

درمان بازماندگان کودک آزاری

روان‌درمانی برای زندگی گسیخته

فهرست مطالب

۱۱.....	درباره نویسندگان.....
۱۳.....	تقدیر و تشکر.....
۱۵.....	مقدمه.....
۱۹.....	پیشگفتار.....
۲۵.....	فصل ۱ ضربه روانی کودک آزاری.....
۴۱.....	فصل ۲ دل بستگی.....
۵۲.....	فصل ۳ رشد در چارچوب محرومیت.....
۶۳.....	فصل ۴ منطق درمان.....
۷۹.....	فصل ۵ ایجاد منابع هیجانی و اجتماعی.....
۹۲.....	فصل ۶ کار با خاطرات آسیب‌زا.....
۱۰۶.....	فصل ۷ گسترش روایت.....
۱۲۰.....	فصل ۸ دستورالعمل‌های اجرای درمان.....
۱۴۷.....	فصل ۹ ارزیابی مراجع و تطبیق با درمان.....
۱۶۷.....	مرحله اول آموزش مهارت‌های مقررات عاطفی و بین فردی.....
۱۶۸.....	فصل ۱۰ جلسه ۱ منبع امید.....
۱۸۳.....	فصل ۱۱ جلسه ۲ منبع احساس.....
۲۰۴.....	فصل ۱۲ جلسه ۳ تنظیم هیجان.....
۲۳۳.....	فصل ۱۳ جلسه ۴ زندگی درگیر هیجانات.....
۲۵۲.....	فصل ۱۴ جلسه ۵ منبع ارتباط.....
۲۶۴.....	فصل ۱۵ جلسه ۶ تغییر الگوهای روابط.....
۲۷۷.....	فصل ۱۶ جلسه ۷ عاملیت در روابط.....
۲۹۶.....	فصل ۱۷ جلسه ۸ انعطاف‌پذیری در روابط.....
۳۱۲.....	مرحله دوم شرح روایت داستان.....
۳۱۳.....	فصل ۱۸ انتقال از مهارت‌آموزی به پردازش روایتی تروما.....
۳۳۰.....	فصل ۱۹ جلسه ۹ مقدمه‌ای بر NST.....
۳۳۹.....	فصل ۲۰ جلسه ۱۰ روایت خاطره اول.....
۳۵۳.....	فصل ۲۱ جلسات ۱۱ تا ۱۵ روایت‌های ترس.....
۳۶۷.....	فصل ۲۲ جلسات ۱۱ تا ۱۵ روایت‌های شرم.....
۳۸۴.....	فصل ۲۳ جلسات ۱۱ تا ۱۵ روایت‌های فقدان.....
۳۹۸.....	فصل ۲۴ جلسه ۱۶ آخرین جلسه.....
۴۰۷.....	ضمیمه الف منابع.....
۴۰۸.....	ضمیمه ب نمونه‌هایی از مقیاس‌های ارزیابی در حدود حوزه.....
۴۱۱.....	منابع.....

مقدمه

رویکردهای روان‌شناختی مختلف، اگرچه با تأکیدی متفاوت ولی با اتفاق نظر، از تاثیر قابل توجه و ماندگار تجارب دوران کودکی به‌ویژه کودک‌آزاری حکایت دارند. کودک‌آزاری یا به زبانی دیگر، خشونت علیه کودکان، به‌طور عمده شامل سوءاستفاده از کودک (یعنی سوء استفاده جسمی، جنسی، عاطفی و غفلت) به وسیله والدین و دیگر چهره‌های دارای قدرت است. شواهد پژوهشی و بالینی گسترده‌ای بر نقش هرگونه سوءاستفاده و غفلت به ویژه سوءاستفاده‌های جنسی کودکی در پدیدآیی اختلال‌های روان‌شناختی تاکید شده است. تجارب اولیه‌ای که بسیار تروماتیک از آن یاد می‌شود و از هولناک‌ترین آسیب‌هایی است که کودکان و نوجوانان ممکن است در دوران زندگی خود آن را تجربه کنند.

افرادی که در کودکی سوء استفاده را تجربه کرده‌اند، که برای پیشگیری از انگ اجتماعی، به آنها به جای قربانیان بازماندگان کودک‌آزاری گفته می‌شود، ممکن است با پیامدهای اولیه‌ای از جمله افسردگی، ترس، اختلال‌های اضطرابی، اجتناب، علائم تجزیه‌ای، پرخاشگری، بیش‌برانگیختگی، مشکلات جسمی، مشکلات رفتاری، اختلال در دلبستگی، بی‌اشتهایی عصبی، پراشتهایی عصبی، مشکلات خواب، رفتارهای آشفته جنسی نامتناسب با مرحله تحولی، تاثیرات عصب‌شناختی بر مغز و PTSD مواجه شوند. همچنین شواهدی وجود دارد افرادی که در کودکی مورد آزار، به ویژه آزار جنسی قرار گرفته‌اند، ممکن است در بزرگسالی، بیش از بقیه به آسیب‌ها و اختلالات شدیدی نظیر افسردگی، اضطراب، مشکلات جسمی، بیماری‌های قلبی-عروقی، اختلالات جنسی، مشکلات در ایمنی و سلامت، اختلال خوردن، چاقی و دیابت مبتلا شوند.

علاوه بر پیامدهای اولیه و بلندمدت کودک‌آزاری، عواملی دیگر بر ضرورت مداخلات روان‌شناختی در کودک‌آزاری می‌افزاید. یکی از این عوامل، شیوع بالای کودک‌آزاری است؛ به‌طوری که سازمان جهانی بهداشت اعلام کرده است از هر دو کودک و نوجوان ۲ تا ۱۷ ساله، یک فرد در یکسال گذشته مورد خشونت قرار گرفته است. بر اساس این آمارها، اگرچه پسران و دختران، به‌طور برابری در معرض خطر سوء استفاده جسمی، عاطفی و غفلت هستند ولی دختران بیشتر از پسران در معرض خطر سوء استفاده جنسی هستند. دلیل دیگر که بر شدت آثار کودک‌آزاری می‌افزاید این است که قریب ۹۰ درصد کودکان توسط یک فرد آشنا مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند و این درحالی است که شواهد پژوهشی گویای این است تروما زمانی شدیدتر ادراک می‌شود که انسان ساخته بوده و در دوران کودکی، به ویژه توسط مراقب ایجاد شده باشند. عامل سومی که بر شدت آسیب می‌افزاید

این واقعیت است که بیش از یک سوم کودکان تحت سوء استفاده جنسی، به دلیل ترس‌ها و نگرانی‌ها، اتفاق را با هیچ کس بازگو نمی‌کنند و این زخم را به تنهایی، گاهی تا پایان عمر با خود حمل می‌کنند. کتاب «درمان بازماندگان کودک‌آزاری» توسط دکتر مریلین کلایتر، بنیان‌گذار مؤسسه تروما و استرس در مرکز مطالعات کودک دانشگاه نیویورک، دکتر لیزا آر. کوهن، پژوهشگر گروه مداخلات اجتماعی دانشگاه کلمبیا و دارای تجارب درمان زنان مبتلا به PTSD و دکتر کرستان سی. کوئن، استادیار دانشکده بهداشت عمومی هاروارد که برای درک اختلالات روانی مرتبط با استرس و تروما مانند PTSD و افسردگی از رویکرد تحولی استفاده می‌کند، تألیف شده است. ترکیب نویسندگان، که هر کدام و به‌ویژه پروفیسور کلایتر، از تجارب پژوهشی و بالینی ارزنده‌ای در تروما، کودک‌آزاری و PTSD برخوردارند، باعث شده است کتاب حاضر به منبعی مهم در درمان کودک‌آزاری تبدیل شود. پروتکل معرفی شده در این کتاب که از دو بخش STAIR، یعنی «مهارت‌آموزی تنظیم عاطفه و روابط بین‌فردی» و NST یعنی «شرح روایت داستان» تشکیل شده است از جمله پروتکل‌هایی است که در مداخلات بالینی و اقدامات پژوهشی وسیعی مورد استفاده قرار گرفته است و در دسترس قرار گرفتن آن در کشور ایران می‌تواند متخصصان بالینی و پژوهشگران حوزه تروما و کودک‌آزاری را به ابزار سودمندی تجهیز کند.

