

العنف الأسري الأسباب والعلاج

تأليف

د/ علي إسماعيل عبد الرحمن
مدرس الطب النفسي والأعصاب بطب الأزهر



مكتبة الأنجلو المصرية

د. على إسماعيل عبد الرحمن إسماعيل

■ مدرس الطب النفسى والأعصاب واستشارى التدريب والتنمية.

■ من مواليد كفر الشيخ 1971م.

■ حصل على درجة الدكتوراه فى الطب النفسى 2005.

■ منحه نقابة الأطباء ميدالية الطبيب المثالى 2005.

■ يعمل استشارى للتنمية البشرية فى العديد من الهيئات الدولية والمحلية مثل هيئة التنمية والنشاطات السكانية (سيدبا)، هيئة تطوير التعليم (إيكوب) اليونسيف، اليونيفم، المجلس القومى للمرأة، المجلس القومى للأمم المتحدة والطفولة وبعض الوزارات المصرية.

■ صدر له مع آخرين كتاب حقوق الطفل فى الإسلام تحت الطبع.

● المرأة فى الأديان.

● علاج الوسواس القهرى.

الفهرس

الفصل الاول

9-7 المقدمة

الفصل الثاني العنف الأسرى

18-13 نظرة تاريخية

الفصل الثالث تعريفات ومفاهيم

28-21
21 التعريفات المختلفة للطفل
23 تعريف العنف الأسرى
24 العنف البدنى
25 العنف الجنسى وزنا المحارم
26 العنف النفسى
28 الإهمال

الفصل الرابع دراسات ناقشت ظاهرة العنف الأسرى

38-31
32 دراسات عالمية
34 دراسات مصرية
36 دراسات عربية

الفصل الخامس العوامل المؤثرة فى حدوث العنف الأسرى

53-41
41 العنف المنتقل عبر الأجيال
43 سمات القائم بالاعتداء
44 سمات الطفل الأكثر عرضة للاعتداء
48 مواصفات الأسرة التى ينتشر فيها العنف
51 العوامل البيئية المفسرة للعنف الأسرى

الفصل السادس الآثار النفسية للعنف

80-57
57 كيف يظهر الطفل المعتدى عليه

59	..... الاضطرابات الاكتئابية
60	..... اضطرابات السلوك
62	..... كرب ما بعد الصدمة
64	..... اضطرابات القلق
66	..... صعوبات التوافق الدراسي
67	..... الخلل العضوى فى المخ
68	..... اضطرابات الشخصية
70	..... المحاولات الانتحارية
72	..... الاضطرابات الانشقاقية (تعدد الشخصية)
73	..... تعاطى الكحوليات والمخدرات
75	..... الاضطرابات الجسدية ذات المنشأ النفسى
77	..... اضطرابات الأكل
79	..... الاضطرابات العقلية
79	..... تأثيرات أخرى

الفصل السابع
رؤية الإسلام للطفل

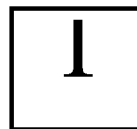
87-83 الاستراتيجية الإسلامية لتعديل السلوك
-------	--

الفصل الثامن
التعامل مع ظاهرة العنف الأسرى

95-91	
91	..... كيف يتعامل الطفل مع العنف نفسيا
91	..... محاور أساسية للحد من العنف
92	..... كيفية الوقاية من العنف الأسرى
94	..... كيفية اكتشاف وجود حالات عنف داخل الأسرة
94	..... التعامل مع ضحايا العنف الأسرى

الفصل التاسع
دراسة عن علاقة العنف بالصحة النفسية والإنجابية

108-99	..... ملخص الدراسة
136-111	..... المراجع



الفصل الأول
المقدمة

الفصل الأول المقدمة

تتسم مرحلة الطفولة وهي المرحلة الأولى من حياة الإنسان بالضعف حسب الوصف القرآني لها حين قال الله تعالى: "اللَّهُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ ضَعْفٍ ثُمَّ جَعَلَ مِنْ بَعْدِ ضَعْفٍ قُوَّةً" (الروم: 54).

لذا كان الطفل في هذه المرحلة يحتاج لمن يريعه ويأخذ بيده حتى يشب صحيحا في بدنه وعقله مؤمنا بقيمه ودينه محبا لمجتمعه ووطنه ونبيه.

وتعتبر رعاية الطفل وحمايته من العنف واجبا من الواجبات الدينية والاجتماعية، والإسلام منذ بزوجه جعل العناية بالأطفال ورعايتهم من مبادئه الدائمة، وتشير الدراسات الطبية والنفسية والتربوية إلى أن مفهوم العنف الأسري يرتبط ارتباطا كبيرا بالقيم والاتجاهات الاجتماعية السائدة في فترة تاريخية ما، وأن هذا المفهوم خضع مثل غيره من المفاهيم للعديد من التغيرات، وأهم هذه التغيرات المتعلقة بالطفولة هي أن المجتمعات بدأت تتخلص تدريجيا من مفهوم أن الطفل ملك لوالديه يفعلان به ما يريدان، بل إدراك أن الطفل له حقوق يجب احترامها والالتزام بها.

وتعد مشكلة العنف ضد الأطفال وإهمالهم مشكلة ذائعة الانتشار في كل المجتمعات، فالطفل في أي عمر أو جنس أو دين ومن أي خلفية اقتصادية أو اجتماعية يمكن أن يصبح ضحية للعنف والإهمال، وتقدم وسائل الإعلام شواهد تلقي الضوء على المظاهر المثيرة للعنف الأسري تتضمن أطفال يتعرضون للقتل والحبس أو التشويه، وأطفال يتعرضون للضرب أو يتخلى عنهم آبائهم، وكذلك أطفال في عمر المدرسة يتعرضون للعنف الجنسي، ورغم أن هذه الأحداث تجذب انتباه العالم وتعاطفه مع هؤلاء الضحايا، إلا أن مشكلة العنف الأسري قد أصبحت مشكلة أكثر تعقيدا في السنوات الأخيرة حيث تشير التقارير الإحصائية إلى أن عدد الأطفال المساء إليهم يفوق المليون طفل سنويا.

وإيماننا من الدولة بأن الأطفال هم أمل الحاضر وكل المستقبل وأنهم سبيلنا في اللحاق بالتقدم العلمي والتكنولوجي من خلال إعدادهم لحمل هذه الأمانة وتوفير الحماية والرعاية اللازمة لهم قامت بإصدار قانون الطفل رقم 12 لسنة 1996 ولائحته

التنفيذية، وهذا القانون يعبر عن الرعاية الكاملة لحقوق الطفل التي وفرتها الشريعة الإسلامية وجميع الشرائع السماوية الأخرى بداية من حقه في اسم لا ينطوي علي تحقير أو مهانة لكرامته أو منافيا لعقائده الدينية، وتمتعه برعاية صحية كاملة وغذاء وحقه في التعليم بالمجان ورعايته اجتماعيا وثقافيا.

كما لاحظ العلماء التأثير الكبير للعنف الأسري في تهيئة الطفل لظهور العديد من الاضطرابات النفسية المباشرة (قصيرة المدى) أو طويلة المدى فى صورة الاضطرابات السلوكية أو نقص الانتباه وفرط الحركة كما دلت علي ذلك العديد من الدراسات العربية والأجنبية.

فترى سوزان ورفاقها (Suzan et al) 1994 أن 46% من الأطفال الذين لديهم تاريخ لسوء المعاملة أثناء الطفولة يعانون من اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة 43% من كرب ما بعد الصدمة و15.4% من اضطرابات السلوك و11.5% من الثلاثة معاً.

كما وجدت ساندرنا وزملاؤها (Sandara et al) 1997 أن الطفل الذى يتعرض للاعتداء البدني يكون أكثر قياماً بعمل محاولات انتحارية أعلى من أقرانه بثلاثة أضعاف أثناء فترة المراهقة.

ولا يقتصر الأمر على مرحلة الطفولة إنما يتعدى الحدود إلى مرحلة البلوغ والرشد ففي دراسة ديبيبراه ورفاقه (Deberah et al) 1996 وجدوا أن 41.6% ممن لديهم تاريخ سابق للاعتداء عليهم أثناء الطفولة لديهم اضطرابات وجدانية و30.8% لديهم اضطرابات القلق و13.3% اضطرابات فصامية و8.3% قاموا باستخدام المواد المؤثرة نفسياً (المخدرات).

كما يرى ماكيلر وآخرون (Mcleer et al) 1988 أن 48.4% لديهم كرب ما بعد الصدمة ترتفع إلى 73% فى حالة إذا كان الأب هو القائم بالاعتداء.

واهتمت الدراسات المصرية بهذه المشكلة فيرى إيهاب ناشد 1991 أن 28.7% من الآباء ذوى الدخل المنخفض يعاقبون أبناءهم بالضرب مقابل 19.9% من الآباء ذوى الدخل المرتفع. كما يرى أن معدل حدوث الإصابة البدنية (44.5% و33.9%) والاعتداء الجنسى (3.8%) و(0.62%) على التوالي بين ذوى المستوى الاجتماعي المنخفض والمرتفع.

كما وجدت هدي يوسف وآخرون في دراستهم علي الطلاب بمدارس الإسكندرية 1998 أن 37.47% من العينة تعرضوا للاعتداء البدني وأن 25.83% منهم كانت إصاباتهم خطيرة.

وترى هبة القشيشي 1999 أن العنف النفسي يمثل 13.4%، والبدني يمثل 6.15%، وأن ذلك يؤدي إلي التأخر الدراسي.

واهتمت أغلب الأبحاث بالإجابة علي الأسئلة الآتية:

- 1- ما هو معدل انتشار العنف الأسري في مصر والوطن العربي والعالم؟
- 2- هل وجود إساءة معاملة أثناء الطفولة يؤدي إلي حدوث الاضطرابات النفسية المختلفة؟
- 3- هل يختلف نوع الاضطراب النفسى حسب نوع العنف ودرجة شدته؟
وهذه الأسئلة هي محور هذا الكتاب، ولنبدأ بإلقاء الضوء علي الجانب التاريخي لظاهرة العنف الأسري، وكيف تطور مفهوم الحماية عبر التاريخ.

الفصل الثاني
العنف الأسرى
نظرة تاريخية

الفصل الثاني العنف الأسرى نظرة تاريخية

تعد مشكلة العنف الأسرى مشكلة عميقة الجذور فالتاريخ يمتلأ بأمثلة تترخر بانعدام الإنسانية تجاه الطفل فقديما كان يتم اعتبار الطفل ملكا خاصا لأبويه بلا أي حقوق ملزمة عليهم.

والتاريخ قديمه وحديثه يحتوي علي العديد من القصص التي تروي ذلك وتعكس إساءة معاملة الأطفال من المسؤولين عنهم والمنوط منهم المحافظة عليهم وليست قصة الصديق يوسف عليه السلام وما فعله به أخوته ببيعيد عن الأذهان وهو ما يجسده القرآن الكريم أروع تجسيد في السورة التي تحمل اسمه عليه السلام حيث قال جل شأنه: "إِذْ قَالُوا لِيُوسُفُ وَأَخُوهُ أَحَبُّ إِلَيْنَا مِنْنَا وَنَحْنُ عُصْبَةٌ إِنَّ أَبَانَا لَفِي ضَلَالٍ مُّبِينٍ. اقْتُلُوا يُوسُفَ أَوْ اطْرَحُوهُ أَرْضًا يَخْلُ لَكُمْ وَجْهَ أَبِيكُمْ وَتَكُونُوا مِنْ بَعْدِهِ قَوْمًا صَالِحِينَ" (يوسف: 8، 9).

ويشاء الله عز وجل أن يستمر صديقه في الابتلاء فهاهي امرأة العزيز تراوده عن نفسه فيعصمه الله فتكيد له وتدخله السجن، قال تعالى: "وَرَاوَدَتْهُ الَّتِي هُوَ فِي بَيْتِهَا عَن نَّفْسِهِ وَغَلَّقَتِ الْأَبْوَابَ وَقَالَتْ هَيْت لَكَ قَالَ مَعَاذَ اللَّهِ إِنَّهُ رَبِّي أَحْسَنَ مَثْوَايَ إِنَّهُ لَا يُفْلِحُ الظَّالِمُونَ" (يوسف: 23).

