

مقایسه عملکرد عصب روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر آزار دیده هیجانی و عادی

پرستو نوروزی چهارقلعه^{✉*}، ژانت هاشمی‌آذر^{**} و غلامرضا
صرامی‌فروشانی^{***}

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین مشکلات عصب روان‌شناختی دختران آزار دیده هیجانی بود. این پژوهش با روش علی - مقایسه‌ای انجام شد. جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی شهر تهران مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ بودند. نمونه شامل ۶۰ دانش‌آموز دختر (۳۰ دانش‌آموز با آزار دیدگی هیجانی و ۳۰ دانش‌آموز عادی) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته آزار دیدگی هیجانی، آزمون هوشی و کسلر کودکان، آزمون طراحی دیداری - حرکتی بندر گشتالت و آزمون تصویری ری استفاده شد. داده‌ها با روش آماری تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌ها حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه در نمرات اصلی آزمون بندر گشتالت، خرده آزمون‌های شباهت‌ها و گنجینه لغات آزمون و کسلر و نمرات بر برداشت و ترسیم حفظی آزمون ری بود. در سایر داده‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد. نتایج پژوهش حاکی از وجود اختلال مغزی در دانش‌آموزان آزار دیده هیجانی بود. بر اساس نتایج، به سایر محققان پیشنهاد می‌شود که علاوه بر مشکلات روان‌شناختی به وجود اختلال مغزی به طور منطقی توجه کنند.

کلید واژه‌ها:

عملکرد عصب روان‌شناختی؛ آزار دیدگی هیجانی؛ دانش‌آموزان دختر

مقدمه

با وجود فراگیر بودن این دیدگاه که خانواده، منبع پرورش و حمایت برای کودکان و بزرگسالان است. خانواده نهادی اجتماعی با بیش‌ترین خشونت در جهان به شمار می‌آید. قانون جامعه این است که شما حق آسیب‌زدن به دیگران را ندارید، حتی اگر آن‌ها تهدیدآمیز رفتار کنند؛ مگر اینکه بخواهید از خودتان دفاع کنید. اما همین قانون، در بسیاری از اوقات، در خانواده رعایت نمی‌شود (گرینفیلد^۱، ۲۰۱۰). بیش‌ترین خشونت در خانواده اتفاق می‌افتد و شکل‌های بسیاری دارد و کودک را در معرض تجارب مخرب زیادی قرار می‌دهد. کودک ممکن است شاهد آزار مادرش توسط پدر یا ناپدری خود باشد یا خود، به طور مستقیم قربانی خشونت هیجانی یا جسمانی از طرف پدر یا مادر یا حتی خواهر و برادرش باشد. البته، اکثر خشونت‌ها به طور مستقیم از طرف مادر یا خواهر و برادر بزرگ‌تر اتفاق می‌افتد. کودک ممکن است به هنگام تلاش برای نجات مادرش در نزاع با مردی بزرگسال، قربانی مستقیم این خشونت شود. در حالی که اغلب خشونت جسمانی وجود دارد، اما عناصر ویران‌کننده‌تر این سم درون خانوادگی، خشونت هیجانی، تحقیر، اجبار، خوار کردن، تهدید به رهاکردن یا حمله جسمانی است (پری^۲، ۱۹۹۶). کودک آزاری به هر عمل یا کوتاهی یکی از والدین یا مراقبین گفته می‌شود که به مرگ، صدمات هیجانی یا جسمانی جدی، آزار هیجانی یا بهره‌کشی^۳ منجر می‌شود یا عمل یا کوتاهی است که احتمال بالای آسیب جدی را می‌رساند. بدرفتاری انواعی از قبیل آزار جسمانی، غفلت از کودک، آزار جنسی، آزار هیجانی و بهره‌کشی از کودک دارد (مش و ولف^۴، ۲۰۱۰). بدرفتاری هیجانی در قالب بسیاری از رفتارهای والدین، بدون حضور جسمانی یا هیجانی ظاهر می‌شود. والدینی که در مقابل کودکان، به طور مداوم با یکدیگر مشاجره می‌کنند، بر سر یکدیگر فریاد می‌کشند و با هم می‌جنگند؛ والدین کمال‌گرای با توقعات نامقبول و نظرات انتقادگونه؛ والدین طردکننده کودک؛ والدینی که با بدنام کردن کلامی کودک او را بی‌ارزش می‌کنند، والدینی که اعمال یا تهدیدهایی می‌کنند که موجب ترس

-
1. Greenfield
 2. Perry
 3. exploitation
 4. Mash & Wolf

و اضطراب بسیار در کودک می‌شود؛ والدینی که کاری می‌کنند که سبب جدایی کودک از سایرین می‌شود؛ والدینی که جامعه ستیز بودن را به کودک منتقل می‌کنند و والدینی که از کودک بهره‌کشی می‌کنند (بیترز و وکرله^۱، ۲۰۰۹، اشنايدر^۲ و همکاران، ۲۰۰۵).

آزار هیجانی هر نوع آزار/غفلت یا عدم حمایت در برابر آزار/غفلت را شامل می‌شود که بالقوه آسیب‌زاست؛ نسبت به رشد هیجانی کودک بی‌توجه است و با اثرات منفی طولانی مدت و عمیق عملکرد بد رفتاری، هیجانی و اجتماعی مرتبط است (ون هارملن^۳ و همکاران، ۲۰۱۰، دی‌بلیس^۴ و همکاران، ۲۰۰۱). اگرچه آزار هیجانی کم‌تر از آزار جنسی و جسمی مطالعه شده است، اما شواهد حاکی از آن است که آزار هیجانی با پیامدهای زیان‌آور بلند مدت دوران کودکی همبستگی دارد. مطالعات خود گزارشی گذشته‌نگر در بزرگسالان با سابقه آزار هیجانی نشان داده‌اند که این نوع از آزار با عزت نفس پایین، اضطراب، احساس گناه یا حس قربانی‌خسونت تعاملات بین فردی بودن مرتبط است (تاسینگ و کالهانه^۵، ۲۰۱۰).

