

## آزاردیدگی هیجانی: تعاریف، شیوع، پیامدها و مداخلات

مهدی عبدالله زاده رافی/ استادیار گروه روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی/ دانشگاه ملایر  
حمید علیزاده/ استاد تمام دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی/ دانشگاه علامه طباطبائی

### چکیده

زمینه: آزاردیدگی هیجانی، الگوی تکراری از بدرفتاری مراقب با کودک است به شکلی که به کودک القاء می‌کند که فاقد ارزش، ناقص، دوست‌نداشتنی و ناخواسته است. آزاردیدگی هیجانی می‌تواند طبقات مختلفی داشته باشد، از قبیل توهین، کاهش اعتماد به نفس، تهدید، خراب کردن دوستی‌های فرزند، بی‌توجهی/ غفلت هیجانی، تحقیر، بی‌محبی/ طرد، اجبار و آشفتگی خانواده. آزاردیدگی هیجانی پدیده‌ای بسیار شایع و کمتر شناخته شده است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که تا ۷۵ درصد کودکان و نوجوانان می‌توانند در سطوحی با آزاردیدگی هیجانی روبه‌رو شده باشند. مواجهه با سطوح متوسط و زیاد آزار هیجانی می‌تواند پیامدهای منفی داشته باشد. آزاردیدگی هیجانی می‌تواند بر رشد جسمی، هیجانی و شناختی کودکان اثر بگذارد و باعث مشکلات رفتاری، هیجانی و تحصیلی شود. همچنین، پیامدهای آن به دوره بزرگسالی نیز کشیده می‌شود. نتیجه‌گیری: برخی از عوامل مرتبط با والدین، احتمال آزارگری هیجانی را افزایش می‌دهد، مانند سن کم والدین، تجربه آزاردیدگی در دوره کودکی، نوع سبک دل‌بستگی، تجربه خشونت در خانواده فعلی، مشکلات روان‌شناختی و اعتیاد. همچنین سن و جنسیت کودک نیز در میزان آزاردیدگی هیجانی وی نقش دارد. می‌توان با ارتقا عامل‌های حفاظتی فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد آزار دیده هیجانی، از تبعات منفی آزاردیدگی هیجانی کاست.

واژه‌های کلیدی: آزاردیدگی، بدرفتاری، آزار، آزار هیجانی، بدرفتاری روان‌شناختی، عامل‌های حفاظتی.

### مقدمه

بررسی‌ها نشان داده‌اند که هم‌پوشی بین آزاردیدگی‌ها از ۶۰ تا ۹۴ درصد است (۳ و ۴). برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که به ندرت می‌توان کودکی را در گروه «صرفاً آزار دیده هیجانی» قرار داد (۳). برخی از محققان معتقدند که آزاردیدگی هیجانی باید به‌عنوان هسته‌ی اصلی سایر آزاردیدگی‌ها در نظر گرفته شود (۵).

آزاردیدگی‌ها پیامدهای زیان‌باری برای کودک به همراه دارد، مخصوصاً آزاردیدگی هیجانی. گرچه آزاردیدگی هیجانی به‌عنوان یک تشخیص روان‌پزشکی مطرح نیست، ولی با اختلالات روان‌پزشکی از قبیل مشکلات دل‌بستگی، اختلالات هیجانی، رفتاری و تحولی در ارتباط است (۱). با این حال، با توجه به نوپا بودن این حوزه، به‌خصوص در ایران، در این مقاله به دنبال آن هستیم تا تعاریف، نشانه‌ها، پیامدها و مداخلات مرتبط با این حوزه را بررسی کنیم.

### تعریف و طبقات آزاردیدگی هیجانی

برخی از آژانس‌های سلامت معتقدند که هنوز تعریف

مقوله‌ی آزار<sup>۱</sup> تنها چند دهه است که در کشورهای پیشرفته به‌صورت جدی مورد توجه قرار گرفته است. ابتدا در سال ۱۹۶۰ آزاردیدگی جسمی، سپس در دهه‌ی ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ آزاردیدگی جنسی و اخیراً در دو دهه گذشته آزاردیدگی هیجانی<sup>۲</sup> مورد توجه متخصصان واقع شده است (۱).

به رفتار مراقبان که آثار زیان‌بخشی بر رشد و تحول کودک دارد، بدرفتاری<sup>۳</sup> یا آزارگری گفته می‌شود و کودکی را که با او چنین رفتارهایی می‌شود، آزار دیده<sup>۴</sup> می‌نامند. بدرفتاری‌ها به‌صورت کلی در چهار دسته‌ی جسمی، جنسی، هیجانی و غفلت (جسمی و هیجانی) جای داده می‌شود. با این حال، بین آن‌ها هم‌پوشی وجود دارد (۲).

- 1- abuse
- 2- emotional abused
- 3- maltreatment
- 4- abused

ندارد. تعریفی که از سوی هارت و همکارانش (۱۰) ارائه شده است، بیشترین اسناد را در بین پژوهشگران به خود اختصاص داده است. آن‌ها آزاردیدگی هیجانی را این‌گونه تعریف کرده‌اند: «آزاردیدگی هیجانی کودکان، به شکل منفرد یا عمده، شامل اقدامات غفلت آمیز یا ارتکابی است که قضاوت درباره آسیب‌زایی روان‌شناختی آن‌ها باید بر اساس ترکیب استانداردهای جامعه و متخصصان زبده صورت گیرد. چنین اقداماتی توسط والدین انجام می‌شود که در موضع قدرت متفاوتی قرار دارند که همین کودک را آسیب‌پذیر می‌سازد. چنین اقداماتی به صورت آنی یا درازمدت، به عملکردهای جسمی، عاطفی، شناختی و رفتاری کودک آسیب می‌رسانند» (۱۰).

همچنین، انجمن تخصصی آمریکا در آزارگری کودکان (۱۱) آزاردیدگی هیجانی را این‌گونه تعریف کرده است: «الگوی تکراری از بدرفتاری هیجانی مراقب با کودک، به شکلی که این الگوی تکراری به کودک القا می‌کند که فاقد ارزش، ناقص، دوست‌نداشتنی و ناخواسته است».

با اینکه توافق همگانی در ارتباط با تعریف آزاردیدگی هیجانی به چشم نمی‌خورد، به نظر می‌رسد که تعریف باید چند جنبه را داشته باشد تا بتوان از آن استفاده کرد: اول، جنبه‌های فرهنگی مرتبط با نحوه رفتار با کودک در آن لحاظ شود. دوم، آزاردیدگی هیجانی می‌بایست به‌عنوان یک الگوی رفتاری در نظر گرفته شود، طوری که آزارگر در برابر قربانی خود، مکرراً از آن استفاده نماید. سوم، هدف فرد آزارگر که همان کنترل و بهره‌کشی کودک است، باید در تعریف گنجانده شود. چهارم، باید اثر آزار بر قربانی، مورد توجه قرار گیرد. این اثر می‌بایست برای فرد رنج‌آور و یا مخرب باشد، به طوری که فرد برای خلاص شدن از چنین وضعیتی گاهی تن به اجرای خواسته فرد آزارگر بدهد و در نهایت، در تعریف باید بر شکل‌های مختلف آزار (کلامی یا غیرکلامی شامل سکوت و عمل) تأکید شود. در واقع باید تأکید شود که استفاده از کلام (مانند تهدید، تحقیر، سرزنش، سرکوفت)، سکوت (جواب ندادن سؤالات یا قهر کردن) و نشان دادن عملی (مثل اشاره به کمر بند) هر سه می‌توانند مصادیقی از آزارگری

واضحی از آزاردیدگی هیجانی وجود ندارد (۶). به همین دلیل بحث‌ها پیرامون آن به صورت داغی دنبال می‌شود. به نظر می‌رسد که تعریف آزاردیدگی هیجانی دشوار باشد، زیرا بین محققان در مورد مصداق‌های آزاردیدگی هیجانی و پیامدهای آن اتفاق نظر دیده نمی‌شود (۷). به‌عنوان مثال برخی این سؤال را مطرح می‌کنند که «آیا هر رفتاری که غفلت آمیز یا خصومت آمیز و کنترل‌گر باشد، آزار است یا ممکن است این رفتارها تنها یک والدگری ضعیف<sup>۱</sup> باشد؟» (۷) برخی از محققان، رفتارهای آسیب‌رسان والدین را به‌عنوان جنبه‌های نخستین آزاردیدگی هیجانی در نظر می‌گیرند و برخی دیگر معتقدند، اینکه عملی آزار باشد یا نه باید به پیامدش توجه شود؛ اگر آسیب‌رسان است پس آزارگری است (۱).

بین نویسندگان نیز توافقی برای استفاده از عبارت «آزاردیدگی هیجانی» دیده نمی‌شود؛ برخی از نویسندگان ترجیح می‌دهند به جای این عبارت، از عبارت «آزار/ بدرفتاری روان‌شناختی<sup>۲</sup>» استفاده کنند. البته اصطلاحات دیگری مانند «بدرفتاری هیجانی<sup>۳</sup>» و «کودک خردشده به لحاظ روان‌شناختی<sup>۴</sup>» نیز در ادبیات پژوهشی به چشم می‌خورد که دو اصطلاح اول، بیشتر متداول است (۸). نهایتاً اینکه، برخی از نویسندگان یادآور شده‌اند که رفتارها باید در چارچوب فرهنگی آن‌ها نگریسته شوند؛ یعنی یک رفتار در یک فرهنگ ممکن است به‌عنوان آزار هیجانی تلقی شود ولی در فرهنگی دیگر، چنین معنایی از آن استنباط نشود (۱).

با این حال، تعریف‌هایی از آزاردیدگی هیجانی به عمل آمده است. برای مثال، ایالت کالیفرنیا آمریکا، آزاردیدگی هیجانی را بدرفتاری غیر جسمی<sup>۵</sup> تعریف کرده است که منجر به رفتارهای اخلاص‌گر در کودک می‌شود. رفتارهایی مانند کناره‌گیری یا بیش‌فعالی (۹). با یک بررسی اجمالی مشخص می‌شود که این تعریف دامنه‌ی وسیعی از رفتارها را در بر می‌گیرد؛ بنابراین، وضوح کافی

- 1- poor parenting
- 2- psychological abuse/ maltreatment
- 3- emotional maltreatment
- 4- the psychologically battered child
- 5- nonphysical mistreatment

جدول ۱. طبقات آزارگری هیجانی از دیدگاه دوایل (۱۵)

طبقه	خرده طبقه
ایجاد ترس	تهدید کردن
	ایجاد ناایمنی
زجر دادن	سربه‌سر گذاشتن کینه‌جویانه
	شکنجه روحی
خوار کردن	تحقیر کردن
	بدنام کردن
فاسد ساختن	قانون‌شکن ساختن
	الگودهی مخرب
طرد کردن	فعالانه
	منفعلانه
غفلت کردن	توجه نکردن
	درجه دوم اهمیت قرار دادن
منزوی ساختن	محیوس کردن
	جلوگیری از اجتماعی شدن

شافر، یاتس و ایگیلند<sup>۱</sup> (۱۶) با پیروی از هارت<sup>۲</sup> و همکارانش (۱۰) معتقدند که انواع آزاردیدگی‌های هیجانی را می‌توان در دو دسته ۱. غفلت به شکل غفلت هیجانی، پاسخگو نبودن، والدگری غیر پاسخگو (مثل در دسترس نبودن روان‌شناختی) ۲. کنترل‌گری به شکل خصمانه، انتقادی، والدگری کنترل‌گر (مثل خصومت) جای داد. آن‌ها در پژوهش‌های گذشته‌ی خود نشان داده بودند که هرکدام از این طبقات اثرات متفاوتی بر رفتارها و هیجانات کودک می‌گذارد. به طوری که غفلت (غفلت هیجانی) منجر به عزت‌نفس پایین، عدم پیروی و وابستگی به معلم در کودکان سنین پیش‌دبستانی می‌شود و کنترل‌گری (آزارگری هیجانی) منجر به افزایش خشونت، کنترل‌تکانه‌ی ضعیف و بیش‌فعالی در کودکان سنین پیش‌دبستانی می‌شود (۱۶).