پروتکل ارائه‌شده در کتاب حاضر، با عنوان فرعی «روان‌درمانی برای زندگی از هم‌گسیخته» معرفی شده است. اما چرا زندگی از هم‌گسیخته؟ شواهد گویای این است که زندگی روزمره برای افرادی که کودک‌آزاری را تجربه کرده‌اند بسیار سخت‌تر از کسانی است که کودکی ایمن و امنی داشته‌اند و از والدین دلسوز و مسئول برخوردار بوده‌اند. در این کتاب نشان داده شده است که کودک‌آزاری می‌تواند فرد را از روند طبیعی رشد منحرف کند و از تجربیات مهم یادگیری که باعث تقویت مهارت‌های زندگی سالم و مؤثر می‌شوند، محروم کند؛ اینها شامل مهارت‌های اساسی و پیچیده مانند ظرفیت توجه پایدار، ظرفیت ابراز احساسات به طور مؤثر و مناسب، امکان استفاده از احساسات به عنوان راهنمای عمل، ظرفیت ارتباط سازگاران با دیگران و لذت بردن از روابط است. پروتکل STAIR/NST نسبت به این پیامدها حساس هست و راهبردهایی را شامل می‌شود که از طریق آن توانمندی‌های عاطفی و اجتماعی را ترمیم و غنی‌سازی می‌کند، تا مراجع را بار دیگر به مسیر رشدی سالم برگرداند.

در این کتاب، اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) به‌خوبی فهمیده شده است. در واقع درمان‌های تروما در صورتی به درستی عمل خواهند کرد که توسط آنها PTSD به درستی درک شده باشد. علائم PTSD و اختلالات مرتبط با آن مانند افسردگی، تجزیه، خشم و احساس شرم و فقدان نشانگر این است که پردازش تجربیات آسیب‌زا به درستی انجام نمی‌شود. ماهیت تجارب آسیب‌زا ایجاب می‌کند که ظرفیت فرد برای درک و تجزیه و تحلیل به هم خورد. این چالش به این علت بیشتر می‌شود که احساسات مرتبط با سوء استفاده نظیر احساس حقارت بسیار دردناک است و بنابراین، اغلب از آن اجتناب می‌شود. هنگامی که خاطرات آسیب‌زا بدون پردازش باقی می‌مانند، از طریق

خاطرات مزاحم و تجربه مجدد ابراز می‌شوند و زندگی معنادار و بودن در زمان حال را با مشکل مواجه می‌سازند. ناتوانی در تجربه حس انسجام خود، به طریق دیگری موجب می‌شود که بازمانده تروما «گسیختگی» را در زندگی تجربه کند.

پروتکل STAIR/NST درمان مبتنی بر شواهد را برای آن دسته از متخصصان سلامت روان ارائه می‌دهد که با بازماندگان کودک‌آزاری کار می‌کنند. این بازماندگان شامل زنان و مردانی هستند که مورد سوء استفاده جنسی، جسمی و غفلت قرار گرفته‌اند. این درمان ابتدا برای زنان تدوین شده بود، اما در مردان و با مراجعان در سنین مختلف (از جمله کودکان و نوجوانان) که با اشکال متعدد خشونت بین-فردی مواجه شده بودند نیز به‌طور موفقیت‌آمیزی مورد استفاده قرار گرفته است. بخش اول پروتکل، یعنی STAIR، از ۸ جلسه اصلی (منبع امید، منبع احساس، تنظیم هیجان، زندگی درگیر هیجان‌ات، منبع ارتباط، تغییر الگوهای روابط، عاملیت در روابط و انعطاف‌پذیری در روابط) تشکیل شده است. اولین هدف این بخش از پروتکل، توسعه آگاهی هیجانی و ایجاد مهارت برای مدیریت احساسات منفی و پریشانی است. هدف دوم این مرحله یادگیری چگونگی بهبود مهارت‌های بین‌فردی بازماندگان، همراه با یادگیری این امر است که چگونه الگوهای آموخته‌شده آنها در روابط گذشته برای هدایت روابط فعلی‌شان ادامه می‌یابند.

بخش NST پروتکل، که بعد از یک جلسه آماده‌سازی (جلسه نهم) شروع می‌شود از هفت جلسه اصلی تشکیل شده است: در جلسه دهم به روایت خاطره اول، جلسات یازدهم تا پانزدهم به روایت‌های ترس، شرم و فقدان پرداخته می‌شود و جلسه شانزدهم، برای اختتام درمان در نظر گرفته شده است. در بخش NST، فرد بازمانده به وسیله شرح مکرر وقایع گذشته زندگی خود، به پردازش هیجانی تجربه‌های سوء استفاده خود می‌پردازد. هدف این است که به وی کمک شود در یک محیط امن و حمایتی بین احساسات و تجربه‌های خود، ارتباطات معناداری برقرار کند. مرحله NST در درمان، شامل شرح مکرر خاطرات آسیب‌زای خاص، سازماندهی این خاطرات به رویدادهای منسجم زندگی، ارزیابی انتقادی معنای آنها و اندیشیدن درباره جایگاه آنها در تاریخچه زندگی است. رویارویی با خاطرات، باعث می‌شود از قدرت واقعی تصاویر و افکار آسیب‌زا کاسته شود. همچنین شرح تروما باعث می‌شود معنای آن کشف و درک شود. در عین حال کمک می‌کند مراجع طرحواره‌های بین‌فردی را شناسایی و راهبردهایی جایگزین برای زندگی انتخاب کند.

همکارم، خانم دکتر حمیرا ورمقانی که ترجمه کتاب حاضر را برعهده گرفته‌اند، فعالیت‌های علمی‌شان بر حوزه بسیار مهم کودک‌آزاری جنسی تمرکز یافته است. ترجمه قبلی ایشان با عنوان «آسیب جنسی: کتاب کار برای دختران نوجوان» توسط انتشارات ارجمند زیر چاپ است و ترجمه دیگرشان در این حوزه با عنوان «تقصیر تو نبود» رو به اتمام است، خانم دکتر ورمقانی، کتاب حاضر را با دقت بسیار خوبی ترجمه کرده‌اند. محتوای فنی و دقیق کتاب، ترجمه مناسب آن و دقت نظر

انتشارات وزین ارجمند بر فرایند نشر کتاب، باعث شده است متخصصان بالینی که به درمان افراد دارای تجارب کودک‌آزاری مبادرت می‌کنند از منبع ارزشمندی برخوردار شوند.

دکتر حمید پورشریفی

دانشیار روان‌شناسی سلامت دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

فصل ۱



ضربه روانی کودک آزاری مدل فقدان منابع

کودک آزاری تشخیص نیست بلکه یک تجربه زندگی است.
فرانک. دابلیو. پاتنام (۲۰۰۴)

چرا درمان برای ضربه روانی کودک آزاری؟

درمانی که در این کتاب توضیح داده شده است، نتیجه بیش از یک دهه گوش دادن و پاسخگویی به نیازها و نگرانی‌های ابراز شده توسط زنان متقاضی درمان با سابقه قرارگرفتن در معرض کودک آزاری است. این درمان تحت ارزیابی دقیقی تجربی قرار گرفته است و نخستین درمانی است که به طور ویژه برای بازماندگان کودک آزاری طراحی شده است و اثربخشی، عملی بودن و از همه مهم‌تر قابل پذیرش بودن آن توسط چنین بازماندگانی اثبات شده است. مطالعات اجتماعی نشان می‌دهد که از هر پنج زن یک نفر مورد آزار جنسی یا جسمی قرار گرفته است و بسیاری نیز هر دو را تجربه کرده‌اند (به عنوان مثال، ادواردز، هولدن، فلیتی و اندا، ۲۰۰۳؛ شون، دیویس و کالینز، ۱۹۹۷). در شرایط بالینی، ۴۰٪ یا بیشتر از زنان تحت درمان سابقه سوء استفاده را گزارش می‌دهند (به عنوان مثال، بریر و رانتز، ۱۹۸۷؛ کلایتر، تاردیف، مارزوک، لئون و پرترا، ۱۹۹۶). تا حدودی جای تعجب دارد که تا این زمان هیچ درمان قابل اثبات مؤثری به طور اختصاصی برای این جمعیت مطرح نشده است. انگیزه این کتاب ناشی از مشاهده این موضوع است که حضور چشمگیر بازماندگان سوء استفاده در محیط‌های بهداشت روان کاملاً با فقدان برنامه‌هایی که به طور مؤثری نیازهای آنها را برطرف کند، مغایرت دارد.

