



## فراوانی سابقه آزارهای جسمی و جنسی در بیماران بستری در بخش‌های روانپزشکی

### دکتر بدی دانش‌آموز

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان

### دکتر آرش امینی<sup>۱</sup>

انستیتو روانپزشکی تهران

**هدف:** هدف این مطالعه، تعیین میزان فراوانی سابقه آزارهای جسمی و جنسی در بیماران بستری روانپزشکی بود. **روش:** در این مطالعه مقطعی ۱۰۰ بیمار (۵۰ مرد و ۵۰ زن) بستری در بخش‌های روانپزشکی دو بیمارستان دانشگاهی، که در طی یک دوره سه ماهه از این بیمارستان‌ها ترخیص شدند، با استفاده از یک پرسشنامه آزار جسمی و جنسی و مصاحبه انفرادی در مورد سابقه و چگونگی آزارهای جسمی و جنسی اعمال شده بر آنان مورد پرس‌وجو قرار گرفتند. روش نمونه‌گیری در دسترس بود. **یافته‌ها:** در مجموع ۶۱ درصد از کلیه بیماران شامل (۵۶ درصد مردان و ۷۰ درصد زنان)، یکی یا هر دو نوع آزار جسمی یا جنسی را تجربه کرده بودند. تفاوت شیوع سابقه آزار جنسی در گروه‌های مردان و زنان از نظر آماری معنی‌دار بود. **نتیجه‌گیری:** با توجه به میزان شیوع زیاد سابقه آزارهای جسمی و جنسی در بیماران روانپزشکی و اثرات مهم آن بر سلامت روانی آنها و نیز بر ارتباط بیماران با پزشک، به نظر می‌رسد بهتر است درمانگران پرس‌وجو در این مورد را همیشه در دستور کار خود قرار دهند.

کلید واژه‌ها: آزار جسمی، آزار جنسی، بخش روانپزشکی

### مقدمه

آزار جسمی و جنسی یکی از حوادث آسیب‌زای مهم است که از لحظات اولیه زندگی تا آخرین لحظه عمر، انسان را تهدید می‌کند. مطابق تعریف DSM-IV<sup>۲</sup> (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) آزار جسمی عبارت است از عملی که آسیب جسمی غیرتصادفی وارد کند و آزار جنسی کودک به کارگیری، مجبور کردن، اغوا کردن یا به زور وادار کردن کودک به انجام هرگونه رفتار جنسی یا کمک به عملی شدن آن یا تقلید این گونه رفتارها به منظور ایجاد تجسم دیداری رفتار جنسی تعریف می‌شود. ذکر این

نکته لازم است که مرز کودکی و بزرگسالی همان سن رشد یا سن رضایت<sup>۳</sup> است. این سن در افراد مختلف متفاوت است، اما غالباً ۱۶ سالگی را ملاک قرار می‌دهند (سادوک<sup>۴</sup> و سادوک، ۲۰۰۵). طبق تعریف DSM-IV، آزار جنسی بزرگسال عبارت است از هرگونه رفتار جنسی با استفاده از زور یا تهدید یا استفاده از دارو برای زایل کردن عقل یا انجام عمل جنسی با فردی که به علت زوال عقل یا بیماری روانی قادر به تشخیص خوب و بد نمی‌باشد. در همین سیستم طبقه‌بندی، اصطلاح تجاوز<sup>۵</sup> هنگامی اطلاق می‌گردد که تحت شرایط فوق آلت مردانه به مهبل یا مقعد داخل گردد. تحت

2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4<sup>th</sup> ed.

3- age of consent

4- Sadock

5- rape

۱ - نشانی تماس: تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، انستیتو روانپزشکی تهران.