کودک آزاری به هر شکل که باشد پیامدها و عواقب ناگواری دارد، اما خطر مشکلات عاطفی و سازشی آن بیش‌تر است (لعلی و عابدی، ۱۳۸۷). مطالعات حال حاضر در آسیب‌شناسی تحولی مشخص کرده‌اند که فشار روانی آسیب‌زای دوران کودکی با اثرات منفی بر رشد مغز همبستگی دارد (اسکور^۶، ۲۰۰۱). پیشرفت‌های اخیر در علم عصب‌شناسی تحولی پیشنهاد می‌کند که فشار روانی زود هنگام زندگی، تغییرات دائمی را در مدارهای عصبی ایجاد می‌کند که سبب عدم یکپارچگی پردازش هیجانی، کنترل خودکار درون ریز، تنظیم برانگیختگی و گوش به زنگی شده و به افزایش واکنش نسبت به محیط، نقص شناختی، حساسیت در مقابل درد، افسردگی، اضطراب و خواب آشفته منجر می‌شود (هیم^۷ و همکاران، ۲۰۰۶). آزار هیجانی دوران کودکی، توانایی، آغاز تغییرات مداوم در سیستم‌های پاسخدهی عصب روان‌شناختی به فشار روانی است که به افزایش آسیب‌پذیری در برابر فشار روانی،

-
1. Yates & Wekerle
 2. Schneider
 3. Van Harmelen
 4. DeBellis
 5. Taussing & Culhane
 6. Schore
 7. Heim

اضطراب و دیگر مشکلات انطباقی منجر می‌شود. شواهد حاکی از این است که کیفیت مراقبت اولیه زندگی این تغییرات را ایجاد می‌کند. آزار هیجانی دوران کودکی ارتباط بین آزار جنسی یا جسمانی و تغییرات به فشار روانی را اداره می‌کند (بیتز، ۲۰۰۷). سیستم‌های زیستی فشار روانی یعنی محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال^۱ و سیستم کاتکولامین^۲ (سیستم عصبی سمپاتیک^۳، نور اپی نفرین^۴)، برای بقا ضروری هستند. فشار روانی بسیار زیاد همچون تجارب آزار دیدگی کودکی به تغییرات این سیستم‌ها منجر می‌شود که اثرات بدی بر رشد مغز دارد (د بلیس و همکاران، ۱۹۹۹). هنگامی که کودک توهین یک آزارگر را تجربه می‌کند سیستم‌های گلوکوکورتیکوئید^۵، اکسی توسین^۶، وازوپرسین^۷ و نورآدرنرژیک^۸ فعال می‌شوند. این پاسخ انطباقی بالا، بقا در محیط خطرناک را فراهم می‌کند. برانگیختگی مزمن، به تغییرات مداوم در ساختار، عملکرد و شیمی مغز منجر می‌شود و در طی زمان، کودکان در معرض خطر گسترش پاسخ افراطی به فشار روانی جزئی قرار می‌گیرند (هاگله^۹، ۲۰۰۵). نتایج نشان می‌دهد که بین میزان آسیب دیدگی دوران کودکی، نقص عملکرد شناختی و حافظه کاری و بلند مدت افراد سالمی که نشانه‌های چشمگیر افسردگی یا اضطراب را نداشته و از جمعیت معمولی انتخاب شده‌اند، رابطه وجود دارد. فراوانی اشتباهات در افرادی که سطوح بالاتر غفلت جسمانی و آزار هیجانی را تجربه کرده‌اند، نقص حافظه را نشان می‌دهد که با تغییر ساختار و عملکرد مناطق مغزی مرتبط است. شواهد بالینی حاکی از آسیب هیپوکامپ است. افراد با آسیب آمیگدال^{۱۰} — هیپوکامپ^{۱۱} یا لوب گیجگاهی^{۱۲}، نقایص شناختی در الگوی حافظه بازناسی را در مقایسه با

-
1. hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA)
 2. catecholamin
 3. sympathetic
 4. norepinephrine
 5. Glicocorticoid
 6. oxytocin
 7. vasopressin
 8. noradrenergic
 9. Hagele
 10. amygdala
 11. hippocampus
 12. temporal

افراد باگسستگی لوب پیشانی^۱ نشان می‌دهند. نقایص حافظه، ویژگی اصلی افسردگی و فشارروانی پس از ضایعه است (میجر^۲ و همکاران، ۲۰۱۰).

با توجه به اثرات مخرب این آزار بر عملکرد سیستم مغزی و روانی فرد که سبب انواعی از اختلالات و مشکلات در فرد و تعاملات بین فردی او می‌شود، در این پژوهش عملکرد عصب روان‌شناختی دانش‌آموزان دختر آزاردیده هیجانی در مقایسه با دانش‌آموزان دختر عادی بررسی شد؛ این پژوهش به دنبال این پرسش بود که آیا عملکرد دانش‌آموزان آزاردیده در آزمون‌های بندرگشتالت، ری و خرده آزمون‌های وکسلر با دختران عادی تفاوت دارد؟ براساس این سه پرسش، سه فرضیه به شرح زیر ارائه شد:

۱- عملکرد دختران آزار دیده هیجانی در آزمون بندر گشتالت با دختران عادی تفاوت دارد.

۲- عملکرد دختران آزار دیده هیجانی در خرده آزمون‌های وکسلر با دختران عادی تفاوت دارد.

۳- عملکرد دختران آزار دیده هیجانی در آزمون ری با دختران عادی تفاوت دارد.

روش

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر نوجوان مقطع راهنمایی شهر تهران بود که در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ مشغول به تحصیل بودند. در پژوهش‌های از نوع آزمایشی و علی - مقایسه‌ای حجم نمونه حداقل ۳۰ نفر در هر گروه توصیه می‌شود (دلاور، ۱۳۸۷). نمونه پژوهش شامل ۶۰ دانش‌آموز دختر (۳۰ دانش‌آموز با آزاردیدگی هیجانی و ۳۰ دانش‌آموز عادی) بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

برای جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش از پرسشنامه محقق ساخته آزاردیدگی هیجانی، آزمون هوش وکسلر تجدید نظر شده برای کودکان، آزمون بندرگشتالت و آزمون تصویری ری استفاده شد. پرسشنامه محقق ساخته آزاردیدگی هیجانی به منظور شناسایی دانش‌آموزان دختر آزار دیده هیجانی، برای مقایسه عملکرد عصب روان‌شناختی این دانش‌آموزان با دانش‌آموزان

