

درمان بازماندگان کودک آزاری

روان‌درمانی برای زندگی گسیخته

تألیف

مریلین کلایتر

لیزا آر. کوهن

کرستان سی. کوئنن

ترجمه

دکتر حمیرا ورمقانی

متخصص روان‌شناسی بالینی از دانشگاه علم و فرهنگ

با مقدمه و ویراستاری

دکتر حمید پورشریفی



فهرست مطالب

۷	در باره نویسندگان.....
۸	تقدیر و تشکر.....
۹	مقدمه.....
۱۳	پیشگفتار.....
۱۹	فصل ۱ ضربه روانی کودک آزاری.....
۳۵	فصل ۲ دل بستگی.....
۴۶	فصل ۳ رشد در چارچوب محرومیت.....
۵۷	فصل ۴ منطق درمان.....
۷۳	فصل ۵ ایجاد منابع هیجانی و اجتماعی.....
۸۶	فصل ۶ کار با خاطرات آسیب‌زا.....
۱۰۰	فصل ۷ گسترش روایت.....
۱۱۴	فصل ۸ دستورالعمل‌های اجرای درمان.....
۱۴۱	فصل ۹ ارزیابی مراجع و تطبیق با درمان.....
۱۶۱	مرحله اول آموزش مهارت‌های مقررات عاطفی و بین‌فردی.....
۱۶۲	فصل ۱۰ جلسه ۱ منبع امید.....
۱۷۷	فصل ۱۱ جلسه ۲ منبع احساس.....
۱۹۹	فصل ۱۲ جلسه ۳ تنظیم هیجان.....
۲۲۸	فصل ۱۳ جلسه ۴ زندگی درگیر هیجان‌ات.....
۲۴۷	فصل ۱۴ جلسه ۵ منبع ارتباط.....
۲۵۹	فصل ۱۵ جلسه ۶ تغییر الگوهای روابط.....
۲۷۲	فصل ۱۶ جلسه ۷ عاملیت در روابط.....
۲۹۱	فصل ۱۷ جلسه ۸ انعطاف‌پذیری در روابط.....
۳۰۷	مرحله دوم شرح روایت داستان.....
۳۰۸	فصل ۱۸ انتقال از مهارت‌آموزی به پردازش روایتی تروما.....
۳۱۵	فصل ۱۹ جلسه ۹ مقدمه‌ای بر NST.....
۳۳۴	فصل ۲۰ جلسه ۱۰ روایت خاطره اول.....
۳۴۸	فصل ۲۱ جلسات ۱۱ تا ۱۵ روایت‌های ترس.....
۳۶۲	فصل ۲۲ جلسات ۱۱ تا ۱۵ روایت‌های شرم.....
۳۷۹	فصل ۲۳ جلسات ۱۱ تا ۱۵ روایت‌های فقدان.....
۳۹۳	فصل ۲۴ جلسه ۱۶ آخرین جلسه.....
۴۰۲	ضمیمه الف منابع.....
۴۰۳	ضمیمه ب نمونه‌هایی از مقیاس‌های ارزیابی در حدود حوزه.....
۴۰۶	منابع.....

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 دقیق 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

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 (کیلپاتریک، 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 مداخله 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، خشی‌سازی 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 بازبایی، 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. Psycic 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 جلدی 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 پیشنهادهای 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 سرافکنده 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 تنهایی 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 بدنامی 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 دست‌دادن 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؛ شیپمن، زمن، پنزا و چمپین،