E-mail: amini\_arash@yahoo.com



## روش

این مطالعه از نوع مقطعی<sup>۱۱</sup> با روش نمونه‌گیری آسان (در دسترس) است. بر این اساس، کلیه افراد نمونه تحقیق بیماران بستری بخش‌های روانپزشکی دو بیمارستان دانشگاهی (شهید اسماعیلی سابق و شهید نواب صفوی سابق) بودند که در طی یک دوره سه ماهه (اول مهر ماه تا پایان آذر ۱۳۷۹) از این بیمارستان‌ها ترخیص شده بودند. حجم نمونه ۱۰۰ بیمار (۵۰ مرد و ۵۰ زن) بود که معیارهای لازم برای ورود به مطالعه را داشتند و رضایت‌نامه کتبی را نیز امضا کرده بودند. این معیارها عبارت بودند از: تحصیلات بالای پنجم دبستان، نداشتن بیماری ارگانیک مغزی، و نبود پسیکوز در هنگام مصاحبه. ۱۳۵ نفر معیارهای لازم را داشتند که از این میان ۲۸ نفر حاضر نشدند در مطالعه شرکت کنند و هفت نفر پاسخنامه‌هایشان از اعتبار لازم برخوردار نبود و لذا از مطالعه خارج شدند. به طور کلی، از بین ۱۳۵ بیمار برخوردار از معیارهای لازم، ۱۰۰ پاسخنامه معتبر به دست آمد.

از بیماران درخواست شد پرسشنامه‌ای را که حاوی سؤال‌های متعدد درباره انواع آزارهای جسمی و جنسی است، پر کنند. این پرسشنامه برگرفته از پژوهش لس‌رمن<sup>۱۲</sup> و همکاران (۱۹۹۶) و حاوی دو سؤال درباره آزار جسمی و سه سؤال درباره آزار جنسی است که پاسخ آنها به صورت دو گزینه‌ای (بلی - خیر) می‌باشد. از آنجا که پرسش‌ها بسیار ساده و برای بیماران ما (بالاتر از پنجم دبستان) به راحتی قابل فهم بودند، نیازی به ترجمه معکوس و ارزیابی روایی و پایایی آن نبود. پرسشنامه‌ها در حضور پرسشگر تکمیل و هرگونه نکته مبهمی برای آنان توضیح داده شد. در این پرسشنامه، درباره آزار کلامی و احساسی<sup>۱۳</sup> سؤالی طرح نشد. درباره شدت انواع آزارها، مقیاسی به کار گرفته نشد، اما در یک مصاحبه ساختار یافته از بیماران خواسته شد که به اختصار در مورد شدت و نحوه و تواتر آزار و همچنین میزان آسیبی که از سوء رفتار متحمل شده بودند، توضیح دهند.

همین شرایط اگر مفعول مذکر باشد، تجاوز را اصطلاحاً سودومی می‌نامند.

کودک‌کانی که مورد آزار جسمی واقع شده‌اند، از نظر توانایی‌های کلامی و هوشی از میانگین همسالان خود پایین‌ترند و نیز مشکلات متعدد روانپزشکی از جمله افسردگی، اختلالات خواب، خود آزاری، اعتماد به نفس پایین، اضطراب، انزوای اجتماعی، بیش‌فعالی و پرخاشگری در آنان شایع‌تر است (بریر<sup>۱</sup> و رونتز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰؛ اسپاتارو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). در سنین بزرگسالی مواردی مانند سوء مصرف مواد، اختلالات شخصیت و بزهکاری به مشکلات فوق اضافه می‌شود (جلز<sup>۴</sup> و اشتراوس<sup>۵</sup>، ۱۹۸۸).

در رابطه با آزار جنسی، طیف وسیعی از اختلالات رفتاری و روانی شناخته شده است. این اختلالات شامل اختلالات خلقی، اضطرابی، شخصیت، یادگیری، بی‌بندوباری جنسی، فرار از خانه، شکایات جسمی، تغییرات ناگهانی رفتار، تشنجات هیستریک، اختلال هول، کابوس‌های شبانه، رسوم اجباری، خود آزاری و خودکشی و اختلالات تجزیه ای است (ادواردز<sup>۶</sup>، هولدن<sup>۷</sup>، فلیتی<sup>۸</sup> و آندا<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳؛ گلاستون<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۴).

اگرچه آزار جسمی و جنسی کودکان و بزرگسالان در طول تاریخ همواره مورد توجه بوده، اما فقط در دو دهه اخیر توجه گسترده و درخوری به آن شده است. قابل توجه‌ترین این موارد مطالعات اشتراوس و جلز (۱۹۸۶) است که هر دو نشان داده‌اند، تعداد قابل توجهی از آمریکاییان، قربانی اعمال خشونت‌آمیز خانواده بوده‌اند. بر اساس اطلاعات بانک اطلاعات بهداشت روان کشور (Iranpsych)، تا کنون برای تعیین میزان شیوع آزار جسمی و جنسی در جمعیت عمومی کشور ایران مطالعه‌ای نشده است. در این بانک، در مورد سابقه مطالعاتی در زمینه میزان شیوع آزار جسمی یا جنسی بیماران بستری روانپزشکی نیز اطلاعاتی وجود ندارد.

