

اعتیاد والدین و کودک آزاری

دکتر علیرضا جزایری

روان شناس بالینی، استادیار گروه

روان شناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

چکیده:

قرون متمادی است که جهان درگیر بیماری اجتماعی عظیمی به نام «کودک آزاری» است. خشونت به کودکان و نوجوانان، به عنوان پدیده ای اجتماعی، مورد توجه گروه کثیری از متخصصان قرار گرفته است. روان شناسان، روان پزشکان، مددکاران، مشاوران، خانواده درمانگران، پزشکان اطفال - حقوق دانان ... همگی دست اندرکار تدوین راهکارهایی هستند تا بتوان با این پدیده مقابله و مبارزه نمود. پژوهش های روان شناختی گسترده ای، چه در باب نظری و چه در باب عملی، درباره این پدیده اجتماعی انجام گرفته است. به طور مثال، مقایسه طبیعت پرخاشگری در انسان با حیوانات، چگونگی تمایلات پرخاشگرانه در انسان و دلایل آن، میزان شیوع انواع پرخاشگری از گونه فعالیت هایی است که شاید متخصصان را به ریشه شناسی و تبیین راه کارهای مقابله راهنمایی کند. تلاش های فردی، خانوادگی، اجتماعی سازمان های بین المللی، گروه های غیردولتی و قانونی همگی تأکید بر این مطلب دارند که حفاظت کودکان از خشونت، چه به صورت جسمی یا روانی، و چه غفلت ورزی، اجتماعی، تحصیلی، حرفه ای و سایر گونه های آزار، می تواند متضمن سلامت سازی یکی از ارکان بهداشت روانی اجتماع باشد. آسیب پذیری این کودکان خصوصاً در برابر بیماری های روانی، اعتیاد و سایر آسیب های اجتماعی کاملاً تحقیق شده و مشخص است. تحقیق حاضر کوششی به منظور مروری بر کلیه دیدگاه های نظری در حیطه های مختلف همه گیرشناسی، تشخیص و سبب شناسی آزار از دیدگاه خانواده، عوارض روانی آزار، عوارض فیزیکی و پیشگیری و درمان است. واژه شناسی: کودک آزاری - خشونت نسبت به کودکان.

کلید واژه: اعتیاد، کودک آزاری، خانواده معتاد، خشونت.

مقدمه

خشونت، پرخاشگری در ضعیف‌ترین اشکال آن با نابودسازی انسان‌ها به طور گسترده و در عرصه اجتماعی، پدیده‌ای است که ذهن بسیاری از افراد را در حوزه‌های مختلف علوم به خود مشغول کرده است. پژوهش‌های روان‌شناختی گسترده‌ای در باب مقایسه طبیعت پرخاشگری در انسان و حیوان، تمایلات پرخاشگرانه در انسان و دلایل آن، میزان شیوع انواع پرخاشگری و مانند آن صورت گرفته و تلاش شده است تا به تبیین پرخاشگری با استفاده از دیدگاه‌های مختلف و چگونگی مقابله با آن پرداخته شود. به نظر می‌رسد که این پدیده، حوزه‌ای است که در آینده نیز تلاش‌های فردی، خانوادگی، ملی و بین‌المللی بسیاری را در جهت شناسایی علل و چگونگی تعدیل و کنترل آن برانگیزد. در این میان، خشونت به کودکان، به دلایل متفاوت، از حساسیت خاصی برخوردار است و پژوهش‌های بسیاری را دامن زده است. یکی از زمینه‌هایی که در این باره مطرح است کودک آزاری^۱ است. این مقاله بر آن است تا مروری تحلیلی و نقدگونه، هر چند اجمالی و نارسا، در این حوزه بکند.

تعاریف

تعریف دقیق «آزار» فریبنده و دستیابی به آن دشوار است. آنچه بعضی افراد آزار تلقی می‌کنند، برخی دیگر مراقبت طبیعی و قابل قبول می‌دانند. کودک آزاری مجموعه پیچیده‌ای از رفتارهای والدین و پاسخ‌های کودک، و یک پدیده چند جانبه شخصی، خانوادگی و جامعه‌شناسی است (لودویگ^۲ و کورنبرگ^۳، ۱۹۹۲ به نقل از نوروزی ۷۱-۷۲).

تعاریف متفاوتی از کودک آزاری به وسیله سازمان‌ها، دولت‌ها، نهادها و یا پژوهشگران صورت گرفته است. هر یک از این تعاریف با هدف خاص تحقیقاتی یا خدمات دهی به فرد یا گروه ارائه شده است.

در تعریف عمومی کودک آزاری، بر حضور جراحات غیرتصادفی در نتیجه ضربه جسمانی یا قصور مراقبت کنندگان در حفظ و حمایت کودکان تأکید می‌شود. بنابراین، کودک آزاری جسمی^۴ با اشاره مستقیم‌تر به شرایط صدمه فیزیکی به کودک و، به طور غیرمستقیم، هر گونه قصور و غفلت در ارضای نیاز به حمایت شدن کودک را (مواردی مثل زندگی کودک، سلامتی و بهداشت او)

! .Child Abuse

! .Ludwing

! .Kornberg

! .Physical Child Abuse

در برمی‌گیرد. در تعاریف قانونی، وزن تعریف بر پیامدهای آشکار آزار است تا به هدف عمده تضمین حداقل استانداردهای اجتماعی مراقبت از کودک کمک کرده باشد (ولف^۱، ۱۹۸۷).

گرین^۲ (۱۹۸۹) کودک آزاری را به طور کلی چنین تعریف می‌کند: «کودک مورد آزار کودکی است که کمتر از ۱۶ سال سن دارد و والدین یا سرپرست قانونی او: الف) آسیب جدی به کودک وارد می‌آورند یا اجازه چنین کاری را می‌دهند؛ ب) خطر واقعی جدی برای کودک ایجاد می‌کنند یا اجازه چنین کاری را می‌دهند؛ و ج) عملی از اعمال آزار جنسی، طبق تعریف قانون جزایی، علیه کودک مرتکب می‌شوند یا اجازه ارتکاب آن را به دیگری می‌دهند. گذشته از تعاریف عمومی و کلی، هر یک از انواع کودک آزاری نیز به طور جداگانه معرفی شده‌اند.

کمپ^۳ و کمپ (۱۹۷۸، به نقل از نوروزی، ۷۱-۷۲) آزار جسمی را چنین تعریف می‌کنند: «عمل زیان آور جسمی در مورد کودک که معمولاً با آسیب وارده مانند کبودی، سوختگی، ضربه به سر، شکستگی، جراحات شکمی یا مسموم کردن مشخص می‌شود. آسیب وارده مستلزم توجه پزشک است (خواه کودک آن را دریافت کند یا نکند).

بنتویسم^۴ (به نقل از نوروزی، ۷۱-۷۲) خشونت بدنی را چنین توضیح می‌دهد: «عملی که با قصد یا قصد تلویحی ایجاد درد یا آسیب به کودک در خانواده اعمال می‌شود. خشونت طبیعی شامل موارد شایع سیلی، هل دادن، سقلمه زدن و ضربه به نقاطی از بدن است که غالباً به عنوان جزء قابل قبول یا طبیعی تربیت کودکان تلقی می‌شود. خشونت آزارنده شامل اعمال خطرناکی از خشونت است که قابلیت بالقوه آسیب رساندن به شخص در آن بالا است، مانند مشت و لگدزدن، گازگرفتن، خفه کردن، کتک زدن، تیرزدن، کارد زدن یا تهدید به زدن تیر یا کارد.

نکته مهم در اینجا، همچنانکه که بلامبرگ^۵ (۱۹۸۱) خاطر نشان کرده، قائل شدن تفاوت بین تنبیه بدنی و انضباط از یک سو و آزار از سوی دیگر است. اولی عمدی اما در جهت منافع کودک توجیه شده است. دومی غالباً، از نظر شدت خشونت اعمال شده، غیرارادی است و می‌تواند با جراحات هایی و آسیب‌هایی چون شکستگی، پارگی، سوختگی درجه سوم، خونریزی جمجمه‌ای یا حتی قتل آشکار شود.

! .Wolfe

! .Green

! .Kempe

! .Beneterism

! -Blumberg

اگر چه تمایز بین انضباط و آزار - چنانکه که بلامبرگ بدرستی به آن اشاره کرده است - ضروری می‌نماید، اما ابهامی که در اینجا باقی می‌ماند آن است که چگونه می‌توان مرز بین این دو را مشخص کرد؟ از آنجا که تعریف انضباط، خشونت و آزار در افراد، خانواده‌ها و فرهنگ‌ها و نیز در زمان‌های مختلف بسیار متفاوت است، نکته قابل تعمق آن است که این مرز نیز بسیار سیال و قابل تغییر است. این امر یکی از زمینه‌های دشواری پژوهش در این حوزه محسوب می‌شود که در ادامه به آن بیشتر اشاره خواهد شد.

در تعریف آزار جنسی^۱ کمپ و کمپ (۱۹۷۸)، به نقل از نوروزی، (۷۱-۷۲) آورده‌اند که وارد کردن کودکان و نوجوانان - و البته از نظر رشدی نابالغ - در فعالیت‌های جنسی که کاملاً قادر به درک آن نیستند و نمی‌توانند رضایت خود را اعلام کنند، و یا وارد کردن آنها در فعالیت‌های جنسی که تابوهای اجتماعی نقش‌های خانوادگی را بر هم می‌زند. به معنای دقیق‌تر، کودک آزاری جنسی به معنای بهره‌کشی کودکان نابالغ از راه مزاحمت جنسی مانند زنا، تعرض و تجاوز است. این کودکان بهره‌کشی می‌شوند، زیرا آزار جنسی باعث خدشه دار شدن کنترل معین رشدی آنها بر بدن و ترجیح شرکای جنسی بر اساس مساوی با افزایش بلوغ می‌شود، خواه با عملی واحد، آشکار و احتمالاً خشونت آمیز توسط غریبه باشد و خواه با اعمال زنا با محارم به زور یا به نحوی دیگر که غالباً چندین سال هم ادامه می‌یابد.

گرین (۱۹۸۹) در تعریف بی‌توجهی^۲ (غفلت) می‌نویسد: «کودک مورد بی‌توجهی کودکی کمتر از ۱۸ سال قرار می‌گیرد که در اثر عدم توفیق والدین یا سرپرست قانونی او در تهیه حداقل مراقبت‌های لازم، دچار آسیب شده است، یا کودکی کمتر از ۱۸ سال که والدین یا سرپرست قانونی او را ترک کرده باشند». بلامبرگ (۱۹۸۱) در این باره می‌نویسد که بی‌توجهی شامل محرومیت از غذا، لباس، مسکن یا مراقبت پزشکی برای شخص کمتر از ۱۸ سال است. ولف (۱۹۸۷) در مورد بی‌توجهی آورده است که عبارت است از هر گونه قصوری که در فراهم کردن تغذیه، پوشاک، مسکن، مراقبت بهداشتی، آموزش و به طور کلی رشد و پیشرفت کودک صورت گیرد.