1. frontal

2. Majer

دختر عادی ساخته شد. در ابتدا مجموعه ویژگی‌های مربوط به آزار هیجانی از فهرست‌ها و مقاله‌های موجود استخراج و به صورت جملات قابل فهم تدوین شد. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه را اساتید متخصص در این حوزه تأیید کردند، سپس با اجرای مقدماتی پرسشنامه، در میان ۳۴ دانش‌آموز دختر از ۳ پایه مقطع راهنمایی، ویژگی‌های روانسنجی این ابزار تعیین و پس از تصحیح، پرسشنامه برای اجرای نهایی آماده شد. پرسشنامه ۱۱۷ سؤال دارد که حول ۲ محور، سازمان‌دهی شده است (سؤالات مرتبط با آزار هیجانی، سؤالات فاقد موضوع آزاردیدگی). ۱۰۹ سؤال از مجموع سؤالات، درباره آزاردیدگی هیجانی است. این سؤالات با هدف بررسی حضور یا عدم حضور آزار در روابط آزمون‌دهی‌ها با والدینشان تنظیم شده است. لذا دانش‌آموزان یکی از گزینه‌ها را بر این اساس انتخاب می‌کردند که تاچه حد، آزار اشاره شده در سؤال را، از سوی هر دو والدین یا یکی از آن‌ها آزرده می‌شدند. در بعد دیگر، ۸ سؤال فاقد موضوع آزاردیدگی وجود داشت که دانش‌آموزان به تبع روال پرسشنامه، یکی از گزینه‌های منطبق با نظرشان را انتخاب می‌کردند (شایان ذکر است که سؤالات فاقد محوریت آزاردیدگی در بین سؤالات مربوط به آزار گنجانده شده است). هر سؤال شامل ۵ گزینه است؛ هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب و همیشه که دانش‌آموزان با انتخاب گزینه‌های یاد شده، نمرات ۳، ۲، ۱، ۰ و ۴ را دریافت می‌کردند. پس از اجرای فرایند آماری و استفاده از شاخص آماری میانگین، نمره ۶۵ به عنوان نمره ملاک قرار گرفت. لذا دانش‌آموزان دارای نمره خام پایین‌تر از ۶۵ در گروه افراد فاقد ملاک‌های آزار هیجانی و دانش‌آموزان دارای نمره بالاتر از ۶۵ در گروه افراد دارای ملاک‌های آزاردیدگی قرار گرفتند. پایایی آزمون بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۶ بود.

آزمون هوش و کسلر تجدید نظر شده برای کودکان عموماً از اعتبار بالایی بهره‌مند است. متوسط همسانی درونی گزارش شده توسط وکسلر (۱۹۷۴) درباره همه یازده گروه سنی برابر ۰/۹۶، برای هوشبهر مقیاس کلی ۰/۹۴ و ۰/۹۰ برای مقیاس کلامی و عملی بوده است. در بحث روایی آزمون، میانه همبستگی‌هایی که ستلر (۱۹۸۸) بررسی و گزارش کرده عبارت هستند از همبستگی با تجدید نظر چهارم آزمون استنفورد بینه (۰/۷۸) k-ABC (۰/۷۰) آزمون‌های گروهی هوش (۰/۶۶) WRAT (۰/۵۹-۰/۵۲) آزمون پیشرفت تحصیلی فردی پی بادی (۰/۷۱) و

نمره‌های کلامی (۰/۳۹) است (گراث مارنات^۱، ۲۰۰۳، ترجمه شریفی و نیکخو، ۱۳۸۷). این مقیاس را شهیم، در سال ۱۳۷۳، در میان کودکان ایرانی هنجاریابی کرده است (شهیم و هارون الرشیدی، ۱۳۷۳). ضرایب پایایی بازآزمایی آزمون‌ها از ۰/۲۴ تا ۰/۹۴ و ضرایب پایایی دو نیمه‌سازی آزمون‌ها از ۰/۴۲ تا ۰/۹۸ گزارش شده است. ضرایب همبستگی خرده آزمون‌های کلامی، عملی و کل این مقیاس با مقیاس تجدید نظر شده برای کودکان پیش دبستانی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۸۵ است (ابوالقاسمی و آذر، ۱۳۸۵). شهیم (۱۳۸۶) این مقیاس را در سال ۱۳۸۵، به منظور سنجش هوش کودکان ۶ الی ۱۳ ساله و برای استفاده در شهر شیراز ترجمه، منطبق و با استفاده از نمونه ۱۴۰۰ نفری هنجاریابی کرد. پایایی دوباره‌سنجی آزمون ۰/۴۴ تا ۰/۹۴ (میان ۰/۷۳)، پایایی تنصیفی آن ۰/۴۲ تا ۰/۹۸ (میان ۰/۶۹) گزارش شده است. روایی همزمان آن با استفاده از همبستگی نمرات با نمرات بخش عملی و کسلر پیش دبستانی (ویسی) ۰/۷۴ بود. ضرایب همبستگی هوشبهرهای کلامی، عملی و کل به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۶ و ۰/۸۰ است. ضرایب همبستگی هوشبهرهای کلامی، عملی و کل معدل تحصیلی به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۴۰ و ۰/۵۳ است که در ($P < 0/001$) معنادار بوده و نشان‌دهنده همبستگی هوشبهر کلامی و کل با معدل تحصیلی است (نظری، سیاحی و افروز، ۱۳۹۲).