با توجه به اثرات عمیق آزارهای جسمی و جنسی بر روان بیماران و بر کیفیت ارتباط آنان با درمانگران و نیز این نکته که پرسش در مورد تاریخچه این گونه آزارها در شیوه درمان رایج در کشورمان چندان شایع نمی‌باشد، این مطالعه انجام شد تا اهمیت پرس‌وجو درباره موضوع آشکارتر شود.

1- Brier  
3- Spataro  
5- Straus  
7- Holden  
9- Anda  
11- cross-sectional  
13- verbal and emotional abuse

2- Runtz  
4- Gelles  
6- Edwards  
8- Felitti  
10- Gladstone  
12- Leserman



مصاحبه‌گر را نمی‌توان انکار کرد و چه بسا میزان آن تا حد قابل ملاحظه‌ای بالا باشد.

مطالعه ما مواردی از آزار را نیز که به نظر کم اهمیت می‌رسند شامل شده است. برای مثال، نزاع‌های خیابانی یا در معرض عورت‌نمایی قرار گرفتن. اگر چه موارد کم اهمیت‌تر آزار در مقایسه با موارد مهمتر (مثل تجاوز جنسی) ممکن است کمتر آسیب‌زننده باشند، اما گاه اثرات تعیین‌کننده‌ای بر زندگی و ارتباطات افراد می‌گذارند (ادواردز و همکاران، ۲۰۰۳). یافته‌ها با استفاده از آزمون مجذور کای مقایسه شدند.

### یافته‌ها

تشخیص‌های موجود در پرونده بیماران به تشخیص پزشکان معالج بر اساس DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) در محور یک عبارت بودند از: اختلالات خلقی (۴۶ درصد)، اسکیزوفرنیا (۳۳ درصد)، و سایر اختلالات از جمله وابستگی به مواد، اختلالات اضطرابی، اختلالات انطباقی (مجموعاً ۲۱ درصد موارد). همبودی اختلالات محور دو در این تشخیص‌ها لحاظ نگردید و فقط تشخیص محور اول لحاظ شد و در مواردی که در محور اول تشخیصی وجود نداشت، تشخیص محور دوم (اختلالات شخصیت) در گروه سایر بیماری‌ها ثبت گردید. موارد تشخیصی محور دوم، فاقد عنوان تشخیصی عقب‌ماندگی ذهنی بودند. بنابراین گروه سایر بیماری‌ها، شامل اختلالات محور اول به غیر از اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا به همراه اختلالات شخصیت بود. در گروه سایر اختلالات، شایعترین تشخیص، اختلال وسواسی-جبری (۷ درصد) بود. گستره سنی بیماران ۴۹-۱۸ سال و میانگین سنی آنان ۳۱ سال بود. سطح تحصیلات آنها به طور متوسط در حد دیپلم و ۴۰ درصد مردان بیکار و ۸۲ درصد زنان بیکار یا خانه‌دار بودند. اغلب افراد شاغل، به شغل‌های کارگری ساده اشتغال داشتند. ۵۵ درصد زنان و ۶۶ درصد مردان هرگز ازدواج نکرده بودند. ۳۶ درصد زنان و ۲۶ درصد مردان در زمان مصاحبه متأهل، ۸ درصد زنان و ۶ درصد مردان مطلقه و سایرین همسرانشان فوت کرده بودند.

آزارهای قبل از ۱۶ سالگی، آزار در کودکی در نظر گرفته شدند. در پرسشنامه‌ها کتک‌کاری کودکان هم‌سن و تنبیه‌های بدنی (در حد معمول فرهنگی ایران) به تشخیص خود بیمار هنجار تلقی گردیدند. همچنین بازی‌های جنسی کودکان هم‌سن طبیعی تلقی شدند. برای تشخیص آزارهای جنسی قبل از ۱۶ سالگی، نیازی به وجود اعمال زور یا تهدید نبود و فقط ناخواسته بودن آن کافی بود که آزار جنسی خوانده شود (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). اما رفتار جنسی پس از ۱۶ سالگی، می‌بایست حتماً با زور یا تهدید همراه شده باشد تا آزار جنسی خوانده شود. در مورد جزئیات هر مورد آزار جنسی گزارش شده به وسیله بیمار، مجموعه‌ای از سؤال‌ها پرسیده شد. این سؤال‌ها درباره جزئیات واقعه شامل زمان وقوع، شدت و تواتر آزار، عاملان این رفتار و نسبت آنها با بیمار و نیز واکنش سایر اعضای خانواده و مشارکت آنها و درجه مخفی ماندن رفتار از سایرین بود. اگر بیماری بیش از یک نوع از آزارهای نامبرده را تجربه کرده بود، یکی از آنها را به عنوان مهمترین و آسیب‌زننده‌ترین انتخاب می‌کرد و به سؤال‌ها، با توجه به آزار موردنظر پاسخ می‌داد.

