هدف کاربردی و از نوع شبه آزمایشی است و از طرح پژوهشی مورد منفرد<sup>۱</sup> و طرح A-B-A همراه با خط پایه چندگانه<sup>۲</sup> و دوره پیگیری استفاده شد (فراهانی و همکاران، ۱۳۹۲). پژوهش مورد منفرد که گاهی آن را آزمایش تک آزمودنی<sup>۳</sup> یا آزمایش سری‌های زمانی<sup>۴</sup> نامیده‌اند، پژوهشی است که مشتمل بر روی تعداد محدودی از افراد است (ملک‌پور و همکاران، ۱۳۹۲). در اینگونه طرح‌ها شرکت‌کنندگان می‌توانند از ۱ تا ۲۰ نفر باشند ولی اکثراً کار با هر کدام از شرکت‌کنندگان به صورت انفرادی صورت می‌گیرد (آقامحمدی، ۱۳۸۹). در پژوهش‌های مورد منفرد به دلیل تعداد کم نفرات، هر شرکت‌کننده به عنوان خط پایه فرد دیگر

محسوب می شود. برای تحقق این امر از طرح خطوط پایه چند گانه پلکانی، استفاده می شود (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۰).  
دلایل استفاده از طرح مورد منفرد به جای استفاده از طرح های گروهی و آزمایشی در این پژوهش به اختصار چنین است: یکی از دلایل مهم استفاده از طرح مطالعه مورد منفرد در این پژوهش ویژگی خانواده هایی است که کودکشان مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته است. در کشور ما ایران مساله سوء استفاده جنسی به عنوان مساله ای بسیار حساسیت برانگیز و یک تابو فرهنگی محسوب می شود و خانواده هایی که کودکانشان به هر نحوی مورد سوء استفاده جنسی قرار می گیرند اغلب از ترس آبرو و نگرانی های این چنینی برای درمان روانشناختی و یا حتی معاینه پزشکی کودک خود به مراکز درمانی و پزشکی قانونی مراجعه نمی کنند و سعی می کنند به هر صورت ممکن این مساله را کتمان کنند و بر آن سرپوش بگذارند و معمولاً آن تعداد کمی هم که مراجعه می کنند نیز پس از ارزیابی مشخص می شود که بعد از مدت زمان طولانی از فاش شدن مساله سوء استفاده جنسی به دنبال درمان آمده اند، یکی دیگر از دلایل استفاده از چنین طرحی، عدم اطلاع و آگاهی نداشتن خانواده ها از این امر بود که بعضی از کودکان پس از اینکه مورد سوء استفاده جنسی قرار می گیرند، دچار مشکلات روانشناختی می شوند و تحت تاثیر این اتفاق نشانه های بالینی از خود بروز می دهند که نیازمند مداخله سریع روانشناختی است و به همین علت تعداد بسیار کمی افراد مراجعه کننده جهت درمان های روانشناختی در مورد این مساله وجود دارد؛ که در بیشتر موارد به دلیل حساسیت خانواده ها کودکان از درمان روانشناختی محروم می شوند و به همین علت امکان استفاده از طرح های گروهی با حجم حداقل ۱۱ نفر وجود نداشت.

در این پژوهش از طرح خط پایه چند گانه برای شرکت کنندگان استفاده شد که در آن رفتار هدف برای هر سه مراجع یکسان است. روند مراحل خط پایه در پژوهش حاضر به این شرح بود که هر شرکت کننده به طور همزمان وارد مرحله ی خط پایه شدند و تفاوت بین شرکت کنندگان در تعداد جلسات خط پایه بود، شرکت کنندگان به صورت تصادفی بین ۲ تا ۴ هفته، مرحله ی خط پایه را گذراندند و وارد مرحله ی درمان شدند به این صورت که زمانی که درمان برای مراجع اول بعد از دو جلسه خط پایه شروع شده بود؛ مراجع دوم در مرحله خط پایه سوم و مراجع سوم در مرحله خط پایه چهارم قرار داشتند و همین روند در مورد مراجع دوم و سوم طی شد تا اینکه هر سه مراجع وارد دوره درمان ۱۶ جلسه ای شدند که البته یکی از شرکت کنندگان بعد از جلسه سیزدهم و شروع فاز دوم درمان به دلیل مساعد نبودن شرایط روحی- روانی از ادامه شرکت در جلسات انصراف داد. بعد از اتمام درمان پیگیری درمان طی یک دوره دو ماهه صورت گرفت. در جلسات خط پایه فقط پرسشنامه ها تکمیل می شد و هیچگونه مداخله ای جهت درمان نوجوانان صورت نگرفت؛ به این صورت که اولین سنجش مرحله ی خط پایه در پایان جلسه ی مصاحبه انجام گرفت و بقیه سنجش های مرحله ی خط پایه به صورت هفتگی از شرکت کنندگان دریافت و آنان وارد مراحل درمان شدند. شرکت کنندگان، هر ۴ جلسه یکبار، پرسشنامه ها را پر کردند. ارزیابی جلسات درمان در انتهای جلسه و ارزیابی در مرحله ی خط پایه و پیگیری در جلسات جداگانه انجام شد.

جدول ۱. تکرار طرح پژوهش

| A                                        | B                  | A (پیگیری)                                                        |
|------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------|
| گرفتن خط پایه                            | اجرای جلسات        | بررسی تداوم درمان بعد از یک دوره ۲ ماهه از طریق مصاحبه و پرسشنامه |
| به صورت پلکانی با استفاده از پرسشنامه ها | روایت درمانی STAIR |                                                                   |

هدفمند<sup>۱</sup> می باشد. بر این اساس در ابتدا پژوهشگر به مرکز بهزیستی آصف معرفی شد که نوجوانان با سابقه سوء استفاده جنسی در این مرکز نگهداری می شوند. سپس از میان ۱۳ نوجوان مستقر در مرکز که همگی در بازه سنی

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه ی دختران ۱۳ تا ۱۸ ساله با سابقه سوء استفاده جنسی است که در مراکز وابسته به بهزیستی شمیرانات در سال ۱۴۰۳ نگهداری می شوند. روش نمونه گیری در این پژوهش نمونه گیری

۱۳ تا ۱۸ سال بودند، سه نفر از آنان که ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند، انتخاب شدند. پس از مشخص شدن سه شرکت‌کننده روند کار و خلاصه جلسات درمان برای آنها توضیح داده شد و برگه‌های مربوط به رضایت آگاهانه مبنی بر شرکت در پژوهش در اختیارشان قرار گرفت. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری نمودارها، شاخص‌های روند<sup>۱</sup>، ثبات<sup>۲</sup>، درصد داده‌های غیر همپوش<sup>۳</sup> و درصد داده‌های همپوش<sup>۴</sup> و برای تعیین میزان کارآمدی درمان از درصد بهبودی استفاده شد. فرمول درصد بهبودی یکی از روش‌های سنجش پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات آماجی است (حمیدپور، ۱۳۸۸)؛ به نقل از ناصری و همکاران، (۱۳۹۴). لازم به ذکر است ۵۰٪ کاهش در علائم به عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین ۲۵٪ تا ۴۹٪ به عنوان بهبودی اندک و نهایتاً کاهش نمرات تا حد زیر ۲۱٪ به عنوان شکست درمانی تلقی می‌شود (حمیدپور، ۱۳۸۸). برای معناداری آماری نیز از درصد داده‌های غیر همپوش (PND) استفاده شد.

## (ب) ابزار

**مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS)**<sup>۱</sup>: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ توسط گراتز و رومر ساخته شده است. این پرسشنامه یک مقیاس ۳۶ سوالی است که الگوهای تنظیم هیجان را در قالب ۶ خرده مقیاس (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی) می‌سنجد و بیش از هرچیز بر مشکلات در تنظیم هیجان تاکید دارد (مظلوم و همکاران، ۱۳۹۳). روش نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت لیکرتی پنج درجه‌ای از خیلی به ندرت تا تقریباً همیشه برای محاسبه نمره کل و شش خرده مقیاس است که نمره کل بین ۳۶ تا ۱۸۰ قرار می‌گیرد. نمره‌های بالا بیانگر مشکلات تنظیم هیجانی بیشتر و یا ضعف در خودتنظیمی هیجانی است. علاوه بر نمره کل، شامل نمره شش خرده مقیاس است که عدم پذیرش هیجان‌ها با سوال‌های ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۹ زیرمقیاس اهداف با

سوال‌های ۱۳، ۱۸، ۲۰، ۲۶، ۳۳ زیرمقیاس تکانه‌ها با سوال‌های ۳، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷، ۳۲؛ زیرمقیاس آگاهی با سوال‌های ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴؛ زیرمقیاس استفاده از راهبردها با سوال‌های ۱۵، ۱۶، ۲۲، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۵، ۳۶ و زیرمقیاس وضوح در هیجان‌ها با سوال‌های ۴، ۵، ۷، ۹ سنجیده می‌شود. در این پرسشنامه سوالات ۷، ۳، ۱، ۲، ۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰، ۲۲، ۲۴ و ۳۴ دارای نمره‌گذاری معکوس می‌باشند. نمرات بالاتر به معنای دشواری بیشتر در تنظیم هیجانی می‌باشند. این پرسشنامه علاوه بر این تنظیم هیجانی مشکل در تنظیم هیجانی را نیز ارزیابی می‌کند؛ اما بیشتر بر مشکل‌های خودتنظیمی متمرکز است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). این مقیاس جنبه‌های مختلف اختلاف در تنظیم هیجانی را می‌سنجد. گراتز و رومر (۲۰۰۴) پایایی این پرسشنامه را براساس بازآزمایی ۰/۸۸ و همسانی درونی مقیاس را براساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس‌ها بالای ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. روایی سازه و روایی پیشین این مقیاس نیز تایید شده است. عسگری و همکاران (۱۳۸۸)، پایایی نسخه فارسی این مقیاس را براساس آلفای کرونباخ و روش تصنیف به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند و داده‌های حاصل از همبستگی این مقیاس با مقیاس هیجان‌خواهی زاکرمن نیز، روایی همگرایی مقیاس را تایید کرده است. در پژوهش مظلوم و همکاران (۱۳۹۳) نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۷۵ به دست آمد.