آزمون طراحی دیداری- حرکتی بندر به عنوان ابزاری برای بررسی آسیب مغزی احتمالی از طریق سنجش توانایی‌های دیداری- ساختاری است. تقریباً همه مؤلفان توافق دارند که آزمون بندر را قانوناً می‌توان به عنوان ابزاری برای غربال کردن آسیب‌های عصب‌شناختی به کار برد. اعتبار بازآزمایی بر اساس نظام پاسکال و ساتل ۰/۷۰، اعتبار بازآزمایی با نظام کوپیتز بر حسب سن با میان ۰/۷۷ و اعتبار بازآزمایی هات ۰/۸۷ بوده است. آزمون بندر برای پیش‌بینی نبودن یا بودن آسیب روانی بر اساس خوشه‌هایی از شاخص‌ها و نه بر مبنای نشانه‌های منحصر به فرد، به عنوان ابزاری روا شناخته شده است (گراث مارنات^۲، ۱۳۸۷، ترجمه شریفی و نیکخو). در ایران چندین تحقیق، آزمون بندر گشتالت را با سیستم نمره‌گذاری کوپیتز، واجد روایی و اعتبار مقبول گزارش کرده‌اند. از جمله پورشریفی، صبحی قراملکی، علیزاده و رخشان (۱۳۷۵) در مدارس ابتدایی شهر تبریز روی نمونه ۱۰۰۸ نفری آزمون بندرگشتالت را با

-
1. Groth-Marnat
 2. Groth-Marnat

سیستم نمره‌گذاری رشدی کوپیتز اجرا کردند. برای به‌دست آوردن روایی از چند ملاک استفاده کردند که همبستگی‌ها از ۰/۶۰ تا ۰/۹۰ گزارش شده و مؤید روایی بالا بودند. به علاوه به منظور به‌دست آوردن اعتبار آزمون، به میزان ۶-۴ هفته از تاریخ اولین آزمون، بازآزمایی روی ۱۰۰ نفر از آزمودنی‌ها به طور تصادفی انجام شد و ضریب اعتبار ۰/۸۹ به‌دست آمد (مهری‌نژاد، صبحی قراملکی و رجبی مقدم، ۱۳۹۱).

آزمون رو برداشت و باز پدیدآوری یک شکلی تجمعی آندره ری از مشهورترین آزمون‌ها در سطح سازماندهی ادراکی و تجسمی است. همبستگی این آزمون و سنجش‌های دیگر در نمونه‌هایی متشکل از آزمودنی‌های بهنجار و آسیب دیده مغزی، اعتبار تشخیصی این آزمون را به عنوان ابزار سنجش توانایی سازماندهی (آزمون کپی) و حافظه دیداری-فضایی (آزمون به‌یادآوری بلافاصله با تأخیر و بازشناسی) به اثبات رسانده‌اند. نتایج تحلیل عاملی مبین این نکته است که این آزمون ۵ قلمرو کنش‌وری روان عصب‌شناختی؛ حافظه به‌یادآوری دیداری فضایی، حافظه بازشناسی دیداری-فضایی، سوگیری در پاسخ، سرعت پردازش و توانایی ساخت‌دهی دیداری-فضایی را پوشش می‌دهند. این آزمون می‌تواند مبتلایان به آسیب‌دیدگی مغزی، اختلالات روانی و آزمودنی‌های بهنجار را از یکدیگر متمایز کند (دادستان، ۱۳۸۸). بنابر گزارش پناهی (۱۳۸۳)، روایی ملاکی این آزمون ۰/۵۰ و ضریب اعتبار بازآزمایی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. ناظری (۱۳۸۳)، نیز روایی ملاکی را ۰/۵۹ و ضریب اعتبار بازآزمایی را ۰/۶۰ گزارش کرده است (نظری بدیع، عسکری، امینی و عابدی، ۱۳۹۰).

پس از دریافت مجوز از آموزش و پرورش اسلام‌شهر (از شهرهای استان تهران)، به ۳ مدرسه مراجعه شد. در گام نخست، پرسشنامه آزار هیجانی برای شناسایی افراد واجد و فاقد ملاک‌های آزاردیدگی هیجانی، به طور انفرادی اجرا شد. سپس ۳۰ نفر از دانش‌آموزان با نمره پایین‌تر از ۶۵ در گروه عادی و دانش‌آموزان با نمره بالاتر از ۶۵ در گروه آزار دیده جای گرفتند. شایان ذکر است در فرآیند مصاحبه انفرادی، آزمودنی‌های با پیشینه آزار جنسی یا جسمی حذف شد و فقط افراد با آزاردیدگی هیجانی در گروه آزار دیده قرار گرفتند.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد) و از

آمار استنباطی (آزمون t مستقل) برای مقایسه دو گروه دانش آموزان دختر عادی و آزاردیدگان هیجانی استفاده شد.

فرضیه اول: عملکرد دختران آزار دیده هیجانی در آزمون بندر گشتالت با دختران عادی تفاوت دارد.

جدول ۱: مقایسه نمرات اصلی دانش آموزان دختر آزار دیده هیجانی و عادی در آزمون بندر گشتالت

نمره اصلی گروه بندر	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین	درجه آزادی	مقدار تی	ارزش p
عادی	۳۰	۴۲/۸۰	۱۵/۱۲۳	۲/۷۶۱	۵۵	-۶/۵۱۶	p < ۰/۱۴۷
آزار دیده هیجانی	۳۰	۷۱/۶۰	۱۸/۹۰۶	۳/۴۵۲			

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱، چون قدر مطلق تی محاسبه شده (-۶/۵۱۶) در درجه آزادی ۵۵ از مقدار تی جدول (۲/۰۰۰۱) در سطح معناداری (α=۰/۰۵) و بازه دو دامنه بزرگ‌تر است با اطمینان ۹۵٪ بین میانگین نمرات دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

فرضیه دوم: عملکرد دختران آزار دیده هیجانی در خرده آزمون‌های وکسلر با دختران عادی تفاوت دارد.

جدول ۲: مقایسه نمرات خرده آزمون‌های دانش آموزان دختر آزار دیده هیجانی و عادی در خرده آزمون‌های وکسلر کودکان

نوع آزمون	شاخص‌های آماری	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین	مقدار تی	درجه آزادی	ارزش p
خرده آزمون‌ها	شبهت‌ها	عادی	۳۰	۸/۰۰	۱/۹۶۵	۰/۳۵۹	۴/۲۱۴	۵۶	p < ۰/۲۴۸
		آزار دیده	۳۰	۶/۰۰	۱/۷۰۲	۰/۳۱۱			
وکسلر کودکان	طراحی مکعب‌ها	عادی	۳۰	۹	۲/۷۰۴	۰/۴۹۴	۱/۱۱۳	۵۴	p < ۰/۲۰۳
		آزار دیده	۳۰	۸/۱۰	۳/۵۰۷	۰/۶۴۰			
گنجینه لغات		عادی	۳۰	۱۱/۷۷	۲/۱۹۲	۰/۴۰۰	۳/۶۷۱	۴۶	p < ۰/۰۰۶
		آزار دیده	۳۰	۸/۸۳	۳/۷۸۸	۰/۶۹۲			
الحاق قطعات		عادی	۳۰	۸/۳۷	۲/۴۵۶	۰/۴۴۸	۱/۸۸۰	۵۷	p < ۰/۸۳۶
		آزار دیده	۳۰	۸/۱۳	۲/۶۲۳	۰/۴۷۹			
فراختای ارقام		عادی	۳۰	۸/۲۷	۳/۲۷۳	۰/۴۱۵	۱/۳۲۰	۵۷	p < ۰/۴۶۶
		آزار دیده	۳۰	۷/۴۷	۲/۴۱۷	۰/۴۴۱			