عبداله‌زاده رافی، علیزاده و فرخی (۱۷) نیز با تحلیل عملی پرسشنامه آزاردیدگی هیجانی نوروژی، برای آن ۹ عامل کشف کردند که عبارت‌اند از: توهین، کاهش اعتماد به نفس، تهدید، تخریب دوستی‌های فرزند، بی‌توجهی/غفلت هیجانی، تحقیر کردن، بی‌محبتی/ طرد، اجبار کردن و آشفتگی خانواده.

هیجانی باشند. البته در اینجا منظور از عمل، رفتارهای عملی بدون تماس جسمی با قربانی است.

بر سر تعریف آزاردیدگی هیجانی توافق کاملی وجود ندارد، اما بر سر آنکه آن شامل طبقات گوناگون می‌شود، اتفاق نظر بیشتری وجود دارد. گاربارینو، گاتمن و سیلی<sup>۱</sup> (۱۲) جزء اولین نویسندگانی هستند که به آزاردیدگی هیجانی توجه جدی کرده و در این زمینه کتابی را تألیف نموده‌اند. آن‌ها برای آزاردیدگی هیجانی پنج دسته ۱. طرد کردن ۲. محدود کردن (مانند جلوگیری از ارتباط داشتن با دیگران) ۳. تهدید کردن (مانند تشر زدن یا ترساندن با تهدید به آسیب زدن) ۴. غفلت کردن ۵. فاسد ساختن (مانند تشویق کودک به درگیر شدن در کارهای منع شده) را در نظر گرفته‌اند. ایستیان<sup>۲</sup> (۱۳) علاوه بر طبقاتی که در بالا نام بردیم، از طبقات دیگری مانند خوار کردن<sup>۳</sup> و یا شرم‌منده ساختن<sup>۴</sup> نیز نام برده است. با این حال، وی معتقد است که طبقه‌ی اصلی آزاردیدگی هیجانی، «ارتباطات کلامی خصومت‌آمیز»<sup>۵</sup> است. در این نوع بدرفتاری، بزرگ‌سال ظاهر جسمی کودک را ریشخند کرده و یا ایمنی وی را تهدید می‌کند. گلسر<sup>۶</sup> (۱۴) بین آزاردیدگی هیجانی کمی و کیفی تمایز قائل شده است. وی آزاردیدگی‌های کیفی را در ۵ دسته قرار داده است که عبارت‌اند از: «۱. حفظ نگرش‌های بد یا منفی نسبت به کودک؛ ۲. در دسترس نبودن هیجانی، پاسخگو نبودن و غفلت؛ ۳. شکست در بازشناسی یا احترام گذاشتن به فردیت و مرزهای روان‌شناختی کودک؛ ۴. ملاحظات و انتظارات نامناسب یا متناقض رشدی؛ ۵. اجتماعی‌سازی بد.»

دوایل<sup>۷</sup> (۱۵) در مطالعه خود برای آزارگری هیجانی ۷ طبقه در نظر گرفته است و برای هر طبقه، خرده طبقاتی برشمرده است. در جدول زیر به صورت خلاصه طبقات و خرده طبقات ذکر شده‌اند.

1- Garbarino, Guttman, &amp; Seeley

2- Esteban

3- degradation

4- shaming

5- hostile verbal communications

6- Glaser

7- Doyle

1- Shaffer, Yates &amp; Egeland

2- Hart

## شیوع

جدول ۲. شیوع طبقات آزاردیدگی هیجانی با توجه به نظام تشخیصی

طبقات	دسته‌بندی بر اساس CAPTA	دسته‌بندی بر اساس بر سارد و دانووان
طرد کردن	۱۸/۵	۳۸/۱
تهدید کردن	۷۷/۸	۸۱/۶
منزوی ساختن	۳/۷	۱۳/۶
فاسد ساختن	۷/۴	۳۱/۳

مادو<sup>۵</sup> (۱۹) در بررسی که بر روی دانش آموزان دبیرستانی ایالت شمالی افریقای جنوبی انجام داد، دریافت که ۲۶/۳ درصد آن‌ها آزاردیده هیجانی بودند. بیشترین آزاردیدگی‌ها مربوط به تهدید به ترک کودک و اصلاً برنگشتن (۱۰/۶ درصد)، تهدید به محبوس کردن کودک در اتاق/جای بسته/فضای کوچک (۸/۲ درصد)، تهدید به ترک کودک در محلی ترسناک (۷/۵ درصد)، تهدید به آسیب زدن/کشتن کودک (۶/۵ درصد)، تهدید به آسیب زدن/کشتن حیوانات کودک (۴/۳ درصد) و بستن/در زنجیر کردن کودک با چیزی (۲/۴ درصد)، می‌شد.

چانگ، ری و وی اور<sup>۶</sup> (۱۹) به بررسی آزاردیدگی‌ها در بین خانواده‌های کره‌ای مهاجرت کرده به آمریکا پرداختند و دریافتند که ۱۷ درصد کودکان این خانواده‌ها آزاردیده هیجانی‌اند.

متأسفانه، پژوهش‌های انجام شده در کشور ما نیز حاکی از نرخ بالای آزاردیدگی هیجانی است. برای مثال، خوشای، حبیبی عسگر آبادی، فرزاد فرد و محمدخانی (۲۰) در بررسی ۱۵۳۰ دانش آموز دوره راهنمایی شهر تهران دریافتند که ۶۶/۵ درصد نوجوانان دختر و ۵۸/۶ درصد نوجوانان پسر دچار آزاردیدگی هیجانی بودند. در یک بررسی جدیدتر، مشخص شد که نزدیک به ۲۵ درصد نوجوانان آزاردیدگی هیجانی نداشتند و آزاردیدگی هیجانی ۲۵ درصد از آن‌ها شدید بود (۲۱).

## ویژگی مرتبط با والدین آزارگر

به نظر می‌رسد همه والدین گاهی فرزند خود را به لحاظ هیجانی آزار می‌دهند. برای مثال پدر و مادری که خسته هستند و فرزند آن‌ها به شدت مزاحم استراحت‌شان می‌شود، ممکن است از کوره دررفته و سر فرزندشان داد

تخمین شیوع بدرفتاری با کودک و نوجوان هدف بسیاری از محققان در چند سال اخیر بوده است و بسیاری از محققان جهت رسیدن به هدف خود از یکی از این دو رویکرد عمده استفاده کردند: ۱. در اولین رویکرد سعی شده است میزان کودک آزاری در کودکانی که در مراکز ثبت‌نام کرده‌اند، بررسی شود؛ ۲. رویکرد بعدی، بررسی کودک آزاری در سایر افراد جامعه را هدف خود قرار داده است. مشکل رویکرد اول این است که بسیاری از کودکان آزاردیده، به مراکز و مؤسسات مراجعه نمی‌کنند و مشکل رویکرد دوم آن است که میزان کودک آزاری را بیش از اندازه بر آورد می‌کند چون هر محقق از کودک آزاری تعریف خود را ارائه می‌کند و ابزارها جهت سنجش کودک آزاری، متفاوت است (۱۸).

با این حال، تعیین دقیق شیوع آزاردیدگی هیجانی بسیار دشوار است، زیرا متأثر از جامعه مورد بررسی، سن افراد مورد بررسی و ابزار یا روش استفاده شده است. برای مثال، تریکت<sup>۱</sup> و همکاران (۹) معتقدند که: سیستم مورد استفاده جهت شناسایی آزاردیدگی هیجانی، باعث می‌شود که شیوع آن متفاوت گردد. آن‌ها در بررسی خود از دو سیستم نمره‌گذاری استفاده کردند که یکی بر اساس معیارهای «قانون فدرال درمان و جلوگیری از کودک آزاری»<sup>۲</sup> بود و دیگری بر اساس تعریفی بود که بر سارد و دانووان<sup>۳</sup> با توجه به تعریف منتشر شده توسط «جامعه حرفه ای آمریکا در آزار کودکان»<sup>۴</sup>، انجام داده بودند.

نتایج این دو سیستم در شناسایی کودکان آسیب دیده هیجانی، تفاوت فاحشی داشت. به طوری که بر اساس سیستم نمره‌گذاری CAPTA، ۸/۹ درصد نمونه مورد بررسی، برچسب آزاردیده هیجانی خوردند و بر اساس سیستم نمره‌گذاری برگرفته شده از تعریف بر سارد و دانووان، ۴۸/۴ درصد واجد این برچسب شدند. در طبقات آزاردیدگی هیجانی نیز تفاوت‌های چشمگیری مشاهده شد. در جدول زیر فراوانی مربوط به هر طبقه با توجه به سیستم نمره‌گذاری، ارائه شده است.

1- Trickett

2- Federal Child Abuse Prevention and Treatment Act (CAPTA)

3- Brassard &amp; Donovan

4- American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC)

5- Madu

6- Chang, Rhee &amp; Weaver



هستند، بیشتر احتمال دارد فرزندان خود را آزار بدهند (۲۴). آهیرون و داویس<sup>۳</sup> (۲۵) دریافتند که از روی سبک دلبستگی اجتنابی پدر می‌توان به صورت قوی آزاردیدگی هیجانی کودک را پیش‌بینی کرد. این نتیجه در مورد مادران نیز صادق بود.

**تجربه خشونت در خانواده فعلی:** اگر والدین از سوی یکدیگر مورد آزار هیجانی قرار بگیرند، بیشتر احتمال دارد در قبال فرزندان خود مرتکب آزار هیجانی شوند (۲۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند بین ۳۷ تا ۶۳ درصد زنان آزاردیده در خانواده فعلی، فرزندان خود را آزار می‌دهند. اگر زنی مورد آزار قرار گیرد و شدت و فراوانی آن افزایشی باشد، به همان نسبت شدت و فراوانی آزار وی با فرزندان افزایش می‌یابد. همچنین، اگر مردی در قبال همسر خود مرتکب آزار شود، احتمال اینکه چنین رفتاری با فرزندان نیز داشته باشد، افزایش می‌یابد. در واقع احتمال آن بیش از ۶۰ درصد است (۲۷).