ابتدا، درباره موضوع تحقیق برای بیماران توضیح مفصل داده شد و از آنها رضایت‌نامه کتبی اخذ گردید. سپس در مکانی آرام، بدون حضور دیگران، با بیماران مصاحبه شد. به منظور حفظ اسرار بیمار و در نظر گرفتن امنیت وی، از همراهان و خانواده بیمار برای تأیید اطلاعات سؤالی نشد.

برای انتخاب بیماران غیرپسیکوتیک، از کارکنان و پزشکان معالج نظرخواهی شد و به منظور کاهش خطر ورود محتویات هذیانی بیماران به پاسخنامه‌ها، تا حد امکان مصاحبه‌ها نزدیک به زمان ترخیص بیماران انجام شد و مصاحبه‌گر (دستیار روانپزشکی) برای وضعیت پسیکوز، بیماران را قبل از ورود به مطالعه از نظر وضعیت روانی معاینه کرد. همچنین، جهت افزایش صحت اطلاعات جمع‌آوری شده، کلیه پاسخ‌های مثبت مجدداً مورد ارزیابی دقیق قرار گرفتند، به طوری که جزئیات دقیق هر واقعه از بیماران پرسیده شد تا احتمال جواب‌های مثبت کاذب کاهش یابد. اما موارد منفی کاذب، به دلیل شرم و حیا و یا عدم اعتماد به



**جدول ۱- میزان شیوع آزار جسمی و جنسی به تفکیک جنس در ۱۰۰ بیمار روانپزشکی**

نوع سوء رفتار	زنان فراوانی (درصد)	مردان فراوانی (درصد)	جمع فراوانی (درصد)	df	X <sup>2</sup>	سطح
						معنی‌داری
آزار جسمی	۳۰ (۶۰)	۲۹ (۵۸)	۵۹ (۵۹)	۱	۱/۹۹	ns
آزار جنسی	۲۲ (۴۴)	۱۱ (۲۲)	۳۱ (۳۱)	۱	۵/۴۶	۰/۰۵

**جدول ۲- میزان فراوانی شرایط خاص گزارش شده به وسیله بیماران قربانی**

آزار جنسی (n=۲۴)

ویژگی آزار	فراوانی (درصد)
عامل ارتکاب مرد بوده است.	۲۴ (۱۰۰)
عامل ارتکاب زن بوده است.	۰ (۰)
یک‌بار اتفاق افتاده است.	۱۵ (۱۲)
بیش از یک‌بار اتفاق افتاده است.	۹ (۳۸)
بر زندگی بیمار اثر منفی نداشته است.	۴ (۱۶)
بر زندگی بیمار اثر منفی گذرا داشته است.	۳ (۱۴)
بر زندگی بیمار اثر منفی پایدار داشته است.	۱۷ (۷۰)
تا به حال کسی را از آن مطلع نکرده است.	۱۰ (۴۲)
دیگران را از آن مطلع کرده است.	۱۴ (۵۸)
عامل ارتکاب غیر خویشاوند بوده است.	۱۴ (۵۸)
عامل ارتکاب خویشاوند درجه دوم بوده است.	۵ (۲۱)
عامل ارتکاب خویشاوند درجه اول بوده است.	۵ (۲۱)

جسمی را مهمتر دانسته بودند.

میزان شیوع برخی شرایط خاص مانند مخفی ماندن سوء رفتار، جنسیت عامل ارتکاب، تأثیرگذاری بر زندگی بیمار و تواتر سوء رفتار جنسی در جدول ۲ آمده است.