در اینجا، ملاحظه می‌شود که تا چه حد تعریف بی‌توجهی می‌تواند طیف محدود یا گسترده‌ای را دربرگیرد. از جمله سؤال‌هایی که در این قسمت مطرح می‌شود این است که آیا سوء تغذیه کودک را می‌توان محرومیت او در تغذیه دانست؟ آیا زندگی در مکانهای نامناسب، استفاده از

!-Sexual Abuse

!-Neglect

پوشاک نامناسب، جلوگیری کودک از رفتن به مدرسه در سطوح مختلف نوعی قصور در الزامات زندگی کودک تلقی نمی‌شود؟

و بالاخره، در تعریف یکی از مشکل‌ترین انواع کودک آزاری عاطفی / روانی، بنتویسم (۱۹۸۷)، به نقل از نوروزی، (۷۱-۷۲) می‌نویسد: «آزار عاطفی عبارت است از ویران کردن منظم احساس لیاقت کودک». و در تعریف لیاقت آورده است که لیاقت، توانایی کارکرد در زمینه‌های اجتماعی است. ولف (۱۹۸۷) در این مورد می‌نویسد که بد رفتاری عاطفی اشاره به رفتاری است که مراقبت کننده کودک موجب کاهش عزت نفس، ایجاد اضطراب و سایر مسائل هیجانی کودک می‌شود. واکر^۱، کیفمان^۲ و بورنر^۳، ۱۹۸۷، به نقل از نوروزی، (۷۱-۷۲) می‌نویسد که تعریف آزار عاطفی بسیار مشکل اما شامل استفاده بیش از حد از تهدیدهای کلامی، ریشخند کردن، عبارات تحقیر آمیز، جملات نکوهیده و تهدید علیه شخص خردسال به حدی است که عواطف کودک و سلامت روانی او به خطر افتد.

قبلاً تصور می‌شد که آزار بدنی و بی‌توجهی همراه با حضور دست کم مقداری آزار عاطفی است، اما عکس آن نیز ممکن است همیشه صادق نباشد. امروزه روشن شده است که وجود آزار عاطفی در تمامی موارد دیگر کودک آزاری محرز است. امکان آزار عاطفی بیشمار است و چون زخمی دیده نمی‌شود ممکن است به آن توجهی نشود. عباراتی مثل «احمق»، «سربار»، «نفرت انگیز» آزارهایی است که به صورت کلامی اعمال می‌شود (کمپ و کمپ، ۱۹۸۷؛ به نقل از نوروزی، ۷۱-۷۲).

ولف می‌نویسد که اگر چه شواهد صدمه فیزیکی به کودک یک عامل تعریفی اساسی باقی می‌ماند، اما تأکید بیشتر بر شرایط و طبیعت عمل (برخلاف پیامدها) و در تمایز سوء استفاده است. جدا از پیامدهای جسمی کودک آزاری، دانشمندان علوم اجتماعی به تلویحات اجتماعی - روان‌شناختی بد رفتاری در تحول کودک توجه کرده‌اند. ثبت کردن طبیعت روان‌شناختی بد رفتاری - نظیر شدت، مزمن بودن یا جدی بودن تجربه قربانی شدن کودک - دشوارتر و صدمه‌زننده‌تر از جراحات جسمانی به کودک ارزشیابی شده است. اگر چه تعریف اجتماعی - روان‌شناختی غالباً قابل مقایسه کامل با موقعیت قانونی نیست اما دارای پارامترهای مشترکی است. تعریف اجتماعی - روان‌شناختی کودک آزاری بر طبیعت فرایند اجتماعی شدن تأکید دارد، امری که فرصت استفاده از خشونت را به مثابه وسیله‌ای برای کنترل بین فردی و حل مسأله فراهم

! Walker

! Keafman

! Bornner

می‌کند. طبق این دیدگاه، کودک آزاری می‌تواند نوعی آشفتگی شدید در فرزند پروری تلقی شود که باید گفت ضرورتاً یک اختلال فردی یا آشفتگی روان‌شناختی نیست. در پایان این قسمت، به طور خلاصه می‌توان گفت که تعریف انواع کودک آزاری برحسب اهداف و دیدگاه‌های مختلف متفاوت است. چنانچه هدف، کمک رسانی دولت یا سازمان‌ها و یا امور قضایی مطرح باشد، طبیعتاً تعریف قانونی ارجحیت دارد و قانون بر موارد آشکار قابل اثبات تکیه می‌کند. به عبارت دیگر، پیامدهای قابل مشاهده و تعریف شده مطمح نظر هستند. البته، تعریف قانونی نیز در جوامع مختلف و با علل متفاوت فرق می‌کند. اما در صورتی که اهداف پژوهشی و تبیینی مطرح باشند، دامنه تعریف می‌تواند گسترده‌تر شود و موارد وسیع‌تری را دربرگیرد.

همه‌گیرشناسی

کاربرد تعریف‌های مختلف هم بر تخمین و شیوع و هم بر نتایج تأثیر می‌گذارد. تعاریف آزار عبارت از بی‌توجهی وسیع، مبهم و دوپهلواست. یکی از ابهامات مربوط به سن تقویمی مورد نظر است که مثلاً در مورد تخمین آزار جنسی می‌تواند نوسان‌های زیادی در شیوع ایجاد کند. اگر تعریف محافظه کارانه‌ای به کار رود، رقم به طور کلی بزرگ نیست. اگر تعریف گسترده‌تر شود و تنبیه بدنی به هر شکل آن را شامل شود رقم بزرگی به دست می‌آید. در صورتی که بی‌توجهی به آن اضافه شود رقم بزرگتری به دست می‌آید و اگر آزار عاطفی هم افزوده شود، باز هم رقمی بزرگ تر به دست می‌آید. این نکته در مورد آزار جنسی هم صادق است. موارد مستند و گزارش شده حاکی از آمیزش جنسی مکرر است. با این حال، اگر نوازش و انواع دیگر رفتارهای جنسی اضافه شود، رقم بزرگتری به دست خواهد آمد. بعضی از انجمن‌ها و مراکز، همه موارد بروز آزار بدنی، جنسی، عاطفی و بی‌توجهی را به نام بدرفتاری با کودک یکجا مطرح می‌کنند تا آمار را زیاد نشان دهند. از طرف دیگر، برخی از آمارها با تعداد بروز آزار سروکار دارند و برخی دیگر با تعداد کودکان مورد آزار. بدیهی است از آنجا که عضی از کودکان به طور مکرر مورد آزار قرار گرفته‌اند، رقم اول بسیار بزرگتر است.

براساس گزارش انجمن انسانی امریکا^۱ (۱۹۸۴؛ به نقل از ولف، ۱۹۸۷)، نیمرخ ترکیبی از بدرفتاری‌های گزارش شده از سال ۱۹۷۶ تا ۱۹۸۲ الگوی نسبتاً ثابتی را آشکار کرد: ۶۴ درصد این کودکان تحت شرایط بی‌توجهی بودند. حدود ۲۵ درصد قربانیان صدمه جسمی بودند که خود شامل دو دسته شدید و خفیف بود. کودک آزاری جنسی از ۳٪ در سال ۱۹۷۶ تا ۷٪ در سال ۱۹۸۲

افزایش یافته بود. ۱۷ درصد کل گزارش ها بدرفتاری عاطفی را شامل می شده است. بسیاری از کودکان بیش از یک شکل بدرفتاری را تجربه کرده بودند.

طبق گزارش پروژه سیستم جهانی داده‌های کودک آزاری و بی‌توجهی به کودکان (NCANDS)^۱، که در سال ۱۹۹۸ منتشر شد، در آمریکا به طور تقریبی در حدود ۳ میلیون کودک در سال ۱۹۹۶ طی تماس با مراکز خدمات اجتماعی و خدمات حمایتی از کودکان موارد مورد آزار قرار گرفتن را گزارش کردند.

ارقام نشان می‌دهند که در گزارشی که در سال ۱۹۹۵ در آمریکا منتشر شد، کودکان به شکل‌های مختلف مورد آزار قرار گرفته بودند. نتیجه این گزارش نسبت انواع کودک آزاری را این گونه آورده است .

۲۵٪ غفلت،

۲۴٪ آزار جسمی،

۱۲٪ آزار جنسی،

۶٪ آزار عاطفی،

۳٪ غفلت در زمینه‌های درمان^۲،

۱۴٪ سایر اشکال بدرفتاری.

کاپلان^۳ و سادوک^۴ (۱۹۹۱)، براساس گزارش مرکز ملی کودک آزاری و بی‌توجهی (۱۹۸۸) در آمریکا، یافته‌های ذیل را گزارش می‌دهند: بیش از یک میلیون کودک در سال ۱۹۸۶ در آمریکا مورد آزار یا غفلت قرار گرفته‌اند؛ بیش از نیمی از موارد مورد آزار و نیمی مورد غفلت بوده‌اند؛ آسیب‌های متوسط پایدار در ۷۲ درصد موارد گزارش شده است؛ موارد قابل شمارش آزار از ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۶، ۶۶ درصد افزایش یافته است که نشان از افزایش معنی‌دار دارد؛ بروز آزار عاطفی و غفلت تغییر پایداری نشان نداده است؛ دو تا چهار هزار مورد مرگ سالانه ناشی از کودک آزاری و بی‌توجهی در آمریکا وجود دارد؛ در هر سال، ۱۵۰ تا ۲۰۰ هزار مورد جدید کودک آزاری گزارش می‌شود. احتمالاً درصد قرار گرفتن واقعی بیشتر کودکان در معرض آزار و بدرفتاری، ناشناخته باقی می‌مانند.

! .National Child Abuse and Neglect Data System

! .Medical Neglect

! .Kaplan

! .Sadoch

ولف (۱۹۸۷) گزارش می‌دهد که سن قربانیان اغلب بسیار کم است. بی‌توجهی، بویژه در زمان سن کم کودک، گزارش شده است. اگرچه بدر رفتاری جنسی و عاطفی در سنین بالاتر - یعنی سن مدرسه و نوجوانی - رخ می‌دهد، آزار جسمی در تمام گروه‌های سنی دیده می‌شود، اما بیشتر در کودکان بزرگتر بین ۱۲-۱۷ ساله دیده می‌شود. او ادامه می‌دهد که، پسران و دختران، بجز آزار جنسی، به یک میزان مورد آزار جسمی و غفلت قرار می‌گیرند. از نظر نژادی نیز ولف می‌نویسد که، در سیاه‌پوستان، بی‌توجهی بیشتر و آزار فیزیکی و جنسی کمتر است در حالی که، در سفیدپوستان، آزار جنسی یا ترکیبی از آزار جسمی و بی‌توجهی بیشتر دیده می‌شود.