کودک آزاری چه چیزی قلمداد می‌شود؟ مطابق قانون فدرال، این نوع از سوء استفاده به طور گسترده «عمل یا شکست در عمل در نقش والدین یا مراقب تعریف می‌شود که منجر به مرگ، آسیب جدی جسمی یا هیجانی، آزار یا بهره‌کشی جنسی می‌شود، به عبارت دیگر عمل

یا شکست در عملی که خطر قریب‌الوقوع یا آسیب جدی به همراه داشته باشد» و گفتمان‌های قابل ملاحظه‌ای در مورد پیامدهای احتمالی بهداشت روان کودک‌آزاری وجود داشته است. به طور متناوب شنیده‌ایم که این موضوع یک تجربه بحرانی در زندگی است یا از طرفی دیگر، موضوعی بی‌اهمیت است! این مشکلات شخصیتی جبران‌ناپذیری به وجود می‌آورد یا از طرفی می‌تواند قدرت شخصی ایجاد کند! اینکه با اختلالات روانی متعددی مرتبط است یا در حقیقت بهانه‌ای برای ضعف رفتاری است! با این تناقض‌ها چه کسی سردرگم نخواهد شد؟ اگرچه روند پیدایش درک این موضوع کند بوده است، ولی در حال حاضر کودک‌آزاری حداقل در یک چیز شناخته شده است: تجربه‌ای آسیب‌زا. کودک‌آزاری همانند سایر تروماهای شناخته‌شده مانند جنگ و تجاوز بیشتر اوقات با اختلال استرس پس از ضربه (PTSD)^۱ و تا حد کمتری با افسردگی اساسی همراه است.

ارتباط پایدار PTSD و افسردگی اساسی با کودک‌آزاری باعث شده است که این نوع سوءاستفاده در قالب یک تروما به طور رسمی توجیه شود و همچنین شرح و توصیف دقیقی از برخی پیامدهای روان‌شناختی آن ارائه می‌دهد. با این حال، آسیب و درد روانی ناشی از این پدیده بسیار زیاد است و فراتر از آن چیزی است که توسط تشخیص روان‌پزشکی بیان شود. علاوه‌براین، در کنار دشواری‌های احتمالی موجود مرتبط با تشخیص، مراجعان آسیب‌دیده‌ای که برای درمان مراجعه می‌کنند، تقریباً به طور اجتناب‌ناپذیری خواهان و نیازمند کمک برای رفع اختلال در عملکرد زندگی خواهند بود. یکی از اهداف این کتاب ارائه چارچوبی برای تفکر در مورد اثرات تروما به شیوه‌ای منسجم است که شامل طبقه‌بندی تشخیصی و فراتر از آن باشد و به این ترتیب، به درمانگر و مراجع کمک کند یک برنامه درمانی مؤثر ایجاد کنند.

در ادامه، یک «الگوی فقدان منابع» را به مثابه چارچوبی برای درک تروما به طور کلی و درک کودک‌آزاری به طور اختصاصی ارائه می‌دهیم. فقدان منابع، یک ویژگی بحرانی و جامع در همه انواع تروما است: کیفیت زندگی پس از یک تروما، کم می‌شود. بسته به تروما، منابع از دست‌رفته ممکن است هم روان‌شناختی باشند (مانند احساس امنیت، خوش‌بینی و حمایت اجتماعی) و هم مادی (مانند خانه، خانواده، تحصیل یا شغل و جامعه‌ای که در آن پیشرفت کنند). علاوه‌براین، انواع معینی از رویدادهای آسیب‌زا و شدیدترین پیامدهای آنها برای کسانی رخ می‌دهد که در حال حاضر در شرایطی با منابع محدود قرار دارند. تروما اغلب برای افرادی با منابع مالی کمتر اتفاق می‌افتد. به عنوان مثال، طوفان‌ها و سیل‌ها توسط افرادی تجربه می‌شوند که توانایی مالی زندگی در مناطق خارج از مسیرهای طوفان و سیلاب‌ها را ندارند. به طور مشابه، خشونت بین‌فردی بیشتر از سوی کسانی تجربه می‌شود که

1. Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)

منابع جسمی و روانی کمتری برای محافظت از خود دارند، مانند کودکان، افراد سالخورده و افراد آسیب‌دیده. به عنوان مثال، تجاوز به عنف در بین زنان به طور تصادفی در طول عمر تقسیم نمی‌شود، بلکه به طور عمده در سنین آسیب‌پذیر رخ می‌دهد: در کودکی و جوانی. بیش از دو سوم از تمام این قبیل تجاوزها توسط افراد زیر ۱۸ سال تجربه می‌شود (کیلیپاتریک، ادموندز و سیمور، ۱۹۹۲).

به علاوه، کسانی که به دلیل منابع محدود، در برابر تروما بیشتر آسیب‌پذیر هستند و به همین دلیل، مشکلات بیشتری در مسیر بهبودی خواهند داشت. نکتهٔ تناقض‌آمیز تروما این است که برای بهبودی وجود منابعی بیشتر از آنچه که قربانی اغلب در ابتدای امر داشته، لازم است. بازسازی خانه‌ای که توسط طوفان ویران شده است، به مقدار بیشتری از آجر، ملات و تلاش خود مالک نیاز دارد. همچنین به تیمی متشکل از سقف‌ساز، کارگر، لوله‌کش و نقاش نیز احتیاج دارد. درست همان‌طور که منابع شخصی صاحب‌خانه کافی نیست، منابع یک بازماندهٔ تروما نیز بدون سرمایه‌گذاری مازاد از بیرون، اغلب کافی نیستند. این امر به ویژه در مورد قربانیان کودک صدق می‌کند: دوران کودکی زمانی است که فرد نسبت به قربانی شدن آسیب‌پذیر است و حتی هنگام قربانی شدن، منابع روان‌شناختی و اجتماعی کمتری نسبت به قبل برای طی کردن روند بهبودی در اختیار دارد.

در نهایت، شرایط آسیب‌دیدگی پایدار و ثابت نیست. اگر اصلاح منابع صورت نگیرد، نتیجه پایدار و ثابت نخواهد بود بلکه افت و انحطاط منابع ادامه خواهد یافت (به مانیر و هابفال، ۲۰۰۰ رجوع کنید). خانهٔ تعمیرنشده یا اندکی تعمیرشده در اثر وزش باد آسیب خواهد دید، خطر خرابی بیشتر به همراه دارد یا به طور کامل در اثر طوفانی دیگر نابود خواهد شد. به طور مشابه، بدون بازیابی منابع، مسیر روانی و اجتماعی بازماندهٔ تروما در برابر فراز و نشیب‌های عوامل استرس‌زای زندگی روزمره و تروماهای دیگر آسیب‌پذیر خواهد بود. خطر سیر نزولی به‌خصوص در میان افرادی که در کودکی مورد آزار قرار گرفته‌اند، مشهود و مطرح است. تکلیف دوران کودکی رشدکردن از لحاظ جسمی، روانی و اجتماعی است. تروما منابع لازم را نه فقط برای بهبودی از تروما، برای تکالیف رشدی طبیعی دوران کودکی نیز کاهش می‌دهد. در نتیجه، تحقق این تکالیف اغلب دچار مشکل است همراه با اختلالاتی که در بزرگسالی روی هم انباشته شده‌اند و در عملکرد ضعیف زندگی مشهود هستند.

از این‌رو الگوی فقدان منابع، درک ما را از بهبود تروما نشان می‌دهد. بهبود تروما به بهبود منابع نیاز دارد. بر این اساس، اصل مداخله که این برنامه به آن پایبند است، یکی از اصول بازیابی فقدان منابع است، به ویژه توان‌بخشی ظرفیت‌های روانی، هیجانی و اجتماعی که رشد آنها به دلیل سوء استفاده، دچار وقفه شده است.

اکنون چارچوب الگوی فقدان منابع خود را برای تعریف تروما، آسیب‌پذیری در برابر تروما، پیامدهای روانی-اجتماعی آن و ویژگی‌های مداخلهٔ مؤثر شرح می‌دهیم. صدمه‌های مرتبط با

کودک‌آزاری را فهرست می‌کنیم که بعضی از آنها در بین همهٔ تروماها مشترک و بعضی دیگر مختص تجربهٔ سوء استفاده هستند. علاوه بر این، PTSD و خطر ابتلا به آن را در چارچوب این الگو شرح می‌دهیم. بحث را با پیامدهای مداخله به پایان می‌رسانیم که به موضوع اصلی ادامهٔ این کتاب منتهی می‌شود: درمان موفقیت‌آمیز بازماندهٔ بزرگسال کودک‌آزاری.