وقال تعالى: "وَلَمَّا كَانَتْ لَيْلٌ نَسَّجَنَ الْيُوسُفَ نَسْجَنًا تَحْتَ الْأَرْضِ وَالصَّاعِغِينَ" (يوسف: 32).

ويعاني الصديق عليه السلام من الإيذاء النفسي أيضا بعد اتهام أخوته له ولأخيه بالسرقة قال تعالى: "قَالُوا إِن يَسْرِقْ فَقَدْ سَرَقَ أَخٌ لَّهُ مِنْ قَبْلُ" (يوسف: 77).

وتستمر معاناة الأطفال تاريخيا رغم اختلاف الأشخاص والأزمان فهاهو فرعون مصر يأمر بقتل كل طفل ذكر يولد ليهود مصر لمدة عام ويتركهم في العام الذي يليه ويشاء قدر الله أن يولد الكليم موسى في عام القتل مما جعل أمه عليه السلام تلقي به في اليم هربا به من القتل فقال تعالى: "وَأَوْحَيْنَا إِلَىٰ أُمِّ مُوسَىٰ أَنْ أَرْضِعِيهِ فَإِذَا خَفَتْ عَلَيْهِ قَالَتْ فِيهِ فِي الْيَمِّ وَلَا تَخَافِي وَلَا تَحْزَنِي إِنَّا رَادُّوهُ إِلَيْكِ وَجَاعِلُوهُ مِنَ الْمُرْسَلِينَ" (القصص: 7).

ويجعله الله في كنف فرعون، ويحدث أن يقوم موسى عليه السلام بإلقاء التاج من علي رأس الفرعون فيأمر بقتله، ولكنه يتراجع بعد شفاعاة السيدة آسياه بأنه عليه السلام طفل لا يعقل ما يفعل، ويقوم فرعون باختبار ذلك ليعلم هل فعل موسى ذلك بقصد أم أنه من لهو الصبيان فقام بوضع جمرة مشتعلة بجوار تمر (بلحة جافة) فألهم الله موسى عليه السلام لياخذ الجمرة ويصاب لسانه قال تعالى: "وَأَخِي هَارُونُ هُوَ أَفْصَحُ مِنِّي لِسَانًا فَأَرْسَلْنَا مَعِيَ رِدْءًا يُصَدِّقُنِي إِنِّي أَخَافُ أَنْ يُكَذِّبُونِ" (القصص: 34).

وكان العرب قبل نور الهداية الإسلامية يقومون بدفن بتاتهم أحياء خوفا من الخزي والعار قال تعالى: "وَإِذَا الْمَوْعُودَةُ سُئِلَتْ. بِأَيِّ ذَنْبٍ قُتِلَتْ" (التكوير: 8، 9). وقال تعالى: "وَإِذَا بُشِّرَ أَحَدُهُم بِالْأُنثَىٰ ظَلَّ وَجْهُهُ مُسْوَدًّا وَهُوَ كَظِيمٌ. يَتَوَارَىٰ مِنَ الْقَوْمِ مِنْ سُوءِ مَا بُشِّرَ بِهِ أَيُمْسِكُهُ عَلَىٰ هُونٍ أَمْ يَدُسُّهُ فِي التُّرَابِ أَلَا سَاءَ مَا يَحْكُمُونَ" (النحل: 58).

وينتشر العنف أيضا في المجتمعات غير العربية فقد كان يتم تشويه الأطفال في عهد الدولة الرومانية لاستدرار عطف الناس وللتسول، والي عهد قريب كان يتم قتل الأطفال لأسباب سياسية أو دينية أو اقتصادية وكان يتم معاملتهم بفضاعة وبدون أي حدود من المجتمع، وكان هناك اعتقادا شائعا ويملك تأثيرا قويا علي الناس بان إساءة معاملة الأطفال جسديا يبني شخصياتهم ويقويها، ومما يدعوا للأسف أن تلك النظرية كانت سائدة أيضا في العملية التعليمية حيث كان هناك من يري بأن الطالب يحتاج للضرب المبرح ليتعلم دروسه ويتقنها (لبنير 1977) وكان من الشائع والمقبول أيضا أن يقوم الكبار بممارسة العقاب القاسي علي الأطفال، وفي بعض الثقافات كان يتم تقديم الأطفال قربانا لإرضاء الآلهة وكانت هذه الممارسات مقبولة اجتماعيا، وكذلك كان يتم قتل الأطفال المولودين بتشوهات خلقية لحماية لأبائهم حيث كان يعتقد أن هؤلاء الأطفال قد لبسهم الجن والشياطين وكان مرضي الصرع والمتخلفين عقليا هم أيضا من ضحايا هذا التصور.

ومن المثير أن الاهتمام بظاهرة العنف ضد الأطفال يعتبر من الأمور الحديثة نسبيا وقد ننددهش حينما نكتشف أن أول عمل قانوني تم وضعه لحماية الأطفال من العنف كان في عام 1874 م. من جانب الجمعية الأمريكية لحماية الحيوانات حينما لاحظ الجيران في منطقة ما وجود طفلة صغيرة تعاني من سوء التغذية وسمعوها

تصرخ وتبكي عدة مرات حيث تم سجنها وتعذيبها جسديا من جانب أبويها بالتبني، وقد نجحت الجمعية حينذاك في الحصول علي رخصة قانونية لحماية هذه الطفلة علي أنها حيوان، وقد أدت هذه القضية إلي إنشاء جمعية بنيويورك لمنع القسوة علي الأطفال عام 1875.

وفي عام 1899 أنشئت في إنجلترا الجمعية الملكية للرفق بالأطفال، ومن الطريف أيضا أنها أنشئت بعد جمعية الرفق بالحيوان، ومع أن القانون الإنجليزي حدد مسؤولية الآباء والأمهات بالنسبة لتقديم المساعدة الكافية لأطفالهم إلا أنه مع بداية القرن التاسع عشر اعتبر التزام الآباء والأمهات بأبنائهم قانونا واجب النفاذ.

وبرغم حدوث العديد من التطورات التي تهدف إلي مساعده الأطفال الذين تعرضوا للإساءة والإهمال منذ بداية وحتى منتصف القرن العشرين مثل إنشاء مكتب الأطفال (Children's Bureau) كجزء من قسم الصحة والتعليم والرعاية بالولايات المتحدة، إلا أنه في بداية الستينات أصبحت إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم موضوعا للتساؤلات العلمية والمهنية فقد أدت مقالة كيمب وزملاؤه عام 1962 (Kemp et al) عن متلازمة الطفل المنهك ضربا (The Battered Child) إلي تحريك المجتمع الطبي وساعد اكتشاف أشعة اكس (X Ray) من تمكين الأطباء من اكتشاف الكسور والإصابات الداخلية المتكررة التي تحدث للأطفال نتيجة للعنف البدني المتكرر حيث أصبحت الإصابات موثقة، وظهرت للأطباء آثار العنف الذي حاول الآباء إخفائه.

وقد ترتب علي اكتشاف ظاهرة العنف ضد الأطفال إلي خلق جيل جديد من الخبراء والمعلمين والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين والمعالجين النفسيين في مجال العنف الأسري، وقد أنشئت فرق طبية خاصة بالخبرات الرضحية (Trumatic Experience) التي يتعرض لها الأطفال وظهور استراتيجيات للتدخل فيها.

كما لعبت وسائل الإعلام من صحف وكتب وإذاعة مسموعة ومرئية دورا بارزا في تحريك مشاعر الشعوب المختلفة، وذلك من خلال زيادة نشر حالات تعرضت للعنف الأسري واصبح هناك اهتمام كبير بالمشكلة كظاهرة تستحق أن تحصل علي اهتمام المختصين وحماسهم.

ولقد تغير الوعي الشعبي بعد ذلك تغيرا ملحوظا عن العقد الذي سبقه، ويؤكد هذا ما أبرزته جريدة تايم الأمريكية أنه في عام 1976 رأى 10% من الأمريكيين أن

إساءة معاملة الأطفال مشكلة قومية. وفي إحصاء ثان عام 1983 وجد ارتفاع مستوى الوعي بالمشكلة علي مستوى الشعب الأمريكي إلي 90%. (Walf 1985)

ولقد اهتمت الاتفاقيات الدولية بحقوق الطفل اهتماما غير عادي باعتباره الطرف الضعيف الذي لا يستطيع مواجهه الحياة بمفرده ويسهل استغلاله ماديا ومعنويا فكانت وثيقة جينيف 1934 هي أول وثيقة دولية تعترف للطفل بمجموعة من الحقوق ثم صدر بعدها إعلان حقوق الطفل بمبادئه العشرة عام 1959 ثم العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية للذات أقرتهما الأمم المتحدة عام 1966، وحتى عام 1989 لم يوضع في الاتفاقيات تعريف معين لمفهوم الطفولة حتى أبرمت الأمم المتحدة في 20 نوفمبر 1989 اتفاقية الطفل وعرفته علي أنه كل إنسان لم يتجاوز سن الثامنة عشر من العمر ما لم يبلغ الرشد قبل ذلك، ولقد صدقت مصر علي هذه الاتفاقية في جلسة مجلس الشعب بتاريخ 27 مايو 1990 مضبطة رقم 60 وصدر بها قرار السيد رئيس الجمهورية رقم 260 لسنة 1990.

وتم في مصر أيضا إنشاء المجلس القومي للأومة والطفولة عام 1988 وأعلن السيد رئيس الجمهورية عقد حماية الطفل المصري الأول اعتبارا من عام 1989 إلي عام 1999 مع قيام الهيئات والمؤسسات الحكومية والأهلية بتعبئة الجهود لمواصلة تنفيذ هذا العقد ثم أعقبه بعقد حماية الطفل الثاني من 2000 وحتى 2010.

ومع صدور قانون 12 لسنة 1996 أصبح لمصر ولأول مرة في تاريخها قانون متكامل يسمي قانون الطفل، ورغم أن القانون لم يحدد حماية الطفل الذي يتعرض للعنف بمفهومه العلمي أي العنف الموجه للطفل من قبل والديه أو ولي أمره تحديدا إلا أنه اهتم بالجانب النفسي والبدني للطفل أيضاً، ولا زال القانون المصري يتعامل مع موضوع إساءة المعاملة من خلال ثلاثة مواد في قانون العقوبات سنة 1982 وهي:

مادة 285: كل من عرض للخطر طفلا لم يبلغ سبع سنين كاملة وتركه في محل خالي من الآدميين أو حمل غيره علي ذلك يعاقب بالحبس مدة لا تزيد عن سنتين.

مادة 286: إذا نشأ عن تعريض الطفل للخطر انفصال عضو من أعضائه أو فقد منفعته يعاقب الفاعل بالعقوبات المقررة للجرح العمد فان تسبب عن هذا موت الطفل يحكم بالعقوبة المقررة للقتل العمد.

مادة 287: كل من عرض للخطر طفلا لم يبلغ سبع سنين كاملة وتركه في مكان معمر بالأدميين سواء كان ذلك بنفسه أو بواسطة غيره يعاقب بالحبس مدة لا تزيد عن ستة أشهر أو بغرامة لا تتجاوز مائتي جنية مصري.

ويتضح من المواد القانونية الثلاث أنها لم تتضمن صورا محددة للخطر الذي يتعرض له الطفل كما أنها لم تستلزم صفة محددة في الجاني الذي يعرض الطفل للخطر.

ومما يدعو للاطمئنان ظهور الاهتمام بظاهرة العنف ضد الأطفال في السنوات الأخيرة من خلال وسائل الأعلام المختلفة حيث ركزت علي الإساءة التي يتعرض لها الطفل داخل وخارج محيط الأسرة خاصة الطفل العامل الذي يتعرض للإساءة من صاحب العمل، كما ظهر الاهتمام العلمي بهذه الظاهرة حيث أقيمت العديد من المؤتمرات العلمية خلال فترة التسعينات من القرن العشرين وأوائل القرن الحادي والعشرين التي اهتمت ببحث هذه الظاهرة منها:

- 1- المؤتمر السنوي الرابع للطفل المصري (الطفل المصري وتحديات القرن الواحد والعشرين) الذي أقامه مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس عام 1991.
- 2- المؤتمر العلمي الأول لمعهد الدراسات العليا للطفولة (نحو مستقبل أفضل للطفل المصري) عام 1993.
- 3- مؤتمر قسم طب الأطفال بالاشتراك مع مركز دراسات الطفولة بجامعة عين شمس (أفاق جديدة لطفولة سعيدة) عام 1996.
- 4- مؤتمر وقاية المرأة والطفل من العنف الذي أقامته الجمعية المصرية لحل الصراعات الأسرية والاجتماعية عام 1997.
- 5- اللقاء الخاص بالهيئات والمؤسسات والأفراد المعنية بقضايا الطفل بالإسكندرية أكتوبر 1999.
- 6- ورشة العمل حول إساءة معاملة الأطفال التي أقامها صندوق المعونة السويسري (تيردازوم) يونيو 2004.