براساس نتایج مندرج در جدول ۲، چون تی محاسبه شده خرده آزمون‌های شباهت‌ها (۴/۲۱۴) و گنجینه لغات (۳/۶۷۱) در درجات آزادی ۵۶ و ۴۶ از مقدار تی جدول (۲/۰۰۰۱) در سطح معناداری ($\alpha=0/05$) بزرگ‌تر است، با اطمینان ۹۵٪ بین میانگین نمرات دو گروه، در این دو خرده آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. براساس نتایج مندرج در همین جدول، چون تی محاسبه شده در سایر شاخص‌ها از مقدار تی جدول کوچک‌تر است، لذا با اطمینان ۹۵٪ بین دو گروه، تفاوت معناداری وجود ندارد.

فرضیه سوم: عملکرد دختران آزار دیده هیجانی در آزمون آندره ری با دختران عادی تفاوت

دارد.

جدول ۳: مقایسه نمرات رو برداشت دانش‌آموزان دختر آزار دیده هیجانی و عادی در شاخص‌های آزمون ری

نوع آزمون	شاخص‌های آماری	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین	مقدار تی آزادی	درجه آزادی	ارزش P
نمره رو برداشت	عادی	عادی	۳۰	۳۲/۱۷	۲/۶۶۶	۰/۴۸۷	۳۳۴۹	۵۲	۰/۰۷۲
		آزار دیده	۳۰	۲۹/۳۳	۳/۷۹۰	۰/۶۹۲			
مدت زمان رو برداشت	عادی	عادی	۳۰	۴/۷۶۵۰	۲/۰۰۲۹۴	۰/۳۶۵۶۸	۰/۹۸۷	۵۶	۰/۹۹۰
		آزار دیده	۳۰	۴/۲۱۳۳	۲/۳۵۴۲۳	۰/۴۲۹۸۲			
نوع ریخت رو برداشت	عادی	عادی	۳۰	۲/۸۰	۱/۳۲۴	۲۴۲	۰/۴۹۷	۵۷	۰/۳۹۲
		آزار دیده	۳۰	۲/۹۷	۱/۲۷۳	۲۳۲			
نمرات ترسیم	عادی	عادی	۳۰	۲۱/۴۱۷	۵/۰۵۸۴	۰/۹۲۳۵	۲/۴۹۸	۵۵	۰/۲۴۳
		آزار دیده	۳۰	۱۷/۷۰۰	۶/۳۸۹۱	۱/۱۶۶۵			
نوع ریخت ترسیم	عادی	عادی	۳۰	۲/۷۷	۱/۳۰۵	۰/۲۳۸	۰/۱۹۵	۵۷	۰/۹۱۸
		آزار دیده	۳۰	۲/۸۳	۱/۳۴۱	۰/۲۴۵			

براساس نتایج مندرج در جدول ۳، چون قدر مطلق تی محاسبه شده شاخص‌های رو برداشت (۳/۳۴۹) و نمرات ترسیم حفظی (۲/۴۹۸) در درجات آزادی ۵۲ و ۵۵ از مقدار تی جدول (۲/۰۰۰۱) در سطح معناداری ($\alpha=0/05$) بزرگ‌تر است، با اطمینان ۹۵٪ بین میانگین نمرات دو گروه، در این دو خرده آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. براساس نتایج مندرج در همین جدول، چون تی محاسبه شده در سایر شاخص‌ها از مقدار تی جدول کوچک‌تر است، لذا با اطمینان ۹۵٪ بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر سه فرضیه بررسی شد؛ عملکرد دختران آزاردیده هیجانی در آزمون بندرگشتالت با دختران عادی تفاوت دارد؛ عملکرد دختران آزاردیده هیجانی در خرده آزمون‌های وکسلر با دختران عادی تفاوت دارد؛ عملکرد دختران آزاردیده هیجانی در آزمون ری با دختران عادی تفاوت دارد. دانش‌آموزان آزاردیده هیجانی، تعداد خطاهای بیشتری را به هنگام رویداشت و ترسیم حفظی تصاویر نه‌گانه آزمون بندرگشتالت مرتکب شده‌اند. با توجه به نتایج به‌دست آمده، میزان اختلال مغزی در دانش‌آموزان آزاردیده هیجانی، به طور معناداری بالاتر از دانش‌آموزان عادی است. طبق نتایج مندرج در جدول ۲، نمرات دانش‌آموزان آزاردیده در خرده آزمون‌های شباهت‌ها و گنجینه لغات به طور معناداری پایین‌تر از دانش‌آموزان عادی است. نمرات دو گروه طبق نتایج مندرج در جدول ۲، به ترتیب در خرده آزمون‌های طراحی مکعب‌ها، الحاق قطعات و فراخوانی ارقام تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهند. طبق نتایج مندرج در جدول ۳، نمرات دانش‌آموزان آزاردیده در مرحله رویداشت و ترسیم حفظی به طور معناداری پایین‌تر از دانش‌آموزان عادی است. عملکرد دانش‌آموزان آزاردیده هیجانی و عادی در نوع ریخت ترسیم‌ها در هر دو مرحله تفاوت معناداری با هم ندارند. مدت زمان رویداشت هر دو گروه نیز تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد. در تبیین این یافته‌ها باید خاطر نشان کرد که فشار روانی سمی اصطلاحی است که محققان از آن برای توصیف فعالیت بلند مدت، مکرر و نیرومند سیستم پاسخ به فشار روانی استفاده می‌کنند. در موقعیت‌های افراطی همچون آزار مزمن و شدید، فشار روانی سمی به کوچک‌تر شدن مغز منجر می‌شود (هاگله، ۲۰۰۹). فشار روانی زود هنگام زندگی موجب تغییرات دائمی در مدارهای عصبی می‌شود (هیم و همکاران، ۲۰۱۰). فشار روانی با افزایش فعالیت محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال همراه است که فعالیت مزمن این محور سبب نابسندگی کارکردی غده فوق کلیه می‌شود (گرسی-اولی ویرا^۱ و همکاران، ۲۰۰۸). افزایش عملکرد محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال بر اثر فشار روانی زود هنگام به واسطه بازخورد منفی کم‌تر در سطح هیپوکامپ، سبب افزایش میزان عامل رهاکننده کورتیکوتروپین^۲ می‌شود. مقدار عامل رهاکننده کورتیکوتروپین با فشار روانی ابتدای زندگی، همبستگی مثبت دارد. در آزمودنی‌های با و بدون افسردگی، عملکرد غیر طبیعی محور