یک الگوی فقدان منبع ترومای کودک‌آزاری

تعریف تروما

«تروما» در پزشکی وضعیتی تعریف شده است که در آن بخشی از بدن به طور ناگهانی توسط یک نیرو به شدت آسیب دیده است، به طوری که ایمنی طبیعی بدن قادر به جلوگیری از صدمه نباشد و توانایی‌های شفابخشی طبیعی بدن برای رفع این جراحت بدون کمک پزشکی کافی نباشند. (فرهنگ لغت پزشکی استدمن، ۲۰۰۰). واژهٔ «تروما» در واقع از معادل یونانی به معنای «زخم» مشتق شده است. همان‌طور که توسط کریس بروین (۲۰۰۳) اشاره شد، فروید (۱۹۲۰/۱۹۵۵) اولین کسی بود که اصطلاح «جراحت روانی»^۱ را با قیاس با جراحت جسمی تعریف کرد. فروید آسیب روانی را رویدادی توصیف کرد که به «یک نوع پوست ذهنی نفوذ می‌کند که به منظور محافظت از فرد در برابر نیروهای خارجی مفرط تعبیه شده است. تروما در اصل «شکافی در یک سد مؤثر دیگر» است» (بروین، ۲۰۰۳، ص ۴). این شکاف نه تنها نتیجهٔ قدرت و تأثیر نیروی خارجی بلکه ناتوانی ارگانسیم یا ناحیهٔ آسیب‌دیده در انحراف، جذب، خنثی‌سازی یا جبران جراحت است.

پیرو این قیاس، ترومای روانی را شرایطی توصیف می‌کنیم که در آن یک رویداد، توانایی شخص را برای محافظت از بهزیستی و یکپارچگی روانی خود، تحت تأثیر قرار می‌دهد یا از آن فراتر است. این تضادی بین رویداد و منابع شخص که در آن، قدرت رویداد از منابع موجود شخص برای پاسخ‌دهی مؤثر و بازیابی، بیشتر است. افت عملکرد رخ می‌دهد و مداخله یا منابعی فراتر از آنچه فرد در اختیار دارد، برای بهبودی مورد نیاز است. ترومای روان‌شناختی مانند ترومای جسمی، بیانگر رابطه‌ای پیچیده بین یک رویداد و یک پاسخ است. خصوصیات عینی یک رویداد آسیب‌زای احتمالی، مانند میزان نیرو، قدرت یا دوز آن را می‌توان اندازه‌گیری کرد، اما تأثیر این رویداد را بدون در نظر گرفتن آسیب‌پذیری‌های فرد خاصی که آسیب را تحمل می‌کند، نمی‌توان تعیین کرد.

1. wound
2. Psychic injury

کودک‌آزاری به مثابه ترومای اصلی: رویدادی که منابع را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد

این تحلیل، تأثیرات قابل توجهی در درک ما از کودک‌آزاری به مثابه یک ترومای عمده دارد. در ادامه قیاس پزشکی، روشن است که برخی مواد شیمیایی سمی و آلاینده‌های زیست‌محیطی بر کودکان نسبت به بزرگسالان، تأثیر بسیار بیشتری می‌گذارند، حتی هنگامی که میزان مواجهه یا «دوز» هر دو گروه یکسان باشد. رشد ناپخته کودکان باعث می‌شود، آنها در برابر اثرات این سموم آسیب‌پذیر باشند. تأثیر بر ساختارهای بدنی آنها به مراتب شدیدتر از آن چیزی است که بزرگسالان تجربه می‌کنند و تأثیر یک سم روی یک ساختار اثرات منفی بر سایر ساختارهای مرتبط و آسیب‌پذیر در حال رشد دارد.

حال برای مثال، کودکی را در نظر بگیریم که در معرض سوء استفاده جنسی قرار دارد. در نسخه چهارم بازنگری شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، سوء استفاده جنسی به عنوان یک تروما طبقه‌بندی شده است، زیرا یک رویداد [شامل] جراحی جدی یا تهدیدی برای تمامیت جسمی خود به شمار می‌آید (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰، ص ۶۷). تجربه «تهدید تمامیت جسمانی» در آزار جنسی، تجاوز به کل بدن کودک است. تماس جسمی با کودک برای اهداف جنسی، به معنی استفاده از بدن کودک بدون رضایت معنی‌دار او به کار می‌رود. این کار عملی است که در آن مجرم مالکیت بدن شخص دیگری را که طبق تعریف قلمرو اصلی و اساسی فرد است، به دست می‌گیرد. علاوه بر این، سوء استفاده جنسی اغلب، همراه با سوء استفاده جسمی رخ می‌دهد (به عنوان مثال، بریر، ۱۹۹۲؛ دیاز، سیماتو و ریکرت، ۲۰۰۰). بنابراین، یک تصویر نمونه از کودک‌آزاری نمونه‌ای است که در آن مواجهه‌های مکرر با اشکال متعدد خشونت بدنی وجود دارد. پاسخ مؤثر به این شرایط نیازمند منابع درونی و بیرونی از نوع و کمیتی است که معمولاً در دسترس کودکان قرار ندارد.

منابع درونی یا شخصی که کودکان با آن می‌توانند از خود محافظت کنند، به وسیله واقعیت بدیهی مرحله زندگی آنها محدود شده است. سطوح رشد شناختی - عاطفی و جسمی آنها محدودیت‌های قابل توجهی بر توانایی آنها در تشخیص، اجتناب یا فرار از آزارگران اعمال می‌کند. مخالفت یا ممانعت از پیشنهادها صریح یا ضمنی مبنی بر اینکه فعالیت جنسی با یک مراقب یا بزرگسال دیگر خوب است یا اینکه آزار جسمی شایسته و عادلانه است، برای کودکان دشوار است. آنها تمایل دارند که در برابر تهدید پنهان‌شده در پس نوازش‌ها و تحسین‌های آزارگران جنسی، ساده‌لوح یا سرافکننده باشند. کوچک بودن از نظر جثه نیز باعث می‌شود هدف‌های آسانی برای بزرگسالان آزارگر جسمی باشند. علاوه بر این، منابع بیرونی کودکان بسیار محدودتر از منابع بیرونی بزرگسالان است. هنگامی که

بزرگسالان ترومایی مانند تجاوز یا تصادف با ماشین را تجربه می‌کنند یا وقتی شاهد خشونت هستند، به احتمال بیشتری مکانی امن برای بهبودی دارند یا دارای یک شبکه حمایت اجتماعی هستند که در مواقع نیاز برای مراقبت به آن تکیه کنند. در مقابل، کودکان در مورد محل زندگی‌شان یا افرادی که به آنها متکی باشند، انتخاب کمی دارند. خانه آنها، منبع مرسوم ایمنی، نیز اغلب منشأ آسیب آنها است. در چنین مواردی افرادی که کودکان به آنها متکی هستند، همان کسانی‌اند که مرتکب تجاوز علیه آنها می‌شوند. چاره لازم در این شرایط یعنی گفتن سوءاستفاده سرپرست به کسی، علی‌رغم خطر ناشی از سوءاستفاده، می‌تواند وحشتناک باشد، زیرا دلالت بر از دست دادن خانه و سرپرست دارد یا با احساس خیانت همراه است. حتی دسترسی به مؤسساتی که هدف آنها محافظت از کودکان است، برای یک کودک به تهای دشوار یا غیرممکن است زیرا به لحاظ قانونی نیازمند همراهی یا کمک سایر بزرگسالان است.

محدودیت‌های منابع کودکانی که در معرض سوءاستفاده جنسی و جسمی قرار گرفته‌اند، باعث می‌شود، کودک‌آزاری را به عنوان یک تروما در تمام خصوصیات اساسی آن تعریف کنیم. کودکانی که مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند، افرادی هستند که در برابر تجاوزهای مکرر، غیرقابل اجتناب و گریزناپذیر علیه بدن خود در مانده هستند. منابع کودک متناسب با تهدید فوری و مداوم تجاوزهای جسمی یا جنسی یک فرد بزرگسال نیستند، به ویژه هنگامی که آن بزرگسال، والد یا سرپرست دیگر فرد باشد.

از محدودیت‌های منابع تا فقدان منابع

محدودیت‌های منابعی که کودک، هنگام رویارویی با تروما تجربه می‌کند، طبق مرحله زندگی او تعریف می‌شود و شرایطی به بار می‌آورد که در آن کودک به ندرت موفق به دفع یا برطرف کردن تهدیدهای جنسی یا جسمی می‌شود. علاوه بر این، هنگام وقوع تروما، مجموعه‌ای از تلفات منابع، ایجاد می‌شود که این مجموعه در طی دوره مزمن معمول تروما، ادامه پیدا می‌کند و تا مدت‌ها پس از پایان سوءاستفاده عواقب قابل توجهی خواهد داشت.