فینکل هور^۱، هوتالینگ^۲، لوئیس^۳ و اسمیت^۴ (۱۹۹۰) در پژوهش زمینه‌یابی خود که در مورد ۱۱۴۵ مرد و ۱۴۸۱ زن در سن ۱۸ سالگی - که دارای سابقه دیدن آزار جنسی در دوره کودکی بوده اند - ملاحظه کردند که ۲۷ درصد زنان و ۱۶ درصد مردان به نحوی مورد قرار گرفته اند. سن متوسط آزارشدگی مردان ۹/۹ و در زنان ۹/۶ سال بود. بیشتر مردان از غریبه‌ها و بیشتر زنان از اعضای خانواده خود آزار جنسی دیده بودند. هر دو گروه گزارش کردند که افراد آزار دهنده عمدتاً مردان بوده‌اند.

داده‌هایی که از ۴۳ ایالت آمریکا به دست آمد، نشان داد که در حدود ۷۷ درصد از موارد مرتکبان کودک آزاری والدین هستند؛ ۱۱ درصد از سایر اقوام، و تنها ۲ درصد از مرتکبان آزار و غفلت کودکان از افراد دیگر نظیر دیگر مراقبان کودک بوده اند.

باگلی^۵ و کریستوفر^۶ (۱۹۹۰) نیز در پژوهش زمینه‌یابی گذشته‌نگر خود در مورد ۷۵ زن (بین سنین ۱۸-۲۷ سال) و با در اختیار داشتن یک گروه ۷۵ نفره در هر سن انجام دادند، دریافتند که ۲۲/۵ درصد ۱۸-۱۹ ساله‌ها، در مقایسه با ۳۳/۱ درصد ۲۰-۲۷ ساله‌ها، آزار جنسی بالاتر از سن ۱۶ سالگی به خاطر دارند.

وایت گیل^۳ و پیترز^۴ (۱۹۸۹) در بررسی^۴ مطالعه شیوع آزار جنسی در کودکان بحث می‌کنند که چگونه تفاوت در روش‌های تحقیق و ویژگی‌های نمونه در نرخ شیوع و تفاوت آن اثر می‌گذارد. به نظر آنها، عواملی که باعث این تفاوت می‌شوند عبارتند از: ۱- استفاده از مصاحبه‌های

! .Finkelhor

! .Hotaling

! .Lewis

! .Smith

! .Bagley

! .Christopher

! . Wyatt Gail

رودررو، نسبت به پرسشنامه‌ها، نرخ شیوع بیشتری را نشان می‌دهد؛ ۲- سؤالات چند بعدی برای پرسش درباره انواع خاص سوء رفتارهای جنسی نرخ شیوع بیشتری را موجب می‌شوند؛ ۳- تفاوت در دامنه سنی آزمودنی‌ها نیز در نرخ شیوع اثر حتمی دارد. آنها می‌نویسند که شیوه‌های نمونه‌گیری، مکان مورد مطالعه، سطح تحصیلات آزمودنی‌ها و ترکیب اخلاقی نمونه بر یافته‌های شیوع اثری نداشته‌اند.

واکر و همکاران (۱۹۹۸) به نقل از نوروزی، (۷۱-۷۲) می‌نویسند که دختران بیشتر قربانی آزار جنسی هستند در حالی که پسران در معرض آزار جسمی قرار دارند. در مورد آزار کلامی، یافته‌ها متناقض هستند. ارقام آزار جنسی در کودکان در تمام گزارش‌ها در زنها بیشتر از مردان است. آنها می‌نویسند که مرکز ملی کودک آزاری و غفلت (۱۹۸۱) گزارش کرده که آزار جسمی در سنین بسیار کم (۲ سال و کم تر) فراوان است و با افزایش سن کم می‌شود؛ آزار جنسی در سنین کم فراوانی کمتری دارد، اما از حدود ۶ سالگی به طور قابل توجهی افزایش می‌یابد. این مرکز در سال ۱۹۸۸ اعلام کرد که بروز کلی بدرفتاری با افزایش سن افزایش می‌یابد.

البته، کودکی که تحت آزار و بدرفتاری قرار می‌گیرد هر چه کم سن تر باشد، آسیب‌پذیرتر است. آمار زیر نشان دهنده سنینی است که کودک بیشتر قربانی آزار قرار می‌گیرد.

سن قربانی	درصد قربانیان بدرفتاری
کمتر از یکسال	٪۶/۷
۱ تا ۴ ساله	٪۲۵
۵ تا ۱۱ ساله	٪۴۱/۶
۱۴ تا ۱۸ ساله	٪۲۴/۹

در ایران، در مطالعه ابراهیمی قوام (۶۹-۷۰) سن شروع آزار جنسی (در ۵۰ آزمودنی) از ۴ تا ۱۴ سال گزارش شده است. در ایران و در مطالعه نوروزی (۷۱-۷۲) ۴۳ درصد کل آزمودنی‌ها و ۶۱ درصد موارد آزار، نوعی آزار جسمی را متحمل شده بودند. در این مطالعه، کل آزمودنی‌ها ۹۶۹ نفر بود. در این پژوهش، غفلت، آزار عاطفی و آزار جنسی در دخترها به طرز معنی‌داری بیشتر از پسرها گزارش شده است، ولی آزار جسمی در دو جنس تفاوت معنی‌داری نداشت.

سوگار^۱ (۱۹۹۰) نتیجه‌گیری کرد که بدرفتاری در مدرسه با جنبه‌های عاطفی، جسمی، جنسی و غفلت همراه است. ولی فراوانی و اثرات رشدی دراز مدت آن بررسی نشده است. به آزار کلامی و عاطفی مطمئناً کمتر اشاره می‌شود ولی بسیار اتفاق می‌افتد. آزار جنسی توسط معلم‌ها هم نادر نیست و در هر سطح و در هر مدرسه‌ای، حتی در مذهبی‌ترین آنها، ممکن است اتفاق بیفتد. غفلت تحصیلی در مدارس نیز زیاد است.

تشخیص

واکرو همکاران (۱۹۸۸، به نقل از نوروزی ۷۱-۷۲) می‌نویسند که مشاهده مستقیم آزار یا دستکاری متغیرهای مستقل برای روندمطالعه غیرممکن است. در نتیجه، مصاحبه، آزمون‌های روان‌شناختی و موقعیت‌های جاری تربیت کودک برای جمع‌آوری اطلاعات به کار می‌رود. به دلیل تازگی این حوزه، وسایل روان‌شناختی اندکی برای این منظور طراحی شده است. ابهام‌های موجود باعث می‌شوند که حتی پرسش‌ها در مصاحبه یا رفتارهایی که باید مورد مشاهده سازمان یافته قرار گیرد، مشخص نباشد. سرانجام، این که به نظر نمی‌رسد که کودک آزاری پدیده‌ای واحد باشد. به طور کلی، استفاده از مصاحبه، آزمون‌های فرافکن و پرسشنامه‌ها برای کودکان و والدین شیوه‌های معمول ارزیابی هستند.

کمپ و کمپ (۱۹۸۷، به نقل از نوروزی ۷۱-۷۲) یکی از راه‌های تشخیص و نزدیک شدن به موضوع را مشاهده علایمی می‌دانند که کودک از خود نشان می‌دهد. راه دیگر مشاهده رفتار بزرگسالان مراقبت‌کننده از کودک است. در همین زمینه، کاپلان و سادک (۱۹۸۸، ترجمه پورافکاری) مشاهده علایم را وسیله مهمی برای تشخیص کودک آزاری می‌دانند. آنها می‌نویسند که اگر چه کودک قربانی، غالباً نشانه‌های آشکاری از آزار دیدن را ندارد، ولی قراین جسمی جزئی متعددی از محرومیت هیجانی و گاهی تغذیه‌ای، مورد غفلت و آزار واقع شدن نشان می‌دهد. کودک قربانی بدرفتاری معمولاً به نزد پزشک یا بیمارستان خصوصی برده می‌شود و سابقه عدم رشد، سوء تغذیه، ضعف بهداشت پوست، تحریک پذیری، کناره‌گیری و سایر نشانه‌های بی‌توجهی روانی و جسمی دارد. کودکانی که مورد آزار شدیدتری قرار می‌گیرند معمولاً در مراکز فوریت بیمارستانها و با قراین آشکار بدرفتاری مثل ضرب دیدگی، پارگی، خون‌مردگی، ساییدگی یا سوختگی ظاهر می‌گردند. ناتوانی برای حرکت دادن اندام‌ها به علت دررفتگی و شکستگی همراه با نشانه‌های عصبی آسیب‌داخلی مجموعه‌ای نیز می‌تواند نشانه‌ای از ضربات عمدی باشد. ضربه‌های شکمی ممکن است به پارگی‌های غیرقابل توجه معده، روده، کبد یا پانکراس با تظاهرات شکمی حاد

منجر شود. کودکان قربانی بدرفتاری شدیدتر ممکن است در حال اغما یا تشنج به مطب یا بیمارستان منتقل شوند، برخی نیز تا رسیدن به پزشک، جان خود را از دست داده‌اند.

کاپلان و سادوک (۱۹۹۱) تشخیص آزار جنسی در کودکان را نیز بسیار دشوار می‌یابند. به نظر آنها، برخی از موارد ادعا شده دروغ است. درصد بیشتری از موارد قابل اثبات نیست. بسیاری از پژوهش‌ها شتابزده و توسط ارزیابهای بی‌تجربه انجام یافته‌اند. مخصوصاً ارزیابی آزار جنسی ادعا شده کودکان پیش‌دبستانی، به دلیل عدم بلوغ رشد شناختی، بسیار دشوار است.

وانگ^۱ (۱۹۸۷)، به نقل از نوروزی، (۷۱-۷۲) در این باره می‌نویسد یکی از راه‌های پژوهش درباره آزار جنسی کودکان خردسال کاربرد عروسکهای واقعی و نقاشی است. در مورد کودکان خردسال، مشکل جدی برای تحقیقات، توانایی کلامی و شناختی محدود آنان است. البته، در مورد اعتبار و روایی این شیوه پژوهش‌های بسیار کمی انجام شده است. به دست آوردن توانایی کلامی نسبی، مصاحبه با کودکان، روش اصلی تحقیقات است. با این حال، سوء استفاده از تکنیک‌های بازجویی ممکن است بر شهادت کودک اثر بگذارد و به نتایج غلطی منجر شود.