-
1. Grassi-Oliveira
 2. corticotropic hormone

هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال با سابقه وجود آزار دوران کودکی مرتبط بوده است که با افزایش هورمون آ. سی. تی. اچ^۱ در پاسخ به برون‌ریزی عامل رها کننده کورتیکوتروپین همبستگی دارد. گیرنده‌های این عامل در مغز، با پردازش هیجانی و شناختی در مناطقی همچون آمیگدال و قشر تازه مخ همراه است (لی^۲ و همکاران ۲۰۰۵). کودکان آزار دیده در مقایسه با کودکان عادی، نیمکره چپ کوچک‌تری دارند که به پردازش ناقص و کم‌تر هیجانات مثبت در این کودکان منجر می‌شود. کودکان آزار دیده فعالیت بیش‌تری را در نیمکره راستشان نشان می‌دهند که پردازش بیش‌تر هیجانات منفی را اثبات می‌کند (گرسیفا^۳، ۲۰۱۲). کودکان آزار دیده هیجانی یا جنسی، نابهنجاری‌های مشخصی را در نیمکره چپشان نشان می‌دهند. نتایج حاصل از تصویربرداری مغز این کودکان، مشخص کرده‌اند که نابهنجاری‌های سمت چپ، دو برابر نابهنجاری‌های معمول سمت راست است. حال آنکه همه نابهنجاری‌ها، در سمت چپ کودکان آزار دیده هیجانی مشاهده شد. آزمون‌های عصب روان‌شناختی نشان داده‌اند که در میان افراد با پیشینه آزار روان‌شناختی، نقایص عصب زیستی نیمکره چپ (همچون نقایص عملکرد زبانی) ۶ برابر نقایص نیمکره راست (همچون نقایص دیداری - فضایی) است. در میان افراد بدون سابقه آزار دیدگی، نقایص عصب زیستی در هر دو نیمکره مساوی است (تیچر^۴، ۲۰۰۶). نتایج عملکرد در خرده آزمون‌های گنجینه لغات، شباهت‌ها و فراخنای ارقام به نیمکره چپ مربوط است. نمرات پایین‌تر گروه آزار دیده در خرده آزمون گنجینه لغات، در مقایسه با گروه عادی، نشان دهنده اختلال مغزی در نیمکره چپ دانش‌آموزان آزار دیده است. عملکرد دو گروه در خرده آزمون فراخنای ارقام، تفاوت معنادار را نشان نمی‌دهد (اگرچه نمرات گروه عادی بالاتر از گروه آزار دیده هیجانی است). نتایج عملکرد در خرده آزمون‌های طراحی مکعب‌ها و الحاق قطعات به نیمکره راست مربوط است که تفاوت معناداری بین عملکرد دو گروه، در این دو خرده آزمون مشاهده نمی‌شود (با وجود اینکه، نمرات گروه عادی بالاتر از گروه آزار دیده هیجانی است). طبق نتایج پژوهش‌ها، فشار هیجانی زود هنگام با خطر ابتلای مادام‌العمر به افسردگی همبستگی دارد و وقایع فشارآور زندگی سبب افزایش حوادث افسرده‌زا می‌شود. ماده سفید کوچک‌تر هیپوکامپ و حجم کم‌تر ماده خاکستری ناحیه پیش پیشانی مغز،

-
1. corticotropin releasing hormone
 2. Lee
 3. Graceffa
 4. Teicher

در بیماران با افسردگی عمده در مقایسه با گروه سالم مشاهده شده است. به طور خاص، ماده سفید رنگ هیپوکامپ چپ در بیماران با پیشینه غفلت هیجانی در دوران کودکی نسبت به گروه بدون پیشینه غفلت هیجانی در دوران کودکی کوچک‌تر است (فرودل^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). کودکان با سابقه آزار و علائم فشار روانی پس از ضایعه مشابه با بزرگسالان با فشار روانی پس از ضایعه، عملکرد ضعیف‌تر در حوزه حافظه دیداری را نشان می‌دهند (دبلیس و همکاران، ۲۰۰۹). توانمندی آزمون ری به عنوان ابزار سنجش توانایی سازماندهی دیداری-فضایی (آزمون کپی) و حافظه دیداری-فضایی (آزمون یادآوری بلافاصله و تأخیر و بازشناسی)، به اثبات رسیده است (دادستان، ۱۳۷۹). براساس داده‌های به‌دست آمده در این پژوهش، عملکرد دانش‌آموزان آزاردیده در مقایسه با دانش‌آموزان عادی در هر دو مرحله رو برداشت و ترسیم حفظی آزمون آندره ری، پایین‌تر و نشان‌دهنده ضعف حافظه در آن‌ها است. با توجه به نتایج به‌دست آمده، نمرات گروه آزاردیده در مرحله رو برداشت به طور معناداری پایین‌تر از گروه عادی است. این امر نشان‌دهنده آن است که توانایی‌های سازماندهی دیداری گروه آزاردیده نسبت به گروه عادی پایین‌تر است. با توجه به نمرات پایین‌تر گروه آزاردیده در مرحله ترسیم حفظی، حافظه دیداری-فضایی این گروه پایین‌تر از گروه عادی است. اگرچه تفاوت معناداری بین دو گروه از لحاظ نوع ریخت وجود ندارد؛ با این حال، مقایسه نوع ریخت دو گروه براساس سن آزمودنی‌ها، نکات بسیار مهمی را درباره وضعیت تحولی دانش‌آموزان ارائه می‌دهد. آزمودنی‌های این پژوهش در بازه سنی ۱۵-۱۲ سال قرار دارند و نوع ریخت مسلط در این سنین نوع ریخت ۱ و ۲ است. یعنی آزمودنی ترسیم خود را از مستطیل مرکزی به عنوان اسکلت اصلی شروع می‌کند و تمامی عناصر دیگر شکل را در ارتباط با آن می‌کشد. در ریخت نوع ۲ که ریخت فرعی نوع ۱ محسوب می‌شود، آزمودنی کار را با یک جزء متصل به مستطیل بزرگ شروع می‌کند. در واقع مستطیل بزرگ را به گونه‌ای ترسیم می‌کند که یکی از اجزاء را در برداشته باشد (مثل مربع بیرونی). ریخت ۱ و ۲ ریخت اصلی از ۱۱-۱۲ سالگی تا بزرگسالی است که ریخت نوع ۴، ریخت فرعی این سن محسوب می‌شود. نتایج پژوهش مشخص کرد که ریخت مسلط در آزمودنی‌ها، نوع ۴ است و این امر به این نکته باز می‌گردد که با دو گروهی مواجه بودیم که نمرات گروه عادی از لحاظ میزان آزار دیدگی هیجانی صفر نیست و حتی بسیار نزدیک به نمرات گروه آزاردیده ما است. لذا تفاوت