آنی‌ترین پیامد سوءاستفاده، از دست دادن امنیت جسمانی و انسجام بدنی است. از دست رفتن بسیاری از فرصت‌ها و پیشرفت‌های روانی و رشدی - اجتماعی نیز که به سبب نتایج مستقیم یا غیرمستقیم سوءاستفاده، کاهش یافته‌اند یا از بین رفته‌اند، کمتر مشهود اما به همان نسبت شدید است و شاید به میزان زیادی منحصر به کودک‌آزاری باشند. کودک‌آزاری، ترومایی است که یک بزرگسال مرتکب آن می‌شود، معمولاً مراقب مهمی که کودک به او از نظر منبع روانی و مادی به طور چشمگیری وابسته است. این موضوع در طی زمانی از زندگی رخ می‌دهد که بسیاری از تکالیف رشدی، شامل

رشد توانایی‌های هیجانی و اجتماعی در حال تکامل‌اند، این تکالیف به مشارکت و کمک‌های مداوم مراقب، خانواده و جامعه نیاز دارد. در شرایط سوءاستفاده، این منابع بسیار ضروری اغلب ناکافی یا دچار اختلال هستند و توانایی کودک را در انجام موفقیت‌آمیز این تکالیف به خطر می‌اندازند. سرانجام، لازم به ذکر است که بهبودی از اثرات سوءاستفاده، مانند بهبودی از همه تروماها، نیازمند سرمایه‌گذاری منابع «ترمیم‌کننده» بیشتری است. اما برای کودکان و نوجوانان، این سرمایه‌گذاری اغلب مستلزم پیشگامی سرپرست است و در صورتی که سرپرست، عامل تروما باشد، انگیزه دارد که سوءاستفاده را نادیده بگیرد، پنهان یا انکار کند. این جنبه از سوءاستفاده یعنی سکوت و بدنمایی ناشی از آن باعث از بین رفتن منابع بالاتری (یعنی حمایت و مداخله جامعه) می‌شود. تمام این از دست رفتن‌ها و عدم وجود مداخله در زمان رشد، دست به دست هم می‌دهند تا برای بازماندگان بزرگسال، اختلال عملکردی قابل توجهی ایجاد کنند.

با اذعان همه این شرایط، فقدان منابع بالقوه ناشی از کودک‌آزاری را در کوتاه‌مدت و بلندمدت فهرست‌بندی کرده‌ایم. این طبقه‌بندی شامل (۱) از دست‌دادن دلبستگی سالم، (۲) از بین رفتن هدایت مؤثر در رشد توانایی‌های هیجانی و اجتماعی و (۳) از دست‌دادن حمایت و ارتباط با جامعه بزرگتر اجتماعی است.

از دست‌دادن دلبستگی سالم

یکی از ویران‌کننده‌ترین جنبه‌های کودک‌آزاری این است که آزارگر تقریباً همیشه والد یا مراقب مهم دیگر، هستند. پیامدهای این شرایط، از لحاظ از بین رفتن منابع، سرسام‌آور هستند. دلبستگی کودک به یکی از والدین یا سایر مراقبان اصلی، پایه و اساس یادگیری در مورد ملزومات زندگی را ایجاد می‌کند. این دلبستگی منبعی است که تکامل نیروی مؤثر، خودشناسی و خودمختاری از آن ناشی می‌شود. هدف دلبستگی، تأمین امنیت و ایمنی کافی برای کودک است تا جهان را کشف کند و یاد بگیرد و با اعتماد به نفس و خودمختار رشد کند. در حالت ایده‌آل، سرپرست یک پایگاه یا خانه امن برای «سوخ‌گیری» از منابع برای کشف جهان فراهم می‌کند. این پایگاه امن شامل دردسترس بودن مراقب است تا در جایگاه تسهیل‌گر توانایی‌های رو به رشد کودک در خودمدیریتی و تعامل مؤثر با محیط اجتماعی و جسمی عمل کند.

سوءاستفاده، رشد همه این سرمایه‌های قدرتمند روانی و اجتماعی را تضعیف می‌کند. سوءاستفاده جنسی و جسمی در اصل نوعی خیانت به تعهد مراقبت والدین در حق کودک است (به فرید، ۱۹۹۶ رجوع شود) و در هر جنبه از خیانت در مسئولیت‌های فرزندپروری، یک فقدان مشخص وجود دارد. در احساس امنیت و ایمنی شخصی، فقدان شدیدی مشاهده می‌شود، همراه با آن توانایی کنجکاوی

و کاوش در مورد جهان، محدود می‌شود. فقدان مسیر سالمی از سازماندهی عاطفی نیز وجود دارد. توانایی روبه‌رشد خودآرام‌بخشی، در اثر تجاوزهای جسمی و جنسی، به چالش کشیده می‌شود و هدایت و راهنمایی از سوی مراقب آزارگر، اغلب یا وجود ندارد یا ناهنجار و ناسالم است. علاوه بر این، اختلال قابل‌توجهی در رشد حس خودمختاری و عامل بودن، دیده می‌شود. مراقب آزارگر به جای اینکه توانایی مورد نیاز اما آسیب‌پذیر کودک را همچون ساختن تجربه‌های شخصی خودش، تشخیص دهد و از آن محافظت کند، به گونه‌ای عمل می‌کند که کودک به مصداقی از تکانه‌های جنسی و پرخاشگرانه خود سرپرست تبدیل شود. خیانت به پیوند دلبستگی، اغلب منجر به از بین رفتن اعتماد در روابط صمیمی و عواقب بلندمدت در مدیریت روابط بین‌فردی در آینده می‌شود. در نهایت، به همان اندازه که این تجاوزها موجب احساس شرم و گناه می‌شود، باعث از بین رفتن توانایی عشق‌ورزی به خود و عزت‌نفس مثبت می‌شود.

از دست دادن فرصت‌های رشد اجتماعی و هیجانی

کودک‌آزاری، رشد مهارت‌های مهم زندگی را مختل می‌کند، به ویژه مهارت‌های هیجانی و اجتماعی که منجر به خودمدیریتی و روابط بین‌فردی مؤثر می‌شوند. کودکانی که مورد آزار و اذیت قرار می‌گیرند، اغلب از خانواده‌هایی هستند که در آنها والدین یا مراقبان، اغلب خودشان در ابراز هیجانی و عملکرد بین‌فردی محدود هستند (چاتین، کلسر و هالبرگ، ۱۹۹۶؛ هاین و هانیمن، ۲۰۰۰؛ نش، هالزی، سکستون، هارلسون و لامبرت، ۱۹۹۳؛ ری، جکسون و تاونلی، ۱۹۹۱) از این‌رو، الگوهای پایین‌تر از حد مطلوب برای یادگیری چنین مهارت‌هایی هستند. علاوه بر این، سوءاستفاده در محیط خانه، اطلاعات متناقض و ناسازگاری در مورد قوانین قابل قبول و مؤثر برای زندگی ایجاد می‌کند. به عنوان مثال، قوانین استاندارد رفتارهای جنسی و جسمی، به طور کلی قابل اجرا هستند اما نه در خانه. این تناقض‌ها که اغلب غیرقابل توضیح هستند، می‌توانند باعث ایجاد رفتارهای نامناسب اجتماعی شوند که منجر به طرد همسالان و از بین رفتن اعتماد به ادراکات و قضاوت‌های خود بازمانده در مورد واقعیت‌های اجتماعی می‌شود.

توانایی‌های تقلیل‌یافته هیجانی و اجتماعی مرتبط با سوءاستفاده، در ادامه بدتر می‌شوند یا منجر به آسیب‌های اجتماعی - هیجانی مستمر و فقدان در محیط اجتماعی بزرگتر در طی کودکی و نوجوانی می‌شوند. به عنوان مثال، کودکان آزاردیده در مقایسه با همسالان خود در تعامل اجتماعی و به‌خصوص در گفتگوی حل تعارض، مشکل دارند، با سطوح بالای هیجان ناراحت‌تر هستند، در حل مشکلات اجتماعی، حمایت اجتماعی از بزرگسالان انتظار کمی دارند (به عنوان مثال، کامینگز، هنسی، ریبدو و سیچتی، ۱۹۹۴؛ شوارتز و پروکتور، ۲۰۰۰؛ شیلدز و سیچتی، ۱۹۹۸؛ شیمن، زمن، پنزا و چمپین،

(۲۰۰۰) و اعتماد به نفس کمتر و عزت نفس پایین تری را گزارش دادند (به عنوان مثال، فایرینگ، تاسکا و لويس، ۱۹۹۸؛ اسپاکرلی، ۱۹۹۴). در سنین نوجوانی، کسانی که سابقه سوءاستفاده دارند، به احتمال بیشتری نسبت به همسالان خود ترک تحصیل می کنند، درگیر سوء مصرف مواد و رفتارهای بزهکارانه می شوند و خشونت بین فردی را هم در جایگاه قربانی و هم در جایگاه مجرم تجربه می کنند (به عنوان مثال، جیاکنیا و همکاران، ۱۹۹۵؛ کیلپاتریک و همکاران، ۲۰۰۳؛ لیشیتز، راسموسون، آنیان، کامول و ساوتویک، ۲۰۰۰). احتمالاً نوجوانانی که سابقه سوءاستفاده دارند، به دلیل ابراز رفتاری متشکل از همه مسائل که آنها را می آزارد، در مقایسه با همسالان خود، به احتمال ۲ تا ۵ برابر بیشتر اقدام به خودکشی می کنند. (گارتسکی و دیکشا، ۱۹۹۷؛ جیانکنیا و همکاران، ۱۹۹۵). در حقیقت، اغلب مجموعه ای از شکست های مکرر در روابط، خشونت خانگی و اشکال دیگری از قربانی شدن مجدد (به عنوان مثال، پلوسنی و فلت، ۱۹۹۵)، سوء مصرف مزمین مواد (نجاویتس، ویس و شاو، ۱۹۹۷) و فرزندپروری ناکارآمد (به عنوان مثال، هین و هانیمن، ۲۰۰۰) مشاهده می شود.