**مشکلات روان‌شناختی:** والدینی که از مشکلات روان‌شناختی رنج می‌برند، بیشتر احتمال دارد مرتکب آزارگری هیجانی شوند. مشخص شده است مادرانی که استرس بیشتری دارند، در ارتباط با فرزند خود گرمی کمتری نشان می‌دهند (۲۸). مادران آزارگر هیجانی در مقایسه با مادران عادی از اضطراب اجتماعی و افسردگی بیشتری برخوردار بوده و همچنین عزت‌نفس پایین‌تری دارند (۲۹). در یک بررسی که والش، مک میلان و جیمیسون<sup>۴</sup> (۳۰) بر روی افراد آزاردیده انجام دادند، مشخص شد که بیماری‌های روانی والدین بر آزاردیدگی کودک (بدون تفکیک نوع آن) اثر می‌گذارد. نتایج این پژوهش در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۳. درصد آزاردیدگی کودکان دچار اختلال روانی با توجه به وضعیت سلامت روان والدین

نوع اختلال	درصد آزارگری والدین با اختلال	درصد آزارگری والدین بدون اختلال
افسردگی	۴۵/۸	۲۵/۹
مانیا	۴۱/۸	۲۸/۲
اسکیزوفرنیا	۴۴/۵	۲۸/۳
رفتار ضد اجتماعی	۷۳/۵	۲۷/۶
هر اختلال دیگری	۴۵/۸	۲۵/۱

بزنند. با این حال، این رفتار، الگوی رفتاری این والدین نبوده و پس از استراحت ممکن است از کرده خود پشیمان شوند. در حالی که والدین آزارگر، رفتارشان تبدیل به عادت شده است و به‌وفور از این شیوه برخورد استفاده می‌کنند.

برخی از عوامل مرتبط با والدین، احتمال آزارگری هیجانی را افزایش می‌دهد، مانند سن کم، تجربه آزاردیدگی در دوره کودکی، نوع سبک دلبستگی، تجربه خشونت در خانواده فعلی، مشکلات روان‌شناختی و اعتیاد. ما این موارد را، به صورت مجزا، مورد بررسی قرار داده‌ایم، ولی واقعیت این است که بین این موارد هم‌پوشانی وجود دارد. برای مثال، والدینی که در دوره کودکی‌شان تجربه آزار هیجانی دارند، بیشتر احتمال دارد که هم سبک دلبستگی نایمن داشته و هم دچار مشکلات روان‌شناختی باشند.

**سن:** پائول و دومینج<sup>۱</sup> (۲۱) ۲۴ مادر نوجوان و ۲۴ مادر بزرگسال را، از دوره‌ی بارداری تا زمانی که فرزند آن‌ها به ۱۸ ماهگی رسیده بود، مورد بررسی قرار دادند. این دو گروه به لحاظ طول دوره‌ی بارداری، خاطرات آزاردیدگی در دوره‌ی کودکی هم‌تا بودند. آزارگری‌های این دو گروه در زمانی که فرزندان ۱، ۶، ۱۲ و ۱۸ ماهه بود، بررسی شد. نهایتاً مشخص شد که مادران نوجوان بیشتر مرتکب آزار فرزندان خود می‌شوند؛ بنابراین سن پایین مادر یکی از عوامل خطر جهت آزار کودک است. همچنین، مادران کمتر از ۲۰ سال بیشتر دست به آزارگری می‌زنند. در واقع بیشتر از یک‌سوم آن‌ها در ارتباط با فرزندان، مرتکب آزار (۳۵/۳ درصد) و غفلت (۳۰/۰ درصد) می‌شوند (۲۱).

**تجربه آزاردیدگی در کودکی:** والدینی که خود در دوره‌ی کودکی آزاردیده‌اند، بیشتر احتمال دارد در رفتار با فرزندان نیز مرتکب آزار شوند (۲۲). گرچه همه‌ی والدینی که در کودکی آزاردیده‌اند، فرزند خود را آزار نمی‌دهند، ولی تجربه آزاردیدگی در دوره کودکی، عامل بسیار مهمی برای پیش‌بینی بدرفتاری با فرزند است. هاپسلو و آلتونین<sup>۲</sup> (۲۳) نشان دادند که با استفاده از تاریخچه‌ی آزاردیدگی والدین می‌توان، یک‌سوم واریانس بدرفتاری با کودک را پیش‌بینی کرد.

**سبک دلبستگی:** والدینی که دارای سبک دلبستگی نایمن

3- O'hearn & Davis

4- Walsh, MacMillan & Jamieson

1- de Paúl & Domenech

2- Haapasalo & Aaltonen

در خطر آزاردیدگی هیجانی قرار دارند، ولی کودکان کوچک‌تر بیشتر متأثر می‌شوند. هر قدر سن کودک کمتر باشد، آزار بر وی اثر نامطلوبی بیشتری می‌گذارد (۳۶).

**جنسیت:** در برخی از پژوهش‌ها بر جنسیت تأکید و بیان شده است که دختران بیشتر احتمال دارد مورد آزاردیدگی هیجانی قرار بگیرند (۳۱-۳۲؛ ۳۷). حتی گفته شده است که آزاردیدگی هیجانی اثر متفاوتی بر دختر و پسر می‌گذارد. مک‌گی، ولف و ویلسون<sup>۲</sup> (۳۸) نشان داده‌اند که آزاردیدگی هیجانی با مشکلات درون‌نمود در دختران ارتباط دارد. در صورتی که این رابطه در پسران مشاهده نشد و در پژوهش دیگری مشخص شد که پسران آزاردیده هیجانی، بیشتر از دختران ممکن است مشکلات برون‌نمود شده، مانند پرخاشگری از خود نشان دهند (۳۹). باین‌حال، در پژوهشی، عبدالله‌زاده رافی، علیزاده و فرخی (۱۷) نشان دادند که هم در پسران و هم در دختران نوجوان، بین آزاردیدگی هیجانی و مشکلات برون‌نمود رابطه وجود دارد.

## پیامدهای آزاردیدگی هیجانی

### رشد جسمی

شاید از اولین افرادی که به صورت علمی به اثر آزاردیدگی هیجانی بر رشد جسمی کودکان پرداختند، بتوان به پولیت، ایچلر و چان اشاره کرد. آن‌ها به بررسی عوامل مؤثر بر شکست رشدی<sup>۳</sup> (FTT) کودکان پرداختند و به نتایج جالبی دست یافتند. مادران کودکان سالم و کودکان FTT به لحاظ آسیب‌شناختی روانی تفاوتی نداشتند، ولی در تعامل مادر-کودک متفاوت بودند. مادر کودکان FTT از تماس کلامی و جسمی کمتری استفاده می‌کردند و همچنین آن‌ها تقویت مثبت و گرمی کمتری از خود نشان می‌دادند. ایوانکی<sup>۴</sup> (۴۰) در نتیجه‌گیری از مرور پژوهش‌ها در این زمینه، بیان می‌کند که آزاردیدگی هیجانی یکی از عوامل اثرگذار بر FTT است.

### رشد شناختی

اطلاعات در مورد اثر آزاردیدگی هیجانی بر رشد

**اعتیاد:** والدین معتاد، چه آن‌هایی که سوءمصرف مواد دارند، چه آن‌هایی که به الکل اعتیاد دارند، بیشتر احتمال دارد فرزندان خود را به لحاظ هیجانی آزار دهند. اگر هر دو والد معتاد به الکل باشند احتمال اینکه دختر خود را مورد آزار هیجانی قرار دهند ۳۰/۵ درصد است. در حالی که ۲۱/۶ درصد احتمال دارد پسرشان را مورد آزار هیجانی قرار دهند. اگر یکی از والدین اعتیاد به الکل داشته باشد، احتمال آزاردیدگی هیجانی فرزند دختر ۲۰ درصد و فرزند پسر ۱۱ تا ۱۴ درصد است (۳۱).

عوامل دیگری نیز وجود دارد که به شکلی به والدین مرتبط می‌شوند و می‌توانند احتمال آزاردیدگی هیجانی کودک را افزایش دهند. برای مثال، برخی از بررسی‌ها نشان می‌دهد که والدین با تحصیلات بالاتر، کمتر دست به آزاردیدگی هیجانی می‌زنند (۳۲). همچنین، زندگی در روستا احتمال آزاردیدگی هیجانی را افزایش می‌دهد. برای مثال، در بررسی که در مناطق شهری و روستایی چهار کشور انجام شد مشخص گردید که آزاردیدگی هیجانی کودکان روستایی بیشتر است (۳۳). علاوه بر این، والدین رضاعی بیشتر از والدین اصلی به آزاردیدگی هیجانی دست می‌زنند (۱۹).

## ویژگی‌های مرتبط با کودکان آزاردیده

برخی از ویژگی‌های خود کودک (مانند سن و جنسیت) احتمال آزار هیجانی را افزایش می‌دهد. البته تأکید می‌شود که این ویژگی‌ها وقتی با برخی از ویژگی‌های والدین (مانند اعتیاد و مشکلات روان‌شناختی) همراه می‌شود، احتمال آزاردیدگی افزایش می‌یابد.

**سن:** باینکه پژوهش‌ها نشان داده‌اند آزاردیدگی هیجانی در هر سنی ممکن است رخ بدهد ولی در برخی از پژوهش‌ها الگویی در این زمینه به دست آمده است. افراد ۷ تا ۱۱ ساله و ۱۲ تا ۱۷ ساله بیشتر از افراد زیر ۶ سال مورد آزار هیجانی قرار می‌گیرند (۳۴). مشابه همین نتیجه در پژوهش سدلک<sup>۱</sup> (۳۵) نیز به دست آمده بود. وی دریافت که کودکان بزرگ‌تر بیشتر در معرض خطر آزاردیدگی هیجانی قرار دارند.

با اینکه کودکان بزرگ‌تر بیشتر از کودکان کوچک‌تر

2- McGee, Wolfe & Wilson

3- Failure-to-Thrive (FTT)

4- Iwaniec

1- Sedlak

است که برانگیختگی هیجانی خود را کنترل کرده و هیجانات خود را مدیریت کند. این در صورتی است که پژوهش‌ها (ی مرور شده در بالا) نشان می‌دهد کودکان آزار دیده هیجانی، در این زمینه با مشکل روبرو هستند. کمبود حمایت هیجانی در این کودکان منجر به بروز مشکلات بین فردی و سازگاری روان‌شناختی منفی در بزرگسالی‌شان می‌شود (۴۱).

در نظریه شناخت اجتماعی بندورا تأکید بر آن است که فرد از طریق مشاهده رفتار الگوها (زنده یا نمادین)، مهارت‌های ارتباطی را می‌آموزد (۵۲). حال سؤال اینجاست که کودکی که به صورت هیجانی (معمولاً کلامی) آزار دیده است، آیا در ارتباطاتش با دیگران از این شیوه استفاده خواهد کرد؟ ویکرل<sup>۵</sup> و همکارانش (۵۲) در پی یافتن پاسخی برای سؤال فوق برآمدند. آن‌ها دریافتند نوجوان ۱۶ تا ۱۹ ساله‌ای که آزار دیده هیجانی بودند، در قرار ملاقات گذاشتن، خشونت بیشتری به خرج می‌دادند. شافر، یاتس و ایگیلند (۱۶) در بررسی نوجوانان دریافتند که آزار دیدگی هیجانی با پرخاشگری و انزوای اجتماعی ارتباط دارد.

### شخصیت

**خودپنداره:** در نظریه دل‌بستگی بالبی بر رابطه محبت‌آمیز و پاسخگو با مراقب برای گسترش یک مدل کاری خوب، تأکید شده است. حال کودکانی که از سوی مراقب خود مورد آزار هیجانی واقع می‌شوند، تصورشان از خود چگونه است؟ این سؤالی است که چندین پژوهش‌گر تلاش کرده‌اند پاسخی برای آن بیابند. به نظر می‌رسد با توجه به نظریه دل‌بستگی بالبی این کودکان باید تصور منفی از خود داشته باشند. پژوهش‌ها نیز همین نتیجه را به دست آورده‌اند. مشخص شده است کودکان آزار دیده در مقایسه با کودکان عادی خودپنداره مثبت ضعیف‌تری دارند. همچنین مشخص شده است که کودکان بزرگ‌تر نیز شایستگی خود را کمتر از همسالان‌شان می‌دانند (۳۶).

**عزت نفس:** بدرفتاری به هر شکلی که باشد بر عزت نفس کودک اثر منفی دارد و اثر بدرفتاری هیجانی نیز، چنین است. وریا، ابیدین و داس<sup>۶</sup> (۴۱) خاطر نشان کرده‌اند که آزار دیدگی هیجانی مستقیماً بر «حس از خود»<sup>۷</sup>

شناختی<sup>۱</sup> کودکان کم است. در یکی از بررسی‌های اولیه مشخص شد که خودکنترلی در کودکان آزار دیده هیجانی از رشد کمتری برخوردار است (۴۱). در یک بررسی دیگر بین غفلت هیجانی و تأخیر زبانی<sup>۲</sup> رابطه یافت شده است. در این بررسی مشخص شده که ۳۵ درصد کودکان کمتر از ۳ سال که در رشد زبان تأخیر داشتند، مورد غفلت قرار گرفته بودند (۴۲).

### رشد اجتماعی - هیجانی

آزاردیدگی هیجانی باعث می‌شود که رشد اجتماعی کودکان به خوبی صورت نگیرد و برخی از رفتارهای غیرجامعه‌پسند را از خود بروز دهند. این کودکان در رشد هیجانی خود نیز دچار مشکل می‌شوند. در بررسی‌های گذشته مشخص شده است کودکان آزار دیده، بیشتر دلبسته ناایمن هستند (۴۳-۴۴) و کودکان آزار دیده‌ی پیش‌دبستانی با دل‌بستگی ناایمن<sup>۴</sup>، در برقراری ارتباط با همسالان‌شان مشکلات بیشتری دارند (۴۵). پژوهش‌های بعدی نیز نشان می‌دهد که کودکان آزار دیده هیجانی، در مهارت‌های اجتماعی نقیصی دارند (۴۶) و به دیگران وابسته هستند (۴۷) و در برقراری ارتباط با همسالان‌شان، مشکل دارند (۴۱). این کودکان، بیشتر از سوی همسالان‌شان طرد می‌شوند، مخصوصاً زمانی که آزار دیدگی هیجانی آن‌ها مزمن باشد (۴۸).

در یک بررسی طولی مشخص شد کودکان آزار دیده هیجانی، در ۸ تا ۱۰ سالگی‌شان کمتر احتمال داشت که دوست صمیمی داشته باشند. همچنین روابط دوستانه‌ی دو جانبه‌ی کمتری داشتند. (۳۶) همسالان‌شان این کودکان را کمتر اهل همکاری می‌دانستند و بیشتر آن‌ها را به عنوان اخلال‌گر و شروع‌کننده دعوا می‌نگریستند (۴۹).

بررسی‌ها نشان می‌دهد که رشد هیجانی در این کودکان متناسب با سن‌شان پیشرفت نمی‌کند (۴۳)، دچار عدم ثبات هیجانی هستند (۵۰) و سطوح بالایی از پرخاشگری و رفتارهای قلدرمنشانه از خود نشان می‌دهند (۳۹؛ ۴۸؛ ۵۰-۵۱). می‌دانیم برای اینکه کودک بتواند با دیگران (همسالان و بزرگ‌ترها) ارتباط برقرار سازد، ضروری

1- cognitive development

2- language delay

3- social development

4- insecure attachment

5- Wekerle

6- Varia, Abidin & Dass

7- sense of self

همکاران (۵۶) ارتباط جنبه‌های اختلال شخصیت مرزی با آزاردیدگی هیجانی دوره کودکی ۲۲۵ کودک ۱۱ تا ۱۴ سال را بررسی کردند. آن‌ها فهمیدند که این دو با هم ارتباط داشته ولی بدکارکردی عاطفی<sup>۴</sup> در رابطه‌ی بین این دو متغیر نقش میانجی ایفا می‌کند.

### مشکلات هیجانی/ رفتاری

**مشکلات هیجانی:** حجم زیادی از پژوهش‌ها نشان داده است که آزاردیدگی هیجانی یکی از عوامل اثرگذار بر ایجاد و گسترش اختلالات هیجانی در کودکان و بزرگسالان است. در پژوهش لیسون و نیکسون (۵) مشخص شده است که آزار هیجانی با افسردگی در کودکان مرتبط است. مشابه همین نتایج در پژوهش شنک، نول و کسرلی<sup>۵</sup> (۵۹) با نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله نیز به دست آمده است. مشابه این نتایج در پژوهش‌های داخلی نیز تکرار شده است (۱۷؛ ۵۹-۶۰).

**استرس پس از سانحه:** پژوهشگران، آزاردیدگی در دوره‌ی کودکی را به‌عنوان تجربه‌ای آسیب‌زا در نظر می‌گیرند؛ بنابراین عجیب نیست اگر آن با استرس پس از سانحه در کودکان مرتبط باشد. این فرضیه در پژوهش لیسون و نیکسون (۵) مورد تأیید قرار گرفته است. آن‌ها دریافتند که آزار هیجانی با استرس پس از سانحه در کودکان ارتباط دارد. مشابه همین نتایج در پژوهش شنک، نول و کسرلی (۵۹) با نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله نیز تکرار شده است.

**مشکلات رفتاری:** آزاردیدگی هیجانی با مشکلات رفتاری کودکان رابطه دارد. البته، هر قدر سن کودک در زمان شروع آزاردیدگی هیجانی کمتر باشد، شدت مشکلات رفتاری در سنین بعدی بیشتر است. مانلی و همکاران (۴) در یک مطالعه طولی دریافتند که آزاردیدگی هیجانی شدید در دوره‌ی طفولیت و بچگی با مشکلات رفتاری (مثل پرخاشگری و بزهکاری) در دوره‌ی بعدی ارتباط دارد. همچنین، نوجوانانی که مورد آزار هیجانی قرار می‌گیرند نیز بیشتر دچار مشکلات رفتاری می‌شوند (۲۰؛ ۵۹-۶۰).

کودک، اثر می‌گذارد. این کودکان احساس بی‌ارزشی و مهم نبودن می‌کنند. مشخص شده است رشد عزت نفس کودکان در طی دوره دبستان با تجربه‌ی آزاردیدگی هیجانی رابطه دارد؛ طوری که عزت نفس کودکانی که آزاردیده هیجانی‌اند، در مقایسه با همسالان بدون تجربه‌ی آزاردیدگی هیجانی، رشد کمتری دارند (۵۳). لیسون و نیکسون<sup>۱</sup> (۵) عزت نفس ۲۴ کودک را که مورد بدرفتاری قرار گرفته بودند، بررسی کردند. آن‌ها دریافتند عزت نفس پایین کودکان با تجربه‌ی آزاردیدگی‌های هیجانی ارتباط دارد. این نتیجه در مورد نوجوانان نیز صادق است. پژوهش‌های گذشته بر اثر منفی آزاردیدگی هیجانی بر جنبه‌هایی از عزت نفس نوجوانان مانند احساس عدم لذت و بدبینی نسبت به آینده تأکید کرده‌اند (۵۴).

**اختلال شخصیت:** نظریه‌های مرتبط با روان‌تحلیلگری (مانند نظریه فروید، بالبی و اریکسون) معتقدند که سال‌های اولیه زندگی نقش بسیار مهمی در رشد شخصیت انسان دارد. پژوهش‌ها نیز حاکی از آن است که رشد شخصیت از سال‌های اولیه پس از تولد شروع می‌شود (۵۵)؛ بنابراین، این انتظار غیر معقولی نیست که بدرفتاری‌های دوره‌ی کودکی بر رشد شخصیت فرد اثر منفی بگذارند. گرچه بیان شده است که یافتن مشکل شخصیتی در کودکان بسیار دشوار است، چون هنوز شخصیت آن‌ها در حال شکل‌گیری است، با این حال، شواهدی وجود دارد که بین صفات مرتبط با اختلال شخصیت دوره‌ی کودکی و بزرگسالی رابطه وجود دارد (۵۶).

اینکه چه مواردی می‌تواند به شکل‌گیری اختلال شخصیت در کودکان منجر شود، مورد بحث است ولی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که عوامل محیطی در ایجاد برخی از اختلالات شخصیتی، مانند شخصیت مرزی، نقش دارند. زَنارینی<sup>۲</sup> (۵۷) به آزاردیدگی‌ها به‌عنوان یکی از عوامل محیطی مؤثر بر ایجاد شخصیت مرزی در کودکان اشاره کرده است. پژوهش‌های گذشته، آزاردیدگی هیجانی را مهم‌تر از سایر انواع آزاردیدگی‌ها در ایجاد اختلال شخصیت مرزی کودکان دانسته‌اند (۵۸). گرتز<sup>۳</sup> و

1- Leeson &amp; Nixon

2- Zanarini

3- Gratz

4- affective dysfunction

5- Shenk, Noll &amp; Cassarly



## آزاردیدگی هیجانی در دوره کودکی و آثار آن در گستره زندگی

تقریباً جای شکی باقی نمانده است که غالب کودکانی که مورد آزاردیدگی هیجانی قرار می‌گیرند، به نوجوانی دچار مشکل و سپس به بزرگسالی مشکل‌دار تبدیل می‌گردند. مشکلات این افراد از مشکلات جسمی، شناختی تا مشکلات روانی، مانند اختلالات اضطرابی، خلقی و اختلالات شخصیت پراکنده است.

**رفتارهای مضر سلامت:** آزاردیدگی در دوره کودکی قادر است، انجام رفتارهای مخاطره‌آمیز برای سلامت را پیش‌بینی کند. در یک بررسی رامیرو، مدیر و برون<sup>۱</sup> (۶۱)، تعداد تجربه‌ی انواع آزاردیدگی‌ها در دوره کودکی و ارتباط آن با رفتارهای مضر سلامت و شرایط سلامت فعلی فرد را بررسی کردند. آن‌ها بدون تفکیک انواع آزاردیدگی‌ها و فقط با تکیه بر تعداد آزاردیدگی‌ها، دریافته‌اند که تلاش برای خودکشی، استفاده از داروهای منع شده، درگیر شدن در رفتارهای جنسی پرخطر و مصرف زود هنگام سیگار، همگی با آزاردیدگی در دوره کودکی مرتبط‌اند. هرچقدر بر تعداد آزاردیدگی‌ها افزوده می‌شد، میزان رفتارهای پرخطر افزایش می‌یافت. در یک بررسی دیگر مشخص شد زنان و مردانی که در دوره کودکی مورد آزار و غفلت قرار گرفته بودند، کمتر رفتارهای جلوگیری‌کننده از ابتلا به HIV را انجام می‌دادند (۶۲).