معناداری بین عملکرد دو گروه از لحاظ ریخت، چه در مرحله روبرداشت و چه ترسیم حفظی، وجود ندارد. از آنجایی که فرآیند کپی نشان دهنده درجه فعالیت و سطح عملیاتی فرد است با استفاده از تحلیل آن، می‌توان سطوح تحول‌یافتگی آزمودنی‌ها را مشخص کرد. از سن ۱۲ سالگی به بعد، وجود ریخت‌های ۵، ۴ و ۷ به عنوان علامت احتمالی عقب‌ماندگی در نظر گرفته می‌شود. آزمودنی‌ها با وجود داشتن هوش بهنجار نسبت به وضعیت بهنجاری که از این سن انتظار می‌رود، عقب‌ماندگی تحولی عقلی را نشان دادند. الگوی کشیدن کودکانه مرحله کپی به صورت خانه در گروه آزر دیده، بیش‌تر مشاهده شد. نکته حائز اهمیت دیگر، توجه به روش نمره‌گذاری آزمون ری است. در این شیوه، سر جای خود بودن عناصر اهمیت دارد که این امر، امکان مقایسه کمی دو گروه بر اساس میزان شباهت ترسیم‌هایشان به کارت اصلی را فراهم می‌کند، اما به دلیل عدم توجه به بزرگی یا کوچکی، امکان مقایسه کیفی را نمی‌دهد. در تعمیم یافته‌های پژوهش محدودیت‌هایی وجود دارد که عبارت هستند از محدود بودن گروه مقایسه به دانش‌آموزانی با نمره پایین‌تر از ۶۵ که الزاماً به معنای نبود آزر دیدگی هیجانی نیست و نیز جنسیت و مقطع تحصیلی آزمودنی‌ها که دختران مقطع راهنمایی را در برمی‌گرفت. ضمن اینکه نمره‌گذاری داده‌ها بر اساس شیوه لوییز مارلی انجام شد. بر اساس یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که به منظور پیشگیری از آزر دیدگی هیجانی، کارگاه‌های آموزش والدین برای آگاه‌سازی آن‌ها از نشانه‌های آزر دیدگی هیجانی در کودکان برگزار شود. علاوه بر آن برای درمان به موقع، کارگاه‌های آموزشی برای شناسایی نشانه‌های آزر دیدگی هیجانی، ویژه روان‌شناسان، به‌ویژه روان‌شناسان کودک برگزار شود. پژوهش‌های بعدی به منظور اقدامات پیشگیرانه و درمانی به موقع، در رده‌های سنی پایین‌تر انجام شود. سایر پژوهشگران آزر دیدگی هیجانی را در پسران بررسی کردند. احتمال اختلال مغزی در هر دو نیمکره راست و چپ در افراد با آزر دیدگی هیجانی بررسی شود. برای به‌دست آوردن نتایج دقیق‌تر، از گروه آزمودنی‌های عادی بدون هیچ‌گونه ملاک آزر دیدگی هیجانی (نمره صفر) استفاده شود. برای روشن‌تر شدن میزان شیوع آزر هیجانی، تحقیقات وسیع‌تری انجام شود.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس و کیامرثی، آذر (۱۳۸۵). مطالعه تطبیقی گنجینه واژگان، ادراک، حافظه و میزان یادآوری در کودکان مبتلا به اسکیزوفرنی، آسیب مغزی و اختلال سلوک، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*، دوره ۶، شماره ۲، صص ۱۱۵-۱۲۱.
- پورشریفی، حمید، صبحی قراملکی، ناصر، علیزاده، رسول و فریدون رخشان (۱۳۷۵). هنجاریابی آزمون او بینایی حرکتی بندر گشتالت در مدارس ابتدایی شهر تبریز. *مجله پژوهش‌های روانشناختی*، ۳، ۲، ۱۷-۳۵.
- دادستان، پریخ (۱۳۸۸). اختلال‌های زبان؛ روش‌های تشخیص و باز پروری در روان‌شناسی مرضی و تحولی ۳، تهران: سمت.
- دلاور، علی (۱۳۸۷). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، چاپ بیست و چهارم، تهران: ویرایش.
- شهیم، سیما و هارون رشیدی، همایون (۱۳۸۶). مقایسه عملکرد کودکان دارای اختلالات یادگیری کلامی و غیر کلامی در مقیاس تجدید نظر شده هوشی و کسلر، آزمون دیداری حرکتی بندرگشتالت و مقیاس ریاضیات ایران کی مت، *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، دانشگاه آزاد خوراسگان (اصفهان)، شماره ۳۲، صص ۶۱-۹۰.
- گراث-مارنات، گری، (۱۳۸۷). راهنمای سنجش روانی. ترجمه حسن پاشا شریفی، محمدرضا. نیکخو، چاپ سوم، تهران: رشد.
- علی، محسن و احمد عابدی، (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین سابقه انواع بدرفتاری والدین در دوران کودکی با افسردگی دوران بزرگسالی در بیماران سرپایی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان، *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، دوره ۴، شماره ۴، صص ۸۱-۹۴.
- مهری‌نژاد، سید ابوالقاسم، صبحی قراملکی، ناصر و رجبی مقدم، سارا (۱۳۹۱). بررسی توان پیش آزمون بندر گشتالت برای آمادگی ابتلا به ناتوانی‌های خواندن و دیکته در کودکان پیش دبستانی، *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، دوره ۱، شماره ۳، صص ۱۱۸-۱۳۰.
- نظری بدیع، مرضیه، عسگری، کریم، امینی، مسعود و عابدی، احمد (۱۳۹۰). بررسی عملکردهای شناختی بیماران دیابتی نوع دو در مقایسه با بیماران پیش دیابتی، *فصلنامه*

تازه‌های علوم شناختی، دوره ۱۳، شماره ۳، صص ۳۰-۳۳.

