

تأثیر خشونت‌های جنسی در بروز اختلال استرس

پس از ضربه (PTSD)

* جعفر میرزایی^۱، دکتر محمدرضا خدایی^۲، دکتر پروانه محمدخانی^۳

چکیده

خشونت خانگی به هر نوع عمل خشونت‌آمیزی که بر اختلاف جنسیت مبتنی باشد گفته می‌شود. یکی از انواع خشونت که به دلیل مسائل فرهنگی و اجتماعی کمتر مورد توجه قرار گرفته، خشونت جنسی علیه کودکان و زنان است.

۶۵

یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در خصوص خشونت‌ها و تهاجم جنسی اختلال استرس پس از ضربه می‌باشد. PTSD وقتی بروز می‌کند که شخص فشار روانی و هیجانی را که شدت آن عملاً برای هرکسی آسیب رسان خواهد بود تجربه کرده باشد. این اختلال شامل ویژگی‌هایی مانند یادآوری خاطرات و تجربه مجدد سانحه در رویا و بیداری، اجتناب مستمر از یادآوری سانحه و کرختی عاطفی و بی‌حسی و برانگیختگی شدید می‌باشد، این علائم حداقل باید یکماه تداوم یابد تا فرد مبتلا به PTSD گردد. یکی از خشونت‌های خانگی سوء رفتار جنسی و همسر آزاری است که در کودکان و زنان بصورت افسردگی، اضطراب و PTSD مشاهده می‌گردد.

هدف از بررسی مقاله حاضر، مطالعه پدیده خشونت‌های خانگی از دیدگاه‌های روانشناختی و اجتماعی و برآورد میزان شیوع و ویژگی‌های بالینی PTSD ناشی از تجاوز به عنف و ... می‌باشد. این مطالعه بصورت مروری و بررسی مقالات و پیشینه تحقیقات داخلی و خارجی در مورد خشونت‌های جنسی در کودکان و زنان و بروز PTSD می‌باشد که از منابع مختلف و سایت‌های Psych INFO، NCPTSD، Psychlit و Traumatic stress در سالهای (۲۰۰۵-۱۹۸۹) گردآوری شده است.

نتایج این بررسی بیانگر میزان شیوع و بروز متفاوت بوده، اما به طور کلی، پیامدهای روانشناختی آن ۲۵ الی ۳۰ درصد در خصوص PTSD، افسردگی و اضطراب گزارش شده است.

به طور کلی باید به پدیده خشونت خانوادگی و جنسی از دیدگاه‌های روانی، اجتماعی، زیستی و فرهنگی نگریست، چراکه پیامدهای روانشناختی آن سلامت روانی افراد جامعه را به خطر انداخته و برای پیشگیری از این پدیده باید مداخلات آموزشی و پیشگیرانه را در سطح اجتماع گسترش داد و شبکه‌های خانوادگی و اجتماعی را تقویت کرد.

کلید واژه‌ها: خشونت خانگی / تجاوز به عنف / کودک آزاری / همسر آزاری / PTSD

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی بیمارستان روانپزشکی صدر و پژوهشکده مهندسی و علوم پزشکی جانبازان
۲- روانپزشک، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
۳- دکترای روانشناسی، دانشیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

تاریخ دریافت مقاله: ۸۵/۳/۱۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۵/۹/۲۰

* آدرس نویسنده مسئول:

بزرگراه صدر، میدان پیروز، خ برادران رحمانی، بن بست دلپذیر، بیمارستان روانپزشکی صدر. تلفن: ۲۲۵۶۹۱۴۱

* E-mail: gafamirzaee@yahoo.com



مقدمه

در میان انواع خشونت‌ها اعم از خانوادگی و اجتماعی، خشونت‌های خانگی یک آسیب جدی اجتماعی است که با وجود پیشرفت‌های فرهنگی و فکری هم چنان در جامعه خودنمایی می‌کند. خشونت خانوادگی، خشونتی است که در محیط خصوصی به وقوع می‌پیوندد و عموماً در میان افرادی رخ می‌دهد که به سبب صمیمیت، ارتباط خونی یا قانونی به یکدیگر پیوند خورده‌اند، و بیشترین میزان آن علیه زنان و کودکان اعمال می‌شود. این واقعیت که زنان، آسیب دیده خشونت مردان هستند تا دهه هفتاد پوشیده مانده بود [ابوت و والاس، نقل از معظمی ۱۳۸۰ (۱)]

خشونت خانوادگی^۱ به هر نوع عمل خشونت آمیزی که باختلاف جنسیت مبتنی باشد و به آسیب یا درد جسمی، جنسی یا روانی بیانجامد گفته می‌شود (۲، ۳).

سوء رفتار با کودک در مواقعی مطرح می‌شود که پدر و مادر تعمداً به فرزندشان صدمه بزنند. سوء استفاده جنسی sexual abuse عبارت است از رابطه جنسی اجباری و فریبکارانه یک فرد بزرگسال با یک کودک (۴). یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در این رابطه اختلال استرس پس از سانحه^۲ می‌باشد. اکثر موارد سوء رفتار جنسی با کودک را افراد بزرگسال در خانواده مرتکب می‌شوند. بعد از سوء رفتارهای جنسی و جسمی نسبت به کودکان و زنان، حالاتی چون افسردگی، اضطراب، رفتار پر خاشک‌گرانه، احساس گناه و شرم، افکار بدبینانه، PTSD و رفتار خودکشی‌گرایانه مشاهده می‌شود. خشونت فیزیکی غالباً با خشونت جسمی و جنسی همراه است. امری که آثار روانی آن احتمالاً وخیم‌تر از تجاوز جنسی از سوی فرد بیگانه است [زهروی ۱۳۷۹، نقل از معظمی ۱۳۸۳ (۵)].

همسرآزاری Wife abuse به هرگونه سوء رفتار با زنان از نظر فیزیکی، جسمانی، عاطفی، روانی، جنسی، بی‌اعتنایی و کم توجهی، ناسزاگفتن، تحقیر و توهین اطلاق می‌شود. تخمین زده می‌شود که همسرآزاری در ۲ تا ۱۲ میلیون خانواده آمریکایی روی می‌دهد. حدود ۱۸۰۰۰۰۰ نفر زن آمریکایی توسط همسرشان کتک خورده و مورد بدرفتاری واقع شده‌اند. حدود ۵۰ درصد زنان کتک خورده در خانواده‌های خشن بارآمده‌اند (۶). اختلال استرس پس از سانحه وقتی بروز می‌کند که شخص متحمل یا مواجه با رویدادی که خطر واقعی و تهدید به مرگ یا آسیب جسمانی را در برداشته شده و پاسخ شخص به رویداد شامل ترس شدید، ناامیدی یا وحشت بوده است. علائم اصلی PTSD عبارت از تجربه مجدد رویداد، اجتناب از افکار و موقعیت‌هایی که برای فرد یادآوری کننده بوده و بیش برانگیختگی می‌باشد (۷).

پژوهش میرزایی و همکاران (۱۳۸۳) بر روی جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ نشان داد که شدیدترین علائم مربوط به یادآوری خاطرات در خواب و بیداری و برانگیختگی شدید و کمترین علائم مربوط به اجتناب از یادآورنده‌های خاطرات می‌باشد (۸). مقاله حاضر قصد بررسی مطالعاتی را دارد که مشخص می‌کنند خشونت جنسی چه تأثیری بر کودکان و زنان گذاشته و بروز PTSD چه میزانی می‌باشد. در واقع هدف از مقاله حاضر بررسی PTSD در کودکان و زنانی است که در معرض خشونت‌های جسمی، کودک آزاری و تجاوز جنسی می‌باشند.

روش بررسی

نوع مطالعه حاضر به شیوه مروری بر مقالات و پیشینه تحقیقات داخلی و خارجی در خصوص خشونت‌های جنسی و بروز PTSD می‌باشد. در این مقاله مطالعات مقدماتی (pilots) سایت‌های اینترنتی از جمله Traumatic stress (استرس ضربه‌ای)، psych INFO، NCPTSD، و PSYCH LIT از سال‌های ۱۹۸۹ تا ۲۰۰۵ گردآوری و ترجمه شده است. در واقع با بررسی بیش از ۳۰ اثر داخلی شامل کتاب، مقالات منتشر شده در مجلات علمی، گزارشات و بولتن‌های خبری همایشها، سمینارها و طرح‌های ملی پژوهشی کشور و مطالعه و بررسی منابع خارجی بالغ بر ۳۰ مورد کتاب یا مقالات قابل جستجو در سایت‌های علمی، مقاله حاضر جمع‌آوری شده است.

بحث

مروری اجمالی در چهارچوب نظریه‌ای:

ضرب و شتم زنان و کودکان از اشکال ترسناک و آشفته کننده خشونت است. تلاش برای شناخت علل بروز خشونت در خانواده، به پیدایش طیف وسیعی از نظریات مختلف منجر شده است که این نظریات در خصوص خشونت از هماهنگی و مشابهت برخوردار نیستند. تعدادی از این نظریات در ذیل آمده است:

۱- خشونت حاصل از یادگیری اجتماعی^۳: انسان‌ها از طریق مشاهده رفتار دیگران و الگو قرار دادن (Modeling) افراد مورد نظر، بدرفتاری و خشونت علیه دیگران را یاد می‌گیرند (۹-۱۲). مشاهده شده که اغلب خشونت از نسلی به نسل دیگر نیز منتقل شده است، اگر چه همه کودکانی که در خانواده‌های خشن هستند در بزرگسالی لزوماً رفتار خشونت آمیز را از خود نشان نمی‌دهند اما وجود تاریخچه خشونت در خانواده خطر وقوع آن را در بزرگسالی افزایش می‌دهد (۱۳).

1- Domestic Violence
2- Post Traumatic Stress Disorder
3- Social Learning Theory



بود (۲۱، ۱۷، ۱۲). یکی از تلاشهای چشمگیر در این زمینه رویکرد بوم‌شناختی (Ecological) است که خشونت را به عنوان یک پدیده چندبعدی (Multidimensional) در نظر می‌گیرد که از تعامل عوامل فردی و موقعیتی و اجتماعی ناشی می‌شود. این رهیافت برای اولین بار برای بررسی علل کودک آزاری استفاده شد، سپس از طریق کلرسون، ادلسون، تولمن و کرسی برای بررسی کتک کاری بین همسران به کار گرفته شد [هیس، نقل از همتی (۲۱)].

۶- نظریه روانشناختی ضربه جنسی در کودکان:

نورتر (۱۹۹۱) دو نوع ضربه را که موجب شکل‌گیری PTSD می‌شود مشخص کرده است: ضربه نوع اول شامل یک حادثه ضربه‌آمیز، ناگهانی و غیر منتظره است. حالات مربوط به بی‌حسی و کرختی در نوع اول^۲ دیده می‌شود و از سوی دیگر ضربه نوع دوم^۳ عبارت است از قرار گرفتن مکرر در معرض حوادث ضربه‌آمیزی که قابل پیش‌بینی هستند (۲۲). آزار جسمی و جنسی مکرر و مداوم نمونه‌هایی از این گونه ضربه‌ها هستند (۲۳).

۷- خشونت به عنوان نتیجه اسنادهای منفی:

در اسناد دادن (Attribution) افراد مفاهیم تمایلات و صفات‌های پایداری را جستجو کرده و بدست می‌آورند. درخصوص همسرآزاری شواهد حاکی از آن است که اسنادهای همسران به وقایع زندگی در جهت رضایت و خشنودی آنان است. مانند زنانی که تحت استرس بوده و مشکلات زناشویی و بدرفتاری همسرشان را به خصائص ثابت و کلی او نسبت داده و این رفتارها را عمداً دارای انگیزه‌های بدخواهانه و منتحق سرزنش بدانند. یکی از پیامدهای اسنادهای نامناسب کاهش کیفیت رابطه زناشویی است که خود، رابطه مستقیمی با خشونت زناشویی دارد (۲۴).

همه‌گیرشناسی (بروز و شیوع):

مطالعات متعدد نرخ شیوع و بروز متفاوتی را نشان داده‌اند. منظور از بروز (Incidence) تعداد موارد جدید گزارش شده طی سال بوده، درحالی‌که منظور از شیوع (Prevalence) تعداد افرادی است که در یک جمعیت خاص تحت آزار قرار گرفته‌اند [کنی و مک اشترن، نقل از محمدخانی (۲۵)].

به طور کلی شیوع سوء رفتار جنسی نسبت به دختران و زنان ۶۲-۶ درصد و در پسران و مردان ۳۱-۳ درصد گزارش شده است. در سال ۲۰۰۰ سوء رفتار جنسی با کودکان تقریباً ۱۰ درصد کل موارد سوء رفتارهای جنسی گزارش شده که بیش از ۸۸۰۰۰ مورد ثابت شده را تشکیل می‌داد (۲۶).

۲- نظریه نظارت اجتماعی: نظریه نظارت اجتماعی بر وجود جرم و رفتار خشونت‌آمیز در انسان به دلیل انگیزه‌های درونی یا به سبب عوامل محیطی تأکید دارد. یکی از اصول مورد توجه در این نظریه این است که افراد برای رسیدن به یک هدف یا دستیابی به اقتدار در برابر دیگران به استفاده از زور و قدرت تمایل دارند. اصل دوم این است که نظارت اجتماعی به مثابه مانعی بر سر راه اقتدار و اعمال خشونت قرار می‌گیرد و از آن جاکه انسان بدون وجود محدودیت‌های اجتماعی، به انجام جرم و جنایت و رفتار ناپه‌نجان تمایل دارد، جامعه باید سازوکار (Mechanism) نظارت بر آنها را ایجاد کند. به سبب خصوصی بودن مسائل خانواده، خشونت خانوادگی به جامعه اعلام نمی‌شود و به این ترتیب امکان نظارت بر آن از طرف سازمان‌های دولتی پیش نمی‌آید (۵).

۳- نظریه فمینیستی مردسالاری و خشونت:

برخی الگوهای نظری به دنبال استفاده از حوزه‌های فمینیستی (جنبش زنان) برای تبیین خشونت علیه زنان هستند. فمینیست‌های تندرو معتقدند خشونت علیه زنان به هر شکل که صورت گیرد، فراگیر، عام و محصول فرهنگ مردسالار است که در آن مردان هم برندهای اجتماعی و هم بر بدن زنان کنترل دارند. میل اظهار داشته که خشونت ساز و کار اصلی حفظ روابط قدرت نابرابر در سیاست بدن است (۱۴). «جنبش زنان تندرو، مشکل کتک زدن همسر را نیز در نظام خانوادگی مردسالار می‌بیند» [ابوت و والاس، نقل از معظمی (۵)].

مدافعان این نظریه معتقدند که مردان از طریق سلطه به زنان و انحصار نهادهای مسلط مردانه نهادینه شده‌اند. مردان نان آور بوده، و زنان مسئول نگهداری بچه‌ها و خانه داری هستند و نسبت به همسرشان قدرت کافی ندارند (۱۶، ۱۵). وقتی که نابرابری بالا باشد، نرخ خشونت علیه زنان هم افزایش می‌یابد (۱۷).

۴- نظریه گرایش به خشونت:

محققان بسیاری رابطه مثبت بین گرایش مثبت به خشونت و همسرآزاری را به اثبات رسانده‌اند (۲۰-۱۸). بعضی از پژوهش‌ها در مقابل محققان قبلی نشان داده‌اند که سطح کلی پرخاشگری مردان به طور مشخص نشان‌دهنده تمایل آنان به بدرفتاری علیه همسرشان نیست بلکه پرخاشگری کلی مردان در ترکیب با سایر عوامل (تجربه سطح بالایی از استرس و عدم دلبستگی به طرف مقابل) در گرایش آنان به رفتارهای خشونت‌آمیز با همسرشان مؤثر است (۱۹).

۵- نظریه یکپارچه و ترکیبی:

برای اولین بار دیتون (۱۹۹۵) به اهمیت ترکیب عواملی که احتمالاً در خشونت مردان علیه زنان دخالت دارند، پی برد. مدل ترکیبی او بنام نظریه ترکیبی^۱ مشتمل بر متغیرهای روان‌شناختی و جامعه‌شناختی

1 - Integrative Theory

2- Type I Trauma

3- Type II Trauma



مطالعات قبلی افزایشی معادل ۶۷ درصد را (از ۹۳۱۰۰۰ به ۱۵۵۳۸۰۰ کودک) از ۱۹۸۶ تا ۱۹۹۳ درخصوص شیوع کودک آزاری نشان داده است. در نمونه‌های جمعیت عمومی بطور مشخص ۱۲ تا ۳۵ درصد زنان و ۴ تا ۹ درصد مردان تجربه رابطه جنسی اجباری و به عبارتی تجاوز جنسی (Rape) را تا قبل از ۱۸ سالگی گزارش می‌دهند. از طرفی در ۱۶ بررسی که توسط گوری و لسلی (۱۹۹۷) انجام شده شیوع کودک آزاری جنسی را حدود ۱۶/۸ درصد برای زنان و ۷/۹ درصد برای مردان تخمین می‌زنند. وسیع‌ترین مطالعه تا به امروز یک ارزیابی تلفنی از ۲۰۰۰ کودک و نوجوان ۱۰ تا ۲۶ ساله بوده که توسط لترمن و فینکلهور (۱۹۹۴) انجام شده است و میزان بروز را در ۳/۲ درصد دختران و ۰/۶ درصد پسران به واسطه لمس ناحیه تناسلی کودک و هرگونه تماس بدنی گزارش نموده است (۲۷). اگر مجموع موارد اقدام به سوء رفتار جنسی را در نظر بگیریم، شیوع در طول عمر ۱۰/۵ درصد خواهد بود. آمارهای کودک آزاری جنسی در سایر کشورها تقریباً با ایالات متحده هماهنگ می‌باشد [فصلنامه روانپزشکی کودک و نوجوان امریکا، نقل از پونتام ۲۰۰۳ (۲۶)].

در کشور ما بررسی که توسط دفتر پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی سازمان بهزیستی صورت گرفته، میزان کودک آزاری را از ۸ تا ۱۵ درصد گزارش کرده است (۲۸).

در مطالعه مک لیر، فوآو همکاران (۱۹۹۸)، بدنبال مورد آزار و اذیت و تجاوز جنسی قرار گرفتن، ۴۸ درصد از کودکان علائم PTSD را نشان دادند. در مطالعه مشابه دیگر، مک لیر و همکاران (۱۹۹۲) بروز ۴۴ درصد PTSD که در پی سوء رفتار جنسی به کودکان صورت گرفته را گزارش داده‌اند [نقل از تامپسون و همکاران (۲۹)].

در سال ۱۹۹۹ از ۵۸/۴ درصد قربانیانی که مورد غفلت واقع شده بودند ۲۱/۳ درصد مورد سوء رفتار جسمی و ۳/۱ درصد مورد سوء رفتار جنسی قرار گرفته بودند. در این پژوهش گزارش شده که از بین کودکانی که مورد سوء استفاده جسمی قرار می‌گیرند ۳۲ درصد کمتر از ۵ سال، ۲۷ درصد بین ۵ تا ۹ سال، ۲۷ درصد بین ۱۰ تا ۱۴ سال و ۱۴ درصد بین ۱۵ تا ۱۸ سال سن داشته‌اند. بیشتر موارد سوء رفتار (۷۵ درصد) از سوی والدین و مابقی از سوی سایر بستگان و مراقبین غیر فامیل (۱۰ درصد) صورت می‌گیرد (۶).

به طور کلی آمار مربوط به نرخ آزار دوران کودکی از منبعی به منبع دیگر متفاوت است. اعتقاد بر این است که بیش از ۸۰ درصد موارد آزار جنسی گزارش نشده و بروز واقعی آزار جنسی بالاتر از چیزی است که در آمارها منعکس می‌گردد (۱۹). مطالعات مختلف میزان شیوع آزار جنسی را در طیفی از ۱۱ تا ۶۲ درصد گزارش نموده‌اند. به علاوه نتایج پژوهش در

زمینه شیوع آزار جنسی در گروه‌های اقلیت همچنان نامشخص است. در یک بررسی زمینه‌یابی تصادفی، پژوهشگران دریافتند که جمعیت اسپانیایی تبار (Hispanic) به شکل قابل ملاحظه‌ای بیشتر از سایر نژادها قربانی آزار جنسی دوران کودکی می‌باشند [ویت و پترز، نقل از کین و همکاران (۱۹)].

اما و هوم (۱۹۹۱) دریافتند که ۴/۹ درصد از نمونه آسیایی مورد مطالعه آنها تحت آزار جنسی قرار گرفته‌اند، در حالی که نرخ ملی این پدیده ۱۲/۳ درصد است. نتایج بررسی گسترده‌ای در ژاپن اعلام نمود که براساس نتایج زمینه‌یابی در ۱۶۴ مرکز مشاوره طی یک دوره زمانی یکساله، حدود ۱۰ درصد از موارد مراجعه‌کننده به مراکز فوق تحت آزار جنسی قرار گرفته بودند. نتایج بررسی‌های انجام شده درخصوص تعیین میزان شیوع انواع آزار براساس فهرست علائم ضربه روانی کودک و نوجوان (TSCCA) و پرسشنامه خود گزارشی کودک آزاری (CASRS) که توسط محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) اعتباریابی شده، بیانگر آن است که در دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر تهران، آزار عاطفی ۱۰ درصد، غفلت ۳۷/۱ درصد، آزار جسمی ۵ درصد و آزار جنسی ۳/۶ درصد می‌باشد (۳۰). نوروزی (۱۳۷۲) در مطالعه خود بر روی ۲۲۴۰ دانش‌آموز دبیرستانی شهر تهران شایع‌ترین نوع آزار را آزار جسمی اعلام می‌دارد، گرچه در ۷۱ درصد موارد گزارشها حکایت از ترکیبی از انواع آزار دارند (۳۱). رحیمی موفر (۱۳۷۶) نیز، شیوع تنبیه بدنی را در طیفی از ۵۰ تا ۷۸ درصد برآورد کرده است (۳۲). مطالعه قبلی محمدخانی و همکاران (۱۳۸۱) جهت شناسایی شیوع آزار و غفلت در دانش‌آموزان مقطع دوم راهنمایی شهر تهران این میزان را ۳/۹ درصد گزارش کرده بود (۲۵).

حاج یحیی (۲۰۰۱) در مطالعه خود روی ۶۵۲ دانشجوی فلسطینی در سطح کارشناسی دانشگاه گزارش داد که ۵/۷ درصد از شرکت‌کنندگان پیش از ۱۲ سالگی یک بار توسط فردی از اعضای خانواده مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند (۳۳). در برخی از منابع (آکرمن ۱۹۹۸) اشاره شده است که نرخ اختلال بیش فعالی همراه با کمبود توجه (ADHD)، اختلالات اضطرابی، اختلال خلقی، عقاید انتحاری و اختلال روانپریشی گذرا در کودکان مبتلا به PTSD بالاتر است (۳۳).

PTSD بدنبال سوء استفاده جنسی در کودکان و زنان:

داده‌های روزافزون تجربی نشان می‌دهند که شیوع کودک آزاری جنسی و آشفتگی روانشناختی حاصل از آن بیشتر از گذشته و آمار و ارقام موجود می‌باشد (۳۴).

1- Trauma symptom check list for children and Adolescent
2- Child Abuse Self Report Scale



علائم مرتبط با PTSD را نشان می‌دهند [فصلنامه استرس ضربه‌ای، نقل از میرزایی (۲۶)].

در خصوص ارتکاب خشونت مردان علیه زنان مطالعه‌ای که توسط بچمن و همکاران ۱۹۹۶ صورت گرفت، بیانگر بروز بالای خشونت خانوادگی (تقریباً ۲۹ درصد) است [مطالعه ملی قربانیان جنایت بچمن و سالتزمن ۱۹۹۶، نقل از یونیسف (۴۰)].

اگر چه نتایج دقیق مطالعات به مسائلی چون روش تحقیق و جمع‌آوری داده‌ها بستگی دارد، اما مسئله مهم آن است که ارتباط واضح و جدی در مورد میلیون‌ها خشونت خانوادگی در خانواده‌های آمریکایی با بروز PTSD وجود دارد. مطالعه اوکانز (۱۹۸۶) از زنان کتک‌خورده مقیم در یک مرکز بیانگر آن است که افراد مورد ضرب و شتم قرار گرفته، به‌طور میانگین ۵۹ بار مورد خشونت و تهاجم قرار گرفته و ۲۰ درصد موارد به‌طور هر هفته یک بار مورد خشونت قرار گرفته‌اند. از بین زنانی که مورد تهاجم فیزیکی قرار گرفته‌اند، ۶۲ درصد در طول بارداری شان بوده است. تقریباً ۶ درصد از زنان حداقل یک تهاجم را که منجر به ضرب و شتم شدیدی شده را تجربه کرده‌اند [نقل از تامپسون (۲۹)].

طبق گزارش دایره فدرال (FBI) از تحقیقات انجام شده، در سال ۱۹۹۵ در آمریکا ۹۷۴۶۴ مورد تجاوز به عنف گزارش گردیده است. براساس این گزارش در سال ۱۹۹۵ از هر ۱۰۰۰۰۰ زن آمریکایی ۷۲ نفر قربانی تجاوز جنسی شده‌اند، که بالاترین خطر را برای زنان ۱۶ تا ۲۴ ساله مطرح کرده‌اند. در طی دو دهه گذشته مطالعات زیادی به شیوع نشانگان استرس ضربه‌ای در کودکانی که از ضایعات جسمی، جنسی، روانشناختی و عاطفی رنج می‌برند اشاره کرده است. در مقابل بعضی از پژوهشها که گزارش بالایی از بروز PTSD در دوران کودکی می‌دهند، عده‌ای از متخصصین بالینی معتقدند که خوشبختانه در بسیاری از کودکانی که قربانی این حوادث وحشتناک هستند PTSD، بسیار کم گزارش می‌شود [آکرمن و همکاران ۱۹۹۶، نقل از محمدخانی (۳۰)].

آثار، ویژگی‌های بالینی و اختلالات همراه^۱:

سوء رفتار جنسی در همه موارد منجر به نشانه روانی خاصی که همیشه مشاهده شود، نمی‌گردد. آسیب‌پذیری نسبت به عوارض پایدار جنسی به نوع سوء رفتار، طول مدت آن، سن کودک و روابط کلی کودک و عامل سوء رفتار بستگی دارد. به‌طور کلی اثرات آزار جنسی کودکی را می‌توان تحت دو مقوله مطرح نمود: اثرات کوتاه‌مدت در کودکی و اثرات بلندمدت در بزرگسالی (۴۱). در مرور ۴۵ مطالعه تجربی که طی سالهای ۱۹۸۰ تا اوایل ۱۹۹۰ انجام گرفته شد به این نتیجه رسیدند که

پس از مروری بر مطالعات مشخص شد که هنوز مطالعه داخلی و خارجی کاملی در خصوص بررسی مسائل اخلاقی، سیاسی، فن‌آوری و روانشناختی در مورد سوء استفاده جنسی در کودکان و اختلالات روانپزشکی مانند PTSD صورت نگرفته است. تعداد مطالعاتی با نمونه‌های تقریباً متقاعدکننده بیانگر آن است که مشکلات زیادی از طرف کودکانی که مورد آزار و اذیت جنسی قرار گرفته‌اند گزارش می‌شود.

مک لیر و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه خودشان ۳۲ کودکی را که مورد سوء رفتار جنسی قرار گرفته بودند مورد بررسی قرار دادند [نقل از تامپسون (۲۹)]. آنها اعلام کردند که ۴۸ درصد از شرکت‌کنندگان دارای ملاکهای PTSD براساس DSM - IV می‌باشند. مک لیر و همکاران (۱۹۹۲) پژوهشی را روی ۹۲ کودکی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند انجام و دریافتند که ۴۴ درصد از آن کودکان واجد ملاکهای تشخیصی PTSD می‌باشند [نقل از بارلو (۳۵)].

در نیوزلند، مری و اندروو ۶۶ کودک را ۳ تا ۶ ماه پس از سوء استفاده جنسی مورد بررسی قرار دادند، ۶۴ درصد از این کودکان دارای سایر اختلالات روانپزشکی و ۱۸ درصد دارای ملاکهای PTSD بودند (۲۶). در کانادا ولف و همکاران (۱۹۹۴) پژوهش خود را روی ۹۰ کودکی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته بودند قرار داده و ۴۹ درصد آنها را واجد PTSD قلمداد کردند [نقل از بارلو (۳۵)]. گزارش‌های جدید حاکی است که تقریباً ۹۵ درصد قربانیان تجاوز جنسی در دو هفته اول پس از واقعه نشانه‌های PTSD را بروز داده و حدود ۵۰ درصد علائم را تا ۳ ماه بعد و ۲۵ درصدشان نیز ۴ تا ۵ سال بعد از تجاوز همچنان علائم PTSD را دارا می‌باشند (۳۶، ۳۷).

مطالعات تجربی بسیاری در بررسی ارتباط بین همسرآزاری و PTSD توسط براون ۱۹۹۳، دیتون ۱۹۹۲، گودمن و همکاران ۱۹۹۳ و کاس ۱۹۹۳ انجام شده است [فصلنامه استرس ضربه‌ای ۱۹۹۹، نقل از میرزایی (۳۸)]. در مطالعه‌ای که روی زنان مورد آزار و خشونت قرار گرفته انجام شده، ۸۴ درصد از نمونه‌های مورد مطالعه واجد ملاکهای PTSD می‌باشند [کمپ راولینگز و گرین ۱۹۹۱ (۳۸)]. در یک بررسی مشابه نیز ارزیابی PTSD در بین یک نمونه کوچک از زنان مورد خشونت جنسی قرار گرفته نشان داد که تقریباً ۳۳ درصد واجد معیارهای PTSD هستند [آستین لارنس و فوی ۱۹۹۳ (۳۸)]. پژوهش مارتی، تامپسون و همکاران (۱۹۹۹) همسرآزاری و PTSD را بعنوان یک عامل خطر برای خودکشی زنان مطرح کرده است (۳۹). در یک مطالعه دیگر از زنان مورد خشونت قرار گرفته، ۴۵ درصد از آنان علائم پایدار PTSD را داشته و زنانی که در معرض سطوح بالایی از همسر آزاری قرار می‌گیرند، بیشتر

^۱- Comorbidity



افسردگی (Depression) مستقل از یکدیگر بروز می‌کنند یا این که هر دو بخشی از یک اختلال هستند، بر روی ۳۶۳ بیمار صورت گرفت. آنها ۳ تا ۱۲ ماه پس از شروع مطالعه مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که PTSD و افسردگی با هم رخ داده و منعکس کننده وجود نوعی آسیب‌پذیری مشترک یا متغیرهای پیش‌گویی کننده مشابه می‌باشد. در تعداد کمی از بیماران در ماه سوم پس از حادثه، افسردگی به صورت مستقل از PTSD رخ داده و ترکیب متفاوتی از متغیرها پیش‌گویی کننده بروز آن بود. در نتیجه می‌توان گفت در حالی که PTSD و بروز توأمان PTSD و افسردگی غیر قابل تفکیک از یکدیگر هستند، یافته‌ها گویای آن است که وجود افسردگی در دوره حاد پس از حادثه و نه در دوره مزمن، ساختار مجزایی را تشکیل می‌دهد (۴۲).

در خصوص آثار خشونت‌های اعمال شده بر کودکان، پژوهش خدابخشی (۱۳۸۳) در رابطه با بهره‌کشی جنسی و بروز اختلالات اضطرابی در کودکان دختر و پسر شهر تهران بیانگر آن است که دختران و پسران خیابانی که مورد بهره‌کشی جنسی قرار گرفته‌اند اختلالات اضطرابی در آنها بیشتر بوده است و آثار بهره‌کشی بیشتر بر دختران تأثیر گذاشته و نرخ آن از پسران بیشتر بوده است (۴۳). این پژوهش با سایر پژوهش‌های خارجی هم چون ریو و همکاران (۲۰۰۱)، ویدیو (۱۹۸۵)، خدابخشی (۱۳۸۲ و ۱۳۸۳)، رافائلی و همکاران (۲۰۰۱)، احمد خانیها و همکاران (۱۳۸۱) و حسینیان و خدابخشی (۱۳۸۲) به نقل از خدابخشی (۱۳۸۳) هم نظر و همسو بوده است (۴۳).

در پژوهش نامداری و همکاران (۱۳۸۱) در خصوص میزان شیوع سوءرفتار در دانش‌آموزان دوره راهنمایی خرم آباد بیشترین فراوانی به ترتیب به سوء رفتار عاطفی و روانی با ۹۱/۶ درصد، سوء رفتار جسمی در دختران و پسران با ۵۸/۲ درصد و سوء رفتار جنسی با ۱۵/۵ درصد فقط به دختران تعلق دارد (۴۴).

پژوهش ناظر و همکاران (۱۳۸۱) در خصوص همه گیرشناسی کودک‌آزاری در شهر رفسنجان بیانگر آن است که ۶۹ درصد دختران و پسران درجات مختلفی از آزار و اذیت و کودک‌آزاری از سوی والدین خود را تجربه کرده‌اند (۴۵). از نظر دفعات کودک‌آزاری برحسب زمان در ۵/۴ درصد روزی یکبار، در ۷/۵ درصد هفته‌ای چندبار و در ۱۰/۴ درصد هفته‌ای یکبار بوده است. در خصوص مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان آزار دیده در دانش‌آموزان پسر پایه دوم مقطع راهنمایی شهر تهران پژوهش‌ها بیانگر آن است که دانش‌آموزان آزار دیده بیش از دانش‌آموزان آزار ندیده دچار اضطراب، افسردگی، مشکلات توجهی و انزوا بوده و دارای مشکلات هیجانی و رفتاری بیشتری می‌باشند (۲۵).

شایع‌ترین اثرات آزار جنسی کودکان در گروه‌های سنی مختلف به قرار ذیل می‌باشند:

۱- در کودکان پیش دبستانی، علائم شایع عبارتند از: اضطراب، کابوس شبانه و رفتارهای جنسی نامتناسب.

۲- در کودکان دبستانی علائم شایع عبارتند از: ترس، مشکلات روانشناختی، پرخاشگری، کابوس، مشکلات تحصیلی، بیش‌فعالی و رفتارهای بازگشتی^۱.

۳- در بزرگسالان، شایع‌ترین علائم عبارتند از: افسردگی، رفتارهای گوشه‌گیرانه، رفتارهای انتحاری و خودآسیبی، شکایات جسمانی، اعمال غیر قانونی، فرار و سوء مصرف مواد مخدر (۴۱).

در بسیاری از مواقع آزار جنسی کودکان اثرات طولانی مدت در بزرگسالی در پی داشته است. کندال و همکاران (۱۹۹۸) اظهار می‌نمایند که پیامدهای روانشناختی آزار ممکن است بلافاصله یا با تأخیر و گاهی با گذشت چندین سال ظاهر شوند، که در آن صورت تشخیص PTSD با بروز تأخیری^۲ می‌تواند مطرح گردد (۴۱).

از نظر ویژگی‌های بالینی کودکانی که از آنها سوء استفاده شده ممکن است علائم اضطراب، برانگیختگی شدید، کاهش اعتماد به نفس و بی‌اعتمادی نسبت به بزرگسالان را از خود نشان دهند. تجاوز به عنف، زنا با محارم (Incest) و اغواگری می‌تواند عوامل زمینه‌ساز مهمی برای پیدایش نشانه‌های بعدی مانند انواع هراس‌ها، اضطراب و افسردگی تلقی شود. کودکان قربانی سوء رفتار جنسی، نسبت به پرخاشگری بیرونی حساس هستند که این امر در ناتوانی آنها برای مدارا (Coping) با تکانه‌های پرخاشگری خود نسبت به دیگران یا پرخاشگری دیگران نسبت به خود مشهود است (۲۶).

احساس افسردگی که معمولاً همراه با شرم، احساس گناه و آسیب‌دیدگی دائمی است اغلب در کودکان قربانی سوء رفتار جنسی گزارش می‌شود. پژوهش‌ها بیانگر آن است که PTSD و اختلالات تجزیه‌ای در بزرگسالانی که در دوران کودکی در معرض سوء رفتار بوده‌اند، شایعتر است. سوء رفتار جنسی عامل زمینه‌ساز شایع در اختلال هویت تجزیه‌ای (اختلالات شخصیت چندگانه) محسوب می‌شود. در بعضی از افراد که سابقه تحمل سوء رفتار جنسی را به طور مکرر داشته‌اند اختلال شخصیت مرزی گزارش شده است. در بین نوجوانان و بالغینی که در دوران کودکی در معرض سوء استفاده جنسی بوده‌اند میزان سوء مصرف مواد نیز زیاد گزارش شده است (۶). علاوه بر اختلالات روانپزشکی، سوء رفتار جنسی با مشکلات رفتاری و تغییرات زیست‌عصب‌شناختی (نوروبیولوژیک) نیز مرتبط بوده است (۲۶). مطالعه‌ای برای پاسخ به این سؤال که آیا به دنبال حوادث، PTSD و



در خصوص آثار خشونت‌های اعمال شده بر روی زنان (همسرآزاری)، گستردگی همسر آزاری از ۴۷ درصد در تحقیق ربیعی و همکاران (۱۳۸۱) تا ۸۱ درصد در تحقیق شمس (۱۳۸۲) گزارش شده است [نقل از اعزازی (۴۷، ۴۶)].

همسر آزاری (Wife abuse) دارای اشکال و ابعاد مختلفی است، از بدرفتاری فیزیکی و آزارهای روانی گرفته تا بدرفتاری جنسی، ولی غالباً شامل رفتارهای کنترل کننده مانند جدا کردن زن از خانواده، دوستان و محدود کردن وی در دسترسی به منابع مختلف می‌شود.

پژوهش همی (۱۳۸۳) با عنوان عوامل مؤثر بر خشونت مردان علیه زنان بیانگر آن است که خشونت عاطفی در مورد زنان بسیار بیشتر از خشونت فیزیکی در طی سال تحقیق می‌باشد، به طوری که خشونت عاطفی به صورت ایراد گرفتن از خصوصیات اخلاقی ۷۳/۸ درصد، داد کشیدن ۶۳/۵ درصد، بی توجهی به احساسات و عواطف ۵۶/۹ درصد، مقصر دانستن به خاطر مسائل شخصی ۴۴/۷ درصد، تصمیم در امور مالی بدون نظرخواهی ۴۳/۵ درصد، ایراد گرفتن از قیافه و ظاهر ۲۷/۲ درصد، فحش و ناسزاگفتن ۲۶/۳ درصد، اهانت کردن در مقابل دیگران ۲۶/۲ درصد، سخت گیری در خرج دهی ۲۵/۶ درصد، عدم اجازه برای خارج شدن از منزل ۲۵ درصد، جلوگیری از ملاقات با دوستان ۲۳/۲ درصد و ... می‌باشد. خشونت فیزیکی نیز در همان سال به صورت هل دادن شدید ۱۹/۳ درصد، کتک زدن ۱۸ درصد، پرت کردن اشیاء ۱۶/۹ درصد، سیلی زدن ۱۶/۹ درصد، با مشت و لگدزدن ۸/۷ درصد و ... است (۲۱).

پژوهش افتخار و همکاران (۱۳۸۳) با عنوان ویژگی‌های فردی قربانیان همسر آزاری بیانگر آن است که در بین مراجعه کنندگان به مراکز پزشکی قانونی ۱۸ درصد سهم زنان قربانی همسر آزاری می‌باشد. نزدیک به ۸۵/۸ درصد از قربانیان در ۲۴ سالگی یا کمتر ازدواج کرده و ۴۷/۱ درصد قربانیان ۱۹ ساله یا کم‌تر بوده‌اند. همچنین ۲۸ درصد قربانیان شاغل و ۷۱/۸ درصد غیر شاغل و خانه دار بوده‌اند. از بین شرکت کنندگان ۶۵/۸ درصد قربانیان در انتخاب همسر کاملاً آزاد و ۶/۲ درصد آنها تا حدودی آزاد بوده‌اند. ۱۴/۷ درصد به اجبار خانواده تن به ازدواج داده‌اند و ۱۱/۱ درصد اظهار داشته‌اند که ازدواج آنها براساس انتخاب اعضاء خانواده صورت گرفته است (۴۸).

قربانیان در خصوص دلایل مدارا با شرایط فعلی زندگی خود اظهار کرده‌اند که ۱۸/۵ درصد به خاطر فرزندانشان همه چیز را تحمل کرده، ۱۵/۴ درصد فکر می‌کردند که اوضاع بهتر می‌شود، ۱۵ درصد برای حفظ آبرو، ۱۳/۷ درصد قصد داشتند با محبت رفتار همسرشان را تغییر دهند، ۴/۸ درصد زندگی و همسر خود را دوست داشته و ۴/۸ درصد از

همسر خود وحشت داشته و ۴/۴ درصد حامی و پشتیبان نداشته‌اند (۴۸). پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۸۴) در مورد میزان خشونت‌های اعمال شده علیه زنان در شهر تهران بیانگر آن است که ۹۳/۸ درصد خشونت‌ها از نوع خشونت عاطفی و روانی، ۹۲/۸ درصد خشونت فیزیکی (ضرب و شتم)، ۸۱/۴ درصد خشونت‌های ناشی از مسائل اقتصادی (مانند سخت گیری در خرج دهی و خرجی ندادن) و ۷۶/۱ درصد خشونت جنسی را گزارش کرده‌اند (۴۹).

پژوهش نریمانی (۱۳۸۴) در مورد میزان و علل خشونت مردان علیه زنان در میان خانواده‌های ساکن اردبیل بیانگر آن است که بیشترین میزان خشونت مربوط به خشونت روانی و عاطفی است. بین طبقه اجتماعی، سطح تحصیلات، ناکامی، وضعیت اقتصادی، اضطراب و افسردگی زن و مرد، درون‌گرایی و خودنمایی مرد و میزان اعمال خشونت مرد علیه زن رابطه معنی داری وجود دارد. ایشان متغیر ناکامی را در خشونت علیه زنان مؤثر دانسته، علاوه بر آن میزان تحصیلات و محل سکونت زن، برون‌گرایی مرد، اضطراب مرد، درون‌گرایی زن، جرأت طلبی مرد و خودنمایی مرد را به ترتیب دارای بیشترین تأثیر در خشونت مردان علیه زنان دانسته‌اند (۵۰).

طبق مطالعه محمد خانی و همکاران (۱۳۸۱) کودکانی که به عنوان افراد آزار دیده شناسایی شده‌اند به طور معناداری علائم و آشفتگی‌های هیجانی - رفتاری را بیشتر گزارش می‌کنند و نمرات آنها در مقیاس‌های اضطراب و افسردگی بسیار بالا بوده است (۵۱).

در مورد کودکانی که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته‌اند و متعاقب آن یا بعدها دچار اختلالات روان‌پزشکی شده‌اند، بعضی از پژوهش‌ها از جمله بررسی جانسون و همکاران (۲۰۰۴) بیانگر آن است که حالات تجزیه ای حول و حوش حادثه ضربه‌ای با شدت ضایعه بعدی حادث شده برای فرد، مانند PTSD، افسردگی و اختلال تجزیه‌ای دارای ارتباط مستقیم و قوی می‌باشد. مطالعات تکمیلی نشان داده است که زنانی که تجربه تهاجم جنسی را از سوی مرد مهاجم داشته‌اند، آسیب روانشناختی شدیدتری را تجربه کرده و حالات تجزیه‌ای حول و حوش حادثه ضربه‌ای بیشتری داشته‌اند. در نتیجه، ارتباط قوی بین شدت علائم تجزیه‌ای حول و حوش حادثه ضربه‌ای و شدت ضایعه و علائم اختلال بعدی می‌تواند در روند درمان و اداره کردن آن مهم باشد [جانسون و همکاران، نقل از فصلنامه سهل‌انگاری و سوء رفتار کودک (۵۲)].

مطالعه‌ای در خصوص تمایز علائم در مبتلایان به PTSD و اختلال افسردگی اساسی (MDD) نشان داده که در ۹۸ درصد از کودکانی که



مورد سوء استفاده جنسی با یا بدون علائم افسردگی اساسی هستند علائم نباتی اولیه یکی از مهمترین علائمی است که می‌تواند افتراق دهنده PTSD تنها، MDD تنها یا هر دو با هم (PTSD, MDD) باشد. این پژوهش نشان داد که سه علامت تجربه مجدد حادثه، فراموشی روانزا و سیمای خود اختلال تشخیص دهنده بین گروه‌هاست و مشخص شد که گروه PTSD تنها علائم فراموشی روانزای بیشتری دارند، در حالی که وقتی PTSD با MDD دارای هم‌ابتلائی است، بیشتر تجربه مجدد حادثه را نشان می‌دهند. در نتیجه پژوهشگران بیان می‌کنند که بچه‌هایی که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند یا دارای علائم PTSD تنها بوده و یا در مواردی که PTSD با MDD همراه است در شیوع و شکل علائم اختلاف مشاهده شده و در آنها سطح بالاتر و شدیدتری از علائم هیجانی مرتبط با PTSD مانند برانگیختگی (Arosal) مشاهده می‌گردد (۵۳).

تأثیرات عصب روانشناختی در آزار و اذیت جنسی

در مطالعات طولی آینده‌نگر بر روی دختران مورد آزار قرار گرفته که توسط پوتنام و تریکت (۱۹۹۷) صورت گرفت، متخصصین در محور هیپوتالاموس، هیپوفیز، آدرنال^۲ (HPA)، سیستم عصبی سمپاتیک و سیستم ایمنی تغییراتی را ثبت کردند. به همین شکل در دختران مورد آزار جنسی قرار گرفته، در عرض ۶ ماه پس از واقعه به طور پیوسته سطوح کورتیزول پلازما بالا گزارش شده است. این افراد با دختران بدون تجربه آزار و اذیت جنسی از نظر سنی، موقعیت اقتصادی و نژادی با یکدیگر همسان شده بودند (۲۶).

در مطالعه‌ای که توسط دبلیس و همکاران بر روی مبتلایان به PTSD صورت گرفت، سطوح بالای از کورتیزول آزاد در ادرار بدست آمد (۵۴). در مقابل پژوهش فوق کینپ و همکاران (۲۰۰۱) کاهش کورتیزول پلاسمای صبحگاهی را در کودکان مورد آزار جنسی قرار گرفته در مقایسه با دختران گروه شاهد گزارش نمودند. در مجموع این یافته‌ها با عدم تنظیم محور HPA در کودکان آزار دیده جنسی هماهنگی نشان می‌دهد. در همین مطالعه طولی، دختران مورد آزار جنسی قرار گرفته سطوح بالاتری از کاتکول آمین‌های ادراری نیز نشان می‌دادند. در دو مطالعه دیگر بر روی کودکان دارای سابقه توأم آزار و اذیت جسمی و جنسی شواهدی از افزایش فعالیت سیستم عصبی سمپاتیک یافت شد (۲۶).

سه مطالعه مربوط به تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI)، کاهش حجم هیپوکامپ را در زنان بالغ با سابقه سوء رفتار جنسی، مشابه آن چه که در بازماندگان حوادث طبیعی و جنگ مبتلا به PTSD وجود دارد گزارش کردند. دبلیس و همکاران نیز حجم کوچک‌تر مغز را

در بچه‌های مورد سوء رفتار قرار گرفته در مقایسه با گروه نمونه گزارش کردند (۵۴).

پژوهش استین و همکاران (۱۹۹۷) با عنوان کاهش هیپوکامپ در زنانی که در کودکی مورد سوء استفاده قرار گرفته‌اند بیانگر آن است که ۲۱ زن بدون سابقه آزار و اذیت با ۲۱ زنی که مورد آزار جنسی قرار گرفته بودند مقایسه و دیده شد که کاهش هیپوکامپ چپ با شدت حالات تجزیه‌ای مرتبط بوده و ضمناً میزان کاهش حجم هیپوکامپ چپ ۵ درصد گزارش شده است. تغییرات ساختاری و نورواناتومیک در مردانی که در کودکی دچار آزار و اذیت جنسی بوده‌اند نیز گزارش شده است [نقل از پوتنام (۲۶)].

در پژوهشی دیگر دبلیس و همکاران (۲۰۰۳) با عنوان بررسی حجم شیار گیجگاهی فوقانی^۳ در کودکان و نوجوانان مبتلا به PTSD که بد درمان شده‌اند، بوسیله MRI، مغز ۳۳ کودک و نوجوان بد درمان شده را با افراد سالم مورد مقایسه قرار دادند و نتایج بیانگر آن بود که حجم ماده خاکستری شیار گیجگاهی فوقانی در افراد PTSD بد درمان شده نسبت به گروه کنترل بیشتر بوده، در حالی که حجم ماده سفید در افراد PTSD بد درمان شده کوچکتر از گروه کنترل می‌باشد. در مورد PTSD بد درمان شده این افزایش حجم ماده خاکستری بخصوص در سمت راست مغز بارزتر از سمت چپ است و بیشتر در قسمت خلفی و حجم کلی آن اختلاف مشاهده می‌گردد. نتیجه‌ای که این پژوهشگران دریافتند آن است که تغییرات در حجم شیار گیجگاهی فوقانی نشان می‌دهد که در افراد PTSD بد درمان شده ممکن است تغییرات تکاملی در مغز ایجاد شود (۵۴).

با مروری بر مطالعات مربوط به خشونت و تهاجم جنسی و بروز PTSD در کودکان و زنان، این پژوهش‌ها نشان داده است که تغییرات ساختاری نورواناتومیک و ناکارآمدی عملکرد مربوط به حافظه و تمرکز و اشکال در ناحیه هیپوکامپ در ناحیه گیجگاهی چپ و راست در کودکان و زنان مشاهده گردیده است. البته این تغییرات در کهنه سربازان ویتنام و رزمندگانی که مورد ارزیابی عصب روانشناختی قرار گرفته‌اند و در حافظه بینایی، کلامی و تأخیری دچار اشکال و کاهش حجم هیپوکامپ بوده‌اند نیز گزارش شده است (۵۶، ۵۵).

مقاله‌ای تحت عنوان ارتباط حجم هیپوکامپ با استرس گزارش کرده که ۳۰ شرکت کننده در دو گروه ۱۵ نفره که به دنبال استرس شدید و سوختگی دچار PTSD شده بودند، مورد بررسی و در هر دو گروه نتیجه گرفته شد که خود عامل استرس و نه فقط PTSD همراه آن عاملی است که باعث کاهش حجم هیپوکامپ می‌گردد (۴۲).

در هر سال بیش از دو میلیون زن از طرف همسرانشان مورد بدرفتاری

1- Psychogenic amnesia
2- Hypothalamic Pituitary Adrenal
3- Superior Temporal gyrus



اعتقاد بر این است که بیش از ۸۰ درصد موارد آزار و اذیت جنسی گزارش نشده و حتی سوءرفتارهای جسمی و عاطفی نیز کمتر نمود می‌یابد و آمار بروز واقعی آن بالاتر از چیزی است که هم‌اکنون منعکس می‌شود. در ایران نیز آمار و اطلاعات شفافی از رواج سوء رفتارهای جسمی و جنسی موجود نیست و مشخص نیست که افراد به سئوال‌ات پژوهش‌های مختلف بنا به مسائل اخلاقی صادقانه پاسخ داده باشند، اما ظاهراً کمتر از دیگر کشورها شیوع دارد. به جهت پیشگیری و کاهش سوء رفتار نسبت به زنان لازم است تا با برنامه‌ریزی همه جانبه، زمینه‌ها و عوامل مستعدکننده‌ای که قبلاً شرح آن رفت کاسته شده و با آموزش و مشاوره‌های لازم پیش از ازدواج آگاهی‌های لازم به همسران داده شود. برای انتخاب بهترین رویکرد پیشگیرانه از سوء رفتار جنسی با کودکان اتفاق نظر وجود ندارد. یک مرور جامع از ۱۶ مطالعه ارزیابی کننده آموزش کودکان در برنامه‌های مدرسه‌مدار بدین نتیجه رسید که این برنامه‌ها به طور کلی در آموزش کودکان از نظر مضمون سوء رفتار جنسی و مهارت‌های حمایت از خود موفق بوده‌اند. برنامه‌هایی که آشکارا بر مهارت‌های حمایت از خود تمرکز کرده و زمان کافی را برای این مهارت‌های رفتاری فراهم ساخته‌اند، بیشترین تأثیرگذاری را داشته‌اند.

لازم است در خصوص پیشگیری از سوء رفتار جنسی نسبت به کودکان و زنان در سطح جامعه، آموزش‌های مقابله‌ای برای بالا رفتن سطح آگاهی کودکان، دختران، پسران و زنان، انجام شده و مراکز چگون سازمان بهزیستی که در جهت رفاه اجتماعی قدم بر می‌دارند و وزارت بهداشت و درمان بخش سلامت روان، برنامه‌ریزی‌های عملی و مدونی را در این خصوص تدوین و اجرا نمایند.

قرار می‌گیرند و به طرق مختلف در زندگی قربانی خشونت می‌شوند. اگر چه زنان هم می‌توانند علیه مردان خشونت به خرج دهند اما نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که زنان ۸ مرتبه بیشتر از مردان در معرض خشونت همسرانشان قرار دارند (۵۷).

خشونت در تمام مناطق دنیا وجود دارد و زنان بخش عمده‌ای از آن را متحمل می‌شوند. مرور مطالعات نشان داده که میزان شیوع خشونت در طول عمر بین ۵۰ - ۱۶ درصد بوده و خشونت جنسی نیز شایع است و برآورد شده است که یک پنجم زنان در طول زندگی خود قربانی تجاوز جنسی و یا اقدام ناموفق به آن می‌شوند (۵۸).

نتیجه‌گیری

خشونت‌های خانوادگی یکی از مسائل مهمی است که از دیدگاه‌های مختلفی چون اجتماعی، روان‌شناسی، فرهنگی، جمعیت‌شناختی، سیاسی و بهداشتی مورد توجه می‌باشد و در همه کشورها و در همه گروه‌های اجتماعی، فرهنگی و مذهبی دیده می‌شود و هر ساله بیش از دو میلیون زن از طرف همسرانشان مورد بدرفتاری قرار می‌گیرند. کودکان نیز قربانیان دیگر این سوء رفتارها هستند. وضعیت طبقاتی و عواملی مانند ناکامی، تنش و فقر مادی، نبود کار و مسکن مناسب، عوامل و متغیرهای روانشناختی و جامعه‌شناختی، یادگیری در خانواده، اسنادهای منفی و... از جمله عوامل زمینه ساز بروز و شیوع سوء رفتار می‌باشند. سوءرفتارهای جسمی و جنسی و آزارهای عاطفی و روانی در کودکان و زنان سبب ساز آثار کوتاه و درازمدت روانشناختی و اختلالات روانپزشکی مانند اضطراب، افسردگی، افزایش خطر خودکشی، PTSD و... می‌شوند.

منابع:

- ۱- معظمی، ش. آشوری، م. (۱۳۸۰) همسرکشی در ۱۵ استان کشور، پژوهش انتشار نیافته در مؤسسه تحقیقات علوم جزایی و جرم‌شناسی دانشگاه تهران
- 2- The world Health Organization. Violence Against Women. WHO. 1993; 465-469
- 3- Corsiny R. The Dictionary of Psychology, Brunner Press. 2002
- 4- Clark DM, Fairburn CG. Science and Practice of Cognitive Behavior therapy, New York, Oxford University Press. 1993
- ۵- معظمی، ش. (۱۳۸۳)، جرم‌شناسی خشونت خانگی و همسرکشی در سیستان و بلوچستان، فصلنامه پژوهش زنان، دوره ۲ شماره ۲ تابستان - تهران
- 6- Kaplan H, Sadock B. (2003) synopsis of psychiatry willam, Wilkins
- 7- American psychiatry Association (2000) DSM Text Revision APA Perss
- ۸- میرزایی، ج، کرمی، غ. و همکاران. مقایسه تشخیص‌های بالینی بیماران بستری و سرپایی مبتلا به PTSD با آزمونه‌های روان‌شناختی، ۱۳۸۳. سال (۶) شماره (۳) صفحه ۲۰۱ الی ۲۰۸
- 9- Bandura A. (1975) Social learning theories, Academic press. New York
- 10- O, Neill D. Post structuralist review of the theoretical literature surroundig wife abuse. Violence Against Woman 1998; 4(4): 457-591
- 11- Barnett OW, Miller CL, et al. (1997) Family Violence across lifespan sage publications.
- 12- Dutton DG. Male Abusivness in Intimate Relationships. Clinical Psychology Review 1995; 15(6): 567-581
- ۱۳- نازپرور، ب. خشونت علیه زنان و عوامل مؤثر بر آن، فصلنامه پژوهش زنان ۱۳۸۱. دوره ۱، شماره ۳، صفحات ۴۵ و ۴۶
- ۱۴- هام، م. (۱۳۸۲). فرهنگ نظریه‌های فمینیستی، ترجمه فیروزه مهاجر و همکاران، نشر توسعه
- 15- Cunningham A, Jaffe PG, et al. (1998) Theory – Drived Explanation of Male Violence against female partners. London Family court clinic
- 16- Lenton RE. Feminist Versus interpersonal Power theories of wife abuse Revised. Canadian Journal of criminology 1995; 1: 567-574
- 17- Gelles RJ. Family Violence. Annual review of Sociology 1985; 11: 347-367
- 18- Holtzorth – Munroe A, Smutzler N, et al. An overview of research on couple violence, Psychotherapy in practice 1996; 12(3): 7-23
- 19- Kane TA, Staiger DK. Male Domestic Violence, Aggression and Interpersonal Dependency. Journal of Interpersonal Violence 2000; 15(1): 167-180
- 20- Margoline G, John RS, et al. Interactive and unique Risk factor for Husbands Emotional and Psycial Abuse of their Wife. Journal of family violence. New bury Park, CA: Sage 1998; 11(2): 19-31



۲۱- همتی، ر. عوامل مؤثر بر خشونت مردان علیه زنان، فصلنامه رفاه اجتماعی، تهران، ۱۳۸۳، سال سوم، شماره ۱۲ صفحات ۲۲۷ تا ۲۵۶

۲۲- نجاریان، ب. براتی، س. (۱۳۷۹) پیامد روانشناختی فجایع، انتشارات مسیر

23- Joseph S, Willams R, Yule W. Understanding PTSD; New York, Wiley Press

24- Karney BR, Bradbuey TN, et al. The Role of Effectivity in the Association between Attributes and Marital Satisfaction. Journal of Personality and Social Psychology 1994; 66(2): 413-424

۲۵- محمدخانی، پ. محمدی، م. و همکاران (۱۳۸۱)، شیوع کودک‌آزاری، شایع‌ترین الگوی آزار در دانش‌آموزان مدارس راهنمایی شهر تهران، مرکز علمی تحقیقات علوم پزشکی کشور

26- Putnam FW. Child Sexual Abuse, Journal of American Acad – of child and Adolescent Psychiatry 2003; 42(3): 269-278

27- Finkelhor D. The International Epidemiology of Child Sexual Abuse. Child Abuse Neglect 1994; 18: 409-417.

۲۸- انجمن روانپزشکی کودک و نوجوان. افزایش ۱۵ درصدی کودک‌آزاری، به نقل از خبرگزاری ایلنا. ۲۳ مرداد ۸۳، خبرنامه انجمن شماره ۷ و ۸ صفحه ۲۹

29- Thompson MP, Kaslow JB, et al. Partner Abuse and PTSD as Risk factor for Suicide Attempts in a sample of low – in come, inter – city woman Journal. of Traumatic Stress 1999; 12(1): 59-72

۳۰- محمدخانی، پ. محمدی، م. و همکاران (۱۳۸۲) هنجاریابی فهرست نشانگان ضربه روانی در دختران و پسران ۱۱ تا ۱۶ ساله تهرانی، گزارش پژوهشی مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور

۳۱- نوروزی، ف. بررسی پیشینه کودک‌آزاری و بی‌توجهی دانش‌آموزان دبیرستانهای دولتی شهر تهران، رساله کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، ۱۳۷۲. تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۳۲- رحیمی موقر، آ. بررسی مقایسه‌ای میزان شیوع بدرفتاری جسمی با کودک در کوی سیزده آبان شهری و ناحیه‌ای در منطقه ۱۳ تهران، ۱۳۷۶. تهران معاونت امور فرهنگی سازمان بهزیستی

33- Haj - yahia M, Tamish S. The Rates of Child Sexual Abuse and its Psychological Consequence. Journal of Child Abuse and Neglect 2001; 25: 1303-1397.

34- Finkelhor D, Dzuiba - leatherman J. victimization of dren, American psychologist 1994; 49: 173-183

35- Barlwo D. (2001) Handbook of Psychological Disorder, Guilford Press

۳۶- سانتراک، و. (۱۳۸۳). زمینه روانشناسی سانتراک، ترجمه مهرداد فیروز بخت، انتشارات رساء

37- Santrock JW. Introduction to Psychology. Mc grow hill press

۳۸- میرزایی، ج. و همکاران (زیر چاپ) راهنمای جامع نظری و عملی PTSD. پژوهشکده پزشکی بنیاد

۳۹- میرزایی، ج. خدایی، م. و همکاران. خشونت‌های جنسی (مروری بر همسرآزاری) سومین کنگره خانواده و مشکلات جنسی، ۱۳۸۴، صفحه ۳۸، دانشگاه شاهد.

40- UNICEF (1999) Woman in Transition, Regional Monitoring Report
41- Kendall –Tackett KA, Marshal R. Sexual Victimization of Children Thousand oaks sage, 1998; 2: 47-63

42- American Journal of Psychiatry. (2004). The Relation between Stress and Hypocampus

۴۳- خدابخشی، آ. بررسی رابطه بین بهره‌کشی و بروز اختلالات اضطرابی در کودکان دختر و پسر خیابانی شهر تهران، دومین کنگره بین‌المللی روانپزشکی کودک و نوجوان صفحه ۹۴، ۱۳۸۳. بهمن ماه، پژوهشکده علوم شناختی

۴۴- نامداری، پ. شجاعی زاده، د. و همکاران. بررسی میزان شیوع سوء رفتار و عوامل مؤثر بر آن در دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر خرم‌آباد، ۱۳۸۱. اولین همایش بین‌المللی روانپزشکی کودک و نوجوان صفحه ۹، پژوهشکده علوم شناختی

۴۵- ناظر، م. صیادی، ا. و همکاران. همه‌گیر شناسی کودک‌آزاری در شهر رفسنجان، اولین همایش بین‌المللی روانپزشکی کودک و نوجوان ۱۳۸۱. صفحه ۱۴ پژوهشکده علوم شناختی

۴۶- اعزازی، ش. ساختار جامعه و خشونت علیه زنان، فصلنامه رفاه اجتماعی ۱۳۸۳، سال چهارم، شماره ۱۴. صفحات ۹۶ – ۵۹

۴۷- اعزازی، ش. خشونت خانوادگی زنان کتک‌خورده. تهران. نشر سالی. چاپ اول. ۱۳۸۱

۴۸- افتخار، ح. و همکاران. ویژگی‌های فردی قربانیان همسرآزاری در مراجعین به مراکز سازمان پزشکی قانونی، فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۳۸۳، شماره ۱۲، صفحات ۲۵۷ تا ۲۶۹

۴۹- خسروی، ز. خاقانی فرد، م. بررسی میزان انواع خشونت‌های اعمال شده علیه زنان در شهر تهران. ۱۳۸۴. چکیده مقالات پنجمین سمینار انجمن مشاوره ایران، صفحه ۲۲ و ۲۳

۵۰- نریمانی، م. میزان و علل خشونت مردان علیه زنان در خانواده‌های ساکن شهرستان اردبیل، پنجمین سمینار انجمن مشاوره ایران. ۱۳۸۴

۵۱- محمدخانی، پ. محمدی، م. و همکاران. مشکلات هیجانی - رفتاری کودکان آزار دیده در دانش‌آموزان پسر پایه دوم راهنمایی شهر تهران، اولین همایش بین‌المللی روانپزشکی کودک و نوجوان، ۱۳۸۳، صفحه ۴۱، پژوهشکده علوم شناختی.

52- Jonson BR, Pinkel AB, et al. Sexual Abuse and PTSD in Children. Journal of Child Abuse and Neglect 2004; 27: 1337-1344

53- American Journal of psychiatry, Pepsession and PTSD understanding of comorbidity 2005; 161: 1390-1396

54- Debells MD, Keshava MS, et al. Superior Temporal gyrus Volumes in Maltreated Child and Adolescence with PTSD. Biological Psychiatry 2003; 51(7): 544-552

۵۵- حق شناس، خ. نقشواریان، م. مقایسه فعالیت‌های شناختی بیماران مبتلا به PTSD و بیماران روان‌نژند. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۳۸۱، سال هفتم، شماره ۴، صفحات ۳۱ تا ۴۱

۵۶- میرزایی، ج. کرمی، غ. بررسی پردازش اطلاعات و برخی عملکردهای عصب روان‌شناسی (نوروپسیکولوژی) در PTSD ناشی از جنگ، دومین کنفرانس بین‌المللی علوم شناختی، ۱۳۸۱، تهران، صفحه ۸۶

57- Soler H, et al. Biosocial Aspect of Domestic violence. Psychoneuroendocrinology 2000; 25: 721-739

58- The World Health Report. (2001) Mental Health Geneva