**مشکلات تحصیلی:** افرادی که در کودکی آزار دیده‌اند، احتمال اینکه در امور تحصیلی با شکست مواجه شوند، بیشتر است. دانکن<sup>۲</sup> (۶۳) دریافت دانشجویانی که در دوره کودکی آزار دیده بودند (هیجانی، جسمی و یا جنسی)، در مقایسه با هم‌سالان، بدون سابقه‌ی آزاردیدگی در دوره کودکی، کمتر احتمال داشت دوره را به پایان رسانده و از دانشکده فارغ‌التحصیل شوند.

**مشکلات جسمی:** پژوهش‌ها حاکی از آن است که برخی از بیماری‌های جسمی بزرگسالان، با آزاردیدگی آن‌ها در دوره کودکی ارتباط دارد. آسم، نارسایی قلبی، بیماری‌های پوستی و اختلالات گوارشی همگی با

آزاردیدگی در دوره کودکی ارتباط دارند (۶۱). تیت‌جن<sup>۳</sup> و همکاران (۶۴) به بررسی نقش بدرفتاری‌های دوره کودکی در سردردهای میگرنی پرداختند. آن‌ها دریافتند که همه‌ی انواع بدرفتاری‌ها (شامل جسمی، جنسی، هیجانی و غفلت جسمی و هیجانی) با وجود میگرن در ارتباط‌اند؛ ولی بیشترین میزان رابطه بین آزاردیدگی هیجانی و میگرن است.

**مشکلات در روابط خصوصی:** افرادی که در کودکی مورد آزار و غفلت قرار گرفته‌اند، در ایجاد و حفظ روابط صمیمانه مشکلات بیشتری دارند. این افراد بیشتر احتمال دارد، هم‌باشی<sup>۴</sup> داشته باشند، طلاق گرفته باشند یا به‌تنهایی زندگی کنند (۶۵).

**مشکلات روان‌شناختی:** جای شکی باقی نمانده است که ریشه‌هایی از مشکلات روان‌شناختی فعلی فرد را باید در دوران کودکی وی جستجو کرد. در یکی از نخستین پژوهش‌ها در این زمینه، مشخص شد دانشجویان زن دوره‌ی کارشناسی که پدر خود را آزارگر هیجانی می‌دانستند، بیشتر احتمال داشت از اضطراب، افسردگی، حساسیت بین‌فردی و جدایی رنج ببرند (۶۶). مولن<sup>۵</sup> و همکاران (۶۷) سعی کردند پیامدهای درازمدت انواع آزاردیدگی‌ها را مشخص نمایند. به همین منظور ۱۳۷۶ زن را که سابقه‌ی آزاردیدگی به‌وسیله‌ی یک یا هر دو والد را داشتند، مورد بررسی قرار دادند. زنانی که به‌وسیله‌ی یک یا هر والدشان مورد آزار هیجانی قرار گرفته بودند، بیشتر احتمال داشت به لحاظ بالینی دچار استرس، افسردگی و اختلال خوردن باشند. علاوه بر این موارد، داشتن بیماری روان‌پزشکی و اقدام به خودکشی، در این زنان بیشتر از زنان بدون تاریخچه‌ی آزاردیدگی هیجانی بود. زنان با سابقه‌ی آزاردیدگی هیجانی، مشکلات بیشتری در زمینه‌ی عادت‌ها و رفتارهای جنسی خصوصی‌شان نیز داشتند. در همین پژوهش مشخص شد که اگر هر دو والد آزارگر باشند، فرد از مشکلات روان‌شناختی شدیدتری رنج می‌برد. همچنین آزارگر بودن مادر، در مقایسه با پدر، اثرات مخرب بیشتری بر سلامت روان‌شناختی آزمودنی‌ها داشت. عزت‌نفس آزمودنی‌هایی که آزار دیده هیجانی

3- Tietjen

4- cohabit

5- Mullen

1- Ramiro, Madrid &amp; Brown

2- Duncan

بزرگ‌سالی می‌شود. این نتیجه در حالی به‌دست آمده که اثر متغیرهای زیادی مانند سن، جنسیت، خلق و خوی دشواری دوره کودکی، تحصیلات والدین، مشکلات روانی والدین، آزار جسمی، آزار جنسی و غفلت مورد کنترل قرار گرفته بودند. پژوهش‌های دیگر نیز نشان می‌دهد که از روی آزاردیدگی هیجانی دوره‌ی کودکی، می‌توان اختلال شخصیت مرزی را پیش‌بینی کرد (۷۳).

به‌طور کلی پژوهش‌ها حاکی از آن است که آزار در کودکی با اختلالات روان‌پزشکی و عملکرد ضعیف در بزرگ‌سالی همراه است (۱۹).

### درمان تبعات ناشی از آزاردیدگی هیجانی

گرچه درمانی با عنوان «درمان مشکلات ناشی از آزاردیدگی هیجانی کودکان» نداریم، با این حال، چون آزاردیدگی هیجانی منجر به ایجاد مشکلات روان‌شناختی می‌شود، به همین دلیل درمانگران سعی می‌کنند مشکل فعلی کودک را حل کنند؛ بنابراین، با توجه به نوع مشکل کودک، هر یک از درمان‌های روان‌شناختی در دسترس، می‌تواند استفاده شود. برخی از نویسندگان معتقدند که کودکان آزاردیده (با تأکید بیشتر بر آزار جنسی و جسمی) به‌نوعی، PTSD را تجربه می‌کنند؛ بنابراین درمان‌های شناخته‌شده برای این اختلال برای افراد آزاردیده می‌تواند مفید باشد.

در یک مورد پژوهی، مکسول<sup>۴</sup> (۷۴) فرد با نقایص ناشی از آزاردیدگی هیجانی و جسمی را با استفاده از روش «پردازش و حساسیت‌زدایی با استفاده از حرکات چشم<sup>۵</sup>»، مورد درمان قرار داد. در پایان جلسات درمانی این فرد اضطرابش کاهش یافته بود و عزت‌نفسش افزایش. ایوانیک و هربرت<sup>۶</sup> (۷۵) معتقدند برای کودکان آزاردیده هیجانی می‌توان از آموزش مستقیم، ایفای نقش و دیدگاه‌گیری و آموزش مهارت‌های حل مسئله سود جست. باید خاطر نشان شود که درمان مشکل کودک بدون قطع منبع آزار، اثربخشی خود را از دست خواهد داد؛ بنابراین، درمان کودکان آزاردیده هیجانی هم شامل کودک می‌شود و هم شامل والدین وی. برخی از پژوهشگران بیان داشته‌اند:

بودند، کمتر از آزمودنی‌هایی بود که مورد آزار جنسی یا جسمی قرار گرفته بودند.

شنک، نول و کسرلی (۵۹) در بررسی نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ دریافتند که بین آزاردیدگی‌ها در دوره‌ی کودکی و خود آسیبی این نوجوانان رابطه وجود دارد. پاورز، رسلر و بردلی<sup>۱</sup> (۶۸) دریافتند که آزاردیدگی هیجانی و غفلت در دوره‌ی کودکی با افسردگی در دوره‌ی بزرگ‌سالی ارتباط دارد. تیوز و همکاران (۶۹) سعی کردند دریابند آیا بین آسیب دوره‌ی کودکی با اختلال وسواسی اجباری در دانشجویان رابطه‌ی وجود دارد؟ آن‌ها در بررسی خود دریافتند که بین ۱۳ تا ۳۰ درصد افراد مورد مطالعه، معیارهای آسیب دوره‌ی کودکی را دارا بودند که در بین انواع آسیب‌ها، بیشترین درصد متعلق به آزاردیدگی هیجانی بود. در این مطالعه مشخص شد که بین نشانه‌های وسواسی اجباری و آزاردیدگی هیجانی رابطه وجود دارد. گیب، چلمینسکی و زیمرمن<sup>۲</sup> (۷۰) دریافتند افراد بزرگ‌سالی که در دوره‌ی کودکی به لحاظ هیجانی آزاردیده بودند از اختلالات اضطرابی و خلقی رنج می‌بردند. در این بررسی مشخص شد که ۴۸ درصد شرکت‌کنندگان از یکی از اختلالات افسردگی رنج می‌بردند، ۴۴ درصد آن‌ها افسردگی عمده داشته و نزدیک به ۸ درصد از دیس‌تایمیا رنج می‌بردند. نزدیک به ۵۲ درصد شرکت‌کنندگان از یکی از اختلالات اضطرابی رنج می‌بردند. استرس پس از سانحه ۱۱ درصد، هراس / وسعت‌هراسی ۱۹ درصد، اضطراب اجتماعی ۲۹ درصد، وسواسی اجباری نزدیک به ۷ درصد و اضطراب تعمیم‌یافته ۱۸ درصد شرکت‌کنندگان را رنج می‌داد. سونک<sup>۳</sup> و همکاران (۷۱) بین آزاردیدگی هیجانی و اضطراب تعمیم‌یافته رابطه یافتند.

در یک مطالعه طولی که جانسون و همکاران (۷۲) انجام دادند، مشخص شد بزرگ‌سالانی که تاریخچه‌ای از آزار کلامی در دوره‌ی کودکی داشتند، بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلالات شخصیت در دوره‌ی نوجوانی و اوایل بزرگ‌سالی بودند. در این پژوهش مشخص شد که تجربه آزار کلامی در دوره‌ی کودکی، منجر به افزایش خطر ابتلا به اختلالات شخصیت مرزی، خودشیفته، پارانوئید، وسواسی اجباری در دوره‌ی نوجوانی و اوایل

4- Maxwell

5- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

6- Iwaniec &amp; Herbert

1- Powers, Ressler &amp; Bradley

2- Gibb, Chelminski &amp; Zimmerman

3- Soenke

بیان داشته‌اند: دوستان برای کودک آزار دیده، می‌توانند محیط هیجانی ایمنی را فراهم سازند. محیطی که فرد را به جستجو در اطرافش تشویق می‌کند و به وی کمک می‌کند که مهارت‌های اجتماعی‌اش را مورد استفاده قرار داده و گسترش دهد. همچنین با مشاهده رفتارهای اجتماعی مناسب دوستان، رفتارهای مناسب اجتماعی بیشتری را اکتساب و تمرین کند.

همان‌گونه که قبلاً بررسی شد، متأسفانه کودکان آزار دیده در برقراری ارتباط با همسالانشان مشکل داشته و بیشتر، از سوی آن‌ها طرد می‌شوند (۳۶؛ ۴۱؛ ۴۵؛ ۴۷-۴۹). نتیجه اینکه، آن‌ها هم از سوی خانواده رانده شده و هم از سوی همسالان. رانده شدن از سوی همسالان به معنای از دست دادن یک منبع مهم جهت یادگیری و رشد در جنبه‌های مختلف است. شانک و سیکتی (۴۶) بیان داشته‌اند: کودکان آزار دیده، در مهارت‌های اجتماعی نقایص بیشتری از کودکان عادی دارند. به نظر می‌رسد شناسایی به موقع این کودکان (مخصوصاً در دوران پیش‌دبستانی و دبستان) و «آموزش مهارت‌های اجتماعی»<sup>۳</sup> می‌تواند نقش مؤثری در ایجاد و حفظ دوستی این کودکان با همسالانشان داشته باشد؛ بنابراین یک طرح پیشگیرانه برای این کودکان می‌تواند «آموزش مهارت‌های اجتماعی» باشد.