لوریک و کورنبرگ (۱۹۹۲)، به نقل از نوروزی، (۷۱-۷۲) می‌نویسند که، در برخی موارد، کودکان به ترغیب یکی از والدین، تعرض جنسی واقع نشده‌ای را در دعوی حضانت شرح می‌دهند. همچنین کودکان می‌توانند در ادراکات خیالپردازانه بزرگسالان در اتهام زدن شریک شوند. بالاخره، کودک نیز مثل بزرگسالان ممکن است، براساس بیماری روانی خود، گزارش نادرستی در مورد آزار جنسی یا آزارهای دیگر بدهد. با این حال، ادعاهای آزار جنسی کودکان اغلب موثق هستند.

علت شناسی

روابط و الگوهای خانوادگی

در این قسمت، ویژگی‌های مختلف خانواده و تعامل‌های خانوادگی مؤثر بر کودک آزاری و غفلت که در پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند، بررسی می‌شود. فینکل هور و بارون^۲ (۱۹۸۶) در مرور تعدادی از زمینه‌یابی‌هایی که در مورد آزار جنسی صورت گرفته‌اند، تفاوت‌های خانوادگی براساس طبقه اجتماعی یا نژاد نیافته‌اند. اما مطرح می‌کنند که مطالعات اجتماعی در این مورد نشان می‌دهند که خطر آزار جنسی در کودکانی بیشتر است که ۱- بدون یکی از والدین اصلی خود زندگی می‌کنند؛ ۲- مادر به علت شاغل بودن، ناتوانی یا بیماری، در دسترس کودک نیست؛

! .Wong

! .Baron

۳- کودک گزارش می‌دهد که ازدواج مادرش ناشاد یا پر از تعارض است؛ ۴- کودک رابطه ضعیفی با والدین دارد و یا در معرض انضباط تنبیهی شدید است ۵- ناپدری دارد.

کاپلان و سادوک (۱۹۸۸)، ترجمه پورافکاری) می‌نویسند که بیش از ۸۰ درصد کودکان آزار دیده مطالعه شده با والدینی که رسماً ازدواج کرده بودند می‌زیستند و تقریباً ۲۰ درصد فقط با یکی از والدین زندگی می‌کردند. آنها ادامه می‌دهند که والدین این کودک آزار توقعات نامتناسبی از فرزندان خود دارند و، در واقع، وارونگی نیازهای تابعیت در کار است. یعنی پدر و مادر به گونه‌ای با کودک رفتار می‌کنند که انگار کودک بزرگتر از آنهاست، پدر یا مادر غالباً برای به دست آوردن اطمینان، پرورش، آرامش و محافظت به کودک روی می‌آورد و انتظار واکنشی محبت‌آمیز دارد. نود درصد چنین والدینی خود قربانی آزار جسمی از جانب پدر یا مادر خود بوده‌اند. آزار جنسی معمولاً به دست مردها صورت می‌گیرد، هر چند زنها نیز بتنهایی یا هماهنگ با مردها در آزار جنسی کودکان درگیر بوده‌اند.

کمپ (۱۹۷۸، به نقل از نوروزی، ۷۱-۷۲) می‌گوید که کودک آزاری در خانواده‌هایی که خویشاوندی دیگری با آنها زندگی می‌کنند کمتر شایع است. در این خانواده‌های گسترده، کودکان می‌توانند از محبت بزرگسالان بیشتری برای مراقبت و محافظت خود برخوردار شوند. کاپلان و سادوک (۱۹۹۱) عوامل پر خطر برای آزار جنسی در کودک را، زندگی کودک در منزل تک والدی، تضاد زناشویی، پیشینه آزار جسمی و افزایش آزار جنسی عنوان کرده‌اند.

لورویگ و کورنبرگ (۱۹۹۲، به نقل از نوروزی، ۷۱-۷۲) می‌نویسند که خصوصیت آسیب روانی در خانواده کودکان آزار دیده مثل جمعیت عمومی است، پس این خصوصیت در بیشتر موارد کمک کننده نیست. عوامل اجتماعی و فرهنگی هستند که به آزار منجر می‌شوند. انزوای خانواده عامل خطر مهمی است. آثار مواد مخدر و الکل نیز خطر آزار جنسی و جسمی را شدیداً افزایش می‌دهند. فینکل هورد و همکاران (۱۹۹۰) در پژوهش زمینه‌یابی گسترده خویش نشان دادند که نرخ زیاده‌تر آزار جنسی در خانواده‌های ناشاد و در افرادی یافته شده است که برای مدتی تنها با مادرانشان زندگی کرده بودند و آموزش جنسی ناکافی داشته‌اند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سوء مصرف مواد توسط والدین یکی از عمده‌ترین عوامل آزار و بی‌توجهی در حق کودکان است. با انجام پژوهش‌های روز افزون، ارتباط بین مشکلات والدین در زمینه مواد یا الکل و بدرفتاری با کودکان به طور فزاینده‌ای آشکار می‌شود. این مشکل در مورد کودکان تک والد شدیدتر است. سه چهارم (۷۱/۶٪) متخصصان بهزیستی کودکان از سال ۱۹۸۶ تاکنون، اعتیاد والدین را از اولیه‌ترین علل بدرفتاری با کودکان عنوان کرده‌اند.

اکثر متخصصین بهزیستی کودکان (۷۹/۶٪) گزارش می‌کنند که اعتیاد والدین حداقل با نیمی از موارد کودک آزادی در ارتباط است. ۳۹٪ این متخصصان معتقدند که اعتیاد والدین در ۵۷٪ موارد عامل بد رفتاری با کودکان بوده است. در امریکا، تقریباً ۱۴ میلیون بزرگسال مبتلا به سوء مصرف الکل هستند و در حدود ۱۲ میلیون نفر از داروهای غیر مجاز - مثل ماری جوانا، کوکایین، داروهای استنشاقی، هرویین و استفاده غیر پزشکی از داروهای روانپزشکی - استفاده می‌کنند. بیشتر از ۶/۶ میلیون کودک زیر ۱۸ سال با خانواده‌های الکلی‌شان زندگی می‌کنند و بیشتر از این تعداد، کودکانی هستند که در خانواده‌های سوء مصرف کننده مواد زندگی می‌کنند.

پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که یک چهارم کل کودکانی که دچار مشکلاتی در رفاه و بهزیستی خود هستند، دارای خانواده‌های معتاد به مواد و الکل هستند (Ropenske & Howard). مطالعه دیگر این آمار را در حدود ۴۰ درصد نشان داده است (کمیتة ملی پیشگیری از کودک آزاری، ۱۹۹۷). بارنارد^۱ (۱۹۸۹) شواهدی را مورد بحث قرار می‌دهد که دال بر زنا با نزدیکان و تجاوز در بین الکلی‌هاست و بروز آن در مقایسه با غیرالکلی‌ها بیشتر است.

پژوهش‌های اخیر ارتباط نیرومند بین وابستگی به مواد و الکل در والدین و کودک آزاری و بی‌توجهی به کودکان را نشان می‌دهند. در حدود ۴۰ درصد کودکانی که قربانی خشونت و سوء رفتار بوده‌اند، دارای والدین و مراقبینی بوده‌اند که وابستگی به الکل و مواد مخدر داشته‌اند. به علاوه، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که سوء مصرف الکل و مواد توسط والدین از عمده علل شهرت آزار عاطفی و بی‌توجهی به کودکان نیز به شمار می‌رود. در این میان، نقش بی‌توجهی والدین الکلی یا معتاد بسیار حابز اهمیت است. کودکانی که در خانواده‌های الکلی یا معتاد زندگی می‌کنند، بیشتر از جمعیت عمومی کودکانی در معرض مسمومیت و جراحت هستند. الکل و سایر مواد مخدر باعث می‌شود والدین کمتر روی رفتارها و تکانه‌های خود کنترل داشته باشند، رفتارهای بازدارنده کمتری داشته باشند و، در نتیجه، رفتارهای آزارگرانه بیشتری انجام دهند.

بالتون^۲ و مک ایچ رن^۳ در بحث از خطر خانواده‌های تک والدی در زمینه بد رفتاری کودکان، نقش بحران طلاق و بی‌ثباتی روان‌شناختی را در این مورد مطرح می‌کنند (۱۹۸۶). خانواده‌هایی که تحت تأثیر الکلیسم هستند سطوح بالاتر از تعارض را نسبت به خانواده‌های غیرالکلی نشان می‌دهند. سوء مصرف الکل یکی از نخستین عوامل دخیل در آشفتگی‌های خانوادگی است. محیط

! .Barnard

! .Bulton

! .Maceachrom

کودکانی که خانواده‌های الکلی دارند، دارای این خصوصیات است: فقدان مهارت‌های فرزند پروری، کاهش مدیریت در خانه، فقدان مهارت‌های ارتباطات در خانواده.

پیرس^۱ (۱۹۸۷) در بررسی گزارش‌های بالینی و پژوهشی درباره زنانی پدر - پسر، الگوهای خانوادگی را مطرح می‌کند که به این شرح اند: الف) خانواده‌های همجنس‌باز؛ ب) خانواده‌های کودک سوء مصرف مواد و الکل همچنین روی جنین مادران باردار تأثیر می‌گذارد. مثلاً مادرانی که در دوران بارداری الکل مصرف می‌کنند ممکن است کودکی به دنیا بیاورند که مبتلا به نشانگان جنین الکلی (FAS)^۲ باشد. در غرب، از هر ۱۲۰۰۰ (دوازده هزار) نوزادی که در سال با علائم ناتوانی هوش به دنیا می‌آیند، ۴۰۰۰ مورد مبتلا به FAS هستند. کودکان این خانواده‌ها که تحت آزار فیزیکی شدید قرار گرفته‌اند اغلب علائم اختلال فشار روانی (استرس) پس از آسیب^۳ یا اختلال تجزیه‌ای از خود نشان می‌دهند. بین مصرف کوکائین و خشونت و بدرفتاری جنسی با کودکان ارتباط اختصاصی وجود دارد.

در مطالعه تریکت^۴ و ساسمن^۵ (۱۹۸۸)، الگوهای فرزند پروری خانواده‌هایی را که کودکانشان مورد آزار جسمی قرار می‌گیرند با خانواده‌های نرمال مقایسه کردند که این گروه با گروه اول از نظر طبقه اجتماعی و ویژگی‌های جمعیت شناختی معادل بودند. تحلیل‌ها نشان داد که والدین گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل، از فرزندان خود کمتر رضایت داشتند و فرزند پروری را دشوارتر و با لذت کمتر درک می‌کردند. سبک زندگی انزواطلبانه‌ای برای خود و فرزندان‌شان ایجاد کرده بودند و خشم و تعارض بیشتری را در خانواده گزارش کردند.