افرادی که در گذشته در معرض سوءاستفاده قرار داشته اند، اغلب در دوران بزرگسالی گزارش می دهند که احساس عمیقی به خاطر فرصت های از دست داده در تحقق اهداف مورد نظرشان را هم در زندگی کاری و هم در زندگی شخصی خود تجربه می کنند. در واقع، کسلر (۲۰۰۰) گزارش داد که در جمعیت عمومی، افراد مبتلا به PTSD ناشی از خشونت بین فردی مزمین در سنین پایین، به احتمال بیشتری نسبت به سایر انواع PTSD در دستیابی به نقاط مهم قابل انتظار زندگی در زمینه اشتغال، ازدواج، فرزندآوری و درآمد دچار کاستی می شوند.

از دست دادن حمایت ادراک شده از جامعه

مشخص شده است که پذیرش کودکان در اجتماع بزرگتر، رشد آنها از جمله عزت نفس، مهارت های اجتماعی و بهزیستی جسمانی آنها را تقویت می کند (www.searchinstitute.com). حمایت جامعه به صورت ارزش گذاری صریح کودکان به عنوان اعضای جامعه بیان می شود. این ارزش گذاری با تأیید حضور آنها در جامعه، نگرانی در مورد تجربه های آنها، ابراز توجه مثبت و تلاش های فعال در جهت ارائه نقش های مناسب به آنها نشان داده می شود. کودکان آزار دیده اغلب تعامل کامل و مثبتی را در جامعه تجربه نمی کنند. این امر می تواند به طرق متعدد و به دلایل زیادی رخ دهد. در صورتی که بیشتر منابع هیجانی کودکان آزار دیده توسط خواسته های موجود در محیط خانه تحلیل رود (مدیریت والدین آزارگر و تجربه های آزار دهنده)، ممکن است در به کمال رساندن خودشان دچار مشکل شوند. مهارت های تنظیم اجتماعی و هیجانی کمتر آنها، همان طور که در بالا توضیح داده شد، ممکن است باعث شود آنها برای همسالان، معلمان، مربیان، پیشوایان مذهبی یا سایر چهره های مهم تأثیرگذار،

جذابیت کمتری داشته باشند. علاوه بر این، سکوت در برابر سوءاستفاده، ممکن است باعث ایجاد احساس بیگانگی و از بین رفتن هر گونه احساس درست همبستگی با همسالان، معلمان یا سایر اعضای جامعه شود.

سرانجام، بدنامی سوءاستفاده و دشواری جمعی در پذیرش وجود آن، ممکن است باعث شود اعضای جامعه از کودک یا جوان آزاردیده، فاصله بگیرند. تمایل به «سرزنش قربانی» (ماتسکیس، ۱۹۹۸) از پریشانی ناشی از تشخیص قربانی شدن و واکنش نشان دادن به آن، ایجاد می‌شود. به موجب این امر تشخیص گناهکاری و قصور را به فردی آسیب‌پذیر تحمیل می‌کنند و در موارد کودک‌آزاری، گناه بزرگسال را به گردن شخصی بی‌گناه می‌اندازند. کودکان آزاردیده باعث رنجش ما می‌شوند، زیرا آنها نظام باورهای ما را از این جهت که جهان سخاوتمند است و همه ما صلاحیت و کفایت مراقبت از خودمان را داریم، به چالش می‌کشند. تمایل به حفظ این خطای ادراکی باعث می‌شود، سطحی غیرواقع‌بینانه از صلاحیت و کفایت کودکان در دفاع از خودشان را انتظار داشته باشیم.

گزینه پذیرش وجود سوءاستفاده به جای سرزنش قربانی منجر به انواع دیگری از مشکلات می‌شود. ممکن است در مورد نحوه مداخله، سردرگمی و تردید به وجود بیاید و نسبت به انجام این کار تمایلی نباشد. در واقع، داده‌های اخیر حاکی از آن است که در حالی که از هر ۱۰ نفر آمریکایی ۹ نفر کودک‌آزاری را مشکلی جدی تلقی می‌کنند، تنها ۱ مورد از هر ۳ مورد هنگام مواجهه با یک وضعیت واقعی، سوءاستفاده را گزارش کرده‌اند. (www.childrensinstitute.org/publications.html). انگیزه مداخله در فعالیت‌های خانواده‌ای که در آن کودکی به دست یکی از والدین یا مراقب دیگر قربانی می‌شود، با عقاید سنتی درباره یکپارچگی و استقلال واحد خانواده مغایر است. راهبردهای مداخله، از طریق دادگاه‌های خانواده و توسعه سازمان‌هایی که امنیت کودکان را تحت نظر دارند، ایجاد شده‌اند، اما بین این مداخلات و عقاید در مورد حریم شخصی و اقتدار واحد خانواده و برتری بالقوه آن همچون بافتی برای مراقبت از کودکان، تنشی پایدار دیده می‌شود.

در نهایت، همان‌طور که توسط نمونه توسعه سازمان‌های نظارت بر امنیت، نشان داده شد، کودکان آزاردیده، مانند همه افراد آسیب‌دیده، نیاز به گسترش منابع اجتماعی و جمعی دارند. این منابع شامل پول، زمان و تلاش است. در صورت کمبود این منابع، همدردی با این کودکان ممکن است موجب احساس رنجش یا بی‌تفاوتی شود. کسانی که منابع بیشتری دارند ممکن است در مواجهه با کسانی که منابع کمتری دارند، صبر و شکیبایی خود را از دست بدهند. بنابراین، عواقب کودک‌آزاری همچون یک فقدان منبع به جامعه‌ای که کودکی آزاردیده در آن زندگی می‌کند و نیاز به حمایت دارد، گسترش می‌یابد. واکنش به کاهش منابع، اغلب منجر به تعارض و کاهش یکپارچگی جامعه و اعضای آن می‌شود. پیوند کودک آزاردیده با جامعه، سخت و تصنعی است. بدنامی همچنان باقی می‌ماند و کودک

هنوز احساس بیگانگی و بیرون از جریان اصلی می‌کند. بیگانگی ناشی از سکوت به بیگانگی ناشی از رنجش تبدیل می‌شود.

PTSD، پیامدی از منابع ناکافی

محدودیت‌های منابع نیز ممکن است نقش مهمی در ایجاد PTSD ایفا کنند. مطالعات طولی اخیر (به عنوان مثال، شالف، ۱۹۹۷؛ شالف، تووال-ماشیاچ و هادار، ۲۰۰۴) نشان داده‌اند که واکنش‌های اولیه یا فوری به یک تروما، همان مواردی هستند که در تشخیص PTSD شرح داده شده است. افرادی که در معرض تروما قرار گرفته‌اند، احساس گوش به‌زنگی و تمرکز ضعیفی دارند، احساس تحریک‌پذیری می‌کنند و نمی‌توانند بخوابند. به نظر نمی‌رسد آنها به طور کامل در مکان و زمان حضور داشته باشند. تصاویر و افکار مربوط به آن رویداد، به طور پیوسته در ذهن آنها بازنمایی می‌شود. قابل توجه است که برای اکثر افراد، روند بهبودی به طور چشمگیری طی چند روز تا چند هفته به جریان می‌افتد. واقعیت رویداد غیرمنتظره، مورد سازش قرار می‌گیرد، ویژگی‌های حادثه به صورت یک رشته از رویدادها، سازماندهی می‌شوند و نوعی ارزیابی از معنای رویداد و تأثیر آن بر دیدگاه شخص نسبت به جهان و خود، آغاز می‌شود. اما برای زیرمجموعه‌ای از افراد، واکنش‌ها ادامه می‌یابند و از حضور پایدار و مداوم واکنش‌های طبیعی پس از ضربه، PTSD ایجاد می‌شود.

پیشنهاد می‌کنیم که ظهور PTSD و شاید سایر علائم روان‌پزشکی طولانی‌مدت مانند افسردگی را بتوان در چارچوب الگوی فقدان منابع توضیح داد، در کسانی که علائم پایدار بروز می‌کنند، منابع مورد نیاز برای بهبودی از تروما نسبت به نیازهای آنها کافی نیستند. تشبیه روند بهبودی از آسیب جسمی، می‌تواند این عقیده را شرح دهد. هنگام آسیب دیدن، بهبودی از فردی به فرد دیگر متفاوت است. بهبودی تا حدودی به وضعیت افراد مانند سلامت و ریش سیستم ایمنی آنها همچنین، به ماهیت و کیفیت خدمات درمانی دریافتی و سایر منابع محیطی از جمله شبکه پشتیبانی بستگی دارد که بتواند به تأمین مسئولیت‌هایی (غذا، پوشاک و سرپناه) بپردازد که افراد خودشان قادر به مدیریت آنها نیستند. به طور خلاصه، بهبودی طبیعی از تروما به کمک منابع گوناگون درونی و بیرونی تسهیل می‌شود.

در مورد عوامل خطر ساز دخیل در PTSD در بین بزرگسالان، بروین، اندروز و ولتاین (۲۰۰۰)، تاکنون جامع‌ترین ارزیابی انجام‌شده را ارائه داده‌اند. اکثریت و قطعاً تأثیرگذارترین این عوامل را می‌توان پدیده‌های «منبع ضعیف» دانست. این موارد شامل ناملايمات گذشته، بهداشت روانی پیش‌تر کاهش‌یافته، فقدان حمایت اجتماعی و تحصیلات پایین هستند. سایر عوامل خطر ساز که به عنوان عوامل دخیل در تأثیرات منفی پس از تروما، شناسایی شده‌اند، شامل راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار

مانند انکار، تسلیم شدن، سوء‌مصرف مواد و عوامل محیطی مانند خانواده و محیط بی‌ثبات است (نوریس، پریلا و مورفی، ۲۰۰۱؛ شالف، ۲۰۰۲). این خطرات را می‌توان فقدان یا محدودیت دسترسی به منابع شخصی و محیطی برای مقابله با ناملایمات دانست.

شاید کمی تعجب‌آور باشد که کودکانی که مورد آزار قرار گرفته‌اند، از تعداد بسیاری از این محدودیت‌ها و فقدان منابع موجود، رنج می‌برند. در واقع، همان‌طور که انتظار می‌رود، میزان PTSD مربوط به سوء‌استفاده بالاتر از PTSD های مربوط به تروماهایی است که تأثیر محدودتری بر منابع موجود و در حال رشد کودک دارند. علاوه‌براین، بزرگسالانی که در کودکی تجربه کودک‌آزاری داشته‌اند، هنگام مواجهه با تروما در بزرگسالی در برابر PTSD رو به رشد، آسیب‌پذیرتر هستند، حتی اگر در گذشته دچار PTSD نشده باشند. قدرت ترومای دوران کودکی به مثابه عاملی خطرناک‌ساز برای PTSD بزرگسالی، با این نظر همساز است که کودک‌آزاری نشان‌دهنده خطری است که نه تنها از سوء‌استفاده ناشی می‌شود بلکه از فقدان منابع کوتاه‌مدت و طولانی‌مدتی که به دنبال آن رخ می‌دهد نیز مشتق می‌شود.

PTSD در بین کودکان

مناسب‌ترین پرسش در مورد منابع و خطر ابتلا به PTSD در بین کودکان آسیب‌دیده این است که مراقبان کودکان تا چه مقداری برای آنها منبع به شمار می‌روند. اولین بار در طول جنگ جهانی دوم به این نکته اشاره شد که کودکانی که در معرض بمباران‌ها قرار داشتند، در صورتی عملکرد نسبتاً خوبی از خود بروز می‌دادند که والدین‌شان با آنها با ملاحظه و توجه، رفتار کرده باشند و خود والدین نیز از نظر روان‌شناختی سالم باشند (کری ترفزر، ۱۹۴۹). کودکان برای سنجش میزان امنیت و تعبیر و تفسیر میزان تهدید در یک شرایط معین، به محیط اطراف خود و به ویژه به مراقبان‌شان توجه می‌کنند. یعنی کودکان از والدین خود همچون تکیه‌گاه یا نقاط مرجع، استفاده می‌کنند تا معنای رویدادهای آسیب‌زا را بفهمند، علت و معلول را درک کنند، از امنیت و پشتیبانی برخوردار شوند، آسایش کسب کنند و برای مقابله موثر راهنمایی بگیرند. یک یافته ثابت در ادبیات تروما این است که میزان PTSD در کودکانی که در معرض عامل استرس‌زای یکسانی مانند خشونت در کشورهای جنگ‌زده قرار دارند، با توجه به گرمی، ثبات روانی و توانایی‌های مقابله‌ای والدین متفاوت است (برای نمونه، لور و همکاران، ۱۹۹۷؛ شرینگا و زیناه، ۲۰۰۱).

این مشاهدات منجر به پیامدهای نگران‌کننده‌ای برای کودکانی می‌شود که ترومای آنها توسط والدین‌شان یا مراقبان دیگر ایجاد شده‌است. احساس امنیتی که پس از یک رویداد آسیب‌زا از مراقبان آرام و دلواپس دریافت می‌شود، برای این کودکان فراهم نیست. برای نمونه کودکی را در نظر بگیریم

که در یک سانحه رانندگی مصدوم شده است. توضیحات والدین درباره و دلیل رخ دادن آن و آنچه اتفاق افتاده است، درکی از علت و معلول ایجاد می‌کند. احساس اعتماد به نفس والدین دلوایس و ارزیابی واقع‌بینانه آنها از احتمال پایین تکرار آن رویداد، کودک را از امنیت نسبی خود مطمئن می‌کند. خانواده و شاید اجتماعی بزرگ‌تر نیز در رویداد آسیب‌زا سهیم و شبکه‌ای از حمایت اجتماعی ایجاد می‌شود. خویشاوندان به ملاقات کودک می‌روند، هدیه می‌آورند، نامه می‌نویسند و در کل برای کودک آرزوی بهبودی و سلامتی می‌کنند.

این وضعیت نسبتاً به طور کامل با وضعیت سوءاستفاده جنسی یا جسمی درون خانوادگی مغایر است، جایی که هم منبع ایمنی و هم منبع خطر کودک است. علاوه بر این، این رویداد مزمن و پایان‌ناپذیر است. همچنین مراقب، که گاه توضیحاتی درباره رویدادها می‌دهد که صحیح یا واقع‌گرایانه به نظر می‌رسند (به عنوان مثال، ممکن است بگوید که این امر اتفاق می‌افتد «چون که تو مستحق آن هستی» یا «چونکه تو این طور می‌خواهی»). افراد کمی از این تروما خبر دارند و کسی به ملاقات نمی‌آید یا هیچ‌کس نامه‌ای با مضمون آرزوی بهبودی سریع نمی‌آورد. این تروما محرمانه، پنهان و گیج‌کننده است. همچنین یک عدم اطمینان همیشگی در مورد رویداد بعدی تجاوز جنسی یا جسمی هست که می‌تواند منجر به احساس هشدار مداوم و علائم پایدار بیش‌برانگیختگی شود. پیشامدهای متناوب دوباره تجربه کردن‌های ناگهانی و اجتناب-بی‌حسی که تحت شرایط مختلف ممکن است به واسطه تلاش‌های مکرر در سازماندهی روانی و ارزیابی معنای رویداد، حل و برطرف شوند، به طور مکرر به وسیله رویدادهای مشابه دیگر و اطلاعات نادرست بزرگسالان و با ادامه عارضه‌ای که این تروماها برای منابع شناختی و هیجانی شخصی رو به کاهش کودک، ایجاد می‌کنند، دچار مشکل می‌شوند.