نظری، سمیه، سیاحی، حیدر و افروز، غلامعلی (۱۳۹۲). مقایسه ادراک دیداری - حرکتی دارای اختلال یادگیری و عادی در آزمون بندرگشتالت، *مجله ناتوانی‌های یادگیری*، دوره ۲، شماره ۳، صص ۱۱۶-۱۳۵.

- De Bellis, Michael. D., Keshavan, Matcheri S., Clark, Duncan. B., Gasey, B. J., Giedd, J. N., Boring, Amy. M., Frustaci, Kari & Ryan, Neal. D. (1999). Developmental traumatology part II: Brain development, *Biological Psychiatry*, 45, 1277-1284, www. Science Direct. Com.
- De Bellis, Michael. D., Broussard, Elise. R., Herring, David. J., Wexler, Sandra, Moritz, Grace & Benitez, Hohn. G. (2001). Psychiatric co-morbidity in caregivers and Children involved in maltreatment: a pilot research study with policy implications, *Child Abuse and Neglect*, 25, 923-944, www. Scienc Direct. Com.
- Frodl, Thomas. Reinhold, Elena, Koutsouleris, Nikolas, Reiser, Maximilian, Meisenzahl, M, Eva, (2010). Interaction of childhood stress with hippocampus and prefrontal cortex volume reduction in major depression, *Journal of Psychiatric Research*, Vol, 44, Issue. 13, www. Science Direct. Com.
- Graceffa, Maria, (2012). Effects of child maltreatment on the development of the brain, *www. Google. Com.*
- Grassi-Oliveira, Rodrigo. Ashy, Majed. & Stein, Liloan, Milinitsky. (2008). Psychobiology of childhood maltreatment: effects of allostatic load? *www. Google. Com.*
- Greenfield, Emily. A, (2010). Child abuse as a life-course social determinant of adult health. *Journal homepage: www. elsevier. com /locate /Maturities*, 66, 51-55 & available in *www. Science Direct. Com.*
- Hagele, Dana. M, (2005). The impact of maltreatment on the developing child, *NC Med Journal*, Vol, 66, No 5, www. Google. Com.
- Heim, Christine, Wanger, Dieter, Maloney, Elizabeth, Papanicolaou, Dimitris. A, Solomon, Laura, Jones, James. F, Uger, Elizabeth. R & Reeves, William. C. (2006). *Archives of General Psychiatry*, Vol. 63, No, 1, 1258-1266, www. Science Direct. Com.
- Majer, Matthias. Nater, Urs. M., Lin, Jin-Mann. S., Capuron, Lucile. & Reeves, William. C, (2010). Association of childhood trauma with cognitive function in healthy adults: a pilot study *M C Neurology*, www. ncbi. nlm. nih. gov/Bio Med Central online. Org.
- Mash, Eric. J & Wolf, David A, (2010). *Abnormal Child Psychology. Handbook of Psychopathology. 4th Edition. Belmont CA : Wadsworth CENGAGE Learning*, No, 6291, 475-528.
- Lee, Royee., Geraciotti, Thomas. D., Kasckow, John. W., & Coccaro, Emil. F. (2005). Childhood trauma and personality disorder: positive correlation with adult CFS corticotrophin-releasing factor concentrations, *The American Journal of Psychiatry*, 162, 995, 997, www. Pschiaytry online. Org.

- Perry, Bruce. D,(1996). Neurodevelopment adaptations to violence :How children survive the intergenerational vortex of violence , *The Child trauma Academy* , www. Child trauma. org /ctamaterials /vortex violence. Asp.
- Schneider, Mary wood ,Ross ,Anita ,Graham. J, Christipher & Zielisk i, Angiela. (2005). Do allegation of emotional maltreatment predict developmental outcomes beyond that of other forms of maltreatment? *Child Abuse& Neglect* ,29,513-532,www. Science Direct. Com.
- Schore , Allan. N,(2001). The effects of early relational trauma on right brain development affect regulation, and infant mental health, *Infant Mental Health journal* ,22,201,269,www. trauma-pages. Com .
- Tausing ,Heather. N &Culhane, Sara. E , (2010). Emotional maltreatment and psychological functioning in preadolescent youth placed in out-of-home Care . *Journal Agress Maltreat Trauma* , 19(1),57-74,www. ncbi. nlm. nih. gov/ Pub med central .
- Teicher,Martin. H,Samson,Jacqueline,A. R. N. C. S,Anne,Polari&McGreenery Cynthia. E, (2006). Stricks, stones and harmful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment , *American Journal Psychiatry*,163,993-1000,www. ajp. psychiatry online. Org.
- Van Harmelen,Anne-Laura,Jong,Peter. J, Glashouwer,Klaska. A, Spinhoven, Philip,Penninx, Brenda. W. J. H&Elizinga. Brenet. M.(2010). Child abuse and negative explicit and automatic self-associations :The cognitive scars of emotional maltreatment , *Behavior Research and Therapy*,48,486-494 ,Journal homepage :www. elsevier. Com/locate/brat Yates,M. Tuppet&Wekerle,Christine.(2009). The long-term consequences of Childhood emotional maltreatment on development:(Mal)adaptation in Adolescence and young adulthood, *Child Ause&Neglect*,33,19-21 ,www. Science Direct. com.
- Yates,Tuppet. M,(2007). The developmental consequences of child emotional Abuse: a neurodevelopmental perspective ,www. jea. haworth press. Com.