۲۰ درصد آزاردهندگان جسمی و ۵۸ درصد آزاردهندگان جنسی، غیر خویشاوند بودند. بررسی شرایط همراه با آزارهای جنسی که به وسیله بیماران گزارش شده است، نشان می‌دهد که قربانیانی که تحت آزار خویشاوندان خود گرفته بودند، بیشتر از سایرین اثر آن را منفی و پایدار گزارش کردند. تفاوت این دو گروه با استفاده از آزمون مجذور کای، از نظر آماری معنی‌دار بود ( $p < 0/05$ ). بررسی آماری سایر شرایط همراه با آزارهای جنسی، نتیجه‌گیری آماری معنی‌داری در برنداشت. میزان شیوع برخی

**جدول ۳- میزان فراوانی شرایط خاص گزارش شده به وسیله بیمارانی که**

مورد آزار جسمی قرار گرفته‌اند (n=۳۹)

ویژگی آزار	فراوانی (درصد)
عامل ارتکاب مرد بوده است.	۳۰ (۷۶)
عامل ارتکاب زن بوده است.	۹ (۲۳)
بیش از دو سال کشیده است.	۹ (۲۳)
دفعات آن بیش از ۲۰ مرتبه بوده است.	۹ (۲۳)
بر زندگی بیمار اثر منفی نداشته است.	۳ (۸)
بر زندگی بیمار اثر منفی گذرا داشته است.	۷ (۱۷)
بر زندگی بیمار اثر منفی پایدار داشته است.	۲۹ (۷۵)
تا به حال کسی را از آن مطلع نکرده است.	۱۴ (۳۵)
دیگران را از آن مطلع کرده است.	۲۵ (۶۵)
عامل ارتکاب غیر خویشاوند بوده است.	۸ (۲۰)
عامل ارتکاب خویشاوند درجه دوم بوده است.	۵ (۱۰)
عامل ارتکاب خویشاوند درجه اول بوده است.	۲۶ (۷۰)

در مجموع، ۵۶ درصد مردان و ۷۰ درصد زنان یکی از دو نوع آزار جسمی یا جنسی یا هر دوی آنها را گزارش کرد. از کل ۶۱ نفری که آزار را تجربه کرده بودند، ۲۶ نفر (۱۶ زن و ۱۰ مرد) هر دو نوع آزار را داشتند. میزان شیوع انواع آزار به تفکیک جنس در جدول ۱ نمایش داده شده است.

شیوع دو نوع آزار به تفکیک جنسیت، با استفاده از آزمون مجذور کای مقایسه شد. تفاوت میزان شیوع آزار جنسی بین مردان و زنان معنی‌دار می‌باشد، اما میزان شیوع آزار جسمی بین جنس تفاوت معنی‌داری نشان نمی‌دهد.

در گروه زنانی که مورد هر دو نوع آزار قرار گرفته بودند (۱۶ نفر)، ۱۰ نفر آزار جنسی و شش نفر آزار جسمی را مهمتر از دیگری تلقی کرده بودند. در میان مردانی که هر دو نوع رفتار را تجربه کرده بودند (۱۰ نفر)، هفت نفر آزار جنسی و سه نفر آزار



جدول ۴- میزان شیوع آزار جسمی و جنسی به تفکیک نوع اختلال

نوع سوء رفتار	اختلال خلقی		اسکیزوفرنیا		سایر اختلالات	
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
آزار جسمی	۲۶ (۵۶/۵)	۲۰ (۶۰/۶)	۱۰ (۴۷/۶)			
آزار جنسی	۱۴ (۳۰/۴)	۱۰ (۳۰/۳)	۹ (۴۲/۸)			

شرایط خاص گزارش شده به وسیله قربانیان آزار جسمی، در جدول ۳ نشان داده شده است. در ۷۶ درصد موارد، عوامل ارتکاب آزار جسمی مردان بودند که این آمار شامل سه مورد نزاع‌های خارج از خانه نیز می‌شده که هر سه به علت رفتار سایکوتیک ناشی از بیماری و یک مورد آن درگیری با پلیس بوده است. در ۷۰ درصد موارد، آزاردهنده از اعضای خانواده بیمار بود که غالباً پدران یا برادران بود. برخی موارد آزار گزارش شده، به یک آسیب جسمی پایدار (مانند اسکار سوختگی یا شکستگی دندان) منجر شدند.

میزان شیوع آزار جسمی و جنسی به تفکیک تشخیص در محور یک، در جدول ۴ در آورده شده است. در این جدول، بیماران به سه گروه تشخیصی اختلالات خلقی، اسکیزوفرنیا و سایر اختلالات تقسیم شدند. با استفاده از آزمون مجذور کای، تفاوت شیوع انواع آزار در اختلالات مختلف ارزیابی شد که تفاوت معنی دار نبود.

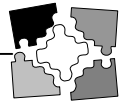
## بحث

۶۱ درصد بیماران مصاحبه شده، قربانی یکی از دو نوع آزار جسمی یا جنسی بودند که ۵۶ درصد مردان و ۷۰ درصد زنان را شامل می‌شود. این ارقام تقریباً مشابه آمار مطالعه راندی<sup>۱</sup>، جورج<sup>۲</sup> و جیمز<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) است که روی ۳۳ بیمار بستری روانپزشکی انجام شد، اما در مقایسه با برخی مطالعات (کارمن<sup>۴</sup>، رایکر<sup>۵</sup> و میلز<sup>۶</sup>، ۱۹۸۴؛ براون<sup>۷</sup> و آندرسون<sup>۸</sup>، ۱۹۹۱) ارقام ما بالاتر است. برای مثال، مطالعه کارمن و همکاران (۱۹۸۴) میزان شیوع مجموع دو آزار جسمی و جنسی اعمال شده بر بیماران بستری روانپزشکی را ۴۳ درصد گزارش کرد. احتمالاً علت بالاتر بودن ارقام مطالعه حاضر آن است که مستقیماً درباره انواع آزار از بیماران سؤال شده

است. در دو مطالعه نامبرده، اطلاعات از بررسی پرونده‌ها جمع‌آوری شدند و چون بسیاری از پزشکان معمولاً در مورد سابقه سوء رفتارهای اعمال شده سؤال نمی‌کنند، پرونده‌ها فقط حاوی اطلاعاتی است که بیماران خودشان گزارش کرده‌اند یا از منابع موازی مانند افراد خانواده به دست آمده است. لذا، غالباً مواردی از آزار که بیمار در مورد گفتن آنها تردید دارد، کشف نمی‌شوند. همچنین آزار جنسی تلقی شدن برخی موارد خفیف‌تر (مانند تماس دست با اندام‌های جنسی) نیز ممکن است به افزایش این ارقام کمک کرده باشد. اغلب مطالعات قبلی، مانند مطالعه روزنفلد<sup>۹</sup> (۱۹۷۹) فقط جماع کامل را آزار جنسی دانسته‌اند. حسین<sup>۱۰</sup> و چاپل<sup>۱۱</sup> (۱۹۸۳) در مطالعه‌ای روی یک گروه بزرگ از دختران نوجوان بستری، عاملان ۱۴ درصد از آزار جنسی را اعضای خانواده گزارش کردند. اما این مطالعه نیز شامل موارد آزار جنسی خارج از خانواده یا آزار جنسی بدون جماع کامل نمی‌شود. یا در مطالعه‌ای دیگر (برودسکی<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۱) روی بیماران بستری مبتلا به افسردگی عمده، ۳۸ درصد افراد یکی از دو نوع آزار جسمی یا جنسی را گزارش کرده بودند. آمار این مطالعه فقط مشتمل بر موارد اعمال شده قبل از سن پانزده سالگی است. در مقایسه با برخی دیگر از مطالعات، ارقام به دست آمده در مطالعه ما پایین‌تر است. به عنوان مثال، مطالعه یاکوبسن<sup>۱۳</sup> و ریچاردسن<sup>۱۴</sup> (۱۹۸۷) میزان شیوع آزارهای جسمی و جنسی در بیماران بستری بخش‌های روانپزشکی را ۸۱ درصد گزارش کرد. در این مطالعه، در مورد انواع سوء رفتار، سؤال‌های اختصاصی طرح گردید و معیارهای مورد استفاده آن، معیارهایی جامع در مورد انواع آزارهای جسمی و جنسی بود. مصاحبه‌ها را دانشجویان پزشکی آموزش دیده انجام دادند که ممکن است توانایی آنها در جمع‌آوری اطلاعات صحیح کمتر از روانپزشکان باشد که این خود می‌تواند یکی از عوامل بالا رفتن آمارهای این مطالعه باشد.

1- Randy  
3- James  
5- Reiker  
7- Brown  
9- Rosenfeld  
11- Chapel  
13- Jacobson

2- George  
4- Carmen  
6- Mills  
8- Anderson  
10- Husain  
12- Beth S. Brodsky  
14- Richardson



سابقه سوء رفتار در آغاز مراحل درمانی، به درمانگر کمک می‌نماید که این نوع انتقال را سریع‌تر شناسایی کند و از آنجا که عاملان انواع آزار غالباً (۹۰ درصد) مرد بودند، درمانگران مرد می‌باید بیشتر مراقب این‌گونه انتقال باشند. درمانگران زن ممکن است با پدیده انتقال روبه‌رو شوند که در آن بیمار احساس خشم خود به مادری را که از او در برابر سوء رفتار محافظت نکرده است، به درمانگر منتقل کند.

با به دست آوردن سابقه آزار، ارتباطات زناشویی را نیز بهتر می‌توان تفسیر کرد. در صورتی که یکی از طرفین در کودکی مورد آزار جنسی قرار گرفته باشد، عدم تطابق جنسی بهتر درک می‌شود. هنگامی که وجود آزار جسمی از جانب شوهر مشخص می‌گردد، درک اینکه چرا زن نمی‌تواند قاطعانه مخالفت خود را ابراز نماید، آسان‌تر می‌شود (گلاستون و همکاران، ۲۰۰۴).

اگرچه امروزه ارتباط آزارهای جسمی و جنسی با برخی اختلالات روانپزشکی (مانند اختلالات اضطرابی) به خوبی شناخته شده است، اما در مطالعه حاضر و برخی مطالعات مشابه (یاکوبسن و ریچاردسن، ۱۹۸۷؛ بالیک<sup>۳</sup>، پرسکات<sup>۴</sup> و کندلر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱) بین میزان شیوع سابقه آزارهای جسمی و جنسی در گروه‌های مختلف تشخیصی تفاوت معنی‌داری مشاهده نگردید.

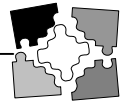
در مجموع، بالا بودن میزان شیوع آزار، مهم تلقی شدن آن از طرف بیماران و اثرات آن بر ارتباط با درمانگر، همگی بیانگر میزان اهمیت پرس‌وجو در مورد سابقه سوء رفتار است. چنین سابقه‌ای غالباً برای بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است و پزشکان نیز بدین‌وسیله نشان می‌دهند که این‌گونه مسائل برای آنها نیز اهمیت دارد. لذا درمانگر می‌بایست این‌گونه مسایل را به گونه‌ای فعالانه جست‌وجو کند و به امید گزارش بیمار ننشیند. همچنین مواردی مانند اختلال شخصیت مرزی، اختلال پانیک، علایم تجزیه‌ای و ... همواره می‌بایست به عنوان علایم هشدار دهنده، شک به وجود چنین سوابقی را برانگیزد.

از میزان شیوع انواع سوء رفتار در بین جمعیت عمومی کشورمان آمار دقیقی نداریم، اما مقایسه آمار به دست آمده در این مطالعه با آمار جمعیت عمومی سایر کشورها، تفاوت قابل ملاحظه‌ای در جمعیت بیماران روانپزشکی و جمعیت غیر بیمار روانپزشکی نشان می‌دهد. میزان شیوع آزارهای جسمی در میان افراد خانواده، ۱۳ درصد تخمین زده شده است (اشتراوس، جلز و اشترین متر، ۱۹۸۰). میزان شیوع آزارهای جنسی در زنان در دوران کودکی، بدون در نظر گرفتن عورت‌نمایی ۱۵ درصد گزارش شده است (هرمان<sup>۱</sup>، ۱۹۸۱). بنابر این ارقام، به نظر می‌رسد که تجربه سوء رفتار برای بیماران روانپزشکی، مشکل شایع‌تری باشد. همچنین پیش‌بینی می‌شود که میزان شیوع سوء رفتارها در بیماران سرپایی روانپزشکی نیز بیش از جمعیت عمومی باشد.

۷۰ درصد از بیمارانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته بودند، اثر آن را منفی و پایدار گزارش کردند. در این گروه، کسانی که به وسیله خویشاوندان خود مورد آزار قرار گرفته بودند، به میزان معنی‌دار بیشتری اثر آن را منفی و پایدار گزارش کردند. این مسئله بر ضرورت آموزش روانی خانواده‌ها<sup>۲</sup> و پیگیری قضایی موارد آزار جنسی تأکید می‌کند. تعداد قابل توجه (۴۲ درصد) از بیمارانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته بودند، این مسئله را مخفی کرده، بسیاری از آنها اولین بار در این مطالعه مطلب را پس از سال‌ها بازگو نمودند که این خود مؤید آن است که نباید فقط به گزارش بیماران اکتفا کرد، بلکه مسئله می‌بایست به طور مستقیم مورد سؤال قرار گیرد. اکثر افرادی که مورد هر دو نوع آزار قرار گرفته بودند (۶۵ درصد)، آزار جنسی را مهمتر تلقی کردند که این نشان‌دهنده اهمیت بیشتر این مسئله و آسیب‌زننده‌تر بودن این سوء رفتار است.

بیمارانی که در کودکی تحت آزار والدین خود قرار گرفته‌اند، درک واژگونه‌ای از ارتباط و سلسله مراتب خانوادگی دارند. آنها ارتباطی را آموخته‌اند که کودکان در آن وسیله‌ای برای ارضای تمایلات جنسی یا پرخاشگرانه والدین هستند. این تجربه ممکن است از طریق پدیده انتقال، سبب ایجاد ارتباط بیمارگونه با درمانگر شود. این بیماران ممکن است انتظار داشته باشند که ارتباط آنها با درمانگر نیز به منظور ارضای تمایلات جنسی یا پرخاشگرانه درمانگر باشد (یاکوبسن و ریچاردسن، ۱۹۸۷). به دست آوردن

1- Herman  
3- Bulik  
5- Kendler  
2- psychoeducation  
4 - Prescott



در جمع‌آوری اطلاعات این مجموعه یاری نمودند.

## سپاسگزاری

با سپاس از کارکنان و پزشکان دو مرکز درمانی بیمارستان

ایران (شهید نواب صفوی سابق) و شهید اسماعیلی سابق که ما را

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۸/۵؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۱۰/۱۵

## منابع

بانک اطلاعات بهداشت روان کشور، [www.nrcms.ir](http://www.nrcms.ir).

American Psychiatric Association Brodsky, B. S., (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> Ed). Washington DC: American Psychiatric Association.

Brier, J., & Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect*, 14, 357-364.

Brodsky, B. S., Oquendo, M., Ellis, S. P., Hass, G. L., Malone, K. M., & Mann, j. j., (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1871-1877.

Brown G. R., & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148, 55-61.

Bulik, C. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2001). Features of childhood sexual abuse and the development of psychiatric and substance use disorder. *British Journal of Psychiatry*, 179, 444-449.

Carmen, E. H., Rieker, P. P., Mills, T. (1984). Victims of violence and psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*. 141, 378-383.

Sparato, J., Mullen, P. E., Burges, P. M., David, L., Wells, D. L., Moss, S. A. (2004). Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *British Journal of Psychiatry*, 184, 416-421.

Gelles, R. J., & Straus, M. H. (1988). How violent are American families? In R. J. Gelles & M. H. Straus (Eds.), *Intimate violence* (pp. 98-115). New York: Simon and Schuster.

Gladston, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhelm, K., & Austin, M. P. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women: an analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1417-1425.

Herman, J. L. (1981). *Father-daughter incest*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Husain, A., & Chapel, J. L. (1983). History of incest in girls admitted to a psychiatric hospital. *American Journal of Psychiatry*, 140, 591-593.

Jacobson, A., & Richardson, B. (1987). Assault experiences of 100 psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 144, 908-913.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (PP. 3412-3424), 8<sup>th</sup> ed., William and Wilkins, U.S.A, 3412-3.

Leserman, J., Drossman, D. A., Li, Z., Toomey, T. C., Nachman, G., & Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: How types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, 158, 11-15.

Randy, S. A., George, G. A., & James, B. (2002). Childhood Trauma And Somatic Preoccupation In Adulthood Among A Sample Of Psychiatric Inpatients. *Psychosomatics*, 43, 86.

Rosenfeld, A. A. (1979). Incidence of a history of incest among 18 female psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 136, 791-795.

Edwards, V. J., Holen, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1453-1460.

Straus, M., & Gelles R. (1986). Societal change and change in family violence from 1975-1985 as revealed by two national studies. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 462-479.

Straus, M. A., Gelles, R. J., & Steinmetz, S. K. (1980). *Behind closed doors: Violence in the American family*. Anchor, New York.