**پرسشنامه مشکلات بین فردی (IIP-32)**<sup>۲</sup>: فرم ۳۲ سؤالی مقیاس مشکلات بین فردی، یک ابزار خودگزارش دهی است که گویه‌های آن در رابطه با مشکلاتی است که افراد به طور معمول در روابط بین فردی تجربه می‌کنند. این فرم توسط بارخام و همکاران به عنوان یک نسخه کوتاه از فرم اصلی (فرم ۱۲۷ سؤالی) به منظور استفاده از این ابزار در خدمات بالینی طراحی شد. این فرم بر اساس تحلیل عاملی اکتشافی از فرم ۱۲۷ سؤالی و با در نظر گرفتن چهار گویه‌ای که بیشترین بار عاملی را در هر ریز مقیاس دارند، به دست آمد. این مقیاس دارای ۶ زیرمقیاس می‌باشد: صراحت و مردم‌آمیزی (سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۶، ۸، ۱۰)، گشودگی (سوالات ۹، ۱۶، ۲۲، ۲۷)، در نظر گرفتن دیگران (سوالات ۱۷، ۲۳، ۲۴،

5 Percentage of overlapping data (POD)

6 Difficulty in emotion regulation scale (DERS)

7 Inventory of interpersonal problems (IIP 32)

1 visual analysis

2 trending

3 stability

4 Percentage of non-overlapping data (PND)

۲۹)، پر خاشگری (سؤالات ۱۸، ۱۹، ۲۶، ۲۸)، حمایت گری (سؤالات ۵، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵)، و مشارکت و وابستگی (سؤالات ۲۰، ۲۱، ۲۵). این گویه ها بر روی یک مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از صفر (به هیچ وجه) تا ۵ (به شدت) نمره گذاری می شوند. فرم تهیه شده توسط بارخام و همکاران دارای روایی و اعتبار بالایی می باشد. کلیه گویه های این مقیاس به دو دسته کلی تقسیم میشوند. بعضی از آنها با عبارت "انجام دادن آن کار برایم دشوار است" (پیوستن به گروهها برایم دشوار است و بعضی دیگر با عبارت "آن کار را خیلی زیاد انجام میدهم" (خیلی به دیگران وابسته هستم) مطرح می شود. این پرسشنامه در اصل ۳۲ گویه دارد که بارخام و همکاران در سال ۱۹۹۶ آن را طراحی نموده اند که در هنجاریابی ایرانی پرسش های آن به ۲۹ سوال تقلیل یافت. بالاترین نمره های که در این آزمون فرد میتواند اخذ نماید ۱۱۶ و پایین ترین نمره صفر می باشد. در این پرسشنامه نمره بالا و نزدیک به ۱۱۶ به منزله آنست که فرد دارای مشکلات فردی در ارتباطات خود است و نمره پایین و نزدیک به صفر نشانگر آن خواهد بود که فرد از مشکلات ارتباطی رنج میبرد. هریک از شش خرده مقیاس فوق نیز نشانگر حوزه های است که فرد در آن مشکلات ارتباطی دارد. بدین منظور که نمره بالا در هریک از خرده مقیاس های فوق به منزله آنست که فرد در آن حوزه دارای مشکل ارتباطی است در ایران این پرسشنامه توسط فتح و همکاران (۱۳۹۲) هنجاریابی شده است. آنها روایی و پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرنباخ بررسی نمودند. ضریب آلفای کرنباخ برای ابعاد صراحت و مردم آمیزی ۰/۸۳، گشودگی ۰/۶۳، در نظر گرفتن دیگران ۰/۶۰، پر خاشگری ۰/۸۳، حمایتگری ۰/۷۱ و مشارکت و وابستگی ۰/۶۳ و کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد. روایی همگرا بین این آزمون و آزمون آلکسیتمیا مثبت و معنادار بود. همچنین روایی سازه وجود عامل فوق را تایید نمود و در نهایت ۲۹ سوال را از ۳۲ سوال تایید کرد.

**چک لیست اختلال استرس پس از سانحه (PCL):** پرسشنامه اختلال استرس پس از ضرب (PCL)، یک مقیاس خود گزارش 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 می رود. این فهرست به وسیله ویدرز و همکاران، (۱۹۹۳) طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۱۷ سوال است که پنج ماده آن مربوط به علائم و نشانه های تجربه مجدد حادثه آسیب زای تروماتیک، ۷ ماده آن مربوط به علائم و نشانه های کرختی عاطفی و اجتناب و ۵ ماده این فهرست مربوط به علائم و نشانه های برانگیختگی شدید است. روایی و پایایی این آزمون در پژوهش های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. بلنچارد و همکاران (۱۹۹۶) ضریب همسانی درونی (آلفای کرنباخ) کل مقیاس را ۰/۹۳، سؤالات مربوط به علائم و نشانه های تجربه مجدد حادثه آسیب زای تروماتیک را ۰/۹۳، علائم و نشانه های کرختی عاطفی و اجتناب را ۰/۸۲ و ماده های ملاک علائم و نشانه های برانگیختگی شدید را ۰/۸۳ گزارش نموده اند. ویدرز و همکاران (۱۹۹۳) روایی همگرای این آزمون را بررسی نمودند. روایی همگرای این مقیاس با مقیاس PK مربوط به MMPI-2، ۰/۷۷، مقیاس اثر حادثه ۰/۹۰ و مقیاس رویارویی با جنگ ۰/۴۶ گزارش گردید. روایی صوری این مقیاس در پژوهش گودزی (۱۳۸۲) مورد تایید قرار گرفت. همچنین در این پژوهش ضریب آلفای کرنباخ محاسبه شده برای این پرسشنامه برابر با ۰/۸۳ گزارش شد.

**روایت درمانی STAIR:** برای اجرای در مان از پروتکل STAIR NARRATIVE THERAPY، نسخه ی تجدید نظر شده ی نوجوان استفاده شد که توسط کلویتر و همکاران در سال ۲۰۱۴ طراحی شده و در کتاب در مان های مبتنی بر شواهد برای اختلالات مرتبط با تروما در کودکان و نوجوانان<sup>۱</sup> (۲۰۱۷) معرفی شده است. پژوهشگر نیز به صورت مستقیم آن را از تالیف کنندگان درمان دریافت کرده و ترجمه کرده بود. این برنامه ی درمانی برای نوجوانان ۱۳ تا ۲۱ سال طراحی شده و از ۱۲ تا ۱۸ جلسه می تواند متغیر باشد. این درمان دو فاز اصلی دارد: ۱- فاز آموزش روانشناختی بر پایه ی اصول درمان شناختی رفتاری، به منظور یادگیری مهارت هایی در زمینه تنظیم هیجانات و بهبود روابط بین فردی و ۲- فاز روایت درمانی به منظور کاهش علائم PTSD و بهبود عملکرد

1 PTSD Checklist for DSM 5 (PCL-5)

2 Evidence-Based Treatments for Trauma-Related Disorders in Children and Adolescents

روزانه مراجعین. شرح مختصری از برنامه جلسات درمان در جدول زیر آمده است:

جدول ۲. خلاصه‌ای از برنامه‌ی درمان

| جلسات | عنوان جلسه                                                 | محتوای جلسه                                                                                                                            | تکالیف مربوط به جلسه                                                                                                         |
|-------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱     | مقدمه‌ای بر درمان                                          | آموزش روانی در مورد واکنش‌های رایج به تروما<br>منطق درمان<br>اهداف شخصی                                                                | تهیه فهرست اهداف شخصی                                                                                                        |
| ۲     | شناسایی و برچسب‌گذاری احساسات/ طرح ایمنی                   | آموزش روانی در مورد تأثیر تروما بر رویارویی با احساسات<br>برچسب زدن و خود نظارتی بر احساسات<br>تمرین تنفس عمیق<br>برنامه‌ریزی ایمنی    | انجام کاربرگ خود نظارتی بر احساسات<br>(۲ بار در هفته)                                                                        |
| ۳     | مقابله با احساسات ناراحت‌کننده: مراقبت از خود و آرام‌سازی  | آموزش روانی در مورد مقابله با احساسات ناراحت‌کننده<br>شناسایی و ارزیابی مهارت‌های مقابله‌ای فعلی<br>راهبردهای خودمراقبتی و خودآرامبخشی | کاربرگ خود نظارتی بر احساسات، تمرین‌های خود مراقبتی،<br>کاربرگ تسلط و شایستگی                                                |
| ۴     | مقابله با احساسات ناراحت‌کننده: مقابله شناختی              | مهارت‌های مقابله شناختی:<br>توقف فکر، تغییر توجه و اظهارات مثبت درباره‌ی خود                                                           | کاربرگ خود نظارتی<br>استفاده و تمرین از خودگویی‌های مثبت، پیگیری فعالیت تسلط و شایستگی                                       |
| ۵     | مقابله با موقعیت‌های ناراحت‌کننده                          | آموزش روانی در مورد برخورد با موقعیت‌های ناراحت‌کننده<br>تمرکز بر دستیابی به اهداف<br>راهبردهای مقابله‌ای: مزایا در مقابل معایب        | کاربرگ خود نظارتی<br>کاربرگ مقابله با موقعیت ناراحت‌کننده                                                                    |
| ۶     | راهبردهای مقابله‌ای برای مقابله با موقعیت‌های ناراحت‌کننده | راهبردهای مقابله‌ای: فعالیت‌های «احساس خوب»                                                                                            | امتحان کردن فعالیت‌های احساس خوب در طول هفته                                                                                 |
| ۷     | استفاده از تصاویر مثبت برای مقابله با احساسات ناراحت‌کننده | دلیل برای تصویرسازی مثبت<br>فعالیت‌های تصویرسازی مثبت<br>آموزش روانی در مورد خودگویی                                                   | تمرین استفاده از مهارت‌ها برای مدیریت یک موقعیت ناراحت‌کننده و ثبت در فرم‌های خود نظارتی<br>کاربرگ خودگویی<br>(حداقل ۳ مورد) |
| ۸     | رابطه بین احساسات و خودگویی                                | توجه به خودگویی<br>مقابله با خودگویی ناراحت‌کننده                                                                                      | کاربرگ ارتباط شفاف                                                                                                           |
| ۹     | مهارت برای برقراری ارتباط شفاف                             | معرفی مهارت‌های ارتباطی شفاف<br>مقدمه‌ای بر ایفای نقش<br>تمرین نقش آفرینی<br>تعریف جرات‌ورزی                                           | کاربرگ برخورد با دیگران                                                                                                      |
| ۱۰    | مقدمه‌ای بر نقش آفرینی: احساسات در مقابل رفتار             | شناسایی مشکلات فعلی با جرات‌ورزی<br>آموزش روانی در مورد جرات‌ورزی موثر<br>موقعیت‌های ایفای نقش که نیاز به جرات‌ورزی دارند              | تمرین رفتارهای قاطعانه و موثر<br>و ثبت یک نمونه در در کاربرگ تعامل با دیگران                                                 |
| ۱۱    | ایفای نقش با تمرکز بر جرات‌ورزی                            | منطق NST<br>برطرف کردن نگرانی‌های مربوط به انتقال به NST<br>داستان سرایی اولیه (خاطرات خنثی و آسیب‌زا)                                 | -                                                                                                                            |
| ۱۲    | انتقال به داستان‌سرایی روایی (NST)                         | تشریح<br>NST ادامه دارد                                                                                                                | -                                                                                                                            |
| ۱۳-۱۵ | ادامه کار روی داستان‌گویی                                  | NST با تروماهای متعدد                                                                                                                  | -                                                                                                                            |

|    |                      |                                                    |
|----|----------------------|----------------------------------------------------|
| ۱۶ | بررسی پیشرفت و خاتمه | شناسایی اهداف آینده<br>بررسی پیشرفت<br>خاتمه درمان |
|----|----------------------|----------------------------------------------------|

## یافته ها

مراجعات شامل سه دختر بودند. دامنه ی سنی آنها بین ۱۴ تا ۱۷ سال بود و از لحاظ تحصیلات، ششم ابتدایی تا نهم متوسطه بودند. در جریان جلسات و بعد از جلسه دوازدهم مراجع اول از حضور در ادامه جلسات انصراف داد و کار با دو مراجع دیگر ادامه پیدا کرد. در جدول ۱ میانگین نمرات خام آنها در خط پایه، مداخله و پیگیری برای متغیر تنظیم هیجان آورده شده است.

جدول ۱. میانگین نمرات خام در خط پایه، مداخله و پیگیری مربوط به مقیاس تنظیم هیجان

| میانگین نمرات خام در خط پایه | میانگین نمرات مداخله | میانگین نمرات پیگیری | مراجعات |
|------------------------------|----------------------|----------------------|---------|
| ۱۲۰                          | ۷۵/۶                 | -                    | اول     |
| ۱۱۱                          | ۷۰/۵                 | ۵۳                   | دوم     |
| ۷۶/۲۵                        | ۴۷/۵                 | ۳۶                   | سوم     |

در جدول ۲ نیز درصد بهبودی هر مرحله و همچنین درصد بهبودی کلی برای هر مراجع مشخص شده است.

جدول ۲. درصد بهبودی دشواری در تنظیم هیجان

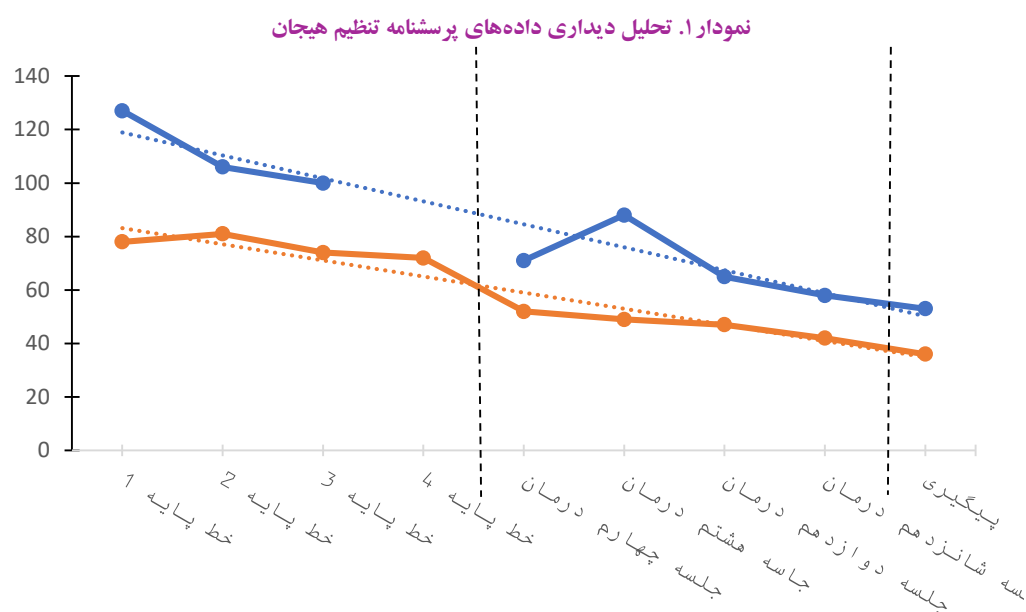
| متغیر                 | آزمودنی | مداخله | پیگیری | بهبودی کلی |
|-----------------------|---------|--------|--------|------------|
| دشواری در تنظیم هیجان | دوم     | ۳۶     | ۵۲     | ۴۴         |
|                       | سوم     | ۳۸     | ۵۳     | ۴۵/۵       |

در این قسمت مراحل انجام تحلیل دیداری به صورت خلاصه بیان خواهد شد. تحلیل دیداری نمودارها در طرح های مورد منفرد در دو سطح انجام می گیرد: تحلیل درون موقعیتی<sup>۱</sup> و تحلیل بین موقعیتی<sup>۲</sup>.

جدول ۳. خلاصه ی نتایج تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی نمرات پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان

| درون موقعیتی    |       | بین موقعیتی       |                   |
|-----------------|-------|-------------------|-------------------|
| توالی موقعیت ها | A     | مقایسه ی موقعیت   | B:A               |
| طول موقعیت ها   | ۴     | تغییرات روند      |                   |
| تعیین سطح ثبات  |       | تغییر جهت         | نزولی / نزولی     |
| میانگین         | ۷۶    | اثر وابسته به هدف | مثبت              |
|                 | ۷۲/۲۵ | تغییر ثبات        | با ثبات / با ثبات |

| دامنه ی تغییرات                  |  | ۸۱-۷۲   | ۵۲-۴۲   | تغییر در سطح   |  |
|----------------------------------|--|---------|---------|----------------|--|
| دامنه ی تغییرات محفظه ی ثابت ۲۰٪ |  | (۹)     | (۱۰)    |                |  |
|                                  |  | ۱۵/۲    | ۹/۶     | طراز نسبی      |  |
|                                  |  | ٪۱۰۰    | ٪۷۵     |                |  |
|                                  |  |         |         | طراز مطلق      |  |
|                                  |  |         |         | تغییر سطح      |  |
|                                  |  | ۷۹/۵-۷۳ | -۴۴/۵   | تغییر میانه    |  |
|                                  |  | (-۶/۵)  | ۵۰/۵    |                |  |
|                                  |  |         | (-۶)    |                |  |
|                                  |  | ۷۲-۷۸   | ۴۲-۵۲   | تغییر میانگین  |  |
|                                  |  | (-۶)    | (-۱۰)   |                |  |
|                                  |  |         |         | همپوشی داده ها |  |
| جهت                              |  | نزولی   | نزولی   | PND            |  |
| ثبات                             |  | با ثبات | با ثبات | ٪۱۰۰           |  |
| مسیرهای چندگانه                  |  | خیر     | خیر     | POD            |  |
|                                  |  |         |         | ٪۰             |  |



با توجه به فاصله ی ۱۰۰ درصدی داده های غیر همپوش و همپوش می-  
توان نتیجه گرفت مداخله به صورت معناداری اثربخش بوده است.

جدول ۴. میانگین نمرات خام در خط پایه، مداخله و پیگیری مربوط به مقیاس مشکلات بین فردی

| مراجع | میانگین نمرات خط پایه | میانگین نمرات مداخله | میانگین نمرات پیگیری |
|-------|-----------------------|----------------------|----------------------|
| اول   | ۸۲                    | ۶۹/۶                 | -                    |
| دوم   | ۶۸/۳                  | ۵۵                   | ۳۶                   |
| سوم   | ۵۲                    | ۳۴/۲۵                | ۲۴                   |

جدول ۵. درصد بهبودی مشکلات بین فردی

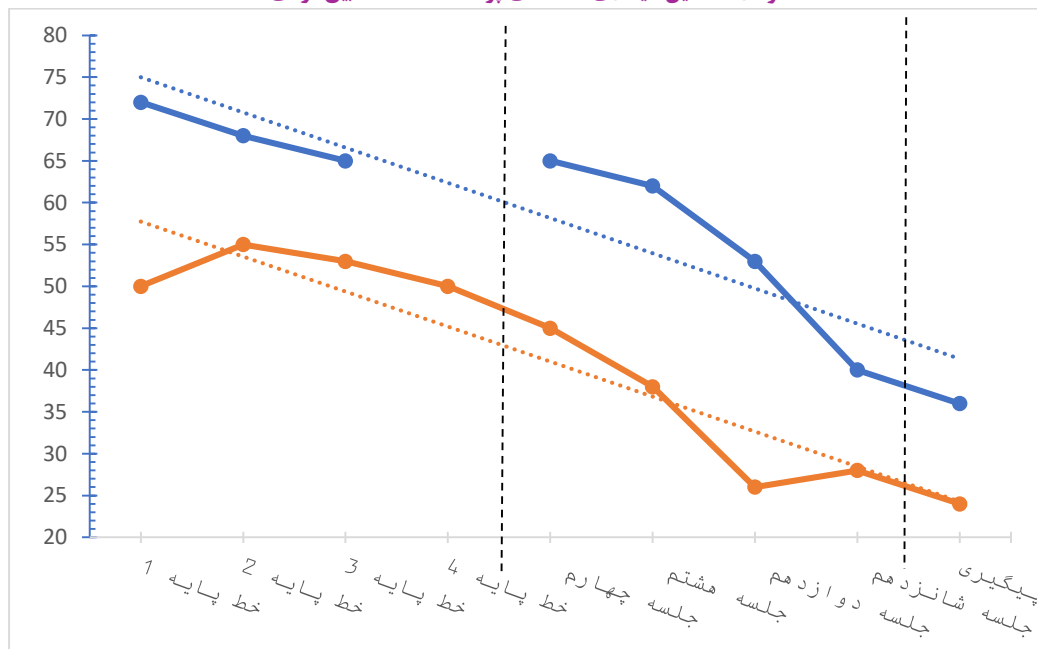
| متغیر           | آزمودنی | مداخله | پیگیری | بهبودی کلی |
|-----------------|---------|--------|--------|------------|
| مشکلات بین فردی | دوم     | ۳۲     | ۴۷     | ۴۰         |
|                 | سوم     | ۴۸     | ۵۴     | ۵۱         |

در این قسمت مراحل انجام تحلیل دیداری به صورت خلاصه بیان خواهد شد. تحلیل دیداری نمودارها در طرح های مورد منفرد در دو سطح انجام می گیرد: تحلیل درون موقعیتی و تحلیل بین موقعیتی.

جدول ۶. خلاصه ی نتایج تحلیل درون موقعیتی و بین موقعیتی نمرات پرسشنامه مشکلات بین فردی

| درون موقعیتی                     |           | بین موقعیتی       |                   |
|----------------------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| توالی موقعیت ها                  | A         | مقایسه ی موقعیت   | B:A               |
| طول موقعیت ها                    | ۴         | تغییرات روند      |                   |
| تعیین سطح ثبات                   |           | تغییر جهت         | نزولی / نزولی     |
| میان                             | ۵۴        | اثر وابسته به هدف | مثبت              |
| میانگین                          | ۵۲        | تغییر ثبات        | با ثبات / با ثبات |
| دامنه ی تغییرات                  | ۵۵-۵۰     | تغییر در سطح      |                   |
|                                  | (۵)       |                   |                   |
| دامنه ی تغییرات محفظه ی ثبات ۲۰٪ | ۱۰/۸      | طراز نسبی         | ۵۱/۵ - ۴۱/۵       |
|                                  | ٪۱۰۰      |                   | (-۱۰)             |
| تغییر سطح                        |           | طراز مطلق         | ۵۰-۴۵             |
|                                  |           |                   | (-۵)              |
| طراز نسبی                        | ۵۱/۵۲-۵/۵ | تغییر میان        | ۵۴-۳۳             |
|                                  | (-۱)      |                   | (-۲۱)             |
| طراز مطلق                        | ۵۰-۵۰     | تغییر میانگین     | ۵۲-۳۴/۲۵          |
|                                  | (۰)       |                   | (-۱۷/۷۵)          |
| روند                             |           | همپوشی داده ها    |                   |
| جهت                              | نزولی     |                   |                   |
| ثبات                             | با ثبات   | PND               | ٪۱۰۰              |
| مسیرهای چندگانه                  | خیر       | POD               | ٪۰                |

نمودار ۲. تحلیل دیداری داده‌های پرسشنامه مشکلات بین فردی



جدول ۶ نیز میتوان مشاهده کرد این درمان علائم اختلال استرس پس از سانحه را نیز کاهش داد.

با توجه به فاصله ی ۱۰۰ درصدی داده‌های غیر همپوش و همپوش می توان نتیجه گرفت مداخله به صورت معناداری اثربخش بوده است. با توجه به

جدول ۷. درصد بهبودی علائم اختلال استرس پس از سانحه

| متغیر      | آزمودنی | مداخله | پیگیری | بهبودی کلی |
|------------|---------|--------|--------|------------|
| علائم PTSD | دوم     | ۴۷     | ۴۹     | ۴۸         |
|            | سوم     | ۳۸     | ۴۰     | ۳۹         |

از چند جنبه بر تنظیم هیجان در این نوجوانان تاثیر گذاشت: ۱- در بخش مهارت آموزی، نوجوانان با شناخت و درک انواع هیجان‌ها و یادگیری راهکارهای مثبت و موثر برای مدیریت و کنترل آنها توانایی خود را برای تنظیم هیجان افزایش می‌دهند. ۲- در بخش روایت درمانی از طریق گفتگو در مورد داستان‌های معیوب و ناکارآمد، بررسی سبک‌های معیوب تفکر و استنتاج و رفتار کردن طبق آنها، جایگزین کردن داستان‌های جدید و متفاوت و ساختن استعاره‌های جدید در مورد نقش خود در داستان می‌توان توانایی تنظیم هیجان و مقابله با هیجانات شدید منفی را افزایش داد. ۳-

## بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد که روایت درمانی STAIR بر تنظیم هیجان در نوجوانان با تجربه سوءاستفاده جنسی اثربخش است. نوجوانانی که دارای تجارب سوءاستفاده جنسی هستند به دلایل مختلف مانند سابقه آزار و اذیت، بدرفتاری در دوران کودکی، غفلت، جدایی، قربانی آزار جنسی شدن و محیط‌های بی‌اعتبارساز خانوادگی در تنظیم هیجان‌هایشان دچار مشکل هستند. لذا هیجان‌های منفی زیادی را بطور مکرر تجربه می‌کنند و این موارد به خوبی در روایت‌های زندگی آن‌ها متجلی می‌شود. درمان SNT

روایت درمانی با برونی سازی مشکل و جدا کردن نوجوان از مشکلش برای حل آن اقدام می کند. این جداسازی باعث می شود مشکل به عنوان ماهیتی در نظر گرفته می شود که شخص می تواند بر آن تسلط داشته باشد که باعث بهبود در پردازش شناختی و هیجانی و نهایتاً بهبود در نمرات تنظیم هیجان می شود. ۴-SNT با ارائه راهکارهای مقابله ای در کنار ساخت داستان ها و استعاره های جدید موجب افزایش انعطاف پذیری می شود که باز هم موجب پردازش های شناختی و هیجانی خواهد شد و از این طریق تنظیم هیجانی موثرتری خواهیم داشت. نتایج این پژوهش با یافته های پژوهش تقی پور و همکاران (۱۴۰۲)، سادات میرخان (۱۴۰۲)، منصوری، صفاریان طوسی و منصوری (۱۳۹۹) و گودینو و همکاران (۲۰۱۷) همسو می باشد. یافته های پژوهش تقی پور و همکاران (۱۴۰۲) حاکی از آن است که روایت درمانی با تاکید بر لحظات نوآور، بر بهبود تنظیم شناختی هیجان تاثیر معنادار داشت. می توان گفت روایت درمانی با تاکید بر لحظات نوآور، روش مداخله ای مناسبی برای بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دختران با خود آسیب زنی با قصد خودکشی است و مشاوران و روانشناسان می توانند برای بهبود نظم جویی شناختی هیجان نوجوانان با خود آسیب زنی به قصد خودکشی از این مداخله استفاده نمایند.

در تبیین اینگونه می توان بیان کرد که روایت درمانی، از طریق نوشتن داستان های افراد به آنها کمک می کند. هدف این است که به جای تمرکز بر روی مشکلات اعضای خانواده، رفتار را بیشتر با تمرکز روی راه حل ها هدایت کند. در این راستا، روایت درمانی از روش های درمانی سنتی شناخته شده است (گلادینگ، ۱۹۹۸؛ به نقل از گیلبرت، ۲۰۱۰). روایت درمانی منعکس کننده پارادایم های پسامدرن است، زیرا این عقیده را پشتیبانی می کند که افراد ممکن است دارای یک هویت متغیر باشند که با تعریف خاصی مخالف است. نوجوانانی که دارای تجربه سوء استفاده جنسی هستند، به دلایل مختلفی مانند سابقه آزار و اذیت، بدرفتاری در دوران کودکی، سابقه تجارب ناگوار دوره کودکی مانند غفلت، جدایی، قربانی آزار جنسی و جسمی شدن، ضربه های روانی دوران کودکی، محیط خانوادگی بی اعتبار ساز، در تنظیم هیجان هایشان دچار مشکل می باشند. لذا هیجان های منفی زیادی را به طور مکرر تجربه می کنند و این موارد، به خوبی در روایت های زندگی آنها متجلی می شود و سبب می شود آنها طبق

داستان های ناکارآمد و مبتنی بر هیجانات منفی شکل دهند و طبق آن رفتار و عمل کنند (سانکی و لاورنس، ۲۰۰۵).

طبق مدل تنظیم هیجانی، نوجوانانی که واکنش پذیری هیجانی شدیدتری دارند و در پذیرش، ارزیابی و کنترل پاسخ های هیجانی مشکل دارند مستعد انواع مختلف رفتارهای خود آسیب زنی هستند. بر این اساس هیجان پذیری بالا و نقص در به کارگیری راهبردهای تنظیم هیجانی، دو عامل خطر خود آسیب زنی بر اساس مدل تنظیم هیجانی هستند (جانسون، ۲۰۰۵) و این درحالی است که نوجوانان گروه هدف، نیز در طی جلسات، چنین حالاتی را گزارش کردند. خشم، افسردگی، اضطراب و احساس شخصیت زدایی، حالت های هیجانی معمولی هستند که پیش درآمد مهمی برای خود آسیبی مستقیم در خودکشی مشخص شده اند و حالت آرامش و به دنبال آن احساس گناه یا شرم نیز به عنوان حالت های هیجانی پیامد این رفتار است (گیلبرت، ۲۰۱۰). روایت درمانی، با تأکید بر STAIR در طول فرآیند اجرای آن، از طریق بحث و گفتگو کردن در مورد داستان های معیوب و ناکارآمد، مورد انتقاد قرار دادن سبک های معیوب تفکر و استنتاج ها و رفتار کردن بر طبق داستان های معیوب، بیرونی کردن مشکل با تأکید و تمرکز بر زمان حال، جایگزین کردن داستان های جدید متفاوت از داستان های قبلی، توانسته توانایی و مهارت تنظیم هیجانات را ارتقا بخشد. همچنین با توجه به نتایج فرضیه فوق باید گفت براساس دیدگاه روایت درمانی STAIR، دست کم همانقدر که محیط، افراد را شکل می دهد، افراد نیز محیط را شکل می دهند. انسان به جای واکنش صرف به وقایع، از راه داستان هایی که درباره عشق و امور دیگری می سازد، خود، جهانی را می آفریند که در آینده به آن واکنش نشان می دهد، اما فرد اغلب این نقش فعالانه را درک نمی کند و به همین دلیل است که اغلب افراد می گویند: «این مشکل همیشه برایم پیش می آید» (رابجانت و همکاران، ۲۰۱۹). روی هم رفته در این رویکرد میتوان با برونی سازی مشکل، برای حل آن اقدام کرد. بدان معنی که میتوان نوجوانان با تجربه سوء استفاده جنسی را از مشکلی که دارند جدا کرد. این جداسازی سبب می شود مشکل، به عنوان ماهیتی در نظر گرفته شود که شخص میتواند بر آن تسلط داشته باشد. جداسازی فرد از مشکل و عدم درهم تنیدگی با آن نیز طبیعتاً با بهبود در پردازش شناختی و هیجانی بالاتر همراه می شود که نتیجه آن را میتوان در بهبود نمرات تنظیم شناختی هیجان مشاهده کرد. روایت درمانگران STAIR داستان های مراجع را

اغراق آمیزتر می کنند که این وضعیت می تواند جایگزین های دیگر را قدرت ببخشد و مراجع را در رابطه درمانی برانگیزاند. به بیان دیگر، این وضعیت می تواند برای مراجع، کاربردی انعطاف پذیرانه و اجرashدنی داشته باشد. انعطاف پذیری حاصل از این فرایند می تواند موجب بهبود پردازش های شناختی و هیجانی نوجوانان با تجربه سوء استفاده جنسی شود و از این طریق آن ها بتوانند تنظیم هیجانی بهنجارتری را تجربه کنند.

همچنین نتایج حاکی از آن بود که روایت درمانی STAIR بر عملکرد بین فردی در نوجوانان با تجربه سوء استفاده جنسی اثربخش است. نوجوانان با تجربه سوء استفاده جنسی به دلیل تاثیرات قربانی شدن دچار نقص در عملکرد اجرایی و بین فردی بویژه اجتناب و بازداری از روابط و همچنین داشتن افکار پارانوئید مانند شک و بدبینی در روابطشان می شوند. آنها به دلیل آسیب هایی که از محیط خانواده یا اجتماع دیده اند، عزت نفس شکسته و آسیب دیده ای دارند و همین امر بر جرئت مندی یا قاطعیت در روبرو شدن با چالش های زندگی یا بیان صریح و شفاف خواسته هایشان تاثیر منفی به سزایی داشته باشد. درمان SNT از چند جنبه بر بهبود عملکرد بین فردی در این نوجوانان تاثیر گذار است: ۱- در بخش مهارت آموزی نوجوانان با یادگیری مهارت های جرئت ورزی و نحوه صحیح و درست بیان خواسته ها و نیازهایشان به دیگران و تمرین نقش بازی کردن به عنوان یک فرد قاطع و جرئتمند توانستند مهارت های عملکرد بین فردی را در خود افزایش دهند. ۲- STAIR با انتقاد به سبک های شناختی معیوب مانند تعمیم افراطی سعی در تعدیل افکار پارانوئیدی بیماران به دیگران دارد که همین امر نیز موجب بهبود روابط بین فردی خواهد شد. ۳- روایت درمانی با برونی سازی هیجان ها به بهبود عملکرد بین فردی افراد کمک می کند. روایت درمانی کمک می کند افراد به مشکل به عنوان چیزی بیرون از خود و نه جزئی از چیزی که هستند بنگرند و به آنها کمک می کند تا با اصلاح روایت هایشان در مورد رفتارها و ویژگی های منفی خودشان و دیگران به سمت انعطاف پذیری بیشتری حرکت کنند و رفتارهای دیگران و خود را از ثابت، درونی و قابل سرزنش بودن به موقتی، تغییر پذیر و غیر قابل سرزنش تبدیل کنند. نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش های اوهماد و همکاران (۲۰۲۳)، مک دونالد و همکاران (۲۰۱۹) و کلویتر و همکاران (۲۰۱۷) همسو می باشد. اوهماد و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهشی تحت عنوان تنظیم هیجان و عملکرد اجرایی در زنان قربانی سوء استفاده جنسی مبتلا به اختلال

استرس پس از سانحه نشان دادند که گروه اختلال استرس پس از سانحه بیشتر از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه استفاده می کند. علاوه بر این، عملکردهای اجرایی کلی در گروه اختلال استرس پس از سانحه ضعیف تر بود. علاوه بر این، سوء استفاده جنسی، با یا بدون اختلال استرس پس از سانحه، با نقص در عملکردهای اجرایی، به ویژه بازداری همراه است. همچنین نتایج نشان داد که همبستگی مثبتی بین مشکلات اجرایی و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان غیر انطباقی پیدا شد. این نتایج نشان می دهد که ممکن است تفاوت های فردی در تغییرات در عملکرد شناختی پس از سوء استفاده جنسی وجود داشته باشد. مک دونالد و همکاران (۲۰۱۹) در تحقیقی دریافتند که که عملکرد بین فردی به طور کامل ارتباط معنی داری را بین قربانی شدن شدید قلدری در دوران کودکی و ایده پردازی پارانوئید در گروه بالینی با خطر بالا دارد. بر اساس معیارهای AIC، بهترین مدل انتخاب شده، مدل کامل میانجیگری بود: قلدری شدید، عملکرد بین فردی، تفکر پارانوئید. نتایج حاکی از آن است که شدت آزار و اذیت در توضیح ایده های پارانوئید حالت مهمتر از تکرار آزار و اذیت است. نقش قابل توجهی که عملکرد بین فردی در ارتباط بین آزار و اذیت در دوران کودکی و عقاید پارانوئید در گروه پر خطر بالینی ایفا می کند، نشان می دهد که این می تواند به عنوان یک هدف مداخله در بیاید. کلویتر و همکاران (۲۰۱۷) پژوهشی تحت عنوان روایت درمانی STAIR برای زنان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مرتبط با سوء استفاده در دوران کودکی نشان دادند که شرکت کنندگان مبتلا به افسردگی شدید، کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه را به دنبال SNT نشان دادند، در حالی که آن هایی که در دو وضعیت دیگر بودند پس از پایان درمان، بهبودی را تجربه کردند. یافته مشابهی در میان افراد مبتلا به افسردگی متوسط به دست آمد، در حالی که در بین افرادی که سطوح افسردگی پایینی داشتند، نتایج در سه شرایط درمانی متفاوت نبود. بازماندگان سوء استفاده از دوران کودکی مبتلا به افسردگی شدید نتایج بهتری را در درمانی به دست آوردند که آموزش مهارت ها را با کار متمرکز بر تروما ترکیب می کرد. بسته های مهارت هایی که شامل مداخلات فعال سازی رفتاری در ترکیب با کار متمرکز بر تروما هستند، ممکن است به ویژه برای بیماران مبتلا به سوء استفاده در دوران کودکی و افسردگی شدید مفید باشد.

در تبیین اینگونه می توان بیان کرد که مداخله روایت درمانی، با اجرای فنون اختصاصی از جمله برون سازی هیجان ها به افزایش عملکرد بین فردی افراد کمک می کند. در این فن از مراجعان خواسته شد تا به مشکل به عنوان چیزی بیرون از خود بنگرند نه جزئی از آن چیزی که هستند و با این مداخله به شرکت کنندگان کمک شد تا در اصلاح روایت هایشان در مورد رفتارها و ویژگی های منفی خودشان و دیگران از ثابت بودن، درونی و قابل سرزنش بودن رفتارها به موقتی، تغییرپذیر بودن و غیر قابل سرزنش بودن رفتارها حرکت کنند. همچنین، موقعیت های تعارض برانگیز در روابط شان بین فردی خود را توسعه بخشید. همچنین در این روش، درمانگر سعی می کند مراجعان را به این نتیجه برساند که نحو بیان، آغاز کردن مشکل، حتی تَن صدای فرد موجب بروز مشکل در عملکرد بین فردی می شوند. بدین ترتیب افراد با شناخت کامل از اصل مشکل و تأثیرات مشکل در زندگی شان راحت می توانند مشکل را حل نمایند. لذا استفاده از این روش درمانی در پژوهش حاضر موجب شد عواطف جدید در اعضا شکل گیرد. در واقع این روش باعث حل منطقی تعارضات و تنش های موجود در تعاملات، همکاری و واقع بینی افراد شد.

درمانگر روایتی STAIR نیز علاوه مند است به یک سری نکات در مورد مشکل برسد، مثلاً نحوه بیان، آغاز شدن مشکل، حتی تَن صدای فرد، رفتاری که مشکل را ایجاد کرده است. نوجوانان با تجربه سوء استفاده جنسی با کمک درمانگر، شناخت کاملی از مشکل پیدا می کنند و متوجه می شوند که مشکل آن ها در اصل چیست و این مشکل چه اثراتی در زندگی آن ها دارد و چه کسانی هستند که در به وجود آوردن این مشکل کمک می کنند؟ هر چقدر آگاهی نوجوانان با تجربه سوء استفاده جنسی در مورد مشکلشان بیشتر شود، با کمک همدیگر راحت تر می توانند مشکل را حل کنند. در روایت درمانی STAIR، و جوانان با گوش کردن به داستان زندگی یکدیگر و بررسی عوامل که روابطشان را تحت تأثیر قرار داده است باعث ایجاد درک متقابل، حل منطقی تعارضات و تنش های موجود در تعاملات، همکاری، ارزش قائل شدن برای یکدیگر، داشتن انتظارات واقعی و انعطاف پذیری آن ها می شود. روایت درمانی STAIR اثرگذاری قابل

را به گونه ای دیگر تعبیر کنند تا از میزان سرزنش و فاجعه سازی از رفتارهای خود و دیگران کاسته شود. درمان های مبتنی بر روایت درمانی می تواند به باز تعریف مجددی از رابطه بین نوجوانان با تجربه سوء استفاده جنسی منجر شود (مهرابیان و اپستین، ۱۹۷۲؛ نیومن و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر این پژوهش های دیگری که در گروه های بالینی دیگر انجام شده، نشان دهنده مؤثر بودن روایت درمانی بر عملکرد بین فردی بوده اند. از جمله رایان (۲۰۱۵) نشان داد که روایت درمانی می تواند به عملکرد بین فردی افراد با لکنت زبان کمک کند تا عملکرد

توجهی در کار با تعارضات، اسکیزوفرنیا و ... داشته است. با توجه به اینکه در این گروه ها به نوعی عملکرد بین فردی دچار ضعف بود، پس روایت درمانی STAIR بر بهبود عملکرد بین فردی نوجوانان با تجربه سوء استفاده جنسی نیز مؤثر است. از آنجایی که عملکرد بین فردی ناسالم عاملی برای شروع کشمکش، نارضایتی، پرخاشگری، عدم مهارت اجتماعی، اضطراب اجتماعی، عدم صمیمیت و ... است، نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد روایت درمانی بر الگوهای ارتباطی نوجوانان با تجربه سوء استفاده جنسی مؤثر است.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی در دانشکده دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

**حامی مالی:** این پژوهش در قالب رساله کارشناسی ارشد و بدون حمایت مالی می باشد. **نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از رساله کارشناسی ارشد نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان همچنین اعلام می دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این تحقیق و سازمان بهزیستی و نوجوانانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می گردد.

## منابع

- اعتمادی، سهیلا؛ پورشریفی، حمید؛ تاجری، بیوک؛ کلاتری، مهدی، هواسی سومار، ناهید. (۱۳۸۹). نقش تعدیل کننده راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین شدت تجربه آسیب جنسی و علائم جسمی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۸(۱)، ۱۱۲-۱۲۱. <http://dx.doi.org/10.52547/rbs.18.1.11>
- تقی پور، امین؛ قمری کیوی، حسین؛ شیخ الاسلامی، علی؛ رضایی شریف، علی. (۱۴۰۲). اثربخشی روایت درمانی با تاکید بر لحظات نوآور بر تنظیم هیجان دختران دچار خودآسیب زنی با قصد خودکشی. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۱۴(۵۳)، ۹۳-۱۲۳. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2022>
- حمیدپور، حسن؛ دولتشاهی، بهروز؛ پورشهبا، عباس؛ دادخواه، اصغر. (۱۳۸۹). کارآیی طرح واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۶(۴)، ۴۲۰-۴۳۱. <https://www.sid.ir/paper/16789/fa>
- رضایی، مهدی؛ قدم پور، عزت اله؛ کاظمی، رضا. (۱۳۹۷). نقش میانجی اعتبارزدایی هیجانی در رابطه ی بین سوءاستفاده جنسی-هیجانی و نشانه های افسردگی در دانشجویان دختر. *دست آوردهای روان شناختی*، ۲۵(۱)، ۷۵-۹۲. <https://doi.org/10.22055/psy.2018.23678.1908>
- شهنازدوست، فاطمه؛ میکائیلی، نیلوفر؛ آقاجانی، سیف الله. (۱۴۰۱). نقش میانجی راهبردهای تنظیم هیجان در رابطه بین آزاردیدگی هیجانی با رفتارهای آسیب به خود در نوجوانان: یک مطالعه مقطعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان*، ۳۱(۲)، ۱۲۴-۱۳۵. <https://doi.org/10.32598/JGUMS.31.2.1892.1>
- عسگری، پرویز؛ پاشا، غلامرضا؛ امینیان، مریم. (۱۳۸۸). رابطه ی تنظیم هیجانی، فشارزاهای روانی زندگی و تصویر از بدن با اختلالات تغذیه در زنان. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۳(۴)، ۶۵-۷۸. [https://journals.iau.ir/article\\_524506.html](https://journals.iau.ir/article_524506.html)

<https://doi.org/10.22034/jmpr.2024.62712.6315>

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5-TR*. Translated by Seyed Mohammadi (2023). Tehran: Ravan Publications.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).
- Angelakis, I., Austin, J.L., & Gooding, P. (2019). Association of childhood maltreatment with suicide behaviors among young people: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open*, 3(8), 2012-2563.
- Askari, P., Pasha, G.R., & Aminian, M. (2010). The relationship between emotional regulation, psychological life stressors and body image with

- فتح، نجمه؛ آزاد فلاح، پرویز؛ رسول زاده طباطبایی، سید کاظم؛ رحیمی، چنگیز. (۱۳۹۲). روایی و اعتبار پرسشنامه مشکلات بین فردی (IIP-32). *روان شناسی بالینی*، ۳۵(پیاپی ۱۹)، ۶۹-۸۰. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2137>
- فرخزادیان، علی اصغر؛ رضایی، فاطمه؛ صادقی، مسعود. (۱۳۹۹). نقش میانجی طرح واره های هیجانی در رابطه بین آسیب های دوران کودکی با اختلال اضطراب فراگیر. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۷(۲)، ۸۹-۱۰۱. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2910>
- مظلوم، مریم؛ یعقوبی، حمید و محمدخانی؛ شهرام (۱۳۹۳). رابطه باورهای فراشناختی در تنظیم هیجان با اختلال استرس پس از ضربه. *مجله علوم رفتاری*، ۲۸(۲)، ۱۱۳-۱۰۵. <https://www.sid.ir/paper/508772/fa>
- منصوری، نسیم؛ صفاریان طوسی، محمدرضا؛ منصوری، احمد. (۱۳۹۹). نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین بدرفتاری های دوره کودکی و کژکاری جنسی زنان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۸(۲)، ۲۰۲-۲۱۲. <https://doi.org/10.52547/rbs.18.2.202>
- میرخان، منیر سادات؛ درتاج، فریبرز؛ نصری، صادق؛ مردانی راد، مژگان. (۱۴۰۱). مقایسه ی اثربخشی روایت درمانی و شناختی رفتاری بر باورهای فراشناختی دختران نوجوان آزار دیده جنسی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۵(۶)، ۲۵۸۶-۲۵۹۹. <https://doi.org/10.22038/mjms.2022.23380>
- ناصری، اسماعیل؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی، احمد؛ فلسفی نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۴). اثربخشی طرح واره درمانی دو وجهی در درمان وابستگی به هروئین همبود با اختلال شخصیت ضداجتماعی. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۶(۱۸)، ۷۵-۹۷. <https://sid.ir/paper/208492/fa>

## References

- Abayaratne, D. (2024). Evaluating the Effectiveness of Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR) Therapy for Complex Post Traumatic Stress Disorder Delivered by Core Psychiatry Trainees. *BJPsych Open*, 10(1), 179-199. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.455>.
- Abbaspour Gol Sefidi, M., & Khaleghipour, Sh. (2024). Causal modeling of posttraumatic stress based on posttraumatic growth and sense of coherence with the mediating role of loneliness in women affected by marital infidelity by their husbands. *Quarterly Journal of Modern Psychological Research*, 19(76), 84-96. (In Persian)

- eating disorders in women. *Journal of Thought and Behavior*, 4(13), 78-65. (In Persian)  
<https://eval.journals.iau.ir/?view=60>.
- Barańczuk, U. (2019). The Five Factor Model of personality and social support: A meta-analysis. *Journal of Research in Personality*, 81(4), 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.05.002>.
- Barkham, M., Hardy, G.E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *Br Journal Clin Psychol*, 35(1), 21-35. [DOI:10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x](https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x).
- Besson, D., & Valitova A. (2021), Relations interpersonnelles versus facteurs culturels. Cadre théorique et comparaison de l'impact des valeurs culturelles dans trois cas de conflits en France, Canada et Russie, *Management International*, 25(5), 37-53. <https://doi.org/10.7202/1085037ar>
- Blanchard, E.B., Alexander, J.J., Buckley, T.C. & Forneris, A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behavior, Research and Therapy*, 34(8), 669-673. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00033-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(96)00033-2)
- Breslau, N., Wilcox, H.C., & Storr, C.L. (2004) Trauma exposure and posttraumatic stress disorder: A study of youths in urban America. *Journal Urban Health*, 81(3), 530-544. <https://doi.org/10.1093/jurban/jth138>.
- Cloitre, M., Cohen, L.R., & Koenen, K.C. (2006). *Treating the trauma of childhood abuse: psychotherapy for the interrupted life*. Guilford, New York. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=213689>.
- Cloitre, M., Cohen, L.R., Edelman, R.E., & Han, H. (2014) Posttraumatic stress disorder and extent of trauma exposure as correlates of medical problems and perceived health among women with childhood abuse. *Journal Women Health*, 34(3), 1–17. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.5.1067>.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., & Weiss, B. J. (2017). Depression as a moderator of STAIR Narrative Therapy for women with post-traumatic stress disorder related to childhood abuse. *European journal of psychotraumatology*, 8(1), 1320-1377. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1377028>.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Journal Behavior Therapy*, 36(2), 119–124. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80060-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80060-7)
- Engen, H. G., & Anderson, M. C. (2018). Memory control: A fundamental mechanism of emotion regulation. *Journal Trends in Cognitive Sciences*, 22(11), 982-995. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2018.07.015>.
- Etemadi, S., Poursharifi, H., Tajeri, B., Kalantari, M., & Havasi-Sumar, N. (2020). The moderating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between the severity of sexual trauma experience and physical symptoms. *Behavioral Sciences Research*, 18 (1), 112-121. <https://doi.org/10.52547/rbs.18.1.11>. (In Persian)
- Farokhzadian, A.A., Rezaei, F., & Sadeghi, M. (2020). The mediating role of emotional schemas in the relationship between childhood trauma and generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Personality*, 17(2), 89-101. <https://doi.org/10.22070/cpap.2020.2910>. (In Persian)
- Fath, N., Azadfallah, P., Rasoulzadeh, S.K., & Rahimi, C. (2013). Reliability and validity of the Interpersonal Problems Inventory. *Clinical Psychology*, 3(15), 69-81. <https://doi.org/10.22075/jcp.2017.2137>. (In Persian)
- Fathi, J., Greenier, V., & Derakhshan, A. (2021). Self-efficacy, reflection, and burnout among Iranian EFL teachers: the mediating role of emotion regulation. *Iranian Journal of Language Teaching Research*, 9(2), 13-37. <https://doi.org/10.30466/ijltr.2021.121043>. (In Persian)
- Ghaderi, H., Arjomandnia, A.A., Dehestani, M., & Afrooz, G.A. (2024). The effectiveness of trauma-focused emotion therapy on executive function in individuals with sexual trauma (case report). *Journal of Applied Psychological Research*, 15(2), 235-251. (In Persian)  
<https://doi.org/10.22059/japr.2024.358945.644624>.
- Gilbert, P. (2010). Self-harm in a mixed clinical population. *The roles of self-criticism*, 34(3), 319–26. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1348/014466509X479771>.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and*

- behavioral assessment, 26(1), 41-54.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/B:JOBA.000007455.08539.94>.
- Gudiño, O.G., Leonard, S., Stiles, A. A., Havens, J. F., & Cloitre, M. (2017). STAIR narrative therapy for adolescents. In M. A. Landolt, M. Cloitre, & U. Schnyder (Eds.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (pp. 251–271). Springer International Publishing/Springer Nature. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0\\_12](https://doi.org/10.1007/978-3-319-46138-0_12).
- Hamidpour, H. (2009). *The efficacy and effectiveness of schema therapy in the treatment of women with generalized anxiety disorder*. PhD thesis, University of Welfare and Rehabilitation Sciences. (In Persian)
- Havens, J.F., Gudiño, O.G., & Biggs, E.A. (2012). Identification of trauma exposure and PTSD in adolescent psychiatric inpatients: an exploratory study. *Journal Trauma Stress*, 25(3), 171–178. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1002/jts.21683>.
- Johnson, S.L. (2005). Mania and dysregulation in goal pursuit: A review. *Journal Clin Psychol Rev*, 25(14), 241-62. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.11.002>.
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Bruce, M.L., Koch, J.R., Laska, E.M., & Leaf, P.J. (2021). The Prevalence and Correlates of Untreated Serious Mental Illness. *Health Serv Res*, 36(6-1), 987-1007. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11775672/>.
- Kletenik, I., Sillau, S.H., Isfahani, S.A., LaFaver, K., Hallett, M., & Berman, B.D. (2020). Gender as a risk factor for functional movement disorders: the role of sexual abuse. *Journal Movement disorders clinical practice*, 7(2), 177-181. <https://doi.org/10.1002/mdc3.12863>.
- Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The behavioral emotion regulation questionnaire: development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal Personality and individual differences*, 137(2), 56-61. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.paid.2018.07.036>.
- Landolt, M. A., Cloitre, M., & Schnyder, U. (Eds.). (2017). *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents*. New York: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-97802-0>
- Lemieux, S., Tourigny, M., Joly, J., Baril, K., & Séguin, M. (2019). Characteristics associated with depression and post-traumatic stress disorder among childhood sexual abuse women. *Journal Revue d'epidemiologie et de sante publique*, 67(5), 94–285. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2019.05.012>.
- Lennarz, H. K., Hollenstein, T., Lichtwarck-Aschoff, A., Kuntsche, E., & Granic, I. (2019). Emotion regulation in action: Use, selection, and success of emotion regulation in adolescents' daily lives. *International journal of behavioral development*, 43(1), 1-11. <https://doi.org/10.1177/0165025418755540>.
- Liu, P., Wang, L., Cao, C., Wang, R., Zhang, J., & Zhang, B. (2024). The Underlying Dimensions of DSM-5 Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in an Epidemiological Sample of Chinese Earthquake Survivors. *J Anxiety Dis*, 28(4), 345-351. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.03.008>.
- MacKinnon, L., & James, K. (2022). Working with 'The Welfare' in Child-at-Risk Cases. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 13(1), 1-5. <https://doi.org/10.1177/10526846241271462>.
- Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., van Ommeren, M., & Jones, L. M. (2013) Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198–206. <https://doi.org/10.1002/wps.20057>.
- Maniglio, R. (2023). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Journal Clinical psychology review*, 29(7), 647-657. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.003>.
- Maniglio, S., Cazzato, G., Caporusso, C., Colagrande, A., Nacchiero, E., Maruccia, M., Valerio, J., Maiorano, E., Resta, L., Marzullo, A., Giudice, G., & Ingravallo, G. (2023). Poorly Differentiated Cutaneous Squamous Cell Carcinoma (cSCC) or Lymphoepithelioma-like Carcinoma of the Skin (LELCS) with Squamous Pearls: A Case Presentation with Emphasis on Histomorphological Features and Classification Debates. *Life (Basel, Switzerland)*, 13(12), 22-65. <https://doi.org/10.3390/life13122265>.
- Mansouri, N., Safarian Toosi, M.R., & Mansouri, A. (2020). The mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between childhood maltreatment and women's sexual dysfunction.

- Behavioral Sciences Research*, 18(2), 202-212. (In Persian) <https://doi.org/10.52547/rbs.18.2.202>.
- Mathews, B., & Collin-Vézina, D. (2019). Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(2), 131-148. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1524838017738726>.
- Mazloum, M.; Yaghoubi, H. & Mohammadkhani; Sh. (2014). The relationship between metacognitive beliefs and difficulty in emotion regulation with posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavioral Sciences*, 8(2), 105-113. <https://sid.ir/paper/508772/fa>.
- McDonnell, J., Stahl, D., Day, F., McGuire, P., & Valmaggia, L. R. (2018). Interpersonal sensitivity in those at clinical high risk for psychosis mediates the association between childhood bullying victimisation and paranoid ideation: A virtual reality study. *Schizophrenia research*, 192(4), 89–95. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.04.029>.
- McLaughlin, K.A., Koenen, K.C., & Hill, E.D. (2013). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52(8), 815–830. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>.
- Mehrabian, A., & Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy 1. *Journal of personality*, 40(4), 525-543. (In Persian) <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1467-6494.1972.tb00078.x>.
- Mirkhan, M.S., Dartaj, F., Nasri, S., & Mardani Rad, M. (2023). Comparing the effectiveness of narrative and cognitive behavioral therapy on metacognitive beliefs of sexually abused adolescent girls. *Journal of the Faculty of Medicine, Mashhad University of Medical Sciences*, 65(6), 2586-2599. (In Persian) <https://doi.org/10.22038/mjms.2022.23380>.
- Mohammadi, Z., Ahmadi, Kh., Goodarzi, M., Ahmadian, H., & Saberi, S. M. (2022). Individual and family factors underlying sexual abuse in the experiences of children and adolescents. *Family Counseling and Psychotherapy*, 12(1), 62-102. (In Persian) <https://doi.org/10.22034/fcp.2022.62347>.
- Mueser, K.T., & Taub, J.T. (2008). Trauma and PTSD among adolescents with severe emotional disorders involved in multiple service systems. *Journal Psychiatr Serv*, 59 (16), 627–634. <https://doi.org/10.1002/jts.21683>.
- Murtiningsih, Kristiawan, M., & Lian, B. (2019). The Correlation Between Supervision Of Headmaster And Interpersonal Communication With Work Ethos Of The Teacher. *European Journal of Education Studies*, 6 (1), 969-980. <https://doi.org/10.5281/zenodo.2649535>.
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Journal Psychological bulletin*, 143(4), 384-396. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/bul0000093>.
- Naseri, A.L., Sohrabi, F., Borjali, A., & Falsafi Nejad, M.R. (2015). The effectiveness of dual schema therapy in the treatment of heroin dependence comorbid with antisocial personality disorder. *Clinical Psychology Studies*, 6(18), 75-97. (In Persian) <https://sid.ir/paper/208492/fa>.
- Neumann, A.P., Wagner, A., & Remor, E. (2018). Couple relationship education program “Living as Partners”: evaluation of effects on marital quality and conflict. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31(14), 26-36. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1186/s41155-018-0106-z>.
- Noll, J.G. (2021). Child sexual abuse as a unique risk factor for the development of psychopathology: the compounded convergence of mechanisms. *Journal Annual review of clinical psychology*, 7(17), 439-464. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-112621>.
- Nooner, K.B., Linares, L.O., & Batinjane, J. (2012). Factors related to posttraumatic stress disorder in adolescence. *Journal Trauma Violence Abuse*, 13(3), 153–166. <https://doi.org/10.1177/1524838012447698>.
- Ouhmad, N., El Hage, W., & Combalbert, N. (2023). Emotion regulation and executive functioning in female victims of sexual assault suffering from PTSD. *Psychiatry research*, 328(4), 1154-1170. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115470>.
- Rezaei, M., Ghadampour, A.A., & Kazemi, R. (2018). The mediating role of emotional devaluation in the relationship between sexual-emotional abuse and depressive symptoms in female students. *Psychological Advances*, 25(1), 99-75. (In Persian) <https://doi.org/10.22055/psy.2018.23678.1908>.
- Robjant, K., Koebach, A., Schmitt, S., Chibashimba, A., Carleial, S., & Elbert, T. (2019). The treatment of posttraumatic stress symptoms and aggression in female former child soldiers using adapted

- Narrative Exposure therapy – a RCT in Eastern Democratic Republic of Congo. *Journal Behavior Research and Therapy*, 123(41), 103–109. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.brat.2019.103482>.
- Ryan, F., O'Dwyer, M., & Leahy, M.M. (2015). Separating the problem and the person: Insights from narrative therapy with people who stutter. *Topics in Language Disorders*, 35(3), 267-274. <http://dx.doi.org/10.1097/TLD.0000000000000062>.
- Sankey, M., & Lawrence, B. (2005). *Brief report: classification of adolescent's suicide and risk-taking deaths*. [https://www.researchgate.net/publication/259191893\\_Using\\_technology\\_to\\_enable\\_flipped\\_classrooms\\_whilest\\_sustaining\\_sound\\_pedagogy](https://www.researchgate.net/publication/259191893_Using_technology_to_enable_flipped_classrooms_whilest_sustaining_sound_pedagogy).
- Schuttenberg, E. M., Pastro, B., Kelberman, C., Cohen-Gilbert, J. E., Stein, E. R., Rieselbach, M., Sneider, J. T., Blossom, J. B., Keuroghlian, A. S., & Silveri, M. M. (2025). Differential patterns of emotion regulation in sexual minority adolescents in residential treatment. *Journal of affective disorders*, 370(6), 511–518. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.11.028>.
- Shahnazdoost, F., Mikaeili, N., & Aghajani, S.A. (1401). The mediating role of emotion regulation strategies in the relationship between emotional abuse and self-harm behaviors in adolescents: A cross-sectional study. *Guilan Journal of Medical Sciences*, 31(2), 124-135. (In Persian) <https://doi/10.32598/JGUMS.31.2.1892.1>.
- Shirvani, H., Rafiei, L., Gholamian, P., & Mohammadi, M. (2024). Modeling the structural relationships of childhood trauma with posttraumatic stress symptoms and tendency to use substances through the mediation of dissociative experiences in adults. *Psychiatry*, 12 (3), 26-37. (In Persian) <https://doi/10.22034/IJPN.12.3.26>.
- Singh, M.M., Parsekar, S.S., & Nair, S.N. (2014). An epidemiological overview of child sexual abuse. *Journal of family medicine and primary care*, 3(4), 430-446. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.148139>.
- Taghipour, A., Qamari-Kivi, H., Sheikh-Eslami, A., & Rezaei-Sharif, A. (2023). The effectiveness of narrative therapy with an emphasis on innovative moments on emotion regulation in girls with self-harm with suicidal intent. *Journal of Counseling and Psychotherapy*, 14(53), 93-123. (In Persian) <https://doi/10.22054/qccpc.2022>.
- Tamir, M., Vishkin, A., & Gutentag, T. (2020). Emotion regulation is motivated. *Journal Emotion*, 20(1), 115. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/emo0000635>.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Herman, D.S., Huska, J.A., & Keane, T. (1993). The PTSD Checklist (PCL). Reliability. Validity & diagnostic utility. Presented at the 9 Th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. <https://www.scirp.org/reference/ReferencesPapers?ReferenceID=2089339>.
- World Health Organization. (2023). *Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence*.