7- ندوة قسم الطب النفسي فبراير 2005 بعنوان العنف الأسري، وكان الكاتب هو المحاضر الرئيسي في الندوة، حيث تم مناقشة البحث الخاص به خلال الندوة (مرفق نتائج البحث الأخير في الفصل التاسع).

الفصل الثالث

تعريفات ومفاهيم

- التعريفات المختلفة للطفل.
- تعريف العنف الأسري.
- العنف البدني.
- العنف الجنسي وزنا المحارم.
- العنف النفسي.
- الإهمال.

الفصل الثالث تعريفات ومفاهيم

قبل أن نتحدث عن ظاهرة العنف ضد الأطفال لابد لنا في البداية أن نتعرف علي بعض المفاهيم العامة مثل من هو الطفل وما المقصود بالعنف وأنواعه المختلفة.

من هو الطفل ؟
الطفل في اللغة :

هو الصغير من كل شيء، وأصل اللفظ من الطفولة أو النعومة، فالوليد به طفالة ونعومه حتى قيل الطفل هو الوليد مادام رخضا (ناعما)، وكلمة طفل تطلق علي الذكر والأنثى والفرد والجمع والمصدر كلمة طفولة (مختار الصحاح، لسان العرب).

الطفل في الشريعة الإسلامية :

يستخلص مما جاء بكتب الفقه أن مرحلة الطفولة هي:

تلك المرحلة التي تبدأ بتكوين الجنين في بطن أمه وتنتهي بالبلوغ، والبلوغ قد يكون بالنسن أو بالعلامة، وعلامات البلوغ عند الذكور هي الاحتلام والإحبال، وعند الإناث هي الحيض والحبل، فإذا لم يوجد شيء من هذه العلامات الطبيعية كان البلوغ بالنسن الذي اختلف الفقهاء في تقديره فقدره الأمام أبو حنيفة بثمان عشرة سنة للفتي وسبعة عشر سنة للفتاة، وقدره الصحابان والجمهور بخمس عشرة سنة لكلا من الفتى والفتاة وقدره بن حزم بتسعة عشر عاما (بن قدامه، بن حزم).
ومن هنا نجد اهتمام الشريعة الإسلامية بالطفل حتى قبل أن يولد كما سيظهر أجلا.

الطفل عند علماء الاجتماع :

اختلف علماء الاجتماع في تعريف الطفل علي ثلاثة أوجه:

الأول : الطفولة هي المرحلة الأولى من مراحل تكوين ونمو الشخصية وتبدأ من الميلاد حتى بداية طور البلوغ.

الثاني : أن الطفولة تتحدد حسب السن حيث يسمي الطفل طفلا من لحظة ميلاده حتى سن الثانية عشرة من عمره.

الثالث : الطفولة هي فترة الحياة من الميلاد حتى الرشد وتختلف من ثقافة إلي أخرى وقد تنتهي عند البلوغ أو عند الزواج أو يصطلح علي سن محدد لها. وهنا نجد أن علماء الاجتماع اتفقوا علي بداية مرحلة الطفولة واختلفوا في متي تنتهي هذه المرحلة.

الطفل عند علماء النفس :

يعتبر علماء النفس أن الطفولة تبدأ من لحظة وجود الجنين في بطن أمه وهذه الفترة تعتبر من أهم وأخطر مراحل عمره علي الإطلاق، وعلي هذا فطور الطفولة يبدأ بالمرحلة الجنينية وينتهي ببداية البلوغ الجنسي الذي يتحدد عند الذكور بحدوث أول قذف منوي وظهور الخصائص الجنسية الثانوية، وعند الإناث بحدوث أول دورة شهرية وظهور العلامات الجنسية الثانوية أيضا، وقد يتحدد بالسن أيضا. ويتوافق تعريف علماء النفس مع ما يفعله الصينيون حيث يعتبرون مرحلة ما قبل الميلاد ضمن عمر المولود فيضيفون عاما كاملا لعمره من باب جبر الكسور.

الطفل في القانون المصري :

لم يحدد القانون سنا معيناً للطفولة بل تناول معني الحداثة في موضوعات مختلفة: ففي قوانين الأحوال الشخصية نجد أن المادة 100 لسنة 1985 أجازت للقاضي بقاء الصغير في يد الحاضنة حتى سن الخامسة عشرة من العمر. وقانون العمل رقم 13 لسنة 1981 في المادة 143 تري أنه يعتبر حدث في تطبيق هذا الفصل الصبية من الذكور والإناث البالغين اثني عشرة سنة كاملة وحتى سبع عشرة سنة كاملة. وقانون الأحداث رقم 31 لسنة 1974 يقول يقصد بالحدث من لم يتجاوز سنة ثماني عشرة سنة ميلادية كاملة وقت ارتكاب الجريمة.

الطفل في المواثيق الدولية :

يعتبر إعلان جنيف 1934 هو أول وثيقة دولية تعترف للطفل بمجموعة من الحقوق.

إعلان حقوق الطفل 1959 بمبادئه العشرة ثم بعده العهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية، العهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية اللذان أقرتهما الأمم المتحدة 1966.

حتى عام 1989 لم يوضع تعريف خاص بالطفل حتى أبرمت الأمم المتحدة اتفاقية الطفل 1989 التي تزي أنه كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة من عمره ما لم يبلغ الرشد قبل ذلك بموجب القانون المطبق عليه. وهذه الاتفاقية صدق عليها مجلس الشعب المصري بجلسة 27 مايو 1990 مضبطة رقم 60.

كما صدر بها القرار الجمهوري رقم 260 لسنة 1990. وأصبح قانونا الطفل هو من لم يبلغ الثامنة عشر من العمر، وأصبح النص القانوني رقم 12 لسنة 1996 (يقصد بالطفل في مجال الرعاية المنصوص عليها في هذا القانون كل من لم يبلغ ثماني عشر سنة ميلادية كاملة).

تعريف إساءة معاملة الأطفال (العنف الأسري):

تم وضع العديد من التعاريف لهذه الظاهرة، وكلها أجمعت علي وقوع الضرر علي الطفل من القائم علي رعايته، واختلفوا في شكل العنف من حيث أنه مستمر، أو لفترة مؤقتة.

يعتبر كيمب 1962 (Kemp) هو أول من عرف هذه الظاهرة وعرفها علي أنها متلازمة الطفل المنهك ضربا.

ويعرفها ستيل وبولوك 1968 (Steele and Pollock) علي أنه الطفل الذي يتعرض لانتهاكات مستمرة وشاملة من الأباء.

ويراها سكيلاي وآخرون 1989 (Scully et al) أنها إعاقة نمو الطفل من المحيطين ببيئته عن طريق الأذى.

ويعرفه المركز القومي الأمريكي بواشنطن علي أنه جرح جسدي أو عقلي أو إساءة جنسية أو إهمال أسوء معاملة للطفل تحت سن الثامنة عشر يقوم بها الشخص المسئول عن رعايته تحت ظروف تهدد أو تضر بصحة الطفل وسعادته.

وتوجد ثلاثة أنواع من إساءة المعاملة أثناء الطفولة وهي:

1- إساءة المعاملة الجسدية.

2- إساءة المعاملة الجنسية.

3- إساءة المعاملة المعنوية.

وكل نوع من هذه الأنواع الثلاث يتم تقسيمه إلي إيجابي وسلبي، فالإيجابي يشمل الفعل العدواني ويمثل التعرض بالقوة البدنية مما يسبب إصابات أو علي الأقل يتعارض مع الحرية الشخصية، والسلبي يقصد به الإهمال وهو يحمل عدوان في معناه المجازي ولكن بدون عنف بدني.

وعلي هذا فهناك خمسة أنواع الثلاث الأولى السابقة والرابع هو الإهمال الجسدي والخامس الإهمال المعنوي.

إساءة المعاملة الجسدية (العنف البدني):

يعرفها كيمب 1962 (Kemp) علي أنها حالة إكلينيكية تتمثل في إحداث إصابة عمدا في الأطفال عن طريق هجوم جسدي ناتج عن عدوان من الشخص المنوط به حماية الطفل ورعايته.

يري جل 1970 (Gill) أنه استخدام قصدي وليس مصادفة للقوة كجزء من تعامل الأباء أو من يقوم مقامهما مع الطفل بغرض الأذى.

بورن ونيوبيرج 1979 (Bourne and Newberger) يعرفاه علي أنه إحداث الأكم أو الجرح أو الضرر بالطفل.

ويطلق عليه ستيفن وزملاؤه 1990 (Steven et al) التشوه الجسدي ويعرفه علي أنه إصابة جسدية عن طريق الأب أو من يقوم مقامه قبل سن الخامسة عشر من عمر الطفل.

ومن كل ما سبق نجد أن هناك شرطين أساسيين في تعريف إساءة المعاملة

الجسدية وهما:

1- أن يقوم بها الوالدان أو أحدهما أو من يقوم مقامهما.

2- أن يكون الفعل مقصودا نحو الطفل.

ويظهر العنف البدني علي هيئة كدمات أو تجمعات دموية أو حروق وخدوش أو جروح في أماكن مختلفة من الجسم أو إصابات وتمثل إصابات الجهاز العصبي المركزي 24%، وكسور العظام بأنواعها المختلفة 30%، وتمثل الحروق نسبة 10% من إصابات الأطفال، ويعتبر الرأس هو المكان الرئيسي للإصابة في حالات العنف البدني.

إساءة المعاملة الجنسية (العنف الجنسي) :

وضع شيستر وروزبيرج (Schechter and Rosberge) 1976 تعريف لآلي قبيلا كبيرا وهو: اشتغال النشاط الجنسي علي طفل أو مراهق غير رشيد دون موافقته أو عن طريق انتهاك المحرمات الاجتماعية.

ويعتبره مرازك ومرازك (Mrazek and Mrazek) 1985 واحد من أربعة أنواع:

- 1- مشاهدة الطفل للفعل الجنسي أو الاستعراض أمامه.
 - 2- مداعبة الأعضاء التناسلية للطفل عن طريق البالغ أو العكس (Molestation).
 - 3- فعل جنسي مع الطفل عن طريق الفم أو المهبل أو الإست سواء تم بإدخال أو بدون إدخال.
 - 4- الاغتصاب وهو عبارة عن فعل جنسي مفاجئ باستخدام القوة.
- ويعرفه موريسين (Morrison) 1989 علي أنه حدوث احتكاك جنسي بين طفل وبالغ بإدخال أو بدون إدخال بدون رغبة من الطفل.
- ويري ستيفن وزملاؤه (Steven et al) 1990 أنه احتكاك جنسي بدون زواج قبل سن الخامس عشره أو من شخص يكبر الضحية بخمس سنوات علي الأقل.
- ويعني به كروسون تاور (Crosson Tower) 2002 الاستغلال الجنسي للطفل من أجل إشباع الغريزة الجنسية للكبار عن طريق الاعتداء المباشر أو التخويف أو عن طريق اللعب.

وهناك نوع آخر من إساءة المعاملة الجنسية تتم بين المحارم وهو ما يطلق عليه زنا المحارم (Incest) وقد وضع العلماء له العديد من التعريفات منها:
التقاء جنسي بين أفراد لا يصلحون للزواج اجتماعيا أو دينيا (Slater 1959).

ويعرفه روزينفيلد (Rosenfeld) 1979 علي أنه نشاط جنسي علني يشتمل علي احتكاك بالأعضاء التناسلية مع أو بدون إدخال بين أشخاص لا يصلحون للزواج من بعضهم. وفي عام 1982 فرق روزينفيلد بين زنا المحارم وبين سوء المعاملة الجنسية حيث رأي أنه في الثانية يقع الطفل في الفريق المهضوم حقه أو المظلوم بينما يكون الراشد هو الجاني قانونا بينما لا يتطلب ذلك في زنا المحارم.

ويري ستيفن وزملاؤه (Steven et al) 1990 أنه احتكاك جنسي مع الأقارب أو الأب أو الأب البديل قبل سن الخامسة عشر من العمر.

وتتنوع صور إساءة المعاملة الجنسية من المكالمات التليفونية الفاضحة، عرض الأعضاء الجنسية للأطفال أو مراقبتهم حين يخلعون ملابسهم، الملاطفة والملامسة، ممارسة الجماع معهم (فمي قضيبى، قضيبى مهبلى، قضيبى شرجى، مهبلى يدوي، قضيبى يدوي، يدوي شرجى، لمس الثدي باليد).

إساءة المعاملة المعنوية (العنف النفسى) :

تعتبر الأسرة هي المؤسسة النفسية والاجتماعية الأولى بالنسبة للطفل ففيها تتشكل شخصيته وفيها يمارس أول أنواع التفاعل الاجتماعي في إطار التنشئة الوالدية ويؤثر الوالدان علي أطفالهما بما يتبنوه من أساليب معاملة وتنشئة وبما يتلقاه الطفل من معايير وقواعد سلوكية وقيم أخلاقية ودينية فالآباء هم المسؤولون أساسا عن تزويد أبنائهم بالنمو الآمن ليصبحوا أفرادا أسوياء في المجتمع، وهذا يشتمل علي الإشاعات الفيزيائية الأولية من المطعم والملبس والمسكن والرعاية الصحية والحماية من الأخطار ويشمل أيضا مسئوليتهم عن إشباع فضولهم وإزالة الاعتمادية وزيادة النمو الاجتماعي والانفعالي والروحي والمعرفي.

ويعتبر الامتناع عن تحقيق أي جزء مما سبق نوع من العنف أو الإهمال المعنوي وهو ما ذهب إليه جاربارينو وكوتر (Garbarino and Couter) 1978 حين أشارا إلي وجود أربعة أنواع من التحطيم المعنوي وهي:

- 1- حرمان الطفل من السلوك الإيجابي للآباء مثل العناق والابتسام.
- 2- أي سلوك سلبي يحدث نتيجة خلل في العلاقة بين الطفل والآب.
- 3- أي سلوك أبوي يؤدي إلي نقص ثقة الطفل بذاته.

4- أي سلوك أبوي يؤدي إلى تقلص المهارات الاجتماعية المطلوبة للأداء الجيد في الوسط غير العائلي والمدرسة وجماعة الأقران.

ويعرفه فريديرايخ وهيلزر (Friedrich and Wheeler) 1982 علي أنه الفشل في إمداد الطفل بالعاطفة والمساندة الضرورية لنموه الانفعالي والنفسي والاجتماعي ويتضمن أي سلوك يأتي به الوالدين أو القائمين علي رعاية الطفل ويتعارض مع الصحة النفسية له أو نموه النفسي والاجتماعي ويتضمن ذلك إطلاق أو استدعاء الطفل بأسماء مضحكة أو يقصد بها السخرية منه، وإلقاء المسؤولية علي الطفل ولومه علي مشكلات البالغين أو الحالة المالية لهم وتنمية إحساس الطفل بالخجل والذنب والمقارنات السلبية بالأخريين والاستخفاف بالطفل والتقليل من شأنه.

ويري جاريرينو ورفاقه (Garbarino et al) 1986 أنه واحد من خمس صور من السلوك النفسي المدمر:

- 1- الرفض (Rejection) وهو رفض الراشد الاعتراف بقيمة الطفل وشرعية احتياجاته.
 - 2- التعذيب (Terrorizing) وفيها يهاجم الطفل لفظيا بواسطة بالغ يخلق حوله جوا من الخوف والرعب مما يؤدي إلي اعتقاد الطفل أن العالم متقلب الأطوار ومدمر.
 - 3- العزل (Isolation) وفيها يتم منع الطفل من اكتساب الخبرات الاجتماعية الطبيعية عن طريق الراشد مما يمنعه من تكوين الصداقات ويدفعه إلي الاعتقاد بأنه وحيد في هذا العالم.
 - 4- الإهمال (Ignoring) وفيها يحرم البالغ الطفل من المنبهات السلوكية التي يحتاج إليها مما يجعله يفشل في الاستجابة الاجتماعية بطريقة مناسبة ويؤدي إلي نقص النمو الانفعالي والعقلي والمعرفي.
 - 5- الإفساد (Corrupting) وفيها يتجه الطفل إلي سلوك ضد المجتمع ويشجعه البالغ علي هذا السلوك المنحرف.
- يري جل (Gill) 1975 أن العنف المعنوي لا يقتصر علي مستوي الأسرة فقط بل قد يصل إلي مستوي الدولة ومراكز الرعاية اليومية ووكالات رعاية الأطفال، ولا يمكن إهمال مستوي المعيشة الذي يسمح لملايين من الأطفال أن يعيشوا تحت خط

الفقر ولا تساعدهم علي الحياة عن طريق الرعاية الصحية المناسبة والغذاء الكافي والتعليم في بيئة مناسبة آمنه.

وتظهر الإساءة النفسية المستمرة للطفل من خلال إظهار الرفض أو العزل والتخويف والسخرية والمقارنة بالآخرين والصراخ في وجهه والشتم وغيرها من أشكال الإساءة التي تؤثر علي صحة الطفل النفسية في مراحل عمره المختلفة.

الإهمال :

وهو العجز والفشل في إمداد الطفل باحتياجاته الأساسية كالطعام والملبس والشراب والعلاج وقد يكون هذا الإهمال بدنيا أو عاطفيا أو تربويا.

1- الإهمال البدني :

ويتضمن رفض العناية اليومية بالطفل وعدم تقديم الخدمات الطبية العاجلة له والهجر والإشراف غير الكافي من الوالدين، وترك الطفل بلا عناية لفترة طويلة من الوقت أو تركه بمفرده في المنزل ليكون مسئولاً عن أخوه أصغر منه أو طرده من المنزل وعدم السماح له بالعودة.

2- الإهمال العاطفي :

ويتضمن الإساءة المتطرفة إلي الزوج أو الزوجة في وجود الطفل والسماح للطفل بتعاطي المخدرات والكحوليات، وعدم محاولة منعه من ذلك، ورفض أو الفشل في تزويد الطفل بالعناية والرعاية النفسية التي يحتاج إليها، ونقص العواطف البدنية مثل العناق والعواطف الكلامية مثل الثناء عليه أو الإطراء.

3- الإهمال التربوي (Educational N) :

ويتضمن السماح للطفل بالغياب عن المدرسة دون سبب أو عذر أو الفشل في إدراج الطفل بالمدرسة عند السن الإلزامي وعدم الاهتمام والانتباه للحاجات التربوية الخاصة به مثل أنه في حاجة إلي فصل تربوية خاصة ولا يفعل الأب شيء نحو ذلك.

الفصل الرابع

دراسات ناقشت ظاهرة العنف الأسرى

- دراسات عالمية.
- دراسات مصرية.
- دراسات عربية.

الفصل الرابع دراسات ناقشت ظاهرة العنف الأسرى

تعتمد الدراسات الانتشارية (المجتمعية) علي التعريف المستخدم وكذلك مدي العمر المستخدم في التعريف ومصادر المعلومات، فدراسات العنف البدني الشديد خاصة التي تؤدي إلي الوفاة أكثر قدرة علي إعطاء نتائج تعكس معدل الانتشار الصحيح للعنف حيث أن العديد من الحالات البسيطة تكون غير مسجلة أو معروفة، كما أن العائلات تتستر علي العنف الجنسي ويظل مجهولا حتى تتكلم الضحية في مراحل متقدمة من حياتها أو أثناء العلاج النفسي أو عند فحصها طبيا خلال مشكلة أخري ويظل العنف المعنوي هو أسهل الأنواع من حيث قدرة الضحية علي الاسترسال فيه بسهولة.

كما تواجه الدراسات الإنتشارية صعوبة في تحديد مفهوم العنف عند الناس فهناك تعريفات تضع حدودا ضيقة وأخرى تكون أكثر اتساعا، كما تتأثر الدراسات بتوجهاتنا واستجاباتنا الانفعالية نحو المريض ومشكلته خاصة في حالات زني المحارم أو العنف الجنسي.

تظهر التقديرات أن أكثر من مليون طفل يتعرضون لإساءة المعاملة سنويا في الولايات المتحدة الأمريكية حيث ارتفعت المعدلات من (11.000) إحدى عشر ألف حادثة عام 1968 إلي (1.727.000) مليون وسبعمئة وسبعة وعشرون ألف حالة عام 1984. 82% منها ذات قيمة، وقفزت النسبة في عام 1992 إلي (2.900.000) مليونين وتسعمائة ألف حالة حسب تقرير (NCPCA 1993) وهذه الزيادة تعكس زيادة حجم الوعي بالمشكلة والتحسن في إجراءات التسجيل أكثر منها زيادة في معدل الحدوث أو الانتشار وان كان لا ينفي ذلك فقد زادت جرائم العنف والانحراف والانتحار في المجتمع الأمريكي (Green et al 1989 & Cichetti and Manly 1990 & NCPCA1993).

وفي عام 1997 سجلت وكالات خدمات حماية الطفل في الولايات المتحدة الأمريكية (Child Protection Services (CPS أن (3.195.000) ثلاثة ملايين ومائة وخمسة وتسعون ألف طفل تعرضوا للإهمال أو لإساءة المعاملة، وهذا الرقم

يزيد عن المسجل عام 1996 بزيادة قدرها 7.1% وزيادة قدرها 41% عن الرقم المسجل عام 1988 ووفقا لهذا المسح تمثل حالات العنف البدني 22%، والعنف الجنسي 8% والنفسي 4% وتمثل حالات الإهمال 54% كما وجد أن 5% من الأطفال خبروا أشكال مختلطة من إساءة المعاملة.

وفي تقرير الرابطة الأمريكية لحماية الطفل من إساءة المعاملة ظهر أنه ما بين عامي 1995 و1997 فقد 78% من الأطفال حياتهم نتيجة لتعرضهم للعنف وكانت أعمارهم أقل من خمس سنوات عند وفاتهم، منهم 38% تحت سن عام ميلادي واحد. وكانت أول واكبر الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية هي التي قام بها جل (Gill) عام 1965 وتم تسجيل نتائجها في عامي 1970، 1973 وكانت الدراسة علي 1520 شخص عن مدي ما يعرفونه من معلومات عن العنف والخدمات المقدمة للمعرضين له وتوجهات الأشخاص نحو هذه المشكلة ونحو هذه الخدمات، أظهرت النتائج أن 8% فقط يعرفون بعض المعلومات عن العنف ولكن لا يعرفون أي معلومات عن الخدمات المقدمة والمتاحة، وسجل 15.9% أنهم استخدموا العنف مع آبائهم، وألحق 4% فقط منهم أطفالهم بهذه الخدمات، وان 66.4% يفضلون مراقبة الآباء وعلاجهم، و27% يرون حبس الآباء وعقابهم.

وفي دراسة قام بها ستيوارت وجيليس (Staurt and Gelles) 1980 لقياس معدل انتشار العنف ضد الأطفال وهي دراسة تعتمد علي التقرير الذاتي للشخص وكانت علي 2143 شخص، سجل 58% منهم أنهم يقومون ببعض العنف نحو أطفالهم أثناء عام الدراسة وان 71% قاموا بذلك في فترة ما أثناء مرحلة طفولة آبائهم.

ويري كابن (Kaplan) 1980 أن الوسائل المستخدمة في العنف البدني ضد الأطفال تتراوح بين العن (1% أثناء العام الذي تمت فيه الدراسة، 4% خلال فترة ما من حياتهم) وأن واحد من كل ألف يتم تهديدهم باستخدام المسدس أو السكين خلال عام الدراسة و3% خلال فترة ما من حياتهم، وان 4.5% يتم طرحهم أرضا، و6.6% تعرضوا للدفع بالأيدي كما يعتبر الصفع من أكثر أنواع العنف انتشارا وقبولا من العامة ويحدث بنسبة 9.6% كما يمثل الرفس بالقدم 8.9%، كما تمثل العلكة الكاملة (Beating) 6%.

وعن علاقة المعتدي بالمعتدي عليه تري الدراسات أن المسؤولين عن رعاية الطفل هم الأكثر اعتداءً عليه، ففي دراستهما علي 437 فتاة راشدة تم حجزهن في المستشفيات النفسية للعلاج من اضطرابات انفعالية وجدا أرشاد وجيمس (A 1983 rshad and James) أن عدد كبير منهن تعرضن لإقامة علاقة غير شرعية مع محارمهن، وقد حدث هذا في متوسط عمري 11.9 سنة للفتاة، وكان الأب الشرعي هو المعتدي في ثلث الحالات، والأب البديل يمثل الثلث الثاني واقتسم باقي أفراد الأسرة والأقارب الثلث الأخير من الحالات.

وفي دراسة هيرمان وآخرون (Herman et al) 1986 وجد أن 16% من معدل انتشار الاعتداء الجنسي أثناء الطفولة يتم عن طريق الأقارب، وأن 45% من الجناة عادة ما يكون الأب الشرعي أو الأب البديل.

ويري ديبراه ورفاقه (Deberah et al) 1996 أن الأب يكون هو المعتدي في 26% من حالات الاعتداء الجنسي علي الفتيات، بينما في حالة الأولاد يكون المعتدي غالباً من خارج الأسرة (68%) من العينة، وفي حالة الاعتداء البدني يكون الأب هو المعتدي في أغلب الحالات.

وفي دراسة علي 582 من الهنود الأمريكيين عن طريق عمل مقابلة إكلينيكية شبة مقننة وجد أن 49% من السيدات، و14% من الرجال تعرضوا للإساءة الجنسية أثناء الطفولة، وأن 78% من الجناة كانوا من داخل العائلة (Robin et al. 1997).

ويشير التقرير الذي قدم للكونجرس الأمريكي عام 1999 (NCANDS1999) أن 77% من مرتكبي إساءة معاملة الأطفال هم الوالدان، وأن 11% من الأقارب، وأن ما يقرب من عشرة مليون طفل أقل من سن الثامنة عشر من العمر يتأثرون سلباً من سوء معاملة والديهم.

وقد قامت أفري وآخرون عام 2000 (Avery et al) بدراسة علي الأطفال المعرضين للعنف الجنسي وكان حجم العينة 54 طفلاً (43 ذكر، 11 أنثى) وتزاوجت أعمارهم بين ست سنوات وثمان عشرة سنة ووجدت الباحثة أن 62.9% من أطفال العينة حدثت لهم إساءة جنسية من الأب أو الأب البديل، و16.7% منهم تعرضوا للإساءة الجنسية من الأخوة الأكبر سناً في الأسرة مما يشير إلي أن معظم الإساءات الجنسية غالباً ما يقوم بها الذكور داخل الأسر.

ووجد تونج (Tong) 2002 أن 28% من المعتدين جنسيا علي الأطفال مجهولين بالنسبة لهم (أغراب) بينما 72% معروفون لهم (أقارب، أصدقاء للأسرة) كما وجد أن متوسط سن المعتدي كان 24 سنة.

وإذا تحدثنا عن انتشار الظاهرة في المجتمع العربي عامة والمجتمع المصري بصفة خاصة فلن نجد إحصائيات رسمية أو غير رسمية عن معدل حدوث أو انتشار ظاهرة العنف الأسري أو إهمال الأطفال، كما أن المستشفيات والعيادات والمدارس ومراكز الشرطة لا تقوم في الغالب بتسجيل حالات العنف أو الإهمال، كما لا توجد دراسات انتشارية (مجتمعية) أجريت علي عينة ممثلة للمجتمع المصري أو العربي بكل فئاته، وإن كانت هناك بعض الدراسات التي أجريت علي عينات كبيرة نسبيا مثل:

1- دراسة عبد الوهاب كامل 1991 علي 722 طفل من محافظتي الغربية وكفر الشيخ وكانت أعمارهم بين الثانية والتاسعة عشر من العمر واشتملت العينة علي أطفال يمثلون القرى والمدن والمراكز وكانت نتائجه كالتالي: 37.8% من أطفال عينة الدراسة يتعرضون للضرب المبرح الذي يصل إلي حد التعذيب، و34.5% من الأباء والأمهات يستخدمون التقييد بالحبال كوسيلة للعقاب، و26.2% من الأباء يمارسون سلوك العض، علي حين بلغ معدل استخدام أسلوب الكي بالنار 18.1%.

2- دراسة أيهاب ناشد 1991 علي طلاب مدرستين ابتدائيتين إحداهما تمثل المستوى الاقتصادي والاجتماعي المرتفع وأخري تمثل المستوى الاقتصادي والاجتماعي المنخفض وكانت العينة تمثل 1205 طالب وظهر أن معدل حدوث العنف البدني في أطفال العينة بلغ 44.5%، و33.9% في الأسر ذات المستوى الاجتماعي المنخفض والمرتفع علي التوالي، ومعدل حدوث الاعتداء الجنسي 3.8%، و0.6% علي التوالي، كما أظهرت النتائج أن أولياء الأمور يستخدمون العقاب بالضرب أو العقاب العنيف بنسبة 28.7%، و19.9% علي أطفال المستويان الاقتصادي والاجتماعي المنخفض والمرتفع علي التوالي.

3- دراسة الدفراوي وآخرون 1997 عن طريق مقابلة الأمهات اللاتي لديهن أطفال تحت سن الثامنة عشر من العمر في حضر محافظة الإسماعيلية حيث وجد أن

46% من الأمهات يستخدمن العنف المعنوي، 42.5% منهن تستخدمن العقاب البدني البسيط والمعتدل كوسيلة للتربية وأن 13% منهن يستخدمن الإيذاء البدني الشديد.

4- دراسة هدي يوسف وآخرون 1998 علي 2170 طالب وطالبة يمثلون طلاب مدارس التعليم الأساسي والمتوسط في 18 مدرسة حكومية بمحافظة الإسكندرية في الفئة العمرية من عشرة سنوات ونصف إلي عشرين سنة حيث وجد أن 74.1% يتعرضون للعقاب البدني من الأهل 25.8% منهم عقاب بدني قاسي أدي إلي حدوث جروح إصابات، وكسور، واغماءات، كما أن 22.33% منهم تطلبت إصاباتهم التدخل العلاجي، وكان العقاب البدني أكثر انتشارا في الأسر التي يقل تعليم الآباء فيها عن الثانوية العامة، والأسر كبيرة العدد، والأسر ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض.

وهناك بعض الدراسات التي أجريت علي المرضى المترددين علي العيادات النفسية مثل:

1- دراسة فهمي وآخرون 1995 علي 627 مريض نفسي عن تاريخ تعرضهم للعنف الجنسي أثناء الطفولة حيث وجدوا أن 8.6% منهم تعرض للاعتداء الجنسي (69.2% ذكور، 30.8% إناث).

2- دراسة حسام إمام 1998 علي المرضى المترددين علي عيادة الأمراض النفسية بالقصر العيني حيث وجد أن 8.6% منهم سجلوا تعرضهم لاعتداء جنسي أثناء الطفولة (38% إناث، 16% ذكور).

3- دراسة سليمان وعفت 2000 في متابعة لعدد 75 مريضة بالاكتئاب في الفئة العمرية من (18-49 سنة) ممن تم حجزهن بالمستشفى خلال عام 1997 وذلك لمدة عامين حيث وجد أن اللاتي عانين من إساءة المعاملة الجنسية أثناء الطفولة أكثر تعرضا لاعتلال المزاج (Dysthymia)، ويستجبن للشفاء الجزئي، وإساءة استخدام العقاقير، وزيادة محاولات الانتحار، واستهلاك الخدمات الطبية، وعدم التوافق الاجتماعي بدرجة أعلى من اللاتي لم يتعرضن لذلك.

وعلى المستوي العربي كانت هناك دراسات في عدة دول وخاصة مدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية:

1- دراسة مها العلي 1999 علي 1000 طالب وطالبة في الفئة العمرية من عشرة إلى اثني عشرة عاما عن أساليب العقاب المتبعة من قبل أمهاتهم وكان العقاب البدني يشتمل علي الضرب بالسوط والعصا أو استخدام آلة حادة والصفع علي الوجه والحرق بالمكواة أو الولاة أو الإبقاء تحت الشمس الحارقة فترة من الزمن، وكان العقاب النفسي يشتمل علي التوبيخ والاستهزاء بالطفل أمام الآخرين، والسب، والصراخ في وجهه أو تخويفه.

وكانت هذه الأساليب أكثر انتشارا بين الأمهات اللاتي لا يجدن القراءة والكتابة، وصغيرات السن، وذوات المستوي الاجتماعي والاقتصادي المنخفض، كما وجدت الدراسة أن الذكور أكثر تعرضا للعقاب من الإناث، وأنه لا فرق بين الأمهات العاملات وغير العاملات في طرق استخدام الأساليب العقابية.

2- دراسة منيرة آل سعود 2000 علي 182 فرد يمثلون المتخصصين والمهنيين المتعاملين مع الأطفال الذين تعرضوا للعنف في عشرة مستشفيات بالرياض عن أكثر أنواع العنف الذي تعرضوا له فكان العنف البدني يمثل 91.5%، والإهمال يمثل 87.3%، وأحيانا الإيذاء النفسي وأخيرا الإيذاء الجنسي وكان المعتدي في أغلب الأحوال أحد الوالدين خاصة في الأسر المفككة، وذات الدخل المنخفض، والتي تعيش في نار الخلافات الزوجية.

3- دراسة الحلواني وآخرون 2001 حيث رصدوا حالات العنف المسجلة في تقارير 6 مستشفيات حكومية وأهلية بالرياض من عام 1990 إلي 2000 حيث وجدوا أن 75 حالة عانت من العنف الشديد، وتمثلت النسب في 76% عنف بدني، 18% عنف جنسي، 12% إهمال، كما وجدت الدراسة أن الذكور المعرضين للعنف أقل من الإناث (44%، 55% علي التوالي) وأنه كلما صغر سن الطفل كلما تعرض أكثر للعنف، وعادة ما يكون المعتدي أحد الوالدين.

4- دراسة سهام الصويح 2003 علي 835 مدرس من مدرسي الروضة والمدارس الابتدائية ومعاهد التربية الخاصة بمدينة الرياض عن رؤيتهم لأكثر أنواع العنف انتشارا وكان الإهمال يمثل قمة الهرم سواء إهمال تغذية الطفل أو نظافته أو ملابس أو دراسته من قبل الأبوين ثم الإساءة النفسية للطفل من قبل ذويه ثم

الإساءة الجنسية وأخيرا الإساءة البدنية للطفل، ووجدت الدراسة أن ذلك أكثر انتشارا بين الأسر ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المنخفض مثل باقي الدراسات وان كانت اختلفت في أنها وجدت الإساءة أعلي بين الأطفال الأكبر سنا وقد يرجع ذلك لأن أطفال الروضة يمثلون المستوى الاجتماعي المرتفع الذي غالبا ما يستخدمون طرق العقاب السوي في التعامل مع الأطفال.

5- دراسة عواطف الحبشي 2001 عن واقع العنف الأسري في البحرين من خلال القضايا الواردة إلي وزارة الداخلية في الفترة من 1997 إلي 2000 حيث تمثلت الاعتداءات في 262 حالة كانت نسبة الاعتداءات الجنسية فيها 64% والاعتداءات البدنية 36%، وكان الاعتداء أكثر انتشارا بين الذكور (77%) وكان الذكور المعتدي عليهم جنسيا يمثلون 65% وغالبا ما يكون الاعتداء من خارج الأسرة، كما تمثل الإناث 35% وغالبا ما يكون الاعتداء عليهن من داخل الأسرة وتفسر الباحثة ارتفاع نسبة الذكور في الاعتداءات الجنسية عكس الشائع بأن الإناث في المجتمع العربي أقل خروجاً وبالتالي أقل تعرضاً لذلك، كما يمثل الخوف من الفضيحة والوصمة الاجتماعية سببا مهما يمنع الفتاة وكذلك أهلها من الإبلاغ عن الاعتداء خاصة أنه غالبا من داخل الأسرة.

ورغم ندرة الأبحاث العربية إلا أنها تعطي انطبعا عن المشكلة وعن مدي انتشارها وان طبيعة الظاهرة لا تختلف كثيرا عن الغرب في طبيعتها أو معدل انتشارها أو طبيعة الأسرة أو الطفل المعتدي عليه أو صفات المعتدي ذاته وأن الاختلاف الوحيد الظاهر بين الدراسات العربية والأجنبية أن الذكور هم الأكثر تعرضا للاعتداء من الإناث وقد تم تفسير ذلك بالبعد الثقافي والظروف الاجتماعية العربية التي تسمح للذكور بحرية الحركة وكذلك اختلاف طريقة تربية الذكور عن الإناث في المجتمع العربي حيث يميل الآباء لاستخدام الشدة والعنف مع الذكور لإعدادهم لتحمل المسؤولية علي حد زعمهم، ومن أهم أسباب ارتفاع نسبة اكتشاف الظاهرة في الذكور بنسبة أعلي عن الإناث هو الخوف من العار والوصمة الاجتماعية خاصة عند الاعتداء الجنسي. ومما سبق نجد أن :

معدل انتشار العنف البدني يتراوح بين 13% كما في دراسة الدفراوي ورفاقه 1997، و74% كما في دراسة هدي يوسف وآخرون 1998، بينما كان معدل انتشار العنف الجنسي يتراوح بين 0.6% كما في دراسة أيهاب ناشد 1991، و49% في دراسة روبين وزملاؤه 1997 في الدراسات الانتشارية.

بينما كان معدل انتشار العنف البدني في أسر المرضى المترددين علي العيادات النفسية يتراوح بين 36% (عواطف الحبشي 2001)، و91.5% (منيرة آل سعود 2000)، والعنف الجنسي يتراوح بين 8.6% (فهمي وآخرون 1995)، و64% (عواطف الحبشي 2001).

وكانت الفتيات الأكثر تعرضا للعنف الأسري بأنواعه المختلفة في الدراسات الغربية، بينما يمثل الذكور النسبة الأعلى تعرضا للعنف البدني والجنسي في الدراسات العربية.

وبالنسبة لعلاقة المعتدي بالمعتدي عليه وجدت الدراسات أن الأب الشرعي أو الأب البديل هو الفاعل بنسبة 26% (ديبيراه وآخرون 1996)، و77% (فوقية راضي 2002).

الفصل الخامس

العوامل المؤثرة في حدوث العنف الأسري

- العنف المنتقل عبر الأجيال.
- سمات القائم بالاعتداء.
- سمات الطفل الأكثر عرضة للاعتداء.
- مواصفات الأسرة التي ينتشر فيها العنف.
- العوامل البيئية المفسرة للعنف الأسري.

الفصل الخامس العوامل المؤثرة في حدوث العنف الأسرى

العنف المنتقل عبر الأجيال :

تعطي الدراسات أهمية كبيرة للأحداث والخبرات التي تعرض لها المعتدي أثناء طفولته ويؤكد ذلك كابلان ورفاقه 1988 (Kaplan et al) في دراسته حيث وجد أن 90% من الآباء المعتدين علي أطفالهم هم أنفسهم تعرضوا لاعتداء بدني شديد من آبائهم، وهو ما يؤكد ما توصل إليه جاكوبسون وريتشاردصن 1987 (Jacobson and Richardson) الذي وجد النسبة 58% في دراسته، وكذلك هيرمان 1986 (Herman) حيث وجد النسبة 22% ولا يختلف ديبيراه و.زملأوه 1996 (Debarah et al) عن الآخرين في الرؤية وان كان يختلف عنهم في النسبة حيث يري أنها 70% فقط وفي مصر لم تختلف الصورة ففي دراسة فاطمة وآخرون 1999 علي الأسرة المصرية في حضر محافظة الإسماعيلية حيث وجدت أن الآباء الذين تعرضوا للعنف أثناء طفولتهم يستخدمون ذلك مع أطفالهم 12 ضعف مقارنة بالذين لم يتعرضوا لذلك (7 أضعاف في حالات العنف البدني، و5 أضعاف في حالات العنف المعنوي).

وتري بعض الدراسات أن تعرض الشخص لإساءة المعاملة أثناء الطفولة له تأثير محدود علي قيامه بنفس السلوك عند الرشد وهو ما توصل إليه هيرنكول وهيرنكول 1980 (Hernkohl and Hernkohl) في دراستهما حيث وجد أن 38% من عينة الدراسة تعرضوا للإساءة ولكنهم لم يسيئوا إلي أطفالهم.

وهو نفس ما توصل إليه اجيلاند وآخرين 1988 (Egeland et al) في دراستهم علي الأمهات حيث وجدوا أن 26% من الأمهات لم يتعاملن بالعنف مع أطفالهن رغم وجود تاريخ سابق للإساءة إليهن أثناء الطفولة، كما وجد زيناه وزيناه 1989 (Zeanah and Zeanah) أن 43% من الآباء الذين حصلوا علي مؤازرة انفعالية جيدة أثناء الطفولة يسيئون معاملة أطفالهم.

وتؤكد للدراسات أن الآباء الذين كسروا دائرة العنف (لم يتعاملوا بالعنف مع أطفالهم رغم تعرضهم للعنف أثناء الطفولة) تمتعوا بالمميزات التالية:

1- لديهم تدعيم اجتماعي قوي.

- 2- لديهم ثنائية وجدانية أقل نحو الحمل.
- 3- أطفالهم أصحاء بنديا.
- 4- لديهم قدرة كبيرة علي التعبير عن غضبهم وقدرتهم علي إعطاء معلومات مستفيضة وكافية عن خبرة الاعتداء عليهم أثناء الطفولة.
- 5- لديهم قدرة كبيرة علي إقامة علاقات تدعيمية قوية مع أحد آبائهم أو أصدقائهم أو القرين (الزوج).

هناك بعض النظريات التي تفسر انتقال العنف حول الأجيال:
أولاً: النظرية التحليلية :

تري النظرية التحليلية أن مربى الطفل فشل في التوحد مع دور الأم (الدور التربوي) ووجه الغضب الذي يشعر به تجاه والدته أو والدة نحو ابنه.
بينما يري فيليب باركر (Philip Parker) 1988 أن اللاوعي في الأباء يحتوي علي الموديل الأبوي الذي يجب أن يكون عنيفا وهنا يري أن العقاب البدني هو السلوك المثالي للتعامل مع السلوكيات غير المرغوبة في الأطفال.

ثانياً: نظريات التعلم :

اشتقت أغلب الفروض التي حاولت تفسير انتقال الإساءة عبر الأجيال من نظريات التعلم الاجتماعي أو من نظرية بولبي (Bowlby).

أولاً: نظرية التعلم الاجتماعي:

يكتسب الأطفال العديد من السلوكيات عن طريق مراقبة سلوك الآخرين وتقليدهم بحيث يمكن القول أن الإنسان ينخرط في السلوك العدواني تجاه الآخرين نتيجة لعدة أسباب هي:

- 1- المحاكاة.
 - 2- استقبال الشخص أو توقعه أشكالاً عديدة من الإثابة للقيام بهذا السلوك.
 - 3- القيام بتشجيعه بشكل مباشر علي السلوك العدواني لأسباب إجماعية أو بيئية.
- فالأطفال قد يكتسبون السلوك العدواني من خلال ملاحظة الأهل وهو ما يعرف بالتعلم النموذج (Modeeling) أو التعلم الانتقائي.

ثانياً: نظرية بولبي (نظرية التقارب المعاصرة) Contemporary Attachment Theory

: Theory

تري النظرية أن علاقة التقارب الباكرة بين الرضيع ومن يقوم برعايته تقدم نموذجاً أولياً للعلاقات اللاحقة، فيتولد لدى الطفل من خلال الخبرات الباكرة مع من يهتم به توقع إمكانية الحصول على الآخرين وقت الحاجة، ويمتلك الطفل الذي استطاع تكوين علاقات آمنة صور ارتباطيه موجودة وقت الحاجة، ويمتلك أيضاً نموذج تمثيلاً لذاته كشخص محبوب وله قيمة، وعلى العكس فالأطفال الذين لم تجاب متطلباتهم يتوقعون أن العناية غير متاحة لهم، وأن الآخرين لا يوثق فيهم، وحينما يكبرون يصعب عليهم الدخول في علاقات مؤازرة مع الآخرين أو أن يقدموا اهتمام كاف لذرياتهم.

وأصحاب هذه النظرية يرون أن النماذج التمثيلية (Representational Models) من العلاقات المتقاربة التي يتم استدخالها وتكاملها في بناء الذات، وهذه النماذج التمثيلية هي التي من خلالها ينتقل السلوك السيء من الجيل إلى الذي يليه.

ويري ستيل وبولوك (Steele and Pollock) 1968 أن الأباء الذين يسرفون في استخدام العقاب مع أطفالهم هم في الغالب يتخذون من الطفل وسيلة للتنفيس عن رغباتهم العدوانية المكبوتة وإحباطاتهم ومشاعرهم السلبية المختلفة نحو أنفسهم، وليست ممارستهم سوي رد الفعل المرضي على ظروف حياتهم التي لا يطبقونها.

سمات الأباء القائلون بالعنف :

كان من المعتقد أن المرض النفسي أو العقلي للأباء هو السبب الرئيسي والمسئول الأول عن إساءتهم معاملة أطفالهم مما جعل الأبحاث تتجه لبحث سمات وصفات الجناة المتهمين بالاعتداء على الأطفال.

لقد افترض الباحثون بناء على الخبرة الإكلينيكية المبدئية أن الإساءة والإهمال ينجمان عن الاضطرابات النفسية والعقلية للأباء أو ناجمة عن وجود اضطرابات في الشخصية، ولكن الأبحاث أثبتت أن نسبة قليلة جداً من الأباء المسيئين إلى أطفالهم ذهانيون أو مضطربون عقلياً، ولكن هناك العديد من السمات التي يتصف بها هؤلاء الأباء منها: التقدير السلبي للذات، الشعور بالعزلة، صعوبة تحمل الإحباط، عدم

القدرة علي تأجيل الرغبات، صعوبة التحكم في الغضب، القسوة، العدوانية، نقص القدرات الذهنية، الاعتمادية المفرطة علي الآخرين.

ولا يمكن إغفال وجود الاضطرابات النفسية خاصة القلق والاكتئاب وتعاطي الكحوليات والمخدرات كسبب مباشر وهام لحدوث هذه الاعتداءات. كما يمثل سن الأب أو الأم عند الزواج، وجود الأب أو الأم كوالد وحيد للطفل، تعرضه هو نفسه لخبرة سوء المعاملة أثناء الطفولة من الأسباب المهمة لحدوث مثل هذا العدوان.

ويشير الدخيل 1997 إلي أن تحديد السمات النفسية للمعتدي لا يعني بالضرورة حتمية حدوث الإساءة منه ولكنها تشير إلي توقع حدوثها بدرجة كبيرة بشرط أن تكون هذه السمات موجودة بشكل واضح مثل اضطرابات السلوك. وهو يؤكد علي ما توصل إليه ستراس 1979 (Straus) من أن 10% فقط من العنف ضد الأطفال ترجع إلي عوامل شخصية في المعتدي.

كما وجدت الدراسات أن حياه هؤلاء الآباء أثناء الطفولة تميزت بالعديد من الصفات منها:

- 1- الرفض من الأسرة والعدوان والتربية المتسلطة العنيفة.
- 2- الإحساس الزائد بعدم الأهمية.
- 3- العقاب الصارم والزائد عن الحد من الأسرة.
- 4- الانفصال عن الأم قبل سن الحادية عشرة من عمره.

سمات الأطفال الأكثر عرضه للعنف :

تري الدراسات أن الطفل المشكلة هو أكثر الأطفال تعرضا للعنف بأنواعه المختلفة، ولفظ الطفل المشكلة يطلق علي الأطفال الذين لديهم إعاقات عقلية أو بدنية أو أمراض عضوية مزمنة أو اضطرابات سلوكية أو الذين يهاجمهم المغص باستمرار أو المولودين ناقصي النمو هم الأكثر تعرضا للعنف.

ويؤكد الدخيل 1997 علي ما سبق ويضيف عليه أن الأطفال الذين تسبب ولادتهم ضغطا وتوترا داخل الأسرة أو الأطفال غير المرغوب في ولادتهم لأسباب اجتماعية أو اقتصادية، أو الذين توافقت ولادتهم مع مرور الأسرة بأزمة مادية أو

نفسية أو فقدان أحد أفراد الأسرة وخاصة أحد الأبوين من أكثر الأطفال تعرضا للعنف.

ولقد اهتمت العديد من الدراسات بالطفل ناقص النمو بصفة خاصة حيث سجل العديد من الباحثين ارتفاع معدل انتشار إساءة معاملتهم، حيث وجد سكينر وكاستيل (Skinner and Castle) 1969 أن 13% من الأطفال المتعرضين للإساءة ناقصي النمو، وارتفعت النسبة إلى 28% في دراسة لينيش وروبرت (Lynch and Robert) 1977، وإلى 25% في دراسة كابلان وزملاؤه (Kaplan et al) 1983 وهو نفس ما يراه صادوك (Sedlck) 1997.

وهناك العديد من التفسيرات التي تشير إلى دور نقص النمو في حدوث إساءة المعاملة منها ما يراه نيويبرجر (Newberger) 1977 أن الطفل ناقص النمو يصاحبه العديد من المشاكل مثل صعوبات الحمل والولادة والانفصال عن الأباء خلال الشهور الأولى من الحياة إذا احتاج الطفل أن يوضع في المحضن.

ويؤكد سكينر وبيري (Skinner and Berry) 1993 علي أن الطفل ناقص النمو كثيرا ما يتعرض للإصابة بالأمراض كما أنه يسبب توترا كثيرا في حياه من حوله. كما أنه قد يكون غير جذاب (unattractive) وشديد الالتصاق بمن يتحمل مسئوليته هي من أهم مسببات إساءة معاملته وهو ما يراه بيركاويت (Berkawit) 1988.

وفي متابعته لعدد 146 طفل ناقصي النمو لمدة عامين وجد كلاس وكينيل (Klaus and Kennel) 1976 أن المشكلة ليست في نقص النمو بقدر ما هي في قدر اهتمام الأباء بمتابعة أولادهم دوريا في المراكز المخصصة لذلك، ففي متابعته لهؤلاء الأطفال وجد أن 135 طفل منهم لم يعانون من إساءة المعاملة ولم يفشلوا في الوصول إلى النمو الطبيعي، وأن 9 أطفال من المساء إليهم (81%) كانت أمهاتهم تزور المركز بعدم انتظام، فهو يري أن المشكلة تكمن في خوف الأم وتوترها وليس في نقص النمو، فالأم الخائفة تكون أقل التصاقا بالطفل، وأقل قدرة علي تهدئته والتعامل معه برفق.

وتعتبر الإعاقات وخاصة العقلية منها أحد أهم أسباب التعرض للعنف حيث كانت أعلى نسبة وجود إعاقة في الأطفال المعتدي عليهم 53.2% كما في دراسة موريس ورفاقه (Morse et al) 1970 وأقل نسبة هي 13.5% كما في دراسة سمييس

1975 (Smith) وتمثل صعوبات التعلم أهمية كأحد أسباب التعرض للعنف في الأطفال حيث تنتشر بنسبه 6.7% بين الأطفال المساء إليهم. ولم يجد المؤلف معلومات متوفرة عن علاقة الأمراض المزمنة مثل الصرع وأمراض القلب، وكذلك علاقة الإعاقات السمعية والبصرية بالعنف الأسري.

العلاقة بين العنف وسن الطفل:

يعتبر عمر الطفل المتعرض للعنف من العناصر المهمة في حدوث ظاهرة إساءة المعاملة، فالدراسات تري أنه كلما صغر عمر الطفل كلما كان تعرضه لإساءة المعاملة أعلي.

وعن أكثر الفئات العمرية تعرضا للعنف تري الأبحاث أن الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن ثمان سنوات هم الأقل عرضة للعنف في حين أن أعلي المعدلات تحدث بين سن الثالثة والثامنة من العمر، كما يتعرض المراهقون للعنف البدني بصورة أعلي من الأطفال.

ويؤكد هذا نيوصن ونيوصن 1976 (Newson and Newson) في دراستهما حيث وجدوا أن 22% من الأطفال في سن السابعة يصفعون مرة أو أكثر يوميا، و33% يصفعون مرة علي الأقل أسبوعيا، و28% مرة واحدة شهريا، كما أن 4% من الأطفال تحت سن الرابعة يصفعون مرة علي الأقل أسبوعيا ، ولا يعتبر العض سلوكا عنيفا حيث أنه يعتمد علي الغرض منه وعدد مراته ودرجة القوة المستخدمة فيه وكذلك البعد الثقافي والاجتماعي.

ويري ستيرس ورفاقه في دراستهم عام 1986 (Straus et al) أن 82% من الأطفال بين سن الثالثة والتاسعة من العمر يضررون مقابل 66% بين سن العاشرة والرابعة عشر وتقل النسبة إلي 34% بين سن الرابعة عشر والسابعة عشر من العمر.

و يؤكد كابلان وزملاؤه 1988 (Kaplan et al) أن 52% من الأطفال تحت سن الخامسة عشر من العمر في الولايات المتحدة الأمريكية يتعرضون للعنف، وتقل النسبة إلي 27% في المرحلتين العمريتين من الخامسة حتى التاسعة ومن العاشرة حتى الرابعة عشر من العمر، وتصل النسبة إلي 14% في المرحلة العمرية من الرابعة عشر وحتى الثامنة عشر من العمر.

وفي دراسة ديبيراه وآخرون (Debarah et al) 1996 وجدوا أن 83% من عينة الدراسة تم الاعتداء عليهم بدنيا قبل سن الثالثة عشر من العمر، و55% من العينة تم الاعتداء عليهم جنسيا بين السابعة والثانية عشرة من العمر. ويرى انجلو 2004 (Angelo) أن العنف البدني أكثر انتشارا في الأطفال بين سن الخامسة والسادسة من العمر (7.4 لكل ألف) وتكون أقل نسبة في الأطفال تحت سن العامين (3.2 لكل ألف) بينما تنتشر العنف الجنسي في الأطفال بين سن الخامسة عشر والسابعة عشر من العمر (2.7 لكل ألف) وتقل النسبة إلي 2.6 لكل ألف في الأطفال في الفئة العمرية بين الثانية عشر والرابعة عشر من العمر.

ويري بليسكي 1993 (Blesky) أن الصغار أكثر تعرضا للعنف لعدة أسباب منها:

- 1- أنهم عادة ما يتعرضون للضرب بقصد التأديب.
- 2- أنهم يقضون فترة أطول مع المسؤولين عن رعايتهم، فهم أكثر اعتمادا عليهم من الناحيتين الجسدية والنفسية.
- 3- أنهم أكثر عرضة للإصابات بسبب ضعف أجسادهم.
- 4- لديهم صعوبة في تنظيم انفعالاتهم مما يزيد من فرص عدوان الأهل عليهم.

العلاقة بين العنف وجنس الطفل:

وعن جنس الطفل المعتدي عليه يرى كيرنس 1981 (Kerns) أن واحد من كل عشرة أولاد يتعرض للعنف مقابل فتاة من كل ثلاث فتيات. ويؤكد فيليب باركر 1988 (Philip Barker) أن الإناث هن الأكثر عرضة للعنف الأسري حيث وجد في دراسته أن 12% منهن يتعرضن للعنف مقابل 8% من الذكور.

وفي دراسته وجد فينيكل هور وزملاؤه 1990 (Finkelhor et al) أن ثلث الفتيات وعشر الأولاد تعرضوا للإيذاء الجنسي أثناء الطفولة. ويرى ديبيراه ورفاقه 1996 (Debarah et al) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في حالات الاعتداء البدني بينما وجد أن النسبة أعلي بين الإناث في حالات الاعتداء الجنسي (55% مقابل 18%).

كما وجد صادوك وبرودكاست (Sedlck and broadhurst) 1996، صوبيسي وآخرون 1997 (Sobsey et al) أن الإناث أكثر تعرضا للإيذاء الجنسي بينما لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في باقي أنواع العنف أو الإهمال.

وفي دراسة علي 2147 طالب من هونج كونج للإجابة علي استبيان يشتمل علي أسئلة تدور حول العنف الجنسي قبل سن السابعة عشر، ومعرفة معدل حدوثه، ومواصفات الأشخاص المتعرضين لها، فوجد أن معدل انتشار العنف الجنسي 6%، وأنه أعلى بين الفتيات، وسجل 39% من العينة أنهم قاموا بالاعتداء الجنسي علي الآخرين (العنف المنتقل عبر الأجيال) (Tong 2002).

وفي دراسة مجتمعية علي 1327 بنت، و1612 ولد مصابون بالاضطرابات النفسية وجد سبيكترو وزملاؤه 2004 (Spactaro et al) أن 12.4% منهم تعرضوا للإيذاء الجنسي مقابل 3.6% من العينة الضابطة.

وبالنسبة للدراسات العربية فقد وجدت أغلب الدراسات أن الذكور أكثر تعرضا للعقاب البدني والنفسي، وفي الدراسات المصرية وجد فهمي ورفاقه 1995 أن الذكور أكثر تعرضا للعنف الجنسي بينما يري حسام إمام 1998 عكس ذلك، ورأي المؤلف في دراستيه عن العنف الأسري أن الإناث هن الأكثر تعرضا للعنف الجنسي أضعاف الذكور خاصة في حالات الاغتصاب (دراسة المدني وإسماعيل 2005) ولمنهن لا يقمن بالتبليغ إما لأن الفاعل أحد أفراد الأسرة أو خوفا من الفضيحة.

مواصفات أسرة المتعرضين للعنف :

أولا: التعليم :

من مراجعة الدراسات التي بحثت في العنف الأسري يظهر المستوي التعليمي للأباء كأحد العوامل المهمة في اختيار أسلوب تعامل الأباء مع أبنائهم، حيث ينتشر العنف ضد الأطفال بين الأباء الذين لا يجيدون القراءة أو منخفضي المستوي التعليمي.

ويؤكد علي ذلك الدفراوي وآخرون 1997 حيث وجدوا استخدام العنف كأسلوب عقاب بين الأمهات اللاتي لا يجدن القراءة بنسبة 100%، الحاصلات علي التعليم الابتدائي بنسبة 85%، والحاصلات علي التعليم المتوسط بنسبة 44%، والحاصلات علي التعليم الجامعي بنسبة 41%، بينما ينتشر استخدام أسلوب الثناء والتشجيع بين

الأمهات الجامعيات بنسبة 100%. وتتفق معهم في ذلك هدي يوسف 1998، ومها العلي 1999، وفاطمة الطراونه 2000.

وفي مقارنتها بين المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي للأمهات وجدت فاطمة حسن وآخرون 1999 أن استخدام العنف المعنوي والعنف البدني يتم بصورة بسيطة أو متوسطة وينتشر أكثر بين الأمهات ذات التعليم المنخفض دون النظر لمستواهن الاقتصادي.

أما بالنسبة للدراسات الأجنبية فلم يجد المؤلف دراسات تبحث عن المستوى التعليمي للآباء، وقد يكون ذلك بسبب انتشار التعليم بصورة كبيرة وانخفاض الأمية أو عدم تواجدها مثلما هي موجودة في العالم العربي.

ثانياً: الحالة الاقتصادية والاجتماعية :

يمثل انخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسر عاملاً مهماً في انتشار العنف الأسري، فالفقر يؤدي إلى زيادة عدد الأزمات أثناء الحياة ويكون مرتبطاً بانخفاض مصادر التدعيم المادية والاجتماعية أثناء حدوث الأزمات، كما أنه عادة ما يصاحبه صغر سن الآباء والأمهات (تحت سن العشرين عادة) وكذلك انتشار تعاطي المخدرات وارتفاع معدل الخلافات الزوجية.

ويري المؤلف أن انخفاض سن الزواج مع وجود الفقر قد يرجع إلى انخفاض تكاليف ومتطلبات الزواج في الأسر ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي والتعليمي المنخفض.

ويري جيليس 1979 (Gelles) أن انتشار العنف الأسري ليس له علاقة بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي بل له علاقة بطريقة تسجيل الحالات فطبيب الأسرة يكون على احتكاك دائم بالأسرة في الأسر ذات المستوى الاجتماعي المرتفع، وبالتالي يكون أقل قابلية لتسجيل حدوث العنف في هذه الأسرة من الطبيب الذي يقابل الطفل وأهله لأول مرة في حياته، كما أن الأطفال الفقراء هم الذين يذهبون إلى العيادات ودور الرعاية بينما الأغنياء يذهبون إلى طبيب الأسرة.

ويوافقه تيربيت وأتود 1980 (Turbett and Otode) علي ذلك ويضيف أن تسجيل الإصابة يتوقف علي شدة الإصابة ومستوي المصاب الاجتماعي حيث وجد

في دراسته أن 33% من الأطباء يسجلون الزوج بصورة أعلى من البيض رغم تماثل درجة الإصابة ومن المعروف أن مستوي الزوج في أمريكا اقل اجتماعيا واقتصاديا من البيض.

ثالثا: الضغوط الحياتية :

تري العديد من الدراسات أن هناك علاقة طردية بين الضغوط الاجتماعية للأسرة والعنف الموجه ضد الأطفال.

وهذه الضغوط تشمل البطالة، المشاكل المادية، الزحام الشديد، البيوت غير المجهزة، وصغر سن الزوجين. ضغوط العمل.

وتعتبر المشكلات الزوجية خاصة المزمدة منها من أكبر الضغوط التي تؤدي إلي العنف ضد الأطفال، ومن الملاحظ ارتباط سوء معاملة الزوجة طرديا مع إيذاء الأطفال بدنيا.

كما وجد حلواني وآخرون 2001 إن العنف ضد الأطفال اكثر انتشارا في البيوت التي يوجد فيها اكثر من زوجة لأب واحد، كما أن هناك العديد من الضغوط الأخرى مثل ميلاد طفل آخر، ومرض الأطفال، القيام برعاية أطفال الآخرين بسبب وفاة آبائهم أو مرضهم. كما تمثل قلة المصادر المادية التي تساعد علي تربية الطفل وينتج عنها هجران الزوج وتصبح الأم عائل وحيد للطفل من العوامل المؤثرة في العنف الأسري.

ويري بليسكي (Blesky) 1993 إن ما يحدد إيذاء الطفل هو خلل التوازن بين الضغوط التي تتعرض لها الأسرة ومصادر التدعيم المتاحة، فكلما ازدادت حجم الضغوط بأنواعها عن التدعيم المتاح تزداد احتمالية حدوث العنف.

رابعا: تعاطي الكحوليات وسوء استخدام الدواء Alcohol dependence & Drug abuse :

أشارت منظمة الصحة العالمية في تقريرها عام 1992 أن 97% من حالات العنف داخل الأسرة تحدث عن طريق شخص مدمن، وهذا تأكيدا لرأي مايهال ونورجارد 1983 (Mayhall and Norgard) حين وجد في دراسته انتشار إدمان

الكحوليات وتعاطي العقاقير والسلوك الإجرامي والعنف ضد المجتمع بنسبة 10% في أسر الأطفال المعتدي عليهم.

كما وجد عبد الوهاب كامل 1991 كذلك شيوع العنف الأسري في الأسر التي يتناول فيها الآباء الخمر أو يتعاطون المخدرات. وهو نفس ما يراه ميلونيسكي ورفاقه 1993 (Malinosky et al).

ووجد أبو العزائم في دراسته عام 1997 أن أطفال المدمنين أكثر عرضه لترك الدراسة خاصة الفتيات لحاجتهن إلي كسب قوت يومهن أو للعناية بأخواتهن أو للعمل في سن صغيرة، أو يجبرن علي احترام البغاء.

خامسا: حجم الأسرة :

تمثل حجم الأسرة أحد العوامل المهمة في ظاهرة العنف الأسري خاصة في الدراسات المصرية والعربية، فهذه الظاهرة أكثر انتشارا في الأسر كبيرة العدد.

سادسا: مواصفات أخرى لأسر الأطفال المعرضين للعنف :

- 1- لديهم ميول سادية أو مازوخية.
- 2- تكون الأمهات مسترجلات والآباء سلبيين، إضافة إلي عكس الأدوار مع الطفل حيث يسعى كلا منهما إلي إرضاء الطفل والحصول علي حبه بدلا من إعطائه الحب وعند الفشل في ذلك يصبح الأب عدواني علي الطفل.
- 3- ميل الأبوين إلي الإحباط والغضب والإحساس بالوحدة والخوف من التهديد الخارجي.
- 4- الاضطرابات النفسية للآباء خاصة القلق والاكتئاب والذهان.
- 5- نقص مهارات التعامل مع الأطفال، التوقعات غير الواقعية من الطفل.
- 6- اتجاهات الآباء سلبية نحو الطفل ورؤيتهم له علي أنه مستفز وسلوكه سيئ.

سابعا: العوامل البيئية المفسرة للعنف الأسري:

تلعب البيئة دورها الهام في معظم جوانب حياتنا بوجه عام ولها تأثيرها الواضح في ظهور مشكلة العنف بوجه خاص وهناك العديد من النظريات التي يكتنئ الاستفادة منها في هذا الشأن.

1- نظرية الضغط البيئي :

وهذه النظرية ترى أن الضغوط البيئية المختلفة سواء كانت ازدحام أو ضوضاء أو تلوث وخلافة من ضغوط البيئة الفيزيائية، بمعنى أن الإنسان الذي يعيش في بيئة تعاني من مشكلات بيئية عديدة مثل إسكان المناطق العشوائية والمختلفة التي تعاني من الازدحام وسوء حالة المسكن ونقص الخصوصية ونقص الخدمات والمرافق هذه البيئة تدفع الإنسان دفعا للعنف ومن الطبيعي أن يوجه هذا العنف للضعفاء وفي مقدمتهم النساء والأطفال.

ويمكن النظر لنظرية الضغط البيئي من منظور البيئة الاجتماعية بمعنى ازدادت ضغوط البيئة الاجتماعية يؤدي ذلك لقيام الإنسان بالعنف ويمثل ذلك مشكلات نقص الدخل والبطالة والخلافات الزوجية والتضخم وخلافة كل هذه المشكلات إذا توفرت تساعد على زيادة العنف نحو المرأة والطفل بوجه خاص.

2- نظرية الدونية الاجتماعية :

وهذه النظرية ترى أن الصراع بين البشر يزداد مع زيادة السكان بمعدل أكبر من معدل تزايد الموارد البيئية ومن هنا يحتم الصراع والتنافس بين البشر حول الموارد المحدودة ويتحول إلى عنف، وهذا أنطبق على ما يحدث في مصر الآن حيث أن رقعة مصر الزراعية تبدو من بعيد في حدود (6) مليون فدان ثم تضاعف عدد السكان عدة مرات فيما لم تزداد هذه الرقعة بشكل مؤثر وذلك يلاحظ انخفاض نصيب الفرد من الدخل القومي مما يساعد في النهاية في ازدياد ظاهرة العنف في مصر بوجه عام ونحو المرأة والطفل بوجه خاص لأنهما الفئات الأضعف.

3- نظرية الحرمان البيئي :

ترى هذه النظرية أن البيئة التي لا تشبع احتياجات أفرادها سينتج عنها شعور بالحرمان يدفع الأفراد دفعا نحو العنف، ويمكن على سبيل المثال ملاحظة أن الصعيد مصر كبيئة تعاني من الحرمان نسبيا مقارنة بالوجه البحري في كثير من الخدمات والمرافق والاستثمارات ولذلك نشر العنف في الصعيد أكثر من الوجه البحري.

4- نظرية الإحباط :

وتنص هذه النظرية على أن البيئة التي تتسبب في الإحباط للفرد تدفعه دفعا نحو العنف، بمعنى أن البيئة المحيطة التي لا تساعد الفرد على تحقيق ذاته والنجاح فيها تدفعه دفعا نحو العنف ومثال ذلك نجد أن البيئة المحيطة ببعض الشباب لا تساعده في توفير العمل المناسب أو الدخل المناسب أو المسكن وبناء الأسرة ونتيجة لكل هذه الإحباطات فمن الطبيعي أن نجد اندفاع عدد من الشباب نحو العنف بوجه عام وبوجه خاص نحو المرأة والطفل بوصفهما الفئات الأضعف.

5- نظرية المهمشون :

وهذه النظرية ترى أن البيئات الهامشية تساعد على العنف لان الأحياء الهامشية التي تنشأ على أطراف المدن أو القرى وتعانى من إهمال الدولة وعدم اهتمامها بمدى بالمرافق والخدمات يتولد لدى سكان هذه المناطق الشعور بالتجاهل وعدم الاهتمام، مما يؤدي لشعورهم بالضعف والرغبة في الانتقام فيتجهون للعنف، كما أن المهمشين اجتماعيا مثل فئة رجال القمامة وخلافهم يتولد لديهم نفس الشعور ويكونوا أكثر عنفا من غيرهم.

الفصل السادس

الآثار النفسية للعنف

- كيف يظهر الطفل المعتدي عليه.
- الاضطرابات الاكتئابيه.
- اضطرابات السلوك.
- كرب ما بعد الصدمة.
- اضطرابات القلق.
- صعوبات التوافق الدراسي.
- الخلل العضوي في المخ.
- اضطرابات الشخصية.
- المحاولات الانتحارية.
- الاضطرابات الانشقاقية (تعدد الشخصية).
- تعاطي الكحوليات والمخدرات.
- الاضطرابات الجسدية ذات المنشأ النفسي.
- اضطرابات الأكل.
- الاضطرابات العقلية.
- تأثيرات أخرى.

الفصل السادس الآثار النفسية للعنف

اصبح العاملون في الحقل الطبي أكثر دراية باحتمالية وجود تاريخ للعنف أثناء الطفولة بأنواعه الثلاث في المرضى الذين يطلبون العلاج النفسي. وتري كارمان وزملائها (Carman et al) 1984 أن العنف له تأثير مهلك علي الوظائف النفسية وأن إنكاره أو كتمانها داخل العائلة يجعل الطفل غير قادر علي التعامل مع الضغوط الشديدة خاصة مع الكبار .

كما أن العنف الجنسي المتكرر أو الذي يتم بواسطة الأباء يصاحبه تأثيرات نفسية ثانوية شديدة واصطحاب العنف البدني للعنف الجنسي يجعل التأثيرات المباشرة واللاحقة أشد .

كما يري براير ورفاقه (Brayer et al) 1987 أن الإحساس الشديد بالذنب أثناء حدوث الاعتداء الجنسي يجعل التخلص منه صعبا، وان كان يؤثر علي الحياة المستقبلية للمغتصبة بصورة أقل من العنف البدني وقد يرجع ذلك التضاد إلي حيلة الإنكار (حيلة دفاعية نفسية بمعنى إنكار حدوث الاعتداء) وكذلك الخوف من الوصمة الاجتماعية.

ركزت الدراسات المهمة بالعنف ضد الأطفال وإهمالهم علي تحديد وتوثيق المتلازمات والآثار قصيرة المدى أو المباشرة ووجدوا أن بعضها يتعلق بحدوث آثار نفسية وبعضها يتعلق بالتوافق الدراسي والاضطرابات المعرفية وأخري تتعلق بالاضطرابات السلوكية.

كيف يظهر الطفل الذي تعرض للعنف :

هناك العديد من المظاهر البدنية والسلوكية والانفعالية تظهر علي الطفل المتعرض للعنف، وتختلف هذه المظاهر حسب نوع العنف وشدته وعمر الطفل.

أولا: العلامات البدنية التي تظهر علي الطفل:

1- كدمات في أماكن متفرقة وأثار لجروح ملتئمة.

2- جروح وكدمات بالوجه والعينين.

- 3- علامات تأخذ أشكالاً منتظمة وهي تعكس الأشياء التي ضرب بها الطفل أو قيد بها مثل أسلاك الكهرباء، السوط الجلدي، الأحبال أو الحلية المعدنية للحزام الذي ضرب به الطفل أو أثار لأسنان بشرية، أو علامات قبض وضغط شديدة علي الذراعين أو الكفين.
- 4- سحجات وتمزقات في الذراعين، أو الساقين، أو الكفين.
- 5- أثار حروق من السيجارة أو الملعقة أو غيرها علي القدم أو راحة اليد والظهر أو الردفين.
- 6- جروح بالرأس.
- 7- كسور بالضلع أو عظام اليدين أو القدمين.

ثانيا: العلامات الانفعالية والسلوكية :

- 1- العدوانية والغضب ، الانسحاب أو العزلة.
- 2- الخوف من الذهاب إلي المنزل، الخوف عندما يبكي طفل آخر أو عند فحصه طبييا.
- 3- تأرجح المزاج بين القلق، الاكتئاب، الخوف، الغضب.
- 4- الكوابيس المتكررة واