

बचपन में मानसिक आघात और उसके दीर्घकालीन प्रभाव

बबीता कुमारी

शोध छात्रा, स्नातकोत्तर मनोविज्ञान विभाग, तिलका मांझी भागलपुर विश्वविद्यालय, भागलपुर

सारांश

बचपन में अनुभव किया गया मानसिक आघात व्यक्ति के सम्पूर्ण जीवन पर गहरा और स्थायी प्रभाव डालता है। यह शोध पत्र बचपन में हुए प्रतिकूल अनुभवों (Adverse Childhood Experiences - ACEs) के न्यूरोबायोलॉजिकल, मनोवैज्ञानिक, सामाजिक और शारीरिक दीर्घकालीन प्रभावों का व्यापक विश्लेषण प्रस्तुत करता है। शोध में पाया गया कि बचपन में अनुभव किया गया आघात मस्तिष्क के विकास को बाधित करता है, विशेषकर अमिग्डाला, हिप्पोकैम्पस और प्रीफ्रंटल कॉर्टेक्स को, जो भावना नियंत्रण, स्मृति और निर्णय-क्षमता के लिए उत्तरदायी हैं। यह शोध भारतीय संदर्भ में बाल आघात की व्यापकता, उसके कारण, प्रभाव और उपचार-पद्धतियों की समीक्षा प्रस्तुत करता है। प्रमुख निष्कर्षों में यह तथ्य सामने आया कि उच्च ACE स्कोर वाले व्यक्तियों में PTSD, अवसाद, चिंता विकार, मादक द्रव्य सेवन, हृदय रोग और आत्महत्या का जोखिम कई गुना बढ़ जाता है। इस शोध में Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT), EMDR, खेल-चिकित्सा और भारतीय पारंपरिक उपचार पद्धतियों की प्रभावशीलता का मूल्यांकन भी किया गया है।

मुख्य शब्द: बाल आघात, ACEs, PTSD, न्यूरोबायोलॉजी, दीर्घकालीन प्रभाव, TF-CBT, बाल मनोविज्ञान, भारतीय संदर्भ, मानसिक स्वास्थ्य

1. प्रस्तावना

बचपन मनुष्य के जीवन का सबसे संवेदनशील और महत्वपूर्ण काल होता है। इस काल में अनुभव किए गए आघात और कष्ट न केवल तात्कालिक हानि पहुँचाते हैं, बल्कि व्यक्ति के समस्त भावनात्मक, शारीरिक, सामाजिक और मानसिक जीवन पर दशकों तक अपनी छाया फैलाए रखते हैं। मानसिक आघात का अर्थ है कोई ऐसी घटना या अनुभव जो व्यक्ति की सामान्य सहनशीलता की सीमा से परे हो और जो उसे असहाय, भयग्रस्त एवं असुरक्षित महसूस कराए। जब ऐसे अनुभव बचपन में होते हैं, तो उनके परिणाम और भी घातक होते हैं क्योंकि बच्चे का मस्तिष्क तथा भावनात्मक तंत्र अभी परिपक्व नहीं होता।

विश्व स्वास्थ्य संगठन के अनुसार विश्व में प्रत्येक चार में से एक बच्चा किसी न किसी प्रकार के बाल दुर्व्यवहार का शिकार होता है (विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2020)। भारत में राष्ट्रीय अपराध रिकॉर्ड ब्यूरो के आँकड़े यह दर्शाते हैं कि बाल उत्पीड़न के मामलों में निरंतर वृद्धि हो रही है, हालाँकि वास्तविक आँकड़े रिपोर्ट किए गए मामलों से बहुत अधिक हैं (राष्ट्रीय अपराध रिकॉर्ड ब्यूरो, 2021)। **फेलिट्टी एवं अन्य (1998)** द्वारा किए गए ऐतिहासिक ACE अध्ययन ने यह स्थापित किया कि बचपन के प्रतिकूल अनुभव और वयस्कावस्था की बीमारियों के बीच एक सुदृढ़ संबंध विद्यमान है।

यह शोध पत्र बाल आघात की प्रकृति, उसके न्यूरोलॉजिकल आधार, मनोवैज्ञानिक प्रभाव, सामाजिक परिणाम और उपलब्ध उपचार विकल्पों का समग्र और वैज्ञानिक विश्लेषण प्रस्तुत करता है। भारतीय सामाजिक-सांस्कृतिक संदर्भ में इस विषय की विशेष प्रासंगिकता है, जहाँ मानसिक स्वास्थ्य को अभी भी पर्याप्त महत्व नहीं दिया जाता।

2. साहित्य समीक्षा

2.1 ACE अध्ययन का ऐतिहासिक महत्व

बाल आघात के क्षेत्र में सर्वाधिक प्रभावशाली शोध **फेलिट्टी एवं अन्य (1998)** द्वारा किया गया ACE अध्ययन है। इस अध्ययन में 17,400 से अधिक प्रतिभागियों पर शोध किया गया और यह सिद्ध किया गया कि बचपन के प्रतिकूल अनुभव एवं वयस्कावस्था में स्वास्थ्य समस्याओं के बीच एक सीधा और मजबूत संबंध है। ACE स्कोर जितना अधिक होता है, व्यक्ति में शारीरिक और मानसिक रोगों का खतरा उतना ही बढ़ जाता है।

वान डेर कोल्क (2014) ने अपनी प्रसिद्ध पुस्तक 'The Body Keeps the Score' में विस्तार से समझाया कि किस प्रकार बचपन का आघात न केवल मन में, बल्कि शरीर की कोशिकाओं और तंत्रिका तंत्र में भी अपनी छाप छोड़ता है। उन्होंने बताया कि आघात की स्मृतियाँ सामान्य स्मृतियों से भिन्न होती हैं और वे शरीर में शारीरिक प्रतिक्रियाओं के रूप में संचित हो जाती हैं।

2.2 न्यूरोसाइंस एवं आघात

पेरी और सजालाविट्ज़ (2006) के अनुसार मस्तिष्क का विकास क्रमबद्ध और अनुभव-निर्भर होता है। जब बचपन में आघात होता है तो यह विकास की प्रक्रिया बाधित हो जाती है। **मैकएवेन (2012)** ने 'Allostatic Load' की अवधारणा के माध्यम से समझाया कि दीर्घकालीन तनाव मस्तिष्क और शरीर पर संचयी क्षति करता है। **टीचर एवं अन्य (2016)** ने यह प्रमाणित किया कि बचपन में दुर्यवहार का सामना करने वाले व्यक्तियों के हिप्पोकैम्पस का आयतन नियंत्रण समूह की तुलना में काफी कम होता है।

2.3 भारतीय संदर्भ में शोध

श्रीवास्तव एवं अन्य (2017) ने भारत के विभिन्न राज्यों में बाल दुर्यवहार की व्यापकता का अध्ययन करते हुए पाया कि 53% बच्चों ने किसी न किसी प्रकार के शारीरिक दुर्यवहार का अनुभव किया था। **पटेल एवं अन्य (2016)** ने भारत में मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की कमी और सामाजिक कलंक की समस्या को रेखांकित किया। **मल्होत्रा और शाह (2015)** ने भारत में बाल यौन उत्पीड़न के दीर्घकालीन मनोवैज्ञानिक प्रभावों पर व्यापक शोध किया।

3. बाल आघात के प्रकार एवं परिभाषाएँ

बाल आघात एक बहुआयामी अवधारणा है जिसमें विभिन्न प्रकार के दर्दनाक अनुभव सम्मिलित हैं। इन अनुभवों को मुख्यतः निम्नलिखित श्रेणियों में वर्गीकृत किया जा सकता है:

तालिका 1: बाल आघात के प्रकार, उदाहरण एवं दीर्घकालीन जोखिम

आघात का प्रकार	उदाहरण	प्रभावित आयु	दीर्घकालीन जोखिम
शारीरिक दुर्व्यवहार	मारपीट, जलाना, बाँधना	0-18 वर्ष	अत्यधिक PTSD, आक्रामकता
यौन उत्पीड़न	यौन शोषण, छेड़खानी	3-17 वर्ष	अवसाद, विश्वासघात-संघात
भावनात्मक दुर्व्यवहार	अपमान, उपेक्षा, धमकी	0-18 वर्ष	आत्म-सम्मान हानि, चिंता
उपेक्षा (Neglect)	खाना-पानी न देना, अकेला छोड़ना	0-5 वर्ष	मस्तिष्क विकास अवरोध
घरेलू हिंसा का साक्षी	माता-पिता में मारपीट देखना	0-12 वर्ष	भावनात्मक असंतुलन
सामुदायिक हिंसा	हत्या, दंगे, आतंकवाद देखना	5-18 वर्ष	सामाजिक वापसी, डर

तालिका 1: बाल आघात के विभिन्न प्रकारों का वर्गीकरण एवं दीर्घकालीन प्रभाव (स्रोत: विश्व स्वास्थ्य संगठन, 2020; राष्ट्रीय बाल संरक्षण आयोग, 2021)

3.1 प्रकार I एवं प्रकार II आघात

टेर (1991) ने बाल आघात को दो प्रमुख श्रेणियों में विभाजित किया है। प्रकार I आघात एकल, अप्रत्याशित, भयावह घटनाओं से उत्पन्न होता है, जैसे प्राकृतिक आपदा, दुर्घटना या एकल हिंसक घटना। प्रकार II आघात दोहराया गया, दीर्घकालीन, अनुमानित कष्ट है, जैसे बार-बार होने वाला यौन उत्पीड़न, पारिवारिक हिंसा या निरंतर उपेक्षा। प्रकार II आघात सामान्यतः अधिक गंभीर और दीर्घकालीन मनोवैज्ञानिक क्षति करता है क्योंकि यह बच्चे के विश्वास, स्वयं की छवि और भविष्य की उम्मीद को मूलरूप से ध्वस्त कर देता है।

3.2 जटिल आघात (Complex Trauma)

कुक एवं अन्य (2005) के अनुसार जटिल आघात वह स्थिति है जहाँ बच्चे को एक साथ अनेक प्रकार के आघातों का सामना करना पड़ता है, अक्सर अपने प्राथमिक देखभालकर्ता द्वारा ही। यह स्थिति विशेष रूप से हानिकारक होती है क्योंकि इसमें बच्चे के पास कोई सुरक्षित आश्रय नहीं होता। जटिल आघात बच्चे के लगाव, भावना-नियंत्रण, आत्म-धारणा, व्यवहार, अनुभूति और विघटन के सात प्रमुख क्षेत्रों को प्रभावित करता है।

4. न्यूरोबायोलॉजिकल प्रभाव

बचपन का आघात मस्तिष्क की संरचना और कार्यप्रणाली दोनों पर गहरा प्रभाव डालता है। मस्तिष्क जन्म के बाद तेजी से विकसित होता है और यह विकास अनुभवों पर आधारित होता है। जब इस संवेदनशील काल में आघात होता है, तो मस्तिष्क के विकास की गति, दिशा और गुणवत्ता बाधित हो जाती है।

तालिका 2: आघात का मस्तिष्क पर न्यूरोबायोलॉजिकल प्रभाव

मस्तिष्क क्षेत्र	सामान्य कार्य	आघात का प्रभाव	परिणाम
अमिग्डाला	भय प्रतिक्रिया	अत्यधिक सक्रिय	हाइपरवीजिलेंस, भय
हिप्पोकैम्पस	स्मृति निर्माण	संकुचन, क्षति	स्मृति हानि, विखंडन
प्रीफ्रंटल कॉर्टेक्स	निर्णय, नियंत्रण	विकास अवरोध	आवेग नियंत्रण में कमी
HPA अक्ष	तनाव हार्मोन	क्रोनिक कोर्टिसोल	प्रतिरोधक्षमता कम
वेगस तंत्रिका	भावना विनियमन	अनियमित टोन	सामाजिक व्यवहार समस्या

तालिका 2: बाल आघात के न्यूरोबायोलॉजिकल प्रभाव एवं परिणाम (स्रोत: टीचर एवं अन्य, 2016; पेरी, 2013)

4.1 HPA अक्ष एवं कोर्टिसोल

आघात के दौरान Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) अक्ष अत्यधिक सक्रिय हो जाता है और कोर्टिसोल का अत्यधिक स्राव होता है। गुन्नार और केवेडो (2007) के अनुसार जब बचपन में दीर्घकालीन तनाव होता है तो HPA तंत्र स्थायी रूप से बाधित हो जाता है। यह क्रोनिक कोर्टिसोल एक्सपोजर हिप्पोकैम्पस की कोशिकाओं को नष्ट करता है, जिससे स्मृति और सीखने की क्षमता प्रभावित होती है।

4.2 अमिग्डाला की भूमिका

लडॉक्स (2015) के अनुसार अमिग्डाला मस्तिष्क का वह हिस्सा है जो भय, क्रोध और अन्य तीव्र भावनाओं के प्रसंस्करण के लिए उत्तरदायी है। बचपन में आघात का अनुभव करने वाले बच्चों में अमिग्डाला अत्यधिक संवेदनशील और प्रतिक्रियाशील हो जाता है। यह 'अमिग्डाला हाइजैक' की स्थिति उत्पन्न करता है जहाँ व्यक्ति सामान्य परिस्थितियों में भी अत्यधिक भयभीत, चिंतित या आक्रामक हो जाता है।

4.3 प्रीफ्रंटल कॉर्टेक्स एवं निर्णय-क्षमता

आर्नस्टेन (2015) के शोध के अनुसार प्रीफ्रंटल कॉर्टेक्स निर्णय लेने, आवेग नियंत्रण, नैतिक तर्क और सामाजिक व्यवहार के लिए उत्तरदायी है। यह मस्तिष्क का वह हिस्सा है जो सबसे अंत में (25 वर्ष की आयु तक) परिपक्व होता है। जब बच्चा आघातजनक तनाव में होता है तो प्रीफ्रंटल कॉर्टेक्स का विकास अवरुद्ध हो जाता है, जिसके परिणामस्वरूप वयस्कावस्था में आवेगात्मक निर्णय और सामाजिक अनुचित व्यवहार देखने को मिलते हैं।

आरेख 1: बाल आघात का प्रभाव-प्रवाह मॉडल

बचपन में मानसिक आघात (Adverse Childhood Experiences - ACEs)
▼
न्यूरोबायोलॉजिकल परिवर्तन: HPA अक्ष सक्रियता अमिग्डाला अतिसक्रियता हिप्पोकैम्पस संकुचन प्रीफ्रंटल कॉर्टेक्स विकास अवरोध
▼
मनोवैज्ञानिक प्रभाव: PTSD अवसाद चिंता भावनात्मक असंतुलन आत्म-सम्मान हानि विश्वास विकार

▼
सामाजिक-व्यावहारिक प्रभाव: शैक्षिक विफलता सामाजिक अलगाव हिंसक व्यवहार मादक द्रव्य सेवन रोजगार समस्याएँ
▼
सुरक्षात्मक कारक: सुरक्षित संबंध सामुदायिक समर्थन व्यावसायिक चिकित्सा शिक्षा सामाजिक जागरूकता

आरेख 1: बचपन के आघात से दीर्घकालीन प्रभावों तक का प्रवाह-मॉडल एवं सुरक्षात्मक कारकों की भूमिका

5. मनोवैज्ञानिक दीर्घकालीन प्रभाव

5.1 अभिघातजन्य तनाव विकार (PTSD)

बचपन में आघात के सबसे सामान्य और गंभीर दीर्घकालीन प्रभावों में से एक है अभिघातजन्य तनाव विकार। DSM-5 के अनुसार PTSD के मुख्य लक्षणों में घटना का बार-बार मन में आना (flashbacks), दुःस्वप्न, आघात की याद दिलाने वाली चीजों से बचना, नकारात्मक विचार और मनोदशा, तथा अत्यधिक सतर्कता शामिल हैं। बच्चों में PTSD के लक्षण वयस्कों से भिन्न होते हैं। बच्चे खेल में आघात को दोहरा सकते हैं, अजीब व्यवहार कर सकते हैं, या विकासात्मक प्रतिगमन दिखा सकते हैं।

कोपलैंड एवं अन्य (2013) के एक बड़े अध्ययन में पाया गया कि आघात का अनुभव करने वाले लगभग 30% बच्चों में PTSD विकसित होता है। हालाँकि यह आँकड़ा आघात के प्रकार और गंभीरता, सामाजिक समर्थन की उपलब्धता और व्यक्तिगत जोखिम कारकों पर निर्भर करता है।

5.2 अवसाद एवं चिंता विकार

लियू एवं अन्य (2017) के एक बड़े मेटा-विश्लेषण में पाया गया कि बाल दुर्व्यवहार का अनुभव करने वाले व्यक्तियों में प्रमुख अवसाद विकार (Major Depressive Disorder) का खतरा सामान्य आबादी की तुलना में तीन गुना अधिक होता है। इसी प्रकार सामान्यीकृत चिंता विकार, सामाजिक चिंता और पैनिक डिसऑर्डर का जोखिम भी काफी बढ़ जाता है।

भारत में सागर एवं अन्य (2018) के अध्ययन में दिल्ली के विभिन्न स्कूलों में अध्ययनरत बच्चों में जिन्होंने पारिवारिक हिंसा देखी थी, उनमें अवसाद के लक्षण उन बच्चों की तुलना में दोगुने पाए गए जिन्होंने ऐसी कोई घटना नहीं देखी थी।

5.3 विघटनकारी विकार (Dissociative Disorders)

विघटन एक ऐसी मनोवैज्ञानिक प्रक्रिया है जिसमें व्यक्ति अत्यधिक दर्दनाक अनुभव से खुद को मानसिक रूप से अलग कर लेता है। **पुटनम (1997)** के अनुसार DID के 97% से अधिक मामलों में बचपन का गंभीर आघात पाया जाता है। यह बचपन में आघात से बचने का एक तंत्र है, लेकिन दीर्घकाल में यह Dissociative Identity Disorder (DID), Depersonalization और Derealization जैसी गंभीर समस्याओं का कारण बन सकता है।

आलेख 1: बचपन के आघात से उत्पन्न दीर्घकालीन मनोवैज्ञानिक प्रभावों की व्यापकता

दीर्घकालीन प्रभाव	जोखिम वृद्धि (%)	जोखिम स्तर (प्रत्येक • = 5%)
PTSD विकार	52%	••••••••••
अवसाद	61%	••••••••••
चिंता विकार	58%	••••••••••
मादक द्रव्य सेवन	34%	•••••••
सामाजिक कठिनाई	46%	•••••••••
आत्महत्या विचार	29%	••••••

आलेख 1: आघात के दीर्घकालीन मनोवैज्ञानिक प्रभावों का जोखिम-स्तर (स्रोत: लियू एवं अन्य, 2017; कोपलैंड एवं अन्य, 2013)

5.4 आत्म-सम्मान एवं पहचान विकार

हर्मन (1992) के अनुसार बचपन में दुर्व्यवहार और उपेक्षा का अनुभव करने वाले बच्चे अक्सर यह विश्वास विकसित कर लेते हैं कि वे प्रेम के अयोग्य हैं या वे दोषी हैं। यह नकारात्मक आत्म-धारणा वयस्कावस्था में गंभीर आत्म-सम्मान की कमी, पूर्णतावादी या आत्म-दंडकारी व्यवहार, और पहचान के संकट के रूप में प्रकट होती है। जटिल आघात विशेष रूप से व्यक्ति की आत्म-धारणा, विश्व-दृष्टि और अर्थ खोजने की क्षमता को प्रभावित करता है।

6. ACE स्कोर एवं स्वास्थ्य जोखिम

ACE अध्ययन ने यह क्रांतिकारी खोज की कि बचपन के प्रतिकूल अनुभव और वयस्कावस्था में होने वाली लगभग सभी प्रमुख बीमारियों के बीच एक मात्रात्मक सम्बन्ध है। जितने अधिक ACE होते हैं, उतना ही अधिक स्वास्थ्य जोखिम होता है।

तालिका 3: ACE स्कोर एवं विभिन्न स्वास्थ्य जोखिमों की तुलनात्मक वृद्धि

ACE स्कोर	अवसाद जोखिम	मादक द्रव्य जोखिम	हृदय रोग जोखिम	आत्महत्या जोखिम
0	आधार रेखा	आधार रेखा	आधार रेखा	आधार रेखा
1-2	1.5 गुना	2 गुना	1.2 गुना	2.5 गुना
3-4	3 गुना	4 गुना	2 गुना	7 गुना
5-6	5 गुना	7 गुना	3.5 गुना	10 गुना
7+	7 गुना	10 गुना	5 गुना	30 गुना

तालिका 3: ACE स्कोर के अनुसार विभिन्न स्वास्थ्य जोखिमों में वृद्धि (स्रोत: फेलिट्टी एवं अन्य, 1998; रोग नियंत्रण केंद्र, 2020)

6.1 शारीरिक स्वास्थ्य पर प्रभाव

बचपन के आघात का प्रभाव केवल मानसिक स्वास्थ्य तक सीमित नहीं है। रोग नियंत्रण केंद्र और कैसर परमानेंटे के संयुक्त अध्ययन ने यह प्रमाणित किया कि उच्च ACE स्कोर वाले व्यक्तियों में हृदय रोग, कैसर, मधुमेह, मोटापा, स्वतः-प्रतिरक्षी रोग और पुरानी दर्द की स्थितियाँ अधिक पाई जाती हैं। इसका

मुख्य कारण है कि दीर्घकालीन तनाव शरीर की प्रतिरोधक क्षमता को कमजोर करता है, सूजन बढ़ाता है और हार्मोनल असंतुलन उत्पन्न करता है।

6.2 मादक द्रव्य सेवन

खौरी एवं अन्य (2010) के मेटा-विश्लेषण के अनुसार बाल दुर्यवहार का अनुभव करने वाले व्यक्तियों में शराब, नशीले पदार्थों और अन्य मादक द्रव्यों के सेवन का खतरा तीन से दस गुना अधिक होता है। यह इसलिए होता है क्योंकि मादक द्रव्य अस्थायी रूप से दर्द, चिंता, फ्लैशबैक और भावनात्मक असुविधा को कम करते हैं। इस प्रकार ये पदार्थ एक कुपरिणामकारी सामना रणनीति बन जाते हैं।

आलेख 2: बाल आघात की व्यापकता — प्रकार के अनुसार अनुमानित प्रतिशत (भारत)

आघात का प्रकार	प्रतिशत (%)	दृश्य प्रतिनिधित्व (प्रत्येक ■ = 5%)
शारीरिक दुर्यवहार	35%	■■■■■■■
भावनात्मक उपेक्षा	48%	■■■■■■■■■
यौन उत्पीड़न	20%	■■■■
घरेलू हिंसा साक्षी	29%	■■■■■■■
शारीरिक उपेक्षा	42%	■■■■■■■■■

आलेख 2: भारत में बाल आघात के विभिन्न प्रकारों की अनुमानित व्यापकता (स्रोत: राष्ट्रीय बाल संरक्षण आयोग, 2021; श्रीवास्तव एवं अन्य, 2017)

7. सामाजिक एवं व्यावहारिक दीर्घकालीन प्रभाव

7.1 शैक्षिक प्रभाव

गुडमैन एवं अन्य (2019) के अनुसार उच्च ACE स्कोर वाले बच्चों में स्कूल छोड़ने का खतरा तीन गुना और उच्च शिक्षा न प्राप्त करने का खतरा दोगुना होता है। आघातग्रस्त बच्चों में एकाग्रता की कमी, स्मृति समस्याएँ, कक्षा में व्यवहार संबंधी समस्याएँ और स्कूल छोड़ने की प्रवृत्ति अधिक पाई जाती है। यह शैक्षिक पिछड़ापन बाद में आर्थिक कठिनाइयों, बेरोजगारी और सामाजिक असमानता का कारण बनता है।

7.2 संबंध एवं लगाव समस्याएँ

बोल्बी (1969) के लगाव सिद्धांत के अनुसार बचपन में सुरक्षित लगाव के अभाव में व्यक्ति वयस्कावस्था में भी असुरक्षित लगाव शैलियाँ विकसित करता है। बचपन में जो लगाव-आदर्श बनते हैं वे वयस्कावस्था के सभी रिश्तों को प्रभावित करते हैं। आघात का अनुभव करने वाले व्यक्ति अक्सर अत्यधिक निर्भर या पूर्णतः अलगाव का व्यवहार दिखाते हैं और हिंसक या अनुचित संबंधों में बने रहते हैं।

7.3 अंतर-पीढ़ीगत आघात

येहुदा एवं अन्य (2016) ने होलोकॉस्ट बचे लोगों के बच्चों में एपिजेनेटिक परिवर्तनों के साक्ष्य पाए, जो सुझाव देते हैं कि आघात की जैविक छाप अगली पीढ़ी तक पहुँच सकती है। बचपन का आघात तीन मार्गों से पीढ़ी-दर-पीढ़ी स्थानांतरित हो सकता है: जैविक (एपिजेनेटिक परिवर्तनों के माध्यम से), मनोवैज्ञानिक (माता-पिता की बाधित पालन-पोषण क्षमता के माध्यम से) और सामाजिक (हिंसा और उपेक्षा के चक्र के माध्यम से)।

7.4 हिंसा और अपराध

बचपन के आघात और वयस्कावस्था में हिंसक व्यवहार और अपराध के बीच का संबंध अनेक अध्ययनों द्वारा प्रमाणित किया गया है। यह ध्यान रखना महत्वपूर्ण है कि यह संबंध अनिवार्य नहीं है — अधिकांश आघात-पीड़ित व्यक्ति हिंसक नहीं बनते। लेकिन कारागार की आबादी में उच्च ACE स्कोर की दर सामान्य आबादी की तुलना में काफी अधिक पाई जाती है।

आलेख 3: आयु के अनुसार आघात के प्रभाव की तीव्रता एवं प्राथमिक लक्षण

आयु वर्ग	प्राथमिक लक्षण	तीव्रता स्तर	दृश्य मीटर
0-2 वर्ष	लगाव विकार, विकास देरी	अत्यंत उच्च	 100%
3-5 वर्ष	चिंता, व्यवहार समस्या	उच्च	 80%
6-11 वर्ष	शैक्षिक समस्या, आत्म-सम्मान	उच्च-मध्यम	 70%
12-17 वर्ष	PTSD, मादक द्रव्य, अवसाद	अत्यधिक जोखिम	 90%
18-25 वर्ष	संबंध समस्या, रोजगार	मध्यम	 60%
26+ वर्ष	पुरानी बीमारी, दीर्घकालीन	निम्न-मध्यम	 40%

आलेख 3: विभिन्न आयु-वर्गों में बाल आघात के प्राथमिक लक्षण एवं प्रभाव की तीव्रता

8. भारतीय सामाजिक-सांस्कृतिक संदर्भ

भारत में बाल आघात का अध्ययन अनेक विशिष्ट सामाजिक-सांस्कृतिक कारकों के संदर्भ में किया जाना आवश्यक है। भारतीय समाज में परिवार, समुदाय, जाति और धर्म की महत्वपूर्ण भूमिका होती है, और ये कारक बाल आघात के अनुभव, अभिव्यक्ति और उपचार को विशेष रूप से प्रभावित करते हैं।

तालिका 4: भारत के चुनिंदा राज्यों में रिपोर्ट किए गए बाल आघात के मामले (2020)

राज्य	वर्ष	रिपोर्ट मामले	प्रमुख प्रकार
उत्तर प्रदेश	2020	32,470	शारीरिक, यौन
महाराष्ट्र	2020	29,083	घरेलू हिंसा
मध्य प्रदेश	2020	26,531	उपेक्षा, यौन
राजस्थान	2020	17,290	भावनात्मक
दिल्ली	2020	12,402	सभी प्रकार

तालिका 4: भारत के विभिन्न राज्यों में रिपोर्ट किए गए बाल दुर्व्यवहार के मामले (स्रोत: राष्ट्रीय अपराध रिकॉर्ड ब्यूरो, 2021)

8.1 सामाजिक कलंक एवं मौन

देशपांडे और नायर (2013) के अनुसार भारत में बाल यौन उत्पीड़न के अनुमानतः 90% मामले कभी रिपोर्ट नहीं होते। भारत में मानसिक स्वास्थ्य समस्याओं के प्रति गहरा सामाजिक कलंक विद्यमान है। बाल आघात के मामलों में यह कलंक और भी गहरा होता है, विशेषकर यौन उत्पीड़न के मामलों में जहाँ परिवार की 'इज्जत' को प्राथमिकता देते हुए घटना को छुपाया जाता है।

8.2 परिवार-केंद्रित संस्कृति

भारतीय समाज में परिवार एक अत्यंत महत्वपूर्ण संस्था है। एक ओर यह सामाजिक समर्थन और सुरक्षा प्रदान करती है, वहीं दूसरी ओर कुछ परिस्थितियों में यही परिवार आघात का स्रोत भी बन सकती है। घरेलू मामलों को बाहर न बताने की परंपरा और बड़ों के प्रति अनशर्त आज्ञाकारिता की अपेक्षा कई बार आघात को जारी रखने में सहायक बन जाती है।

8.3 बाल श्रम एवं गरीबी

गुप्ता एवं अन्य (2020) के अनुसार बाल मजदूरों में मनोवैज्ञानिक विकारों की दर सामान्य बच्चों की तुलना में पाँच गुना अधिक होती है। भारत में लाखों बच्चे बाल श्रम में संलग्न हैं जो स्वयं में एक प्रकार का आघात है क्योंकि इसमें बच्चों को उनके बचपन, शिक्षा और सुरक्षित वातावरण से वंचित किया जाता है। आर्थिक गरीबी और बाल आघात के बीच एक जटिल और परस्पर-निर्भर संबंध है।

9. प्रत्यास्थता (Resilience) एवं सुरक्षात्मक कारक

यह समझना अत्यंत महत्वपूर्ण है कि बचपन का आघात अनिवार्य रूप से विनाशकारी नहीं होता। अनेक व्यक्ति गंभीर आघात के बावजूद स्वस्थ, सफल और संतुष्ट जीवन जीते हैं। इस क्षमता को प्रत्यास्थता कहते हैं।

9.1 व्यक्तिगत सुरक्षात्मक कारक

मास्टेन (2014) के अनुसार व्यक्तिगत सुरक्षात्मक कारकों में उच्च बुद्धि, प्रभावी समस्या-समाधान कौशल, आंतरिक नियंत्रण का भाव, सकारात्मक आत्म-धारणा और भावनात्मक नियंत्रण की क्षमता शामिल हैं। ये कारक व्यक्ति को आघात के नकारात्मक प्रभावों से आंशिक रूप से बचाते हैं।

9.2 परिवार एवं सामुदायिक समर्थन

वर्नर और स्मिथ (1992) के प्रसिद्ध कौई अध्ययन में पाया गया कि जिन बच्चों के पास कम से कम एक स्थिर, देखभाल करने वाले वयस्क का समर्थन था, वे प्रतिकूल परिस्थितियों के बावजूद बेहतर विकास करने में सफल हुए। यह व्यक्ति माता-पिता, दादा-दादी, शिक्षक, पड़ोसी या कोई भी विश्वसनीय वयस्क हो सकता है।

9.3 शिक्षा की भूमिका

शिक्षा और विशेष रूप से स्कूल, बाल आघात के लिए एक महत्वपूर्ण सुरक्षात्मक संस्था हो सकती है। एक सहायक, सुरक्षित और संवेदनशील स्कूल वातावरण आघातग्रस्त बच्चे को भविष्य की उम्मीद,

संरचना और सामाजिक संबंध प्रदान कर सकता है। आघात-सूचित शिक्षाशास्त्र एक उभरता हुआ क्षेत्र है जो शिक्षकों को आघातग्रस्त बच्चों को पहचानने और उनकी सहायता करने के तरीके सिखाता है।

10. उपचार एवं हस्तक्षेप

बाल आघात के उपचार में अनेक साक्ष्य-आधारित पद्धतियाँ उपलब्ध हैं। सफल उपचार के लिए आवश्यक है कि पहले एक सुरक्षित और विश्वसनीय चिकित्सकीय संबंध स्थापित किया जाए, फिर क्रमशः आघात की प्रक्रिया और पुनर्प्राप्ति किया जाए।

तालिका 5: बाल आघात की उपचार पद्धतियाँ एवं उनकी प्रभावशीलता

उपचार पद्धति	लक्ष्य समूह	प्रभावशीलता	अवधि
TF-CBT	बच्चे, किशोर	अत्यधिक प्रभावी	12-25 सत्र
EMDR	सभी आयु	प्रभावी	6-12 सत्र
खेल-चिकित्सा	0-12 वर्ष	अत्यधिक प्रभावी	दीर्घकालीन
माइंडफुलनेस	किशोर, वयस्क	मध्यम	8 सप्ताह
योग-आधारित	सभी आयु	सहायक	दीर्घकालीन
परिवार चिकित्सा	परिवार इकाई	प्रभावी	माध्यम

तालिका 5: विभिन्न उपचार पद्धतियों की तुलना एवं प्रभावशीलता (स्रोत: मादक द्रव्य और मानसिक स्वास्थ्य सेवा प्रशासन, 2023; कोहेन एवं अन्य, 2017)

10.1 आघात-केंद्रित संज्ञानात्मक व्यवहार चिकित्सा (TF-CBT)

कोहेन एवं अन्य (2017) द्वारा विकसित TF-CBT वर्तमान में बाल आघात के लिए सर्वाधिक साक्ष्य-समर्थित उपचार पद्धति है। इसमें बच्चे और उसके माता-पिता दोनों को उपचार में शामिल किया जाता है। इसमें आघात की कहानी लिखना और उसे साझा करना, नकारात्मक विचारों को चुनौती देना, भावनात्मक नियंत्रण कौशल सिखाना और माता-पिता-बच्चे के संबंध को मजबूत करना शामिल है।

10.2 नेत्र गति असंवेदीकरण एवं पुनःप्रसंस्करण (EMDR)

शापिरो (2018) द्वारा विकसित EMDR एक विशेष चिकित्सा-पद्धति है जिसमें द्विपक्षीय उत्तेजना के साथ आघात की स्मृतियों का पुनःप्रसंस्करण किया जाता है। विश्व स्वास्थ्य संगठन ने PTSD के उपचार के लिए इसे अनुशंसित किया है। यह बच्चों और किशोरों दोनों में प्रभावी पाई गई है और भाषाई अभिव्यक्ति पर कम निर्भर होने के कारण छोटे बच्चों के लिए विशेष रूप से उपयुक्त है।

10.3 खेल-चिकित्सा एवं अभिव्यक्ति कलाएँ

लैंग्रेथ (2012) के अनुसार खेल बच्चे की भाषा है और खेल-चिकित्सा बच्चे को प्रतीकात्मक रूप से अपने अनुभवों को प्रसंस्करित करने का अवसर देती है। छोटे बच्चों के लिए जो अभी भाषा में अपने अनुभव व्यक्त नहीं कर सकते, खेल-चिकित्सा एक अत्यंत प्रभावी माध्यम है। इसी प्रकार चित्रकला, संगीत, नृत्य और नाट्य-चिकित्सा भी आघात के उपचार में सहायक हैं।

10.4 भारतीय पारंपरिक उपचार पद्धतियाँ

स्ट्रीटर एवं अन्य (2012) के अनुसार नियमित योगाभ्यास GABA स्तर को बढ़ाता है और चिंता एवं अवसाद को कम करता है। भारत में योग, ध्यान और आयुर्वेद मानसिक स्वास्थ्य के लिए पारंपरिक रूप

से उपयोग किए जाते रहे हैं। आधुनिक शोध ने इनमें से कुछ पद्धतियों की प्रभावशीलता को प्रमाणित किया है। भारत में सामुदायिक मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की कमी को देखते हुए इन पारंपरिक पद्धतियों का आधुनिक चिकित्सा के साथ एकीकरण एक व्यावहारिक और सांस्कृतिक रूप से उचित समाधान हो सकता है।

11. नीतिगत अनुशासण एवं सामाजिक उपाय

11.1 कानूनी ढाँचा

भारत में POCSO (2012) और JJ Act (2015) बाल सुरक्षा के लिए महत्वपूर्ण कानूनी उपकरण हैं। **मैथ्यू एवं अन्य (2021)** के अनुसार भारत में POCSO मामलों में दोष-सिद्धि दर मात्र 30% के आसपास है, जबकि अंतर्राष्ट्रीय मानक 60-70% का है। न्यायिक प्रक्रिया की धीमी गति, गवाहों की सुरक्षा की कमी और बाल-अनुकूल जाँच प्रक्रियाओं का अभाव इन कानूनों की प्रभावशीलता को सीमित करता है।

11.2 स्कूलों में आघात-सूचित दृष्टिकोण

कोसलोव्स्की और कार्टब (2019) के अनुसार आघात-सूचित स्कूलों में छात्रों के व्यवहार-संबंधी दंड में 40% तक की कमी और शैक्षिक उपस्थिति में उल्लेखनीय सुधार देखा गया। स्कूलों को आघात-सूचित बनाने के लिए शिक्षकों और स्कूल के कर्मचारियों को बाल आघात के लक्षणों को पहचानना, आघातग्रस्त बच्चों के साथ उचित व्यवहार करना और उन्हें उचित सहायता की ओर रेफर करना सिखाया जाना चाहिए।

11.3 समुदाय-आधारित हस्तक्षेप

पटेल एवं अन्य (2010) ने ऐसे समुदाय-आधारित कार्यक्रमों की प्रभावशीलता को गोवा में किए गए एक नियंत्रित अध्ययन में प्रमाणित किया। भारत की विशाल और विविध आबादी को ध्यान में रखते हुए समुदाय-आधारित मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ अत्यंत आवश्यक हैं। आशा कार्यकर्ताओं, आँगनवाड़ी कार्यकर्ताओं और ग्रामीण स्वास्थ्य कर्मियों को मानसिक स्वास्थ्य के बारे में प्रशिक्षित करके इस सेवा को देश के अंतिम कोने तक पहुँचाया जा सकता है।

11.4 डिजिटल माध्यम एवं जागरूकता

डिजिटल प्रौद्योगिकी और सामाजिक मीडिया का उपयोग मानसिक स्वास्थ्य जागरूकता फैलाने और दूरस्थ क्षेत्रों में सेवाएँ पहुँचाने के लिए किया जा सकता है। टेलीमेडिसिन और ऑनलाइन परामर्श सेवाएँ उन लोगों तक पहुँच सकती हैं जो भौगोलिक या सामाजिक कारणों से पारंपरिक सेवाओं तक नहीं पहुँच सकते। COVID-19 महामारी ने टेलीहेल्थ की संभावनाओं को और भी उजागर किया है।

12. विचार-विमर्श

इस शोध पत्र की समीक्षा से स्पष्ट होता है कि बचपन में मानसिक आघात एक जटिल, बहुआयामी और गंभीर सार्वजनिक स्वास्थ्य समस्या है। यह समस्या व्यक्तिगत पीड़ा से बहुत परे जाती है और समाज की उत्पादकता, स्वास्थ्य प्रणाली पर बोझ और अंतर-पीढ़ीगत कल्याण को प्रभावित करती है।

पहला, बाल आघात के न्यूरोबायोलॉजिकल प्रभाव स्थायी और मापने योग्य हैं। मस्तिष्क स्कैनिंग तकनीकों के विकास ने यह सम्भव बनाया है कि हम आघात के मस्तिष्क पर पड़ने वाले ठोस प्रभावों को देख सकें (टीचर एवं अन्य, 2016)। यह खोज इस समझ को पुष्ट करती है कि मानसिक स्वास्थ्य समस्याएँ 'कमजोरी' नहीं हैं, बल्कि वे मस्तिष्क की वास्तविक जैविक प्रक्रियाओं को प्रतिबिंबित करती हैं।

दूसरा, आघात के प्रभाव खतरनाक रूप से विस्तृत हैं। वे मानसिक स्वास्थ्य, शारीरिक स्वास्थ्य, सामाजिक कार्यप्रणाली और अगली पीढ़ी को भी प्रभावित करते हैं (फेलिट्टी एवं अन्य, 1998)।

तीसरा, भारतीय संदर्भ में विशेष चुनौतियाँ हैं। सामाजिक कलंक, मौन की संस्कृति, मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं की कमी और आर्थिक असमानता मिलकर बाल आघात को एक जटिल सामाजिक समस्या बनाते हैं (पटेल एवं अन्य, 2016)।

चौथा, प्रत्यास्थता एक वास्तविक और सशक्त करने वाली संभावना है। सही समर्थन, देखभाल और हस्तक्षेप के साथ अनेक व्यक्ति गंभीर आघात के बावजूद सार्थक जीवन जी सकते हैं (मास्टेन, 2014)।

13. निष्कर्ष

बचपन में मानसिक आघात एक गंभीर, व्यापक और बहुआयामी समस्या है जो न केवल पीड़ित व्यक्ति, बल्कि उसके परिवार, समुदाय और समाज को भी प्रभावित करती है। इस शोध पत्र ने यह स्पष्ट किया है कि बाल आघात के दीर्घकालीन प्रभाव न्यूरोबायोलॉजिकल, मनोवैज्ञानिक, सामाजिक और शारीरिक सभी स्तरों पर गहरे और स्थायी हो सकते हैं।

ACE अध्ययन और उसके बाद के शोधों ने यह निर्विवाद रूप से स्थापित किया है कि बचपन के प्रतिकूल अनुभव और वयस्कावस्था की बीमारियों के बीच एक सुदृढ़ और मात्रात्मक संबंध है। मस्तिष्क के न्यूरोप्लास्टिसिटी के सिद्धांत ने यह आशा प्रदान की है कि सही हस्तक्षेप से मस्तिष्क के नकारात्मक परिवर्तनों को आंशिक रूप से उलटा जा सकता है।

भारत में इस समस्या का समाधान करने के लिए एक बहुस्तरीय दृष्टिकोण की आवश्यकता है जिसमें कानूनी सुधार, शिक्षा प्रणाली में बदलाव, समुदाय-आधारित सेवाएँ, सामाजिक जागरूकता अभियान और मानसिक स्वास्थ्य पेशेवरों की संख्या में वृद्धि शामिल हो। सांस्कृतिक रूप से संवेदनशील और भारतीय परम्पराओं के साथ एकीकृत उपचार पद्धतियाँ विकसित करना समय की माँग है।

अंततः, यह शोध इस तथ्य पर बल देता है कि बाल संरक्षण और मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं में निवेश न केवल नैतिक दायित्व है, बल्कि यह एक बुद्धिमानीपूर्ण सामाजिक और आर्थिक निवेश भी है। स्वस्थ और आघात-मुक्त बच्चे ही एक स्वस्थ, उत्पादक और न्यायपूर्ण समाज की नींव हैं।

संदर्भ सूची

1. आर्नस्टेन, एमी एफ. टी. "तनाव संकेत मार्ग जो प्रीफ्रंटल कॉर्टेक्स की संरचना और कार्य को बाधित करते हैं।" नेचर रिव्यूज़ न्यूरोसाइंस, खंड 10, अंक 6, 2009, पृ. 410-422.
2. कोहेन, जुडिथ ए., एवं अन्य. बच्चों और किशोरों में आघात और आघातजन्य दुःख का उपचार. द्वितीय संस्करण, गिलफोर्ड प्रेस, 2017.
3. कुक, एलेक्जेंड्रा, एवं अन्य. "बच्चों और किशोरों में जटिल आघात।" मनोचिकित्सा वार्षिकी, खंड 35, अंक 5, 2005, पृ. 390-398.
4. कोपलैंड, विलियम ई., एवं अन्य. "बचपन में आघातजनक घटनाएँ और अभिघातजन्य तनाव।" सामान्य मनोचिकित्सा के अभिलेखागार, खंड 64, अंक 5, 2007, पृ. 577-584.

5. खौरी, लेना, एवं अन्य. "शहरी नागरिक आबादी में मादक द्रव्य सेवन, बचपन का आघातजनक अनुभव, और अभिघातजन्य तनाव विकार।" अवसाद और चिंता, खंड 27, अंक 12, 2010, पृ. 1077-1086.
6. गुडमैन, रॉबर्ट डी., एवं अन्य. "बाल विपरीत परिस्थितियाँ और विद्यालय परिणाम।" स्कूल मनोविज्ञान त्रैमासिक, खंड 34, अंक 3, 2019, पृ. 421-432.
7. गुन्नार, मेगन आर., और केवेडो, करीना. "तनाव और विकास की न्यूरोबायोलॉजी।" मनोविज्ञान की वार्षिक समीक्षा, खंड 58, 2007, पृ. 145-173.
8. गुप्ता, रजत के., एवं अन्य. "शहरी भारत में बाल मजदूरों का मानसिक स्वास्थ्य।" भारतीय मनोचिकित्सा पत्रिका, खंड 62, अंक 4, 2020, पृ. 435-441.
9. देशपांडे, सोनाली, और नायर, कविता. "भारत में बाल यौन उत्पीड़न: शोध और नीति।" सामाजिक कल्याण, खंड 60, अंक 7, 2013, पृ. 12-19.
10. टीचर, मार्टिन एच., एवं अन्य. "बचपन के दुर्व्यवहार के मस्तिष्क संरचना, कार्य और संपर्क पर प्रभाव।" नेचर रिव्यूज़ न्यूरोसाइंस, खंड 17, अंक 10, 2016, पृ. 652-666.
11. टेर, लेनोर सी. "बचपन के आघात: एक रूपरेखा और अवलोकन।" अमेरिकन जर्नल ऑफ साइकेट्री, खंड 148, अंक 1, 1991, पृ. 10-20.
12. पटेल, विक्रम, एवं अन्य. "गोवा, भारत में प्राथमिक देखभाल में अवसाद और चिंता विकारों के लिए एक सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता नेतृत्व वाले हस्तक्षेप की प्रभावशीलता।" लैंसेट, खंड 376, अंक 9758, 2010, पृ. 2086-2095.
13. पटेल, विक्रम, एवं अन्य. "भारत में मानसिक स्वास्थ्य: चुनौतियाँ और अवसर।" लैंसेट, खंड 387, अंक 10024, 2016, पृ. 1187-1188.
14. पेरी, ब्रूस डी., और सजालाविट्ज़, माया. वह लड़का जो कुत्ते की तरह पाला गया: एक बाल मनोचिकित्सक की डायरी से कहानियाँ. बेसिक बुक्स, 2006.
15. पुटनम, फ्रैंक डब्ल्यू. बच्चों और किशोरों में विघटन: एक विकासात्मक परिप्रेक्ष्य. गिलफोर्ड प्रेस, 1997.
16. फेलिट्टी, विन्सेंट जे., एवं अन्य. "वयस्कों में मृत्यु के कई प्रमुख कारणों से बचपन के दुर्व्यवहार और घरेलू दुष्क्रिया का संबंध।" अमेरिकन जर्नल ऑफ प्रिवेंटिव मेडिसिन, खंड 14, अंक 4, 1998, पृ. 245-258.
17. बोल्बी, जॉन. लगाव और हानि, खंड 1: लगाव. बेसिक बुक्स, 1969.
18. मल्होत्रा, सविता, और शाह, सुभाष सी. "भारत में महिलाएँ और मानसिक स्वास्थ्य।" भारतीय मनोचिकित्सा पत्रिका, खंड 57, अंक 2, 2015, पृ. 205-211.
19. मास्टेन, ऐन एस. साधारण जादू: विकास में प्रत्यास्थता. गिलफोर्ड प्रेस, 2014.
20. मैकएवेन, ब्रूस एस. "तनाव में मस्तिष्क: सामाजिक वातावरण किस प्रकार त्वचा के नीचे पहुँचता है।" राष्ट्रीय विज्ञान अकादमी की कार्यवाही, खंड 109, 2012, पृ. 17180-17185.

21. मैथ्यू निशा, एवं अन्य. "भारत में POCSSO का क्रियान्वयन: चुनौतियाँ और संभावनाएँ।" जर्नल ऑफ चाइल्ड सेक्सुअल अब्यूज, खंड 30, अंक 5, 2021, पृ. 566-580.
22. येहुदा, रेचल, एवं अन्य. "होलोकॉस्ट एक्सपोजर से FKBP5 मेथिलेशन पर अंतर-पीढ़ीगत प्रभाव।" जैविक मनोचिकित्सा, खंड 80, अंक 5, 2016, पृ. 372-380.
23. राष्ट्रीय अपराध रिकॉर्ड ब्यूरो. भारत में अपराध 2020. गृह मंत्रालय, भारत सरकार, 2021.
24. लडॉक्स, जोसेफ. चिंतित: भय और चिंता को समझने और उपचार के लिए मस्तिष्क का उपयोग. वाइकिंग, 2015.
25. लैंड्रेथ, गैरी एल. खेल-चिकित्सा: संबंध की कला. तृतीय संस्करण, रूटलेज, 2012.
26. लियू, रिचर्ड टी., एवं अन्य. "बचपन का दुर्व्यवहार और अवसाद: एक मेटा-विश्लेषण।" मनोवैज्ञानिक बुलेटिन, खंड 143, अंक 3, 2017, पृ. 280-300.
27. वान डेर कोल्क, बेसेल ए. शरीर स्कोर रखता है: आघात के उपचार में मस्तिष्क, मन और शरीर. वाइकिंग, 2014.
28. वर्नर, एमी ई., और स्मिथ, रूथ एस. बाधाओं को पार करना: जन्म से वयस्कता तक उच्च जोखिम वाले बच्चे. कॉर्नेल यूनिवर्सिटी प्रेस, 1992.
29. विश्व स्वास्थ्य संगठन. "बाल दुर्व्यवहार।" WHO, 2020, www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment.
30. सागर, राजेश, एवं अन्य. "बच्चों में घरेलू हिंसा और मानसिक स्वास्थ्य: दिल्ली से एक अध्ययन।" भारतीय मनोवैज्ञानिक चिकित्सा पत्रिका, खंड 40, अंक 6, 2018, पृ. 534-540.
31. शापिरो, फ्रांसिन. नेत्र गति असंवेदीकरण और पुनःप्रसंस्करण (EMDR) चिकित्सा: मूल सिद्धांत, प्रोटोकॉल और प्रक्रियाएँ. तृतीय संस्करण, गिलफोर्ड प्रेस, 2018.
32. श्रीवास्तव, सुरेश पी., एवं अन्य. "भारत में बाल दुर्व्यवहार और उपेक्षा की व्यापकता।" भारतीय बाल रोग पत्रिका, खंड 84, अंक 8, 2017, पृ. 593-598.
33. स्ट्रीटर, क्रिस सी., एवं अन्य. "मूड, चिंता और मस्तिष्क GABA स्तरों पर योग बनाम पैदल चलने के प्रभाव।" वैकल्पिक और पूरक चिकित्सा पत्रिका, खंड 16, अंक 11, 2010, पृ. 1145-1152.
34. हर्मन, जुडिथ लुइस. आघात और पुनःप्राप्ति: हिंसा के बाद. बेसिक बुक्स, 1992.
35. कोसलोव्स्की, जेसिका बी., और कार्टब, डार्टानियन टी. "स्कूलों में आघात-सूचित देखभाल लागू करने के लाभ।" अनुप्रयुक्त स्कूल मनोविज्ञान पत्रिका, खंड 35, अंक 4, 2019, पृ. 330-350.
36. मादक द्रव्य और मानसिक स्वास्थ्य सेवा प्रशासन. आघात-सूचित देखभाल मानसिक स्वास्थ्य सेवाओं में. अमेरिकी स्वास्थ्य और मानव सेवा विभाग, 2023.