میزان PTSD مرتبط با حوادث رانندگی و سوختگی در بین کودکان که در خدمات سرپایی و بستری دیده شده است، از ۱۴ تا ۲۷ درصد است (دیوریس و همکاران، ۱۹۹۹؛ کیل-بنسون، اولندریک و بنسون، ۲۰۰۲؛ استودارد، نورمن، مورفی و بردزلی، ۱۹۸۹). در مقابل، میزان PTSD دیده‌شده برای کودکانی که سوءاستفاده جنسی و جسمی شده‌اند، در خدمات سرپایی و مربوطه از ۳۴ تا ۵۸ درصد است (آدام و همکاران، ۱۹۹۲؛ آکرمن و همکاران، ۱۹۹۸؛ مک‌لیر، کالاهان، هنری و والن، ۱۹۹۴؛ مک‌لیر، دبلینگر، هنری و ارواشل، ۱۹۹۲؛ مک‌لیر و همکاران، ۱۹۹۸؛ ولفی، ساس و وکرلی، ۱۹۹۴). به غیر از خشونت جنگ، شرایط خشونت مزمن، از دست دادن منابع متعدد (از جمله فوت یا ناپدید شدن والدین)، سوءاستفاده جنسی و جسمی با بالاترین میزان PTSD در کودکان، در تمام تروماها همبستگی دارد. استفاده از انواع مقیاس‌ها و محیط‌های مختلف در طول این مطالعات، به طور انکارناپذیری مستلزم احتیاط در نتیجه‌گیری است. با این حال، دست‌کم یک محقق، فیلیپ سیگ، از

روش بالینی و مقیاس یکسانی برای شناسایی میزان PTSD در بین تروماهای مختلف استفاده کرده‌است. سیگ و برمنر (۱۹۹۹) میزان PTSD را برای انواع خاصی از تروما به شرح زیر گزارش می‌کنند: تصادف‌ها، ۱۱ درصد؛ جنگ، ۲۹ تا ۳۳ درصد و سوءاستفاده جسمی و جنسی، ۶۵ درصد. علاوه بر این، مطالعات مربوط به نوجوانان که برای آنها تحقیقات کنترل‌شده‌تر و فراوان‌تری وجود دارد، نتایجی مطابق با نتایج مربوط به کودکان را گزارش می‌دهند.

PTSD در بین نوجوانان

مطالعات روی نوجوانان آسیب‌دیده‌ای که به طور صریح در مورد وجود سوءاستفاده مورد پرسش قرار گرفته‌اند، نشان می‌دهد که سوءاستفاده جنسی دوران کودکی در مقایسه با سایر عوامل استرس‌زای آسیب‌زا به احتمال بیشتری موجب ایجاد PTSD می‌شود. در چهار مطالعه بسیار دقیق از نظر روش‌شناسی، PTSD مرتبط با رویدادهای آسیب‌زای خاصی مشخص شد و سوءاستفاده جنسی به طور مداوم بالاترین رده رویداد آسیب‌زای ایجادکننده PTSD بود (دابنر و موتا، ۱۹۹۹؛ گیانیا و همکاران، ۱۹۹۵؛ هورویتز، وین و جکل، ۱۹۹۵؛ لیشیتز، وینگر، هارتنیک، فوته و ساوتویک، ۱۹۹۹a). برای مثال، لیشیتز و همکاران (۱۹۹۹a) گزارش دادند که نوجوانان بستری سوءاستفاده جنسی، در مقایسه با افرادی که دارای دو عامل استرس‌زای فراوان‌تر دیگر بودند، یعنی مواجهه با خشونت خانوادگی (میزان PTSD ۵۰ درصد) و سوءاستفاده جسمی (میزان PTSD ۲۸ درصد)، ۶۰/۵ درصد دچار PTSD بودند. هنگامی که شرکت‌کنندگان در تحقیق از نظر وضعیت PTSD مورد مقایسه قرار گرفتند (افراد دچار PTSD و افراد بدون PTSD)، تقریباً همیشه سابقه‌ای از سوءاستفاده جنسی در کودکی در گروه دچار PTSD وجود داشت، مستقل از اینکه آیا این رویداد، پرتنش‌ترین رویداد شناخته شده باشد یا خیر: ۹۱ درصد بیماران دچار PTSD سابقه سوءاستفاده جنسی در کودکی داشتند، در حالی که ۳۲ درصد از افراد فاقد PTSD دارای این سابقه بودند. به طور خلاصه، برآوردی محافظه‌کارانه نشان می‌دهد که ۵۰ درصد یا بیشتر نوجوانانی که ترومای جنسی کودکی را تجربه کرده‌اند دارای PTSD پیشرفته هستند.

بزرگسالان مبتلا به PTSD ناشی از کودک‌آزاری

همان‌طور که انتظار می‌رود، میزان شیوع طول عمر PTSD در بزرگسالی بالاتر از میزان شیوع طول عمر گزارش‌شده آن در بین کودکان و نوجوانان است. آزمایش‌های میدانی DSM-IV برای PTSD میزان شیوع PTSD را در یک جامعه مرکب و نمونه بالینی، برای کسانی که در کودکی سوءاستفاده جنسی را تجربه کرده بودند ۷۷ درصد، برای افراد با سابقه سوءاستفاده جسمی ۴۵ درصد و برای کسانی که در معرض سوءاستفاده جسمی و جنسی بوده‌اند ۸۵ درصد، مشخص کرد. (راث، نیومن، پلوکوویتز، وان

در کلک و ماندل، (۱۹۹۷). سایر مطالعات نرخ‌های مشابهی از PTSD تشخیص داده شده با DSM-III-R را در بزرگسالان با سوابق قرارگیری در معرض کودک‌آزاری، از ۶۹ تا ۷۳ درصد، بسته به نمونه (جامعه یا بالینی) گزارش می‌دهند (کلایتزر، اسکاروالن، دایفد، ۱۹۹۷؛ اونیل و گوپتا، ۱۹۹۱؛ رودریگز، رایان، روآن و فوی، ۱۹۹۶؛ روآن و فوی، ۱۹۹۳). همان‌طور که از این خلاصه انتظار می‌رود، مقایسه نرخ PTSD با نرخ سایر اختلالات‌ها، PTSD را شایع‌ترین اختلال محور یک، اعلام می‌کند که با سابقه‌ای از کودک‌آزاری در میان بزرگسالان همبسته است (کلایتزر و همکاران، ۱۹۹۷).

الزامات درمان

علائم PTSD نتایج مستقیم و مشهود یک تروما هستند. اما در کنار وجود یا نشانه‌های مثبت علائم روان‌پزشکی، ترومای کودک‌آزاری اغلب شکلی از علائم منفی، مانند عدم وجود توانایی‌های اساسی هیجانی و اجتماعی را ایجاد می‌کند.

فلسفه درمان شرح داده شده در این کتاب، تأکید می‌کند که بهبودی از ترومای کودکی نیاز به بازتوانی منابع و مهارت‌های زندگی دارد که در چالش زنده ماندن در یک محیط همواره آزاردهنده، از بین رفته‌اند یا انکار شده‌اند. این درمان در اصل یک برنامه بهبود منابع با تأکید بر اصلاح و ایجاد توانایی‌های هیجانی و اجتماعی است. ما به این عقیده پایبند هستیم که برای بهبودی از آسیب‌های ناشی از یک تروما، باید منابعی بالاتر و فراتر از منابع لازم برای بقای اولیه احیا و فراهم شوند. علاوه بر این، مانند بسیاری دیگر از محققان، پزشکان و بازماندگان دریافته‌ایم که پردازش هیجانی تروما یک مؤلفه قدرتمند یا شاید حتی مهم و حیاتی در بهبودی از تروما است.

در نتیجه، ما یک برنامه درمانی دو مرحله‌ای تهیه کرده‌ایم که در آن رشد منابع و پردازش هیجانی تروما به صورت برابر و متعادل در کنار هم هستند. مرحله اول درمان، آموزش مهارت در تنظیم عاطفی و بین‌فردی (STAIR)^۱، به ایجاد توانایی‌های هیجانی و اجتماعی به مثابه منابع، اختصاص داده شده است. مرحله دوم درمان، شرح روایت داستان (NST)^۲، شامل پردازش هیجانی رویدادهای آسیب‌زا در بستر یک محیط امن و حمایتی است. ترتیب این مراحل هدفمند است: رشد منابع مقدم بر عمل پردازش تروما قرار می‌گیرد، زیرا قصد این است که اولی مراجع را آماده و تقویت کند تا در دومی موفق شود.

ما مطرح کرده‌ایم که در طول یک زندگی که شامل مواجهه مزمن با رویدادهای آسیب‌زا است، PTSD در نتیجه منابع ناکافی برای بهبودی از تروما ایجاد می‌شود. به همین ترتیب، مطرح می‌کنیم که

1. Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation (STAIR)
2. Narrative Story Telling

در دورهٔ درمان، برای اینکه مقابله با درد خاطرات آسیب‌زای متعدد، موفقیت‌آمیز و شفابخش باشد، نیازمند وجود منابع هیجانی و بین‌فردی است. این روش درمانی در اصل، تکراری از ترتیب درست رشد در وضعیت مطلوب است: فردِ خوش‌بخت هنگام مواجهه با چالش‌های زندگی‌اش، از مزایای مجموعه‌ای از منابع متعدد و متنوع برخوردار است.