همچنین، پژوهش‌های عبداله‌زاده رافی و همکاران نشان می‌دهد که همه نوجوانان آزار دیده هیجانی دچار مشکلات هیجانی و رفتاری نمی‌شوند. در یک پژوهش حسن‌زاده اول، مشهدی و عبداله‌زاده رافی (۷۷) دریافتند که ۳۷ درصد نوجوانانی که آزار دیدگی شدیدی را تجربه می‌کردند، از خود تاب‌آوری نشان می‌دادند. همچنین، عبداله‌زاده رافی، علیزاده و فرخی (۱۷) دریافتند که مذهبی بودن می‌تواند رابطه بین آزار دیدگی هیجانی و مشکلات رفتاری نوجوانان را تعدیل کند. علاوه بر این، در بررسی بیش از ۶۰۰ نوجوان ۱۲ تا ۱۵ ساله، عبداله‌زاده رافی (۵۹) دریافت که عوامل فردی (خودتنظیمی، عزت‌نفس، خوش‌بینی و ساختار اعتقادی)، عوامل خانوادگی (فرزندپروری مقتدرانه و حمایت/سلامت خانواده) و عوامل اجتماعی (حمایت امنیت محله، مشارکت فعال، عملکرد تحصیلی حمایت‌شده) می‌تواند به تعدیل اثر آزار دیدگی هیجانی کمک کنند.

در آموزش والدین آزارگر، باید مصادیق آزار دیدگی‌های هیجانی مشخص گردد و برای هر کدام هدف درمانی تنظیم گردیده و در جلسات درمان از آن‌ها استفاده شود. همچنین این افراد از نقایص مهارتی بیشتری رنج می‌برند که در طرح درمانی به این موضوع نیز باید توجه شود (۷۵).

گفته شد که والدین آزارگر از نقایص مهارتی بیشتری برخوردارند؛ بنابراین، اگر برنامه‌هایی در این زمینه اجرا شود، می‌تواند مؤثر واقع شود. برخی از برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی بر خانه در این زمینه، موفقیت‌هایی را به دست آورده‌اند. کریسیک، لی‌کروی و اشفورد<sup>۱</sup> (۷۶) مداخله‌ای بازدید از منزل را برای پیشگیری از آزار کودکان به کار بردند. آن‌ها در مراجعات خود به منازل با والدین ارتباط برقرار کرده و به آن‌ها آموزش می‌دادند که کدام رفتارها برای سلامتی فرزندان مضر است. در نهایت آن‌ها دریافتند این برنامه باعث شد والدین بیشتر با درمانگران همکاری کنند و همچنین میزان آزار دیدگی‌ها نیز کاهش یافته بود.

### پیشگیری و کاهش آثار بعدی آزار دیدگی هیجانی

رابطه با همسالان، نقش یگانه‌ای را در تحول فرد ایفا می‌کند. بوگلر<sup>۲</sup> و همکاران (۳۶) با مرور پژوهش‌های گذشته دریافتند که روابط سالم با همسالان، رشد اخلاقی و همکاری را ارتقا می‌دهد و روابط ضعیف با همسالان در دوره‌ی کودکی، مشکلات سازگاری بعدی، از قبیل رفتارهای ضداجتماعی و اختلالات روان‌پزشکی را پیش‌بینی می‌کند. به‌طور ضمنی می‌توان از این نتایج نتیجه گرفت که اگر کودک آزار دیده از رابطه‌ی دوستانه‌ی خوبی با همسالانش برخوردار باشد و حمایت‌های مناسبی را از این جهت دریافت کند، از مشکلات وی که از ناشی از آزار دیدگی است، کاسته می‌شود. یک بررسی جدید نشان می‌دهد، اگر منابع حمایتی مناسبی برای کودکان آسیب‌دیده هیجانی وجود داشته باشد، از مشکلات روان‌شناختی آن‌ها در بزرگسالی کاسته می‌شود. پاورز، رسلر و بردلی (۶۸) دریافتند حمایت اجتماعی دوستان، اثر ضدافسردگی بر زنانی که در دوره‌ی کودکی مورد آزار دیدگی هیجانی و غفلت قرار گرفته بودند، داشت. بوگلر و همکاران (۳۶)

1- Krysik, LeCroy &amp; Ashford

2- Bolger

3- social skills training

بسیار زیاد است و برخی از گروه‌های کودکان استثنایی مانند کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری، حتی بیشتر از کودکان عادی مورد آزار قرار می‌گیرند (۷۸). شاید یکی از دلایل آن، ناآگاهی والدین نسبت به رفتاری که انجام می‌دهند، باشد. تجربه نویسندگان این مقاله به‌عنوان روانشناس نشان می‌دهد که برخی از والدین، برای اینکه به فرزندشان انگیزه بدهند، به روش‌هایی متوسل می‌شوند که خود مصداق آزار هیجانی است. برای مثال، خیلی از والدین می‌پندارند اگر فرزندشان را با دیگران مقایسه کنند، انگیزه پیدا خواهد کرد که تلاش بیشتری بکند. به‌عنوان نمونه، ممکن است والد یک دانش‌آموز پسر به او بگوید «از خواهرت یاد بگیر که چقدر درس می‌خواند» یا به او بگوید «اگر نمره‌ات از ۱۷ پایین‌تر بیاید، دیگر بچه ما نیستی یا جلو دیگران باعث سرفکندگی ما می‌شوی یا دیگر حق نداری با دوستانت بیرون بروی» و از این موارد. گرچه والدین ممکن است هدفشان ایجاد انگیزه باشد ولی در واقع، همه‌ی این موارد مصادیق آزار هیجانی هستند.

یکی از دلایل آزار هیجانی کودکان توسط والدین، می‌تواند باورهای غیرمنطقی آن‌ها درباره کودک و توانایی‌های وی باشد. برخی از والدین به دلیل ناآگاهی از توانمندی‌ها در هر سن و هر شرایط، از فرزندانشان ممکن است انتظارات غیرواقعی داشته باشند. برای مثال، یک کودک کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر نسبت به همسالان عادی خود با سرعت کمتری یاد می‌گیرد و برای یادگیری به زمان و تمرین بیشتری نیاز دارد. همچنین، حتی پس از یادگیری، احتمال اینکه فراموش کند بیش از یک کودک عادی است. اگر والدین از این شرایط آگاهی نداشته باشند، ممکن است وی را به خاطر سرعت یادگیری آهسته یا فراموشی، مورد آزار هیجانی قرار دهند.

آزار هیجانی می‌تواند شرایط سخت کودکان استثنایی را سخت‌تر کند. برای مثال، یادگیری آهسته و پرحمت، خود برای کودکان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر دشواری ایجاد می‌کند و وقتی به این مشکل، مشکل آزار هیجانی نیز افزوده می‌شود، هیجانات منفی ناشی از آزاردیدگی، ظرفیت آن‌ها برای یادگیری را بیشتر کاهش می‌دهد. همچنین، کودکانی که با آزار هیجانی روبه‌رو می‌شوند، به فعالیت آمیگدال آن‌ها افزوده می‌شود و وقتی فعالیت آمیگدال افزایش یابد، فعالیت قشر مخ که در یادگیری دخیل است، کاهش می‌یابد (۷۹).

با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده می‌توان انتظار داشت که با ارتقای عوامل حفاظتی فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد آزاردیده هیجانی، از تبعات منفی آن کاست (۱۹). در همین راستا، می‌توان پیشنهادهای زیر را ارائه کرد:

با استفاده از روش‌های مختلف مانند تهیه بروشور، پوستر و برگزاری جلسات آموزش خانواده در مدارس، والدین در مورد اینکه چه رفتارهایی آزار هیجانی هستند و این آزارها چه پیامدهای منفی برای فرزندان دارد، آگاه شوند. همچنین، آموزش شیوه‌های فرزندپروری صحیح و چگونگی ایجاد محیط خانوادگی سالم و حمایتگر به والدین پیشنهاد می‌شود. می‌توان از ظرفیت مدرسه بدین منظور کمک گرفت.

با توجه به اینکه عملکرد تحصیلی حمایت‌شده، عامل حفاظتی است، پیشنهاد می‌شود: معلم‌ها و کادر اداری مدرسه در ارتباط با نقش مؤثری که می‌توانند در زمینه پیشگیری و کاهش مشکلات هیجانی-رفتاری دانش‌آموزان نوجوان داشته باشند، آگاه شوند. همچنین، به آن‌ها در مورد چگونگی ارائه حمایت‌های آموزشی و عاطفی به دانش‌آموزان و ایجاد محیطی امن در مدرسه، آموزش داده شود.

مشارکت فعال در جامعه، حمایت اجتماعی و مذهبی بودن، می‌تواند از اثرات منفی آزاردیدگی هیجانی در دوره نوجوانی بکاهد. پیشنهاد می‌شود: در محله‌ها از ظرفیت‌هایی مانند وجود مساجد برای افزایش شبکه اجتماعی (مانند ایجاد گروه‌های مذهبی و خیریه)، ارتقای دین‌داری و مذهبی بودن نوجوانان، استفاده شود. روحانی حاضر در مسجد (در صورت آموزش دیدن) می‌تواند به‌عنوان یک بزرگسال مربی و حمایتگر نقش مهمی را در ارائه حمایت‌های اجتماعی و ارتقای مذهبی بودن نوجوانان ایفا کند. ایجاد مکان‌های امنی برای بازی (مانند زمین‌های بازی تحت نظارت و سالن‌های ورزشی)، تشکیل گروه‌های ورزشی در محله زیر نظر یک بزرگسال مربی و برگزاری کلاس‌های هنری، مانند خطاطی، نقاشی و آموزش موسیقی (با هدف ایجاد سرگرمی‌های سالم برای نوجوان) به‌منظور افزایش مشارکت فعال نوجوانان در اجتماع پیشنهاد می‌شود (۵۹).

## کاربرد پژوهش حاضر برای آموزش و پرورش کودکان استثنایی

متأسفانه شیوع آزاردیدگی هیجانی در بین دانش‌آموزان



آن شیوع آزاردیدگی هیجانی را بررسی کرده‌اند، شیوع آن را نسبتاً بالا گزارش کرده‌اند. برخی از مطالعات داخلی نشان می‌دهند که ۲۵ درصد نوجوانان آزاردیدگی هیجانی شدیدی را تجربه می‌کنند (۲۰).

آزارگری هیجانی صرفاً متعلق به یک گروه خاص با ویژگی خاص نیست بلکه همه والدین گاهی فرزندان خود را مورد آزار قرار می‌دهند. در عین حال، برخی از ویژگی‌ها در والدین وجود دارد که آن‌ها را بیشتر مستعد آزارگری هیجانی می‌سازد. این ویژگی‌ها عبارت‌اند از: سن کم، تجربه آزاردیدگی در دوره کودکی، سبک دل‌بستگی نایمن، تجربه خشونت در خانواده فعلی، مشکلات روان‌شناختی و اعتیاد.

از سوی دیگر، وجود برخی از ویژگی‌ها در کودک باعث می‌شود بیشتر مورد آزار قرار بگیرند. ویژگی‌هایی مانند سن و جنسیت. با این حال، لازم است به خاطر داشته باشیم حتی اگر کودک این ویژگی‌ها را داشته باشد، دلیل نمی‌شود که والدین، وی را مورد آزار قرار دهند و در واقع، مسئول آزار کودک، والدین هستند، نه ویژگی‌های کودک.

آزاردیدگی هیجانی کودکان می‌تواند بر ابعاد مختلف رشدی آن‌ها اثر منفی بگذارد. در بعد رشد جسمی، آزاردیدگی هیجانی با شکست رشدی ارتباط دارد. در بعد شناختی، آزاردیدگی هیجانی با خودکنترلی ضعیف و تأخیر رشد زبان مرتبط است و در بعد رشد اجتماعی-هیجانی، کودکان آزاردیده هیجانی در رشد هیجانی مشکلات بیشتری تجربه می‌کنند. دل‌بستگی نایمن در آن‌ها بیشتر است. در برقراری ارتباط با همسالان نشان و در مهارت‌های اجتماعی نقایصی بیشتری دارند. همچنین، خودپنداره و عزت‌نفس کودکان آزاردیده هیجانی نسبت به کودکان آزار ندیده، ضعیف‌تر است.

آزاردیدگی هیجانی می‌تواند با مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان و نوجوانان مرتبط باشد. همچنین، آزاردیدگی هیجانی در دوره کودکی در بلندمدت می‌تواند با رفتارهای مضر سلامت (مانند رفتارهای جنسی پرخطر و مصرف زود هنگام سیگار)، مشکلات تحصیلی، مشکلات جسمی (مانند آسم، بیماری نارسایی قلبی، بیماری‌های پوستی و اختلالات گوارشی)، مشکلات در روابط خصوصی و مشکلات روان‌شناختی (از قبیل اضطراب، افسردگی و اختلال شخصیتی مرزی) مرتبط باشد.

همچنین، برخی دیگر از کودکان استثنایی، از جمله کودکان مبتلا به اختلال‌های رفتاری مانند کاستی توجه/بیش‌فعالی، اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای، به خاطر مشکلاتی که در کنترل رفتارشان دارند، بیشتر از سوی والدین خود مورد آزار هیجانی قرار می‌گیرند (۷۸). این در حالی است که این کودکان به خصوص کودکان مبتلا به کاستی توجه/بیش‌فعالی در تنظیم هیجانی مشکل دارند و آزاردیدگی می‌تواند مشکلات آن‌ها در این زمینه را بیشتر کند. کودکان مبتلا به اختلالات هیجانی مانند اختلال‌های اضطرابی نیز ممکن است به خاطر مشکلاتی که در رفتارشان دارند (مانند ترس از جدا شدن از والدین و هراس‌ها)، توسط والدین مورد آزار هیجانی قرار بگیرند و این آزار، مشکلاتی را که آن‌ها در تنظیم هیجانی دارند، بیشتر می‌کند.

بنابراین، گرچه پرداختن به مسئله آزاردیدگی هیجانی در همه کودکان و نوجوانان اهمیت دارد ولی در کودکان استثنایی ضرورت توجه به آن دوچندان است؛ زیرا نباید به برخی از مشکلات حل‌نشده کودکان استثنایی (مانند ظرفیت یادگیری محدود در کودکان کم‌توان ذهنی)، مشکلات دیگری افزوده شود و ظرفیت‌های محدود آن‌ها محدودتر شود. از سوی دیگر، برخی از موارد آزاردیدگی هیجانی که ناشی از ناآگاهی والدین است، قابل پیشگیری هستند که با آموزش‌های ساده به والدین از طریق برگزاری کلاس‌ها یا جزوات می‌توان میزان آن را کاهش داد و از تبعات منفی بعدی آن پیشگیری کرد.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش، مروری بر تعاریف، نشانه‌ها، پیامدها و مداخلات مرتبط با حوزه آزاردیدگی هیجانی بود. برای نیل به این هدف کتاب‌ها و مقالات مرتبط بررسی شدند. نتیجه اینکه، گرچه هنوز یک تعریف همگانی از آزاردیدگی هیجانی وجود ندارد ولی می‌توان آن را به‌عنوان «الگوی تکراری از بدرفتاری هیجانی مراقب با کودک دانست، به شکلی که این الگوی تکراری به کودک القا می‌کند که فاقد ارزش، ناقص، دوست‌نداشتنی و ناخواسته است» (۱۱). این تعریف می‌تواند برخی از رفتارهای والدین را، (مانند مقایسه کردن) که به‌منظور انگیزه دادن به فرزندان‌شان انجام می‌شود، در بر بگیرد. پژوهشگرانی که این تعریف را پذیرفته‌اند و با توجه به

- adjustment following psychological maltreatment: A pilot study. *Journal of abnormal child psychology*. 2011 Jul 1;39(5):759-71.
6. Public Health Agency of Canada. The public health perspective on early childhood emotional maltreatment. Policy think tank summary report. Ottawa, Author. 2009, March
  7. Wolfe DA, Mclsaac C. Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse & Neglect*. 2011 Oct 1;35(10):802-13.
  8. Doyle C. Emotional abuse of children: Issues for intervention. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*. 1997 Dec;6(5):330-42.
  9. Trickett PK, Mennen FE, Kim K, Sang J. Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child abuse & neglect*. 2009 Jan 1;33(1):27-35.
  10. Hart SN, Brassard MR. Developing and validating operationally defined measures of emotional maltreatment: A multimodal study of the relationship between caretaker behaviors and children characteristics across three developmental levels (Grant No. DHHS90CA1216). Washington, DC: US Department of Health and Human Services and National Center on Child Abuse and Neglect. 1986.
  11. American Professional Society on the Abuse of Children. Psychosocial evaluation of suspected psychological maltreatment in children and adolescents: Practice guidelines. The Society; 1995.
  12. Garbarino J, Guttman E, Seeley JW. The psychologically battered child. San Francisco: Jossey-Bass; 1986 Sep 18.
  13. Esteban EJ. Parental verbal abuse: Culture-specific coping behavior of college students in the Philippines. *Child psychiatry and human development*. 2006 Mar 1;36(3):243.
  14. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): A conceptual framework. *Child abuse & neglect*. 2002 Jun 1;26(6-7):697-714.
  15. Doyle C. Emotional abuse of children: Issues for intervention. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*. 1997 Dec;6(5):330-42.
  16. Shaffer A, Yates TM, Egeland BR. The relation of emotional maltreatment to early adolescent competence: Developmental processes in a prospective study. *Child Abuse & Neglect*. 2009 Jan 1;33(1):36-44.
  17. Abdollahzadeh Rafi M, Alizadeh H, Farokhi NA. The Role of Religion as a Mediator between Emotional Abuse and Emotional Disorders in Adolescents. *Psychology of Exceptional Individuals*, 2014; 3(12): 83-106.
  18. Figueiredo B, Bifulco A, Paiva C, Maia A, Fernandes E, Matos R. History of childhood abuse in Portuguese parents. *Child Abuse & Neglect*. 2004 Jun 1;28(6):669-82.
  19. Madu SN. The relationship between perceived parental physical availability and child sexual, physical and emotional abuse among high school students in the Northern Province, South Africa. *The Social Science Journal*. 2002 Jan 1;39(4):639-45.
  19. Chang J, Rhee S, Weaver D. Characteristics of child abuse in immigrant Korean families and correlates of placement

آزاردیدگی، خود اختلال نیست که به صورت مستقیم مورد درمان قرار گیرد. با این حال، می‌تواند به مشکلات روان‌شناختی منجر شود. در مورد کودکان و نوجوانانی که با والدین خود زندگی می‌کنند، نخستین گام درمانی باید قطع آزار باشد. بدین منظور باید والدین آزارگر مورد آموزش قرار گیرند. در آموزش والدین آزارگر، باید مصادیق آزار دیدگی‌های هیجانی مشخص شود و برای هر کدام هدف درمانی تنظیم گردیده و در جلسات درمان از آن‌ها استفاده شود. همچنین والدین آزارگر از نقایص مهارتی بیشتری رنج می‌برند که در طرح درمانی به این موضوع نیز باید توجه شود (۷۵). مداخله‌ی بازدید از منزل، جزو مداخلات مؤثری است که می‌تواند میزان آزارگر بودن والدین را کاهش دهد (۷۶). همچنین، برای کودکان آزار دیده هیجانی می‌توان از آموزش مستقیم، ایفای نقش و دیدگاه‌گیری و آموزش مهارت‌های حل مسئله سود جست (۷۵).

حتی اگر نتوان میزان آزارگر بودن والدین را کاهش داد، می‌توان با افزایش منابع و توانمندی‌های کودکان و نوجوانان از آثار آزار دیدگی هیجانی کاست. اگر منابع حمایتی مناسبی برای کودکان آسیب‌دیده هیجانی وجود داشته باشد، از مشکلات روان‌شناختی آن‌ها در بزرگسالی کاسته می‌شود (۶۸). مذهبی بودن می‌تواند رابطه بین آزار دیدگی هیجانی و مشکلات رفتاری نوجوانان را تعدیل کند. علاوه بر این، خودتنظیمی، عزت‌نفس، خوش‌بینی و ساختار اعتقادی، حمایت امنیت محله، مشارکت فعال و عملکرد تحصیلی حمایت‌شده، می‌تواند به تعدیل اثر آزار دیدگی هیجانی کمک کند (۵۹).

## References

1. Thompson AE, Kaplan CA. Emotionally abused children presenting to child psychiatry clinics. *Child abuse & neglect*. 1999 Feb; 23: 191-196.
2. Sneddon H, Iwaniec D, Stewart MC. Prevalence of childhood abuse in mothers taking part in a study of parenting their own children. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*. 2010 Jan;19(1):39-55.
3. Cicchetti D, Rogosch FA. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and psychopathology*. 1997 Dec;9(4):797-815.
4. Manly JT, Kim JE, Rogosch FA, Cicchetti D. Dimensions of child maltreatment and children's adjustment: Contributions of developmental timing and subtype. *Development and psychopathology*. 2001 Dec;13(4):759-82.
5. Leeson FJ, Nixon RD. The role of children's appraisals on

- by parents and psychosocial problems of children. *Child abuse & neglect*. 1991 Jan 1;15(3):223-38.
35. Sedlak AJ. Risk factors for the occurrence of child abuse and neglect. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*. 1997 Jul 25;1(1):149-86.
  36. Bolger KE, Patterson CJ, Kupersmidt JB. Peer relationships and self-esteem among children who have been maltreated. *Child development*. 1998 Aug;69(4):1171-97.
  37. Machado C, Gonçalves M, Matos M, Dias AR. Child and partner abuse: Self-reported prevalence and attitudes in the north of Portugal. *Child Abuse & Neglect*. 2007 Jun 1;31(6):657-70.
  38. McGee RA, Wolfe DA, Wilson SK. Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: Adolescents' perspectives. *Development and Psychopathology*. 1997 Mar;9(1):131-49.
  39. Shields A, Cicchetti D. Reactive aggression among maltreated children: The contributions of attention and emotion dysregulation. *Journal of clinical child psychology*. 1998 Dec 1;27(4):381-95.
  40. Iwaniec D. An overview of emotional maltreatment and failure-to-thrive. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*. 1997 Dec;6(5):370-88.
  41. Varia R, Abidin RR, Dass P. Perceptions of abuse: Effects on adult psychological and social adjustment. *Child Abuse & Neglect*. 1996 Jun 1;20(6):511-26.
  42. Sylvestre A, Mérette C. Language delay in severely neglected children: A cumulative or specific effect of risk factors?. *Child abuse & neglect*. 2010 Jun 1;34(6):414-28.
  43. Jellinek, M.S., HAMARMAN, S. and BERNET, W., 2000. Evaluating and reporting emotional abuse in children: Parent-based, action-based focus aids in clinical decision-making. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(7), pp.928-930.
  44. Cicchetti D. Fractures in the crystal: Developmental psychopathology and the emergence of self. *Developmental Review*. 1991 Sep 1;11(3):271-87.
  45. Wright SA. Physical and emotional abuse and neglect of preschool children: A literature review. *Australian Occupational Therapy Journal*. 1994 Jun;41(2):55-63.
  46. Shonk SM, Cicchetti D. Maltreatment, competency deficits, and risk for academic and behavioral maladjustment. *Developmental psychology*. 2001 Jan;37(1):3.
  47. Solomon CR, Serres F. Effects of parental verbal aggression on children's self-esteem and school marks. *Child abuse & neglect*. 1999 Apr 1;23(4):339-51.
  48. Bolger KE, Patterson CJ. Developmental pathways from child maltreatment to peer rejection. *Child development*. 2001 Mar;72(2):549-68.
  49. Rogosch FA, Cicchetti D. Child maltreatment and emergent personality organization: Perspectives from the five-factor model. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2004 Apr 1;32(2):123-45.
  50. Follingstad DR, Dehart DD. Defining psychological abuse of husbands toward wives: Contexts, behaviors, and typologies. *Journal of interpersonal violence*. 2000 Sep;15(9):891-920.
  51. Cullerton-Sen C, Cassidy AR, Murray-Close D, Cicchetti D. Decisions. *Child abuse & neglect*. 2006 Aug 1;30(8):881-91.
  20. Khoshabi K, Habibi M, Farzad far SZ, Mohamadkhani, P. The Prevalence of Child Abuse in Tehran Secondary School Students, *Social welfare quarterly*, 2007 Jul: 27:115-135
  21. AbdollahZadeh Rafi M, Hassanzade M, Nesayan A, Assadi Gandomani R. Prevalence of behavioral disorders in students and prediction of that based on emoucal abuse. *rph*. 2016; 10 (2):28-41
  21. de Paúl J, Domenech L. Childhood history of abuse and child abuse potential in adolescent mothers: a longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*. 2000 May 1;24(5):701-13.
  22. Milner JS, Dopke CY. Child physical abuse: Review of offender characteristics. *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the lifespan*. 1997:27-54.
  23. Haapasalo J, Aaltonen T. Mothers' abusive childhood predicts child abuse. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect*. 1999 Jul;8(4):231-50.
  24. Davis KE, Ace A, Andra M. Stalking perpetrators and psychological maltreatment of partners: Anger-jealousy, attachment insecurity, need for control, and break-up context. *Violence and victims*. 2000 Jan 1;15(4):407-25.
  25. O'hearn RE, Davis KE. Women's experience of giving and receiving emotional abuse: An attachment perspective. *Journal of interpersonal violence*. 1997 Jun;12(3):375-91.
  26. Chang JJ, Theodore AD, Martin SL, Runyan DK. Psychological abuse between parents: associations with child maltreatment from a population-based sample. *Child Abuse & Neglect*. 2008 Aug 1;32(8):819-29.
  27. Walker LE. *The battered woman syndrome*. Springer publishing company; 2016 Oct 28.
  28. Calam R, Bolton C, Barrowclough C, Roberts J. Maternal expressed emotion and clinician ratings of emotional maltreatment potential. *Child abuse & neglect*. 2002 Oct;26(10):1101.
  29. Lesnik-Oberstein M, Koers AJ, Cohen L. Parental hostility and its sources in psychologically abusive mothers: A test of the three-factor theory. *Child abuse & neglect*. 1995 Jan 1;19(1):33-49.
  30. Walsh C, MacMillan H, Jamieson E. The relationship between parental psychiatric disorder and child physical and sexual abuse: findings from the Ontario health supplement. *Child Abuse & Neglect*. 2002 Jan 1;26(1):11-22.
  31. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Croft JB, Edwards VJ, Giles WH. Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*. 2001 Dec 1;25(12):1627-40.
  32. Baker AJ, Festinger T. Emotional abuse and emotional neglect subscales of the CTQ: Associations with each other, other measures of psychological maltreatment, and demographic variables. *Children and Youth Services Review*. 2011 Nov 1;33(11):2297-302.
  33. Sebre S, Sprugevica I, Novotni A, Bonevski D, Pakalniskiene V, Popescu D, Turchina T, Friedrich W, Lewis O. Cross-cultural comparisons of child-reported emotional and physical abuse: rates, risk factors and psychosocial symptoms. *Child Abuse & Neglect*. 2004 Jan 1;28(1):113-27.
  34. Vissing YM, Straus MA, Gelles RJ, Harrop JW. Verbal aggression



- D, Crick NR, Rogosch FA. Childhood maltreatment and the development of relational and physical aggression: The importance of a gender-informed approach. *Child development*. 2008 Nov;79(6):1736-51.
52. Wekerle C, Leung E, Wall AM, MacMillan H, Boyle M, Trocme N, Waechter R. The contribution of childhood emotional abuse to teen dating violence among child protective services-involved youth. *Child Abuse & Neglect*. 2009 Jan 1;33(1):45-58.
53. Kim J, Cicchetti D. Longitudinal trajectories of self-system processes and depressive symptoms among maltreated and nonmaltreated children. *Child development*. 2006 May;77(3):624-39.
54. Ney PG, Fung T, Wickett AR. The worst combinations of child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*. 1994 Sep 1;18(9):705-14.
55. Caspi A, Roberts BW, Shiner RL. Personality development: Stability and change. *Annu. Rev. Psychol.* 2005 Feb 4;56:453-84.
56. Gratz KL, Litzman RD, Tull MT, Reynolds EK, Lejuez CW. Exploring the association between emotional abuse and childhood borderline personality features: The moderating role of personality traits. *Behavior Therapy*. 2011 Sep 1;42(3):493-508.
57. Zanarini MC. Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2000 Mar 1;23(1):89-101.
58. Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, Reich RB. Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*. 1997 Aug 1;154(8):1101.
59. Shenk CE, Noll JG, Cassarly JA. A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of youth and adolescence*. 2010 Apr 1;39(4):335-42.
59. Abdolazadeh Rafi M. The Mediating Role of Individual, Social, and Family Support in the Relationships of Emotional Maltreatment and Emotional, Behavioural Disorders of Adolescence. PhD Dissertation, University of Allameh Tabatabai, Tehran, 2014.
60. Abdolazadeh Rafi M, Adibsereshki N, Hasanzadeh Aval M. The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas in the Relationships of Emotional Maltreatment and Emotional Disorders. *European Journal of Mental Health*. 2017 Jun 12;1(12):104-15.
61. Ramiro LS, Madrid BJ, Brown DW. Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child abuse & neglect*. 2010 Nov 1;34(11):842-55.
62. Klein H, Elifson KW, Sterk CE. Childhood neglect and adulthood involvement in HIV-related risk behaviors. *Child abuse & neglect*. 2007 Jan 1;31(1):39-53.
63. Duncan RD. Childhood maltreatment and college drop-out rates: Implications for child abuse researchers. *Journal of Interpersonal Violence*. 2000 Sep;15(9):987-95.
64. Tietjen GE, Brandes JL, Peterlin BL, Eloff A, Dafer RM, Stein MR, Drexler E, Martin VT, Hutchinson S, Aurora SK, Reober A. Childhood maltreatment and migraine (part II). Emotional abuse as a risk factor for headache chronification. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2010 Jan;50(1):32-41.
65. Colman RA, Widom CS. Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: A prospective study. *Child abuse & neglect*. 2004 Nov 1;28(11):1133-51.
66. Briere J, Runtz M. Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child abuse & neglect*. 1988 Jan 1;12(3):331-41.
67. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child abuse & neglect*. 1996 Jan 1;20(1):7-21.
68. Powers A, Ressler KJ, Bradley RG. The protective role of friendship on the effects of childhood abuse and depression. *Depression and anxiety*. 2009 Jan;26(1):46-53.
69. Mathews CA, Kaur N, Stein MB. Childhood trauma and obsessive-compulsive symptoms. *Depression and anxiety*. 2008 Sep;25(9):742-51.
70. Gibb BE, Chelminski I, Zimmerman M. Childhood emotional, physical, and sexual abuse, and diagnoses of depressive and anxiety disorders in adult psychiatric outpatients. *Depression and anxiety*. 2007;24(4):256-63.
71. Soenke M, Hahn KS, Tull MT, Gratz KL. Exploring the relationship between childhood abuse and analogue generalized anxiety disorder: The mediating role of emotion dysregulation. *Cognitive Therapy and Research*. 2010 Oct 1;34(5):401-12.
72. Johnson JG, Cohen P, Smailes EM, Skodol AE, Brown J, Oldham JM. Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. *Comprehensive psychiatry*. 2001 Jan 1;42(1):16-23.
73. Igarashi H, Hasui C, Uji M, Shono M, Nagata T, Kitamura T. Effects of child abuse history on borderline personality traits, negative life events, and depression: A study among a university student population in Japan. *Psychiatry research*. 2010 Dec 30;180(2-3):120-5.
74. Maxwell JP. The imprint of childhood physical and emotional abuse: A case study on the use of EMDR to address anxiety and a lack of self-esteem. *Journal of Family Violence*. 2003 Oct 1;18(5):281-93.
75. Iwaniec D, Herbert M. Multidimensional approach to helping emotionally abused and neglected children and abusive parents. *Children & society*. 1999 Nov;13(5):365-79.
76. Krysik J, LeCroy CW, Ashford JB. Participants' perceptions of healthy families: A home visitation program to prevent child abuse and neglect. *Children and Youth Services Review*. 2008 Jan 1;30(1):45-61.
77. Hassanzadeh Avval M, Mashhadi A, Abdollahzadeh Rafi, M. Social and personal factors discriminating emotionally resilient from non-resilient abused teens, *Research in Clinical Psychology and Counseling*, In press.
78. Hadianfard H. Child abuse in group of children with attention deficit-hyperactivity disorder in comparison with normal children. *International journal of community based nursing and midwifery*. 2014 Apr;2(2):77.
79. LeDoux J. The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life. Simon and Schuster; 1998 Mar 27.