

کودک آزاری و راهبردهای مشاوره برای کودکان با ناتوانی

تألیف و ترجمه: دکتر حمید علیزاده
اسدالتر دانشگاه علامه طباطبائی

۵. شاهد خشونت شدید، در والدین بودن، همچون مواد مخدر یا الکلیم

۶. عدم فراهم کردن خدمات ضروری برای کودکی که مشکل عاطفی شدید دارد.

جانسون^۲ (۱۹۹۰) کودک آزاری جسمانی را به عنوان زدن کودک با چیزی، صدمه جسمانی که بیشتر از قرمزی ساده است و در اثر سیلی، آسیب ناشی از سوختگی، مواد سوزاننده، مواد شیمیایی یا دارو است تعریف کرده است. مرکز ملی کودک آزاری و غفلت ایالات متحده نیز آزار جنسی را تحریک جنسی کودک به وسیله فردی بزرگسال تروا رضاتکانه‌ی جنسی فرد مهاجم می‌داند (به نقل از مولر و همکاران، ۱۹۹۳).

از آنجا که کودک آزاری دارای معانی گوناگونی است و خانواده‌ها نیز از روش‌های مختلفی برای ادب کردن فرزندانشان استفاده می‌کنند و نیز مقررات و نگرش‌های گوناگونی در خصوص لمس کردن، برهنگی، و بوسیدن وجود دارد، تعیین میزان شیوع کودک آزاری امر بسیار دشواری است. با این حال دو گزارش دولتی از وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (۱۹۹۶، ۱۹۹۷) آمارهایی را در این زمینه ارائه کرده است. حدوداً برای ۳ میلیون کودک، ۲ میلیون گزارش ارسال شده است که بیش از نیمی از این گزارش‌ها به رفتارهای مربوط می‌شود. در این میان، ۵۰ درصد از موارد تأیید شده، ۵۰ درصد ۷ سال یا کمتر بوده‌اند، ۲۶ درصد ۷ تا ۱۲ سال و در حدود ۲۱ درصد نیز ۱۳ تا ۱۸ سال بوده‌اند. کودک آزاری در تمام سطوح اجتماعی اقتصادی و تحصیلی وجود دارد. در بسیاری از موارد، آزار رسان خویشتاوند یا دوست خانوادگی است و ممکن است برای حفظ راز از رشوه دادن، تهدید، و تلقین احساس گناه استفاده کند. در نتیجه، کودک ممکن است موضوع را با کسی در میان نگذارد. از مهمترین دلایل کودک آزاری وجود فضایی مملو از خودکامگی، انزوا، مشکلات زناشویی، مشکلات مالی و نارسایی در روابط والدین-فرزند است.

کنگره‌ی ایالات متحده آمریکا کودک آزاری^۱ را از این قرار تعریف کرده است: «آسیب جسمانی یا روانی، آزار جنسی، بد رفتاری با کودک زیر ۱۸ سال به وسیله فردی که مسوول سلامتی اوست و در این شرایط سلامتی کودک مورد آسیب و تهدید قرار می‌گیرد (وزارت بهداشت، آموزش و پرورش و بهزیستی ایالات متحده، ۱۹۷۵). انجمن مشاوران مدرسه آمریکا در سال ۱۹۸۸ نمونه‌هایی از کودک آزاری را با انتشار بیانیه‌ای از این قرار برشمرده است: درد و ناراحتی غیر اتفاقی در بدن کودک، انکار نیازهای عاطفی، کودکی بزرگ در بدن، بریدگی، سوختگی، خون مردگی، جای زخم و آسیب دیدگی بدون توضیح، تعرض جنسی، دستمالی، استثمار، مشکل عاطفی که در اثر آشوب‌های خانوادگی یا اختلال‌های روانی والدین یا بد رفتاری آنها به وجود می‌آید. انجمن مشاوران مدرسه آمریکا (۱۹۸۸)، «غفلت از کودک» را این گونه تعریف می‌کند: «کوتاهی در فراهم ساختن غذا، مراقبت، پوشاک، سرپناه (مسکن)، سرپرستی و توجه به امور پزشکی کودک». این انجمن، غفلت از کودک را شامل مواردی از جمله بی‌توجهی به امور پزشکی کودک، غیبت غیر عادی کودک از مدرسه، کار بیش از اندازه یا استثمار، عدم رسیدگی به تربیت یا ترک کودک نیز می‌داند.

کودک آزاری را به عنوان بد رفتاری روانی، جسمانی یا جنسی نیز تعریف کرده‌اند. مولر، بکمن و مولر^۳ (۱۹۹۳) اظهار کرده‌اند که کودک آزاری روانی را بسیار سخت می‌توان تعریف کرد، ولی با بررسی پیشینه‌ی این حوزه می‌توان آزار عاطفی را در شش طبقه مشخص کرد:

۱. انکار یا نادیده انگاشتن شدید توانایی کودک، ظرفیت‌ها، تمایلات و بروز عاطفی
۲. منزوی ساختن کودک
۳. ایجاد وحشت و هراس در کودک
۴. درخواست‌های کاملاً نامتناسب با سن کودک





در برخی موارد نیز، فقر و بیکاری والدین، که خود نیز قربانی کودک آزاری بوده‌اند، تغییرهای فشارزای روانی مانند نقل مکان، جدایی زن و شوهر از علل اصلی به شمار می‌آیند. از سوی دیگر، عوامل اجتماعی، پذیرش خشونت در جامعه و خانواده، تشبیه بدنی در کودک آزاری دخالت دارند. کودک آزاری اثرات مخرب روانی متعددی بر زندگی کودکان دارد. بیانیه‌ی بهداشت روانی هاروارد^۱ اظهار می‌کند که دست کم ۲۵ درصد از کودکانی که مورد آزار جسمی قرار می‌گیرند دچار اختلال‌های روان پزشکی از جمله اضطراب حاد، افسردگی و گاهی اختلال‌های عصب شناختی می‌شوند. کوتز^۲ و همکاران (۱۹۹۳) گزارش کرده‌اند که کودکان آزار دیده‌ی جسمی در تحصیل مشکلات بی‌شماری دارند. افت تحصیلی، ترک تحصیل، بارداری دوره نوجوانی، پناه بردن به مؤسسه‌ها، نمره‌های پایین در آزمون‌های استاندرد زبان و ریاضیات و همچنین تکرار یک یا چند مرتبه یک پایه‌ی تحصیلی. این کودکان از انگیزه آموزشی کمتر و مشکلات رفتاری بیشتری برخوردارند.

کودکان مورد آزار جنسی معمولاً در مقایسه با کودکان مورد آزار جسمی و عاطفی، مشکلات بیشتری دارند و چون توسط افرادی که به آنها اعتماد داشته‌اند مورد آزار قرار گرفته‌اند، کمتر به دیگران اعتماد می‌کنند. صاحب نظران معتقدند که با توجه به اینکه کودک آزاری دارای شکل‌های بسیار متفاوت و پیچیده‌ای است و پژوهش‌های کمی در این زمینه انجام شده است، در حال حاضر نمی‌توان روش‌های پیشگیری را به کودکان به طور کامل آموزش داد.



از مهمترین دلایل کودک آزاری وجود فضایی مملو از خودکامگی، انزوا، مشکلات زناشویی، مشکلات مالی و نارسایی در روابط والدین - فرزند است.

کودک آزاری در کودکان با ناتوانی‌ها

موضوع کودک آزاری، از جمله کودک آزاری کودکان با ناتوانی‌ها، یکی از موضوع‌های اساسی سلامت جامعه است. «سومین مطالعات ملی بروز کودک آزاری و غفلت» نشان می‌دهد که میزان کودک آزاری و غفلت در طول ۶ سال، یعنی ۱۹۸۶ تا ۱۹۹۳ در ایالات متحده دو برابر شده است (کمیت‌ی کودک آزاری و غفلت و کمیت‌ی کودکان با ناتوانی‌ها، ۲۰۰۱). نتایج بررسی‌های کوام^۳ (۲۰۰۰) در نروژ نشان می‌دهد که حدود ۶۴ درصد از کودکان دارای حد ضعیف تا شدید ناتوانی هستند، ولی نسبت مراجع این کودکان به مراکز بیمارستانی و پزشکی با احتمال رخ دادن سوء استفاده جنسی بسیار کمتر از آمار موجود در حد فراوانی آنهاست. او نتیجه می‌گیرد که وقتی کودکان ناتوانی دارند، مراقبان آنها به سوء استفاده جنسی توجه چندانی نمی‌کنند. مگر آنکه موضوع کاملاً آشکار و علنی بشود.

از سوی دیگر، متخصصان و کارکنان مدرسه نیز در این زمینه به آگاهی‌های بیشتری احتیاج دارند، چرا که احتمال وقوع

افت تحصیلی مشخص‌ترین مشکل در میان کودکانی بود که مورد غفلت قرار گرفته بودند. به طور کلی، دختران از نظر جنسی بیشتر مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند و این آزار بیشتر توسط محارم کودک بوده، ولی پسران بیشتر توسط غریبه‌ها مورد سوء استفاده قرار می‌گیرند. براساس گزارش کوتز و همکاران (۱۹۹۳) نشانه‌های کوتاه مدت سوء استفاده جنسی عبارت‌اند از: وحشت، اضطراب، اختلال خواب، بی‌خوابی و کابوس، اجتناب و ترس مرضی، شکایت‌های جسمانی و حالت‌هایی که شبیه اختلال فشار روانی پس از ضربه است. این نشانه‌ها در پسران ممکن است شامل مواردی از قبیل اختلال سلوک مانند دروغ‌گویی، دزدی، خرابکاری و حمله به دیگر کودکان باشد. کودکانی که مورد آزار و سوء استفاده شدید قرار می‌گیرند بیشتر دچار فراموشی، خیال‌پردازی، در رؤیا فرو رفتن شدید، خواب‌گردی و گیجی موقتی می‌شوند. به طور کلی، برای تشخیص اولیه این موضوع، فرمول خاصی وجود ندارد.

بدرفتاری با کودکان باناتوانی هادر مقایسه با همسالان عادی، ۳۴ برابر بیشتر است. بر همین اساس، می توان گفت که شیوع بدرفتاری در کودکان باناتوانی های تحصیلی رابطه بالایی دارد (سالیوان و ناتسون، ۲۰۰۰).

کودکان آزار دیده مراجعان راحتی نیستند، اعتماد کمتری دارند و بسیار سخت دوست می شوند. این

کودکان ممکن است سؤال هایی را پرسند و

سؤال های خود را تکرار کنند. نوعی احساس وحشت و عدم اعتماد نسبت به بزرگسالان در آنها به چشم می خورد

یکی دیگر از موضوع های مهم در این زمینه، تفاوت قابل توجهی است که در مورد عامل جنسیت کودک و کودک آزاری وجود دارد. نتیجه ی پژوهش سابسی، رندال و پاریلدا (۱۹۹۷) نشان داده است که با آنکه میزان کودک آزاری در دختران جمعیت عادی کمی بالاتر از پسران است ولی در میان کودکان باناتوانی ها، ۶۵ درصد آزار دیدگان را پسران تشکیل می دهند. البته این نکته مهم است که پسران بیشتر مورد آزار بدنی و غفلت قرار می گیرند ولی دختران بیشتر از نظر جنسی سوء استفاده می شوند.

اینکه چرا کودکان باناتوانی ها بیشتر در معرض کودک آزاری و غفلت قرار می گیرند؟ دلایل متعددی دارد. کودکان باناتوانی های یادگیری از اطلاعات کمتری در مورد امنیت خود و پیشگیری از آزار جنسی برخوردارند. همچنین، آنها به علت نارسایی های هوشی، قدرت تشخیص رفتارهای سوء استفاده گری و عادی راندارند و چون از نظر ارتباطی ضعیف هستند، نمی توانند مشکل خود را آشکار کرده و به دیگران اطلاع بدهند. افزون بر این، معمولاً این کودکان مراقبان متعددی را در زندگی تجربه می کنند و همین موضوع احتمال کودک آزاری را افزایش می دهد (کمپته ی کودک آزاری و غفلت و کمپته ی کودکان باناتوانی ها، ۲۰۰۱). از سوی دیگر، والدین این کودکان فشار روانی زیادی در زندگی دارند. کودکان باناتوانی ها، اصولاً به روش های تقویت سنتی پاسخ نمی دهند و ویژگی هایی در فرزندان آنها وجود دارد (مانند پرخاشگری، ناآرامی، مشکلات ارتباطی و بدخلقی) که در والدین احساس ناکامی ایجاد می کند. به اعتقاد کافمن (۲۰۰۱) نوع تعامل موجود در میان این کودکان و والدینشان بیشتر به نوع تنبیهی سوق پیدا می کند. هر بار که کودک به وسیله تنبیه،

رفتار مورد نظر والدین را انجام می دهد، والدین در استفاده از تنبیه، تقویت می شوند و اگر موفق نشوند بر شدت تنبیه اضافه می کنند. این وضعیت تله ی تقویت منفی^{۳۳} می تواند به راحتی به کودک آزاری منجر شود. این نوع تعامل و کنترل رفتار در خانواده های با کودکان اختلال سلوک مشاهده می شود و براساس مطالعه های انجام شده، این چنین محیطی می تواند باعث بروز اختلال های درون نمود^{۳۴} (مانند افسردگی) و اختلال های برون نمود^{۳۵} (مانند پرخاشگری) در کودکان بشود. به طور کلی، فشار روانی بر کارکرد خانواده اثر می گذارد و



عکس مریم علامه

در خانواده هایی که فشار روانی بالا وجود دارد، احتمال بالقوه کودک آزاری بالاست (بورل، تامسون و سکستون، ۱۹۹۴). در خانواده هایی که میزان بیش نسبت به ناتوانی بالاست، والدین از فشار روانی بالایی برخوردارند، در حالی که وقتی میزان فشار روانی پایین است، کودک را مورد غفلت قرار می دهند (کمپته ی کودک آزاری و غفلت و کمپته ی کودکان باناتوانی ها، ۲۰۰۱).

به منظور پیشگیری از سوء استفاده و غفلت از کودک با ناتوانی ها، لازم است برخی اقدامات صورت بگیرد. برای مثال، مهارت های فرزند پروری این والدین از راه آموزش والدین افزایش یابد، نیازهای پزشکی و غیر پزشکی کودک مورد توجه قرار بگیرد، فشار روانی درون خانواده و نیازهای ویژه کودک مورد توجه قرار بگیرند و در صورت لزوم به متخصصان مربوطه ارجاع داده شوند. حمایت از والدین و مراقبت فرجه ای^{۳۶} و خدمات بهداشت خانواده نیز از اهمیت خاصی برخوردارند. والدین باید





ارتباط خود را با متخصصان حفظ کنند و آگاهی بیشتری در مورد کودک آزاری و غفلت در آنها به وجود آورد (اوریلوو، هولان و مایلز، ۲۰۰۰؛ برکیبل و کارمن^{۱۹}، ۱۹۹۹؛ کمیته‌ی کودک آزاری و غفلت و کمیته‌ی کودکان باناتوانی های، ۲۰۰۱).

بیانیه‌ی بهداشت روانی هاروارد اظهار می کند که دست کم ۲۵ درصد از کودکانی که مورد آزار جسمی قرار می گیرند دچار اختلال های روان پزشکی از جمله اضطراب حاد، افسردگی و گاهی اختلال های عصب شناختی می شوند.

راهبردهای کلی مشاوره در کودک آزاری

مشاوران باید آگاه باشند که کودکان آزار دیده ممکن است دارای مشکلات روانی همچون خشم، انکار، سرکوبی، ترس، سرزنش خود، تردید به خود، درماندگی، عزت نفس پایین، احساس گناه، بی حالی، افسردگی، گوشه گیری، برون ریزی، هراس، شکایت های بدنی و پرخاشگری باشند. در بسیاری از موارد این کودکان به علت پرخاشگری به مشاور ارجاع داده می شوند. در برخی موارد، این کودکان رفتارهای آزارگرانه والدین خود را الگو قرار می دهند. گوشه گیری، انزوای اجتماعی و مشکلات درسی نیز از جمله دلایل اصلی ارجاع این کودکان است. کودکان آزار دیده مراجعان راحتی نیستند، اعتماد کمتری دارند و بسیار سخت دوست می شوند. این کودکان ممکن است سؤال هایی را بپرسند و سؤال های خود را تکرار کنند. نوعی احساس وحشت و عدم اعتماد نسبت به بزرگسالان در آنها به چشم می خورد و این موضوع امر مراقبت و ایجاد امنیت را برای آنها دشوارتر می کند. گاهی درک اینکه والدین آنها مهربان هستند بسیار دشوار است.

در اینجا به راهبردهای کلی مشاوره‌ی کودکان آزار دیده اشاره می کنیم:

۱. مشاور باید وضعیت مراقبتی کودک را مورد بررسی قرار بدهد.
۲. استفاده از تصویرسازی ذهنی می تواند در ایجاد نگرش مثبت کودک نسبت به خود و زندگی کمک بکند.
۳. داشتن ظاهر خوب بدنی و همین طور اعتماد به نفس را در تعامل های کلامی و غیر کلامی تشویق کنید.

۴. بازی درمانی می تواند به این کودکان برای تغییر احساسات و افکار کمک کند.

۵. کودکان آزار دیده‌ی جنسی به توجه، همدلی و حمایت بیشتری از سوی مشاور احتیاج دارند. چون این کودکان فکر می کنند که به هر حال به نوعی باعث تحریک حمله شده اند و مقصر بوده اند، ممکن است احساس گناه بکنند و به همین علت نتوانند در مورد مشکل راحت حرف بزنند. آزار جنسی باعث می شود که این کودکان احساس بی ارزشی بکنند. سؤال و جواب های پس از حادثه، فشار روانی را بیشتر می کند و چون فکر می کنند که باعث ناراحتی و سردرگمی والدین شده اند و یا باعث شده اند تا فردی دیگر به زندان بیفتد، احساس گناه کرده و آسیب می بینند. در چنین شرایطی، گوش دادن همدلانه، درخواست تصریح واژه ها و بیان غیر کلامی بسیار مفید است.

۶. شیوه های ویژه مانند کتاب درمانی، ایفای نقش، بازی درمانی و مشاوره‌ی گروهی ممکن است با توجه به میزان رشد کودک مفید باشند. قرار دادن کودک آزار دیده‌ی جنسی در جریان درمان، به ویژه اگر مدت زمان زیادی از حادثه نگذشته باشد باید با دقت و مراقبت ویژه انجام شود چون ممکن است کودک به علت تنش هایی که دارد نتواند همکاری نماید.

۷. کودکان به اطلاعاتی در مورد رفتارها، لمس کردن های مناسب و نامناسب نیاز دارند و باید در مورد شخصی بودن و خصوصی بودن بعضی قسمت های بدن خود اطمینان پیدا کنند. می توان به آنها گفت که رفتار جنسی یا تنبیه بزرگسالان در مورد آنها کار درستی نبود. از آنجا که رشد شناختی کودکان و درک آنها از مسایل محدود است، به منظور کاهش اضطراب کودک می توان پیرامون موضوع از برنامه های آموزشی به شکل ایفای نقش، کتاب های رنگی، عروسک بازی، فیلم های کوتاه، فیلم های سینمایی استفاده کرد. در این روش ها بهتر است از واژه های روشن و علنی استفاده نشود، بلکه بهتر است از واژه هایی از قبیل لمس کردن مناطق خصوصی و شخصی استفاده کرد. این برنامه ها برای آموزش جنسی تعیین و طراحی نشده اند اما اطلاعات و راهبردهای خوبی برای مقابله با موقعیت های خطرناک ازایه می کنند.

۸. جرأت آموزی با تأکید بر گفتن «نه!» و از عهده‌ی موقعیت خطرناک بر آمدن ضروری است. اقدامات لازمی که کودک باید در شرایط خطرناک انجام بدهد کدام ها هستند؟ این اقدامات عبارت اند از کارهایی همچون تلفن زدن به فرد آشنا (در شرایط شروع خطر مانند موقعی که والدین شروع به خوردن مشروب می کنند یا خسونت را بیش از حد ادامه می دهند)، ایفای نقش در

مورد این شرایط می تواند مفید باشد.

۹. کودک را تشویق کنید تا به محض آنکه در موقعیت سوء استفاده قرار می گیرد، با شخصی تماس بگیرد. بزرگسالانی که کودک را مورد آزار قرار می دهند، تأکید می کنند که موضوع را به کسی نگویند و این راز را نزد خود نگه دارند. کودکان باید دقیقاً بدانند که چه اسراری را باید به دیگران بگویند و چه اسراری را برای خود نگه دارند.

۱۰. مشاوران باید در کار با کودکان مورد آزار قرار گرفته، به موضوع اعتماد توجه خاصی بکنند. نظریه پردازان رشدی تأکید می کنند که کودکان باید برای زندگی بهتر نسبت به مردم و ارتباط با مردم اعتماد داشته باشند. با این حال از منابع گوناگون به این کودکان گفته می شود که «اعتماد نکنید!». این موضوع کودک را

دچار تعارض می کند.

۱۱. ریتکن (۱۹۹۲) خاطر نشان می سازد که برخی از الگوهای درمانی برای کودکان آزار دیده نامناسب و حتی زیان بار است. او به بعضی از مؤلفان اشاره کرده و می گوید توجه اصلی مشاور باید به حرف های مراجع باشد. پیروی لفظ به لفظ از کتاب های درسی را کنار بگذارید. ریتکن روش ترکیبی درمان را توصیه می کرد. از مفیدترین شیوه های مشاوره که مشاوران می توانند در مورد کودک آزاری مورد استفاده قرار بدهند عبارت اند از: خیال پردازی هدایت شده، خواب مصنوعی، کشف و آشکار سازی احساسات، نامه نویسی، خاطر نویسی، بازسازی شناختی برای اصلاح پیام های تعریف شده، شیوه ی صندلی خالی و هنر درمانی.

زیر نویس ها:

1. child abuse
2. child neglect
3. Moeller / Backmann
4. Johnson
5. Harvard Mental Health Letter
6. Kurtz
7. The Third National Incidence Study of Child Abuse and Neglect
8. Committee on Child Abuse and Neglect and committee on Children with Disabilities
9. Sullivan & Knutson
10. Sobsey / Randall & Parrila
11. Kauffman
12. negative reinforcement trap
13. Internalizing
14. Externalizing
15. Burrell / Thompson & Sextan
16. respite care
17. Orelive / Hollahan / & Myles
18. Breckbill & Karmen

منابع:

- American Academy of Pediatrics; Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children With Disabilities (2001). Assessment of maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics*, 108, 508-512.
- Breckbill, J., & Carmen, S. (1999). Support for families and children with special needs. *Caring*, 18, 6-8,10.
- Burrell, B., Thompson, B., & Sexton, D. (1994). Predicting child abuse potential across family types. *Child Abuse & Neglect*, 18, 1039-1049.
- Kauffman, J. M. (2001). *Characteristics of emotional and behavioral disorders of children* (7th ed.). NJ: Prentice Hall.
- Kvam, M. H. (2000). Is sexual abuse of children with disabilities disclosed? A retrospective analysis of child disability and the likelihood of sexual abuse among those attending Norwegian hospitals. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1073-1084.
- Orelive, F. P., Hollahan, D. J., & Myles, K. T. (2000). Maltreatment of children with disabilities: training needs for a collaborative response. *Child Abuse & Neglect*, 24, 185-194.
- Sobsey, D., Randall, W., & Parrila, R. K. (1997). Gender differences in abused children with and without disabilities. *Child Abuse & Neglect*, 21, 707-720.
- Sullivan, P. M., & Knutson, J. F. (2000). Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect*, 24, 1225-1273
- Thompson, C. L., & Rudolph, L. B. (2000). *Counseling Children* (5th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.