والدینی که الکل یا مواد مخدر مصرف می‌کنند و کودک خود را مورد آزار قرار می‌دهند اغلب دارای این خصوصیات هستند، این والدین، اغلب، در کودکی از راهنمایی صحیح محروم بوده‌اند، همچنین الگوی مناسبی برای الگوپردازی مثبت و مناسب نداشته‌اند، یا در انزوا زندگی کرده‌اند. شمار زیادی از این والدین به افسردگی، اضطراب و عزت نفس ناچیز دچار هستند. آنها در جوی از فشار روانی و تعارضات خانوادگی زندگی می‌کنند. در پژوهش واترز^۶، پاری^۷، کاپلان و بیتز^۱ (۱۹۸۹) نیز

! .Piers

! .Foetus Alcahol Syendrom

! .P. T. S. D

! .Trickett

! .Susman

! .Watters

! .Parry

کودک آزاری در خانواده‌هایی شایع بود که فرزندان از والدین جدا شده بودند. ضمن آنکه کودکان مادر بسیار جوان بیشتر مورد بی‌توجهی قرار گرفته بودند. بدین ترتیب، عامل خطر در بی‌توجهی و سن کم ازدواج مطرح شده است.

ولف (۱۹۸۷) می‌نویسد که خانواده‌های آزار دهنده خانواده‌هایی هستند که در آنها تعادل معمول بین تعامل‌های مثبت و منفی به وجود نیامده است. لازم به ذکر نیست که والدین طبیعی، در مقایسه با افراد دیگر - مثل وابستگان، والدین رضاعی و سرپرستان کودک - کودکان را کمتر مورد آزار جنسی قرار می‌دهند و بیشتر نسبت به آنها بی‌توجهند. نوروزی (۷۱-۷۲) در پژوهش خود، بی‌توجهی را بیشتر در کودکانی یافته است که با نامادری یا پدر بتنهایی زندگی می‌کنند. آمرمان^۲ و همکاران (۱۹۸۸) نیز عوامل سهیم در خطر زیاد کودک آزاری و بی‌توجهی در کودکان با معلولیت چندگانه را چنین بر می‌شمرد: ۱- گسیختگی دلبستگی مادر - کودک، ۲- فشار روانی عمدتاً مرتبط با مشکلات نیازهای مراقبانه و رفتار دشوار، ۳- آسیب‌پذیری افزایشی مربوط به محدودیت‌های ارتباطی یا شناختی.

در نتیجه‌گیری از عوامل خانوادگی مؤثر بر کودک آزاری، می‌توان به چند عامل خطر اشاره کرد: خانواده‌های تک‌والدی، وجود نامادری یا ناپدیری، ازدواج در سنین کم، تعارض و ناسازگاری‌های والدین و انحرافات جنسی، سختگیری‌های شدید و الگوهای غلط فرزند پروری.

شرایط اجتماعی و اقتصادی

ولف (۱۹۸۷) می‌نویسد که به نظر می‌رسد کودک آزاری و بی‌توجهی به واسطه شرایط محیطی، بویژه موقعیت اجتماعی و اقتصادی، تعدیل می‌شود. موقعیت اجتماعی و اقتصادی ضعیف، که نوعاً به خانواده‌ای اطلاق می‌شود که درآمد پایین‌تر از خط فقر است، مشاغل دون پایه و آموزش و تحصیلات سطح پایین، متغیرهای نیرومندی با پیامدهای منفی در تحول کودکان محسوب می‌شوند. تحقیقات بسیاری (پلتون، ۱۹۸۷، NCCAN، ۱۹۸۱) رابطه بین بدرفتاری با کودکان و فقر را نشان داده‌اند. فینکل هور (۱۹۸۵). به نقل از نوروزی، (۷۱-۷۲) می‌نویسد که آزار جسمی و جنسی در طبقات پایین اجتماعی بیشتر واقع می‌شوند، اگر چه ممکن است در هر طبقه‌ای نیز روی دهد.

واکر و همکاران (۱۹۸۸)، به نقل از نوروزی، (۷۱-۷۲) گزارش می‌کنند که به گفته مرکز ملی کودک آزاری و بی‌توجهی در سال ۱۹۸۸، درآمد کم عامل خطر معنی‌داری برای بدرفتاری است

! .Bates

! .Ammerman

ولی ارتباط معنی‌داری بین بروز بدرفتاری و نژاد یا قوم کودک وجود ندارد. لورویگ و کورنبرگ (۱۹۹۲)، به نقل از نوروزی، (۷۱-۷۲) نیز معتقدند که کودک آزاری به نژاد، مذهب، سطح تحصیلی یا گروه اجتماعی - اقتصادی معینی محدود نیست، ولی بسیاری عقیده دارند که فقرا و زنانی که بتهنایی در منزل با کودکان خردسال خود زندگی می‌کنند در همه نژادها بیشتر در خطر کودک آزاری هستند.

کوکی^۱ و همکاران (۱۹۹۲) بر این باورند که فشارهای روانی که خانواده با آن مواجه می‌شود به مسأله در حال رشد کودک آزاری کمک می‌کند. فقر یکی از عوامل کمک کننده است. فشارهای روانی همراه فقر (مانند ترتیب زندگی پرجمعیت، پول محدود برای غذا، مسکن، لباس، رفاه و حمل و نقل) خطر آزار را افزایش می‌دهد. آنها می‌نویسند که در کامرون اغلب زندهای قربانی آزار جنسی (۵/۵۷) ساکن نواحی پایین شهر بودند.

کاپلان و سادوک (۱۹۸۸)، ترجمه پورافکاری) نیز می‌گویند که اکثر کودکان آزار دیده از خانواده‌های فقر برآمده‌اند و خانواده‌های آنها معمولاً از نظر اجتماعی منزوی هستند. فارنیگتون^۲ (۱۹۸۶) در بحثی درباره فشار (استرس) اجتماعی و رابطه آن با خشونت خانوادگی مطرح می‌کند که هنجارهای اجتماعی نیرومند در جامعه آمریکا رابطه بین استرس، ناکامی و رفتار خشن را تشویق می‌کنند. به نظر او، به دلیل استرس فزاینده در خانواده‌های امریکایی، مشروعیت خشونت نیز در جامعه آمریکا به طور فزاینده افزایش خواهد داشت. واندر^۳ (۱۹۹۰) در بحثی درباره نقش اجتماع در وقوع، شناسایی و پیشگیری از سوء رفتار با کودکان نکاتی را مورد بحث قرار می‌دهد که عبارتند از: ۱- حمایت اجتماعی در برابر انزوای اجتماعی در کاهش بدرفتاری با کودکان مؤثر است؛ ۲- طبقات اجتماعی و اقتصادی پایین با سوء رفتار با کودکان رابطه دارند؛ ۳- نوع ارزشهای اجتماعی - فرهنگی حاکم بر جامعه و نیز ۴- کنش‌وری روان‌شناختی والدین از جمله عوامل در خور تأمل این مسأله اند و ۵- نقش مدارس نیز در این زمینه قابل بررسی است.

کانتریل^۴ و همکاران (۱۹۹۰) در بررسی خود درباره ۱۱۴ زن ۱۵ تا ۱۷ ساله، عوامل فرایند اجتماعی - اقتصادی و خانوادگی را در این زمینه واریسی کردند. یافته‌ها حاکی از این امر بود که موقعیت استخدامی والدین با استفاده از روش‌های خشن در حل تعارض به طور معناداری همبسته است. خانواده‌هایی که پدر آنها شاغل نبودند، گزارش بیشتری نسبت به خانواده‌های دارای پدر

! .Koki

! .Farrington

! .Vondra

! .Cantrell

شاغل در فرزند آزاری از سوی پدر داشتند، اما منبع درآمد در این پژوهش با استفاده از روش های خشن همبسته نبود.

باگلی و کرسیتوفر (۱۹۹۰) نیز در پژوهش خود روبرو شدن آزمودنی ها با رسانه های نوشتاری و تصویری درباره آزار جنسی کودکان را با شیوع فزاینده کودک آزاری جنسی همراه می دانند. به نظر آنان، تغییر در جو ارزشی منعکس شده از سوی رسانه ها ممکن است در کاهش شیوع کودک آزاری جنسی نقش داشته باشد. نوروزی نیز (۷۱-۷۲) در پژوهش خود در ایران گزارش می کند که آزار جسمی در افراد دارای وضع مالی بد بطور معناداری بیشتر بوده است.

بدین ترتیب، از یافته های تحقیق های مختلف می توان چنین نتیجه گرفت که کودک آزاری با شرایط اجتماعی - اقتصادی رابطه دارد. بدیهی است که این رابطه لزوماً ارتباط علی مستقیم را نشان نمی دهد بلکه در تبیین کودک آزاری به مثابه پدیده ای چندوجهی نقش مهمی ایفا می کند. در این میان عمدتاً می توان به فقر و درآمد کم خانواده و جامعه، بیکاری پدر، تحصیلات کم، زندگی در نواحی پرجمعیت و متراکم، موقعیت اجتماعی انزوا طلبانه خانواده، فشارهای روانی و بحرانهای اجتماعی و نوع ارزشهای فرهنگی - اجتماعی حاکم بر جامعه، بویژه تجلی آن در رسانه ها، اشاره کرد. مجموعه این عوامل می تواند، از طریق ایجاد ناکامی، خشم، انزوای اجتماعی و سقوط ارزشهای اخلاقی، منجر به پیامدهای گسترده روان شناختی - اجتماعی از جمله کودک آزاری در معنای وسیع آن بشوند.

عوارض روان شناختی قربانیان کودک آزاری

هریس^۱ و آمرمان (۱۹۸۶) گزارش می کنند که افسردگی والدین غالباً با مشکلات تحصیلی و اجتماعی و سلامت روانی فرزندان آنان و نیز بی توجهی به کودکان همراه است. براساس گزارش NCANDS، سوء مصرف مواد مخدر از جمله عوامل برجسته در پیدایش پدیده آزار و غفلت از کودکان است. اگر چه NCANDS هنوز داده های آماری در دسترسی ارائه نکرده است، ولی چیزی که کاملاً واضح است این است که وابستگی والدین به مواد، به توانایی والدین در ارضای نیازهای کودکان - از جمله مراقبت، راهنمایی، آموزش انضباط و نیازهای مربوط به سن کودک - تأثیر منفی شگرفی می گذارد.

آمرمان و همکاران (۱۹۸۶) در پژوهشی درباره موارد کودک آزاری و بی توجهی دریافتند که این کودکان دارای نقایصی در کنش وری هوشی و تحصیلی هستند؛ همچنین اختلالاتی از قبیل افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی، پرخاشگری و مشکلات سلوک نشان می دهند. برخی از

کودکان در چنین محیط‌هایی، اختلالات رفتاری از خود نشان می‌دهند و تشخیص اختلال سلوک دریافت می‌کنند. گاهی مشکلات رفتاری کودک، که به علت زندگی در چنین محیطی ایجاد شده است، خود باعث افزایش بدرفتاری با کودک می‌شود و این چرخه بیمار گونه ادامه می‌یابد. کودکانی که دارای والدین معتاد هستند، بیشتر از سایر کودکان در معرض ابتلا به الکلیسم و سوء مصرف مواد هستند. در واقع، این کودکان آسیب‌پذیرترین گروه کودکان در مقابل ابتلا به اعتیاد به الکل و مواد مخدر هستند. برابری^۱ و رانتز^۲ (۱۹۹۰) در پژوهش رابطه بین نوع آزار و پیامدهای آن در بزرگسالی نشان دادند که آزار عاطفی با عزت نفس کم، آزار جسمانی، پرخاشگری به دیگران و آزار جنسی با رفتار جنسی ناسازگارانه در بزرگسالی همبسته است. کودکان والدین الکلی، بیشتر از دیگران گرایش به احساس شکست، عزت نفس کم و درگیر بودن با افسردگی و اضطراب دارند (فرزندان الکلی‌ها، ۱۹۹۲).

دیر یا زود، اکثر این کودکان تسلیم الگویی می‌شوند که والدین به آنها ارائه کرده‌اند. احتمال زیادی هم دارد که به سوء مصرف کنندگان مواد تبدیل شوند و اگر مورد آزار قرار گرفته باشند، احتمالاً در آینده فرزندان خود را مورد آزار قرار خواهند داد (پیشگیری از کودک آزاری، ۱۹۹۶). مالینوسکی^۳ و هنسن^۴ (۱۹۹۳) اثرات کودک آزاری جسمی را در بزرگسالی بررسی کرده‌اند. آنها می‌نویسند: «افرادی که به اعمال پرخاشگرانه و خشن دست می‌زنند به نسبت گروه مقایسه احتمالاً در دوران کودکی بیشتر مورد آزار قرار گرفته‌اند. عکس این رابطه نیز برقرار است. همین مطالب در مورد خشونت در خانواده نیز صدق می‌کند. قریب به ۳۰ درصد قربانیان بهره‌کشی از فرزندان خود نیز بهره‌کشی می‌کنند. سوء استفاده کنندگان از مواد، به نسبت جمعیت عادی، آزار جسمی بیشتری را گزارش می‌کنند. از بسیاری از مطالعات چنین برمی‌آید که بر مبنای کودک آزاری در دوران کودکی می‌توان انواع متفاوت رفتار صدمه زدن به خود و خودکشی را پیش‌بینی کرد. به نظر می‌رسد علایم روانپزشکی فراوانی نظیر جسمانی کردن، اضطراب، افسردگی، خصومت، افکار پارانوئیدی، روان‌پریشی و تجزیه شخصیت در بیماران بستری شده با کودک آزاری جسمی دوران کودکی ارتباط دارد» (به نقل از طاهر پور، ۱۳۷۳).

!-Briere

!-Runtz

!-Malinosky

!-Hanses

ویدام^۱ (۱۹۸۹) در پژوهشی ۹۰۸ مورد کودک آزاری و بی‌توجهی، که در فاصله ۱۹۶۷ تا ۱۹۷۱ در سنین ۱۱ ساله یا پایین‌تر به دادگاه مراجعه کرده بودند را به آزمون کشید. موارد بر تعیین حدود رفتار مجرمانه خشن و در بزرگسالی پیگیری شدند و با ۶۶۷ نفر در همان گروه سنی مقایسه گردیدند. آزمودنی‌های هدف، نرخ بالاتری در مجرمیت و توقیف برای دفاع‌های خشونت‌آمیز داشتند.

در خانواده‌های الکلی چنین مشکلاتی بیشتر دیده می‌شود: افزایش تعارضات خانوادگی، خشونت‌های فیزیکی یا عاطفی، کاهش بهم پیوستگی خانوادگی، کاهش سازمان‌دهی خانوادگی، افزایش انزوای خانواده، افزایش فشارهای روانی خانواده از قبیل مشکلات کاری، بیماری، مشکلات زناشویی و مشکلات اقتصادی. خانواده‌های معتاد اغلب در ایجاد ساختار و نظم و ترتیب در خانه مشکل دارند. اما در این خانواده‌ها انتظارات از فرزند به طور غیرمنطقی و فراتر از حد توانایی کودک، آن هم در زمینه‌های مختلف، وجود دارد. پسران مردان معتاد بیشتر از سایر پسران تکالیف سخت و زیان‌آوری در زمینه انضباط دریافت می‌کنند. در مطالعه‌ای، از فرزندان کسانی که به نوعی از مشکلات روانپزشکی رنج می‌برند با فرزندان کسانی که سوء مصرف کننده الکل بودند، نشان داد که اختلال‌های ADHD و ODD در فرزندان والدین الکلی به میزان بیشتری مشاهده می‌شود.

در یک مطالعه، نشان داده شد که ۷۹٪ نوجوانانی که از خانه فرار کرده‌اند و بی‌خانمان هستند، مصرف الکل را در خانواده خود گزارش می‌کنند. ۵۴٪ از آنان مصرف مواد مخدر را در خانواده گزارش کردند. کودکانی که والدین معتاد دارند بیشتر از سایر کودکان علائم افسردگی، و اضطراب و سایر بیماری‌های روانپزشکی و آشفتگی‌های روانی - اجتماعی از خود نشان می‌دهند. مطالعه نشان داد که در نمونه‌ای از کودکان که در بیمارستان روانپزشکی بستری بودند، ۵۰ درصد این کودکان دارای والدین معتاد بودند. فرزندان والدین الکلی، از مشکلات رفتاری نظیر فقدان همدلی با دیگران، کاهش بسندگی اجتماعی و توانایی سازگاری بین فردی، همچنین عزت نفس کم و فقدان کنترل بر محیط رنج می‌برند. فرزندان والدین معتاد از لحاظ عملکرد تحصیلی و کارایی در مدرسه، نسبت به سایر کودکان، به طور معناداری ضعیف‌تر هستند.

بروان^۲ و فینکل هور (۱۹۸۶) اثرات سوء رفتار جنسی را در کودکان بررسی کردند و، حداقل در بخشی از قربانیان، واکنش‌های ترس، اضطراب، افسردگی، خشم، خصومت، پرخاشگری و رفتار نامناسب جنسی را مشاهده کردند. اثرات دراز مدت گزارش شده مکرر شامل افسردگی و رفتار خود

!-Widome

!.Browne

مخرب، احساس انزوا، عزت نفس ضعیف، اشکال در اعتماد به دیگران، تمایل به دوباره قربانی شدن، سوء استفاده از مواد و ناسازگاری جنسی هستند. انواع کودک آزاری جنسی که به نظر می‌رسد بیشترین صدمه را دارد تجاربی هستند که در برگیرنده تصاویر پدر، تماس جنسی و زور و فشار می‌باشند. اثرات مدت زمان فراوانی آزار، سن شروع، گزارش کودک از حمله و واکنش والدین را نیز باید در نظر گرفت.

کانینگهام^۱، پیرس^۲ و پیرس (۱۹۸۸) همراهی تاریخچه کودک آزاری جنسی و شکایات پزشکی آنها در بزرگسالی را آزمون کردند. آزمودنی‌های دارای تاریخچه‌ای از آزار جنسی در دوران کودکی به طور معنی‌داری شکایات فراوان‌تری در بسیاری از مشکلات پزشکی داشتند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که اثرات منفی بدرفتاری با کودکان و همچنین سوء مصرف الکل در والدین با بزرگ شدن کودک از بین نمی‌رود. این افراد در بزرگسالی نیز در کنار آمدن با مشکلات و برقراری ارتباط سالم با دیگران ناتوانند. فینانگر^۳ (۱۹۸۸) نیز اثرات هیجانی درازمدت تجربه شده زانی را که در کودکی مورد آزار جنسی قرار گرفته بودند، بررسی کرد. یافته‌ها حاکی از آن بودند که آزمودنی‌ها اثرات هیجانی مرتبط با تجارب کودکی خود را حفظ کرده بودند و گسترده‌ترین اثرات زمانی آشکار شد که قربانیان به وسیله فردی قابل اعتماد که کاملاً مورد شناخت آنها بود، مورد آزار قرار گرفتند.

نوروزی (۷۲-۷۱) گزارش می‌دهد که در پژوهش خود میانگین افسردگی کسانی که آزار عاطفی دیده‌اند به طور معنی‌داری بیشتر از سایر آزمودنی‌هاست. همچنین آزمودنی‌هایی که از غریبه‌ها آزار دیده بودند افسردگی بیشتری داشتند. همبستگی نمره افسردگی با شدت کتک خوردن در حال حاضر و نیز در گذشته معنی‌دار بود. افسردگی در سطح معنی‌داری با وارد شدن به کاری غیراخلاقی و نیز کار اجباری همبستگی مثبت داشت، ولی با کار غیرقانونی همبستگی نشان نداد. نمره بی‌توجهی با نمره همه انواع آزارها و توصیف‌ها همبستگی مثبت معنی‌دار دارد. مورد اخیر نشان می‌داد که تمامی اشکال کودک آزاری معمولاً با بی‌توجهی همراه است. بنابراین، ملاحظه می‌شود که پیامدهای روان‌شناختی کودک آزاری ابعاد بسیار وسیعی دارد. این پیامدها نه تنها کنش وری شناختی کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بلکه کنش وری عاطفی او را نیز متأثر می‌سازند. عوارض گسترده‌ای - مثل اضطراب، افسردگی، اعتیاد، بزهکاری و شکایت متعدد جسمانی - از جمله پدیده‌هایی هستند که آینده این کودکان را مورد تهدید قرار می‌دهند.

! .Cunningham

! .Peare

! .Feinager

پیشگیری و درمان

کاپلان و سادوک (۱۹۸۸)، ترجمه پورافکاری) برنامه‌های پیشگیری و درمان کودک آزاری را در چند مورد خلاصه می‌کند: (۱) حتی الامکان از جدایی والدین و کودک پیشگیری شود: (۲) از جای دادن کودکان در مؤسسات جلوگیری نمایند؛ (۳) والدین به مراقبت شخصی از کودکان تشویق شوند؛ (۴) خانواده برای به دست آوردن خودکفایی تشویق شوند؛ و (۵) در صورت لزوم، کودک از خانواده جدا شود. از طرف دیگر، لزوم آموزش دست اندرکاران بهداشتی درمانی برای کشف بموقع موارد و تأمین خدمات برای خانواده‌های تحت فشار در پیشگیری از وقوع مسأله مطرح می‌شود.

آنها ادامه می‌دهند که طرح درمانی باید در مورد کودک و والدین اجرا شود. در مورد کودک طرح مداخله مبتنی بر ارزیابی موارد زیر مطرح می‌شوند، (۱) عوامل مسؤوَل آسیب شناسی روانی (سایکوپاتولوژی) والدین، (۲) پیش آگهی کلی دستیابی والدین به مهارت‌های پدر و مادری، (۳) زمان دستیابی به تغییرات با معنی در توانایی پدر و مادر برای نقش مربوط، (۴) مشخص کردن حدود اختلال والدین در مورد یک کودک یا بیشتر، (۵) تعیین حاد یا مزمن بودن اختلال عملکرد والدین، (۶) تعیین وسعت اختلال عملکردی مادر با شیرخواران در مقایسه با کودکان بزرگتر، (۷) علاقمندی والدین به شرکت در برنامه مداخله، (۸) فراهم بودن افراد و امکانات برای به انجام رساندن روش‌های مختلف مداخله، (۹) و خطر آزار جسمی بیشتر از کودک در صورت ماندن در خانه.

در مورد والدین، (۱) کاهش توقعات از مادر تا حد توانایی او، (۲) کاهش تأثیر روانی مضر عوامل اجتماعی بر والدین، (۳) کاهش توقعات از مادر تا حد توانایی او، (۴) تأمین حمایت هیجانی و آموزش در امر بچه‌داری و (۵) حل کردن یا کاستن از تعارضات روانی درونی والدین مطرح می‌شود. وقتی که خانواده‌ای سوء مصرف کننده مواد یا الکل است و از طرفی کودک خود را مورد بدرفتاری قرار می‌دهد، باید هر دو شکل - یعنی کودک آزاری و سوء مصرف - را با هم مورد توجه قرار داد و در درجه اول، باید برای ایمنی کودک چاره‌ای اندیشید. کودکانی که دارای والدین الکلی یا معتاد هستند، در صورتی که از حمایت‌های اجتماعی افرادی مانند سایر مراقبان، سایر اقوام و معلمان برخوردار باشند، بهتر می‌توانند با فشار های روانی ناشی از زندگی با این والدین مقابله کنند. پیشگیری برای خانواده‌های وابسته به الکل یا مواد - که کودکانشان در معرض بدرفتاری

قرار دارند - ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- آموزش برای کلیه کودکان، نوجوانان و بزرگسالان کم سن و سال‌تر؛
- ایجاد زمینه امکان دسترسی مستقیم به خدمات حمایتی برای کودکان دارای والدین سوء مصرف کننده مواد یا الکل، پیش از این که کودک مورد بدرفتاری و خشونت قرار گیرد؛

- آموزش شیوه‌های فرزند پروری و آموزش‌های پیشگیرانه و حمایتی برای همه زوجیهایی که صاحب فرزند شده‌اند؛

- ایجاد گروه‌های خودیار و سایر خدمات حمایتی برای کلیه والدینی که تحت فشار روانی قرار دارند و نیز برای تمام قربانیان آزار و بدرفتاری؛

- آموزش کلیه کسانی که با کودکان و خانواده‌ها کار می‌کنند از جمله معلمان، ارائه دهندگان خدمات، پزشکان متخصص زایمان، پزشکان متخصص کودکان، کارکنان بخش‌های اورژانس و فوریت‌ها.

این آموزش‌ها باید در زمینه درک ارتباط سوء مصرف مواد یا الکل توسط والدین و بدرفتاری و خشونت با کودکان باشد. برنامه‌های گروه درمانی، احساس شرم و انزوا، و احساس گناه کودکانی را که با والدینی الکی زندگی می‌کنند، کاهش می‌دهد. برخی از کودکان بهتر به درمان پاسخ می‌دهند. این کودکان انعطاف‌پذیر دارای خصوصیتی هستند که آنها را به استفاده از مهارت‌های مقابله‌شان با مشکلات هدایت می‌کند. مهارت‌هایی از قبیل توالی در کسب توجه مثبت مردم، مهارت‌های ارتباطی کافی، هوش متوسط، نگرش مسؤولانه، میل به موفقیت و باور به اینکه می‌توانند به خودشان کمک کنند. وجود کسانی که بتواند به او در شکستن این حلقه کمک کنند، بسیار مهم است. به هر حال، متأسفانه بسیاری از کودکان قربانی والدین معتاد که مورد آزار قرار می‌گیرند در چرخه‌ای که والدینشان برای آنها ساخته‌اند، قرار خواهند گرفت. احتمالاً به والدینی آزارگر و سوء مصرف کننده تبدیل خواهند شد.

درمان سوء مصرف مواد و الکل در خانواده‌هایی که به این مواد وابسته‌اند، به خودی خود، باعث اتمام کودک آزاری نمی‌شود. حتی گاهی ممکن است فشار ناشی از ترک مواد باعث آزار بیشتر کودک شود. بنابراین، در طی درمان، در دسترس بودن منابعی برای کمک به والدین و کودک بسیار مهم است.

فارل^۱، هینس^۲ و دیویس^۳ (۱۹۹۸) در پژوهش خود درباره اثربخشی مداخله درمانی با ارزیابی قبل، بعد و پیگیری پس از سه ماه روی نشانه‌های PTSD و شاخص‌های اضطراب و افسردگی کودکان آزار جنسی دیده نتیجه می‌گیرند که تکنیک‌های رفتاری - شناختی می‌تواند رویکردی مؤثر برای کار با این گروه باشد.

! .Farrel

! .Hains

! .Davies

همچنانکه این پدیده را با ابعاد مختلف در نظر گرفتیم، بدیهی است که پیشگیری و درمان آن نیز قطعاً باید چند جانبه باشد و از ابعاد مختلف صورت گیرد. چنانچه کار با کودک، بهبود عملکرد والدین و مداخلات در سطح اجتماعی و در چهارچوب ملی و ارتقای فرهنگی جامعه به طور همزمان صورت گیرد، می‌تواند پیامدهای قابل قبول و مؤثری در پی داشته باشد.

ارزیابی

در پایان این بحث و در ارزیابی می‌توان اشاره کرد که ماهیت حساس مقوله کودک آزاری، اجرای پژوهش کنترل شده دقیق را مشکل می‌کنند. از طرف دیگر، ملاحظات اخلاقی مربوطه به حقوق افراد سبب می‌شود تا نتوان اطلاعات جامع و دقیقی از ابعاد گسترده کودک آزاری فراهم کرد. امکان مطالعات آزمایشی بطور کلی وجود ندارد، زیرا که نمی‌توان اجازه داد که آزار صورت گیرد. مطالعات پیش‌نگر طولی نیز، به دلیل طلب هزینه و وقت زیاد، بسیار اندکند. در نتیجه، بیشتر مطالعات به صورت پس‌نگر است و داده‌های پس از وقوع، گاه تا زمان طولانی، گردآوری می‌شوند. بنابراین، سوگیری‌های ناشناخته‌ای در آن وجود دارند. مسائل اخلاقی باز هم مانع از آن می‌شوند که نمونه‌های مصرف در دسترس پژوهشگران قرار گیرد. در برخی موارد، حتی اعتبار و روایی اطلاعات جای سؤال دارند. علاوه بر سوگیری نمونه‌ها، بسیاری از نمونه‌هایی مورد مطالعه کوچکند و مدارک اثبات کننده از مطالعه‌ای به مطالعه دیگر فرق می‌کنند. همچنانکه که در آغاز بحث اشاره شد، تعاریف آزار نیز بر حسب هدف و دیدگاه سازمانها و پژوهشگران بسیار متفاوتند. اشکال مختلف آزار و همراهی و همپوشی آنان با یکدیگر نیز مسأله را پیچیده‌تر می‌سازد. مشکلات تشخیص در گردآوری اطلاعات نیز بر مجموعه پیچیدگی‌ها افزوده می‌شود

با وجود تمامی این مشکلات، به دلیل اهمیت این پدیده زشت و غیرانسانی و ابعاد فزاینده آن، پژوهشگران تلاش کرده و می‌کنند تا این وضعیت را مورد بررسی قرار دهند. به نظر می‌رسد که تلاش در استفاده از اصطلاحات روشن و تعاریف متمایز، نمونه‌های مصرف و ابزار تشخیصی بتواند به در شناخت ابعاد مختلف این پدیده وخیم روانی - اجتماعی که تحول همه جانبه کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد، کمک کند

منابع

ابراهیمی قوام، صفرا (۶۹-۷۰)؛ **تعیین سطوح اضطراب و حرمت نفس در دانش آموزانی که مورد استفاده جنسی قرار گرفته‌اند**؛ پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. تهران: دانشگاه علامه طباطبایی.

طاهر پور، فیروزه (۱۳۷۳)؛ «**پیامدهای دراز مدت بهره‌کشی جسمی دوران کودکی**»؛ پژوهش‌های روان‌شناختی، ۵، دوره سوم شماره ۱ و ۲. تهران

کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین (۱۹۸۸)؛ **خلاصه روانپزشکی**؛ جلد چهارم. ترجمه دکتر نصرت الله پور افکاری (۱۳۶۸). تبریز: ذوقی.

نوروزی، فاطمه (۷۱-۷۲)؛ **بررسی میزان گزارش پیشینه کودک آزاری و بی‌توجهی با توجه به تفاوت‌های جمعیت‌شناختی و ارتباط آن با شدت افسردگی در دانش آموزان دبیرستانهای دولتی تهران**؛ پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران.

Ammerman, R. T.; Cassisi, J. E., Hersen, M; & Van Hasselt, V. B (۱۹۸۶).

“**Consequences of physical abuse and neglect in children**”. Clinical psychology Review, ۶ (۴), ۲۹۱-۳۱۰. abstract.

Ammerman, R. T.; Lubetsky, M. J., Hersen, M, & Van Hasselt, V. B.

(۱۹۸۸); “**Maltreatment of children & adolescent with multiple handicaps: five case example**” ; *Journal of the multihandicapped personal*, ۱ (۲), ۱۲۹-۱۳۹. abstract.

Bagley, & Christopher. (۱۹۹۰); “**Is the prevalence of child sexual abuse decreasing**” ?(Evidence from a random sample of ۷۵۰ young

adulwomen); *Psychological Reports*, ۶۶ (۳), ۱۰۳۷-۱۰۳۸.

Balton, F. G. & Mac Eachron, A. (۱۹۸۶); “**Assessing child maltreatment risk in the recently divorced parent-child relationship**” ; *Journal of family violence*, ۱ (۳), ۲۵۹. ۲۷۵. Abstract.

Barnad, C. P. (۱۹۸۹); “**Alcoholism & Sex abuse in the family**” : Incest and marital rape. Special Issue: Aggression, Family violence &

- chemical dependency»; *Journal of Chemical Dependency Treatment*, ۳ (۱). ۱۳۱-۱۴۴. Abstract.
- Blumberg, M. L. (۱۹۸۱); "***Depression in abuse and neglected children***"; *American journal of psychotherapy*. Vpl. XXXV. No. ۳. July, ۳۴۲-۳۵۵.
- Briere, J, & Runtz, M. (۱۹۹۰); "***Differential adult symptomatology associated with ۳ types of child abuse histories***"; *Child abuse & Neglect*, ۱۴ (۳). ۳۵۷-۳۶۴. Abstract.
- Browne, A. & Finkelhor, D. (۱۹۸۶); "***Impact of child sexual abuse: A review of the research***"; *Psychological Bulletin*, ۹۹ (۱), ۶۶-۷۷.
- Booth, R. E., & Zhang, Y. (۱۹۹۶); "***Severe aggression and related conduct problems among runaway and homeless adolescents***"; *Psychiatric Services*. ۴۷. ۷۵-۸۰.
- Children of Alcoholics Foundation. Inc. ۱۹۹۰; "***Children of alcoholics in the medical system: Hidden problems. Hidden costs***"; New york: *Children of Alcoholics Foundation, Inc.*
- Cantrell, P. J.; Carrico, M. F; Franklin, J. N; & Grubb, H. J. (۱۹۹۰); "***Violent tactics in family conflict relative to familial and economic factors***"; *Psychological Reports*, ۶۶ (۳, PT۱), ۸۲۳-۸۲۸. Abstract.
- Cunningham, J; Pearce, T; Pearce, P. (۱۹۸۸); "***Childhood, sexual abuse and medical complaints in adult women***"; *Journal of Interpersonal violence*, ۳ (۲), ۱۳۱-۱۴۴. Abstract.
- Dies. R. R. & Burghardt, K. (۱۹۹۱); "***Group interventions for children of alcoholics: prevention and treatment in the schools***"; *Journal of Adolescent Group Therapy* ۱ (۳): ۲۱۹-۲۳۴.
- El Guebaly, N. & Offord, D. R. (۱۹۹۷); "***The offspring of alcoholics: a critical review***"; *American journal of Psychiatry*. ۱۳۴:۴, ۳۵۷-۳۶۵.
- Eales, F., Reich, W., Jung, K. G., & Cloninger, C. R. (۱۹۹۸); "***Psychopathology in children of alcoholic and antisocial parents***"; *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, ۱۲: ۴۸۱-۴۸۷.

- Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (۱۹۹۲); "**Parental substance abuse and the nature of child maltreatment**"; *Child Abuse and Neglect*. Vol. ۱۶.
- Farrell, S. P.; Hanis, A, A; Davies, H. W. (۱۹۹۸); "**Behavior cognitive therapies for children sexual abused Exhibiting PTSD**"; *Behavior therapy* ۲۹, ۲۴۱-۲۵۵.
- Farrington, Keith. (۱۹۸۶); "**The application of stress theory of the study of family violence**"; ۱ (۲), ۱۳۱-۱۴۷. Abstract.
- Feinager, L, L. (۱۹۸۸); "**Relationship pf long term effects of childhood sexual abuse to identity of the offender: Family, Friend, or stranger**"; *Women & Therapy* ۷ (۴), ۸۹-۱۰۷. Abstract.
- Finkelhore, D; Baron, L. (۱۹۸۶); "**Risk factors for child sexual abuse**"; *Journal of Interpersonal violence*, ۱(۱), ۴۳-۷۱. Abstract.
- Finkelhor, D; Hotaling, G; Lewis, I. A; & Smith, C. (۱۹۹۰); "**Sexual abuse in a national survey of adult men & Women: Prevalence, Characteristics and risk factors**"; *Child abuse & Neglect*, ۱۴ (۱), ۱۹-۲۸. Abstract.
- Green. A. H. (۱۹۸۹); "**Physical and sexual abuse of children**"; In H. I Kaplan and B. J. Sadock, *Comprehensive textbook of psychiatry*.
- Jones, M. C. (۱۹۶۸); "**Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult males**"; *Journal of consulting and Clinical Psychology*. ۳۳: ۲-۱۲.
- Vol. ۲. Baltimor: Williams & Wilkins. Abstract.
- Harris, F. C., & Ammerman, R. T. (۱۹۸۶); "**Depression & Suicide in children and adolescents**"; Special Issue, *Education & Treatment of children* ۹ (۴), ۳۳۴-۳۴۳. Abstract.
- Kaplan, H. I. & Sadock. B. J. (۱۹۹۱); Sixth edition of "**synopsis of psychiatry**"; New York: Williams & Wilkins.

- Koki. N. P. D.; Biyong. I. F.; Eteki, T. N.; Craselle, G. & Lantum. D. (۱۹۹۲); "**Child victims of sexual abuse in Cameroon**"; *Annuaire de psychiatrie separeis*, Fb, Vol. ۳۹. No. ۲, ۱۱۱-۱۱۴. Abstract.
- Kumpfer, K. L. & DeMarsh, J. (۱۹۸۶); "**Family environmental genetic influences on children's future chemical dependency**"; In Ezekoye, S., Kumpfer, K., & Bukoski, W., eds *Childhood and Chemical Abuse. Prevention and Intervention*. New York, NY: Haworth Press.
- Kumpfer, K. L. (۱۹۹۹); "**Outcome measures of interventions in the study of children of substance-abusing parents**"; *Pediatrics*. Supplement. ۱۰۳ (۵): ۱۱۲۸-۱۱۴۴.
- Moss, H. B., Vanyukov, M., Majumder, P. P., Kirisci, L., & Tarter, R. E., (۱۹۹۵); "**Pre-pubertal sons of substance abusers: influences of parental and familial substance abuse on behavioral disposition, IQ and school achievement**"; *Addictive Behaviors*, ۲۰ (۳), ۳۴۵-۳۵۸.
- Moss, R. H. & Billings, A. G. (۱۹۸۲); "**Children of alcoholics during the recovery process: alcoholic and matched control families**"; *Addictive Behaviors*. ۷: ۱۵۵-۱۶۳.
- National Center on Child Abuse and Neglect (۱۹۹۶, September). M. S. Department of Health and Human Services; "**The Third National incidence study of child abuse and Neglect**" ; (NIS-۳); Washington, DC: M.S. Government printing office.
- National Child Abuse and Neglect Data System. (۱۹۹۸); "**U. S. Department of Health and Human Services, National Center of Child Abuse and Neglect;**" Child maltreatment ۱۹۹۶: Reports from the states to the national center on Child Abuse and Neglect, Washington, DC: U.S. Government printing office.
- National Committee to prevent Abuse. (۱۹۹۷); "**Unprecedented public engagement campaign plans to alert public to the importance of the first three years of life**";
- National institute of Alcohol Abuse and Alcoholism. (۱۹۹۴); *Alcohol health & research world* ; ۱۸ (۳): ۲۵۳.

- Prevent Child Abuse America. (۱۹۹۶); ***“The relationship between parental alcohol or other problems and child maltreatment”***; On-line. <http://www.childabuse.org/fs۱۴.html> [Aug.۳۱, ۱۹۹۱]. (web address no longer-functional).
- Pierce. L. H. (۱۹۸۷); ***“Father-son incest: using the literature to guide practice. Special /issue: child abuse”***; *Social casework*. ۶۸ (۲). ۶۷-۷۴. Abstract.
- Reid, J., Macehetto. P., & Foster, S. (۱۹۹۹); ***No Safe Haven: Children of substance-Abusing Parents***; Center on Addiction Substance Abuse at Columbia University.
- Russell, M., C. Henderson, and S. Blume. (۱۹۸۵); ***Children of alcoholics: A review of the literature***; New York: Children of Alcoholics Foundation. Inc.
- Samhsa, Center for substance Abuse Prevention. (۱۹۹۳); ***“Toward preventing perinatal abuse of alcohol. Tobacco and other drug. USDHHS”***; *Technical Report*, No. ۹ p.۱.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U. S. Department of Health and Human Services. (۱۹۹۵);. *National household survey on drug abuse: Population estimates ۱۹۹۴*; research Triangle par, NC: Reasearch Triangle institute.
- Sugar. M. (۱۹۹۰); ***“Abuse & Neglect in schools”***; *American journal of psychotherapy*. Vol. XLIV, No.۴. ۴۸۴-۴۸۹.
- Trickett, P. K. & Susman, E. J. (۱۹۸۸); ***“Parental percptions of child reamng practices in physically abuse and nonabused family”***; *Developmental Psychology*, ۲۴ (۲), ۲۷۰-۲۷۶. Abstract.
- U.S. Department of Health and Human services, National center on Child Abuse and Neglect, National Child Abuse and Neglect Data System. (۱۹۹۶); ***“Child abuse and neglectL case-level data, ۱۹۹۴”***; *working paper ۱*. Washington, DC: U.S. Government printing office.
- Vondra. J. I. (۱۹۹۰); ***“The community context of child abuse and neglect”***; *Marriage & family Review*, ۱۵ (۱-۲), ۱۹-۳۸. Abstract.

- Waters, J; Parry, R., Caplan, P. J; Bates R; et al (۱۹۸۹); **“A comparison of child abuse and neglect. Special Issue: Family violence: child abuse and wife assault”**; *Canadian journal of Behavioral science*; ۱۸(۴), ۴۴۹-۴۵۹. Abstract.
- Werner, E.E. (۱۹۸۶) ; **“Resilient offspring of alcoholics: A longitudinal study from birth to age ۱۸. Journal of Studies on Alcohol ۴۷(۱): ۳۴-۴۰.**
- Werner, E.E., & Johnson, J. L. (۲۰۰۰); **“The role of caring adults in the lives of children of alcoholics”**; *Children of Alcoholics: Selected Readings*, Vol. ۲.
- Widom, C. S. (۱۹۸۹) . ; **“Child abuse, neglect and adult behavior: Research design & findings on criminality, violence and child abuse”** ; *American Journal of orthopsychiatry*, ۵۹(۳), ۳۵۵-۳۶۷. abstract.
- Wolfe, D. A. (۱۹۸۷); *Child abuse, Implication for child development & Psychopathology*; U.S.A SAGE publications.
- Wyatt, Gail, E; & Peters, S. D. (۱۹۸۹) ; **“Methodological Considerations in research on the prevalence of child sexual abuse”**; *Child abuse & Neglect*, ۱۰(۲), ۲۴۱-۲۵۱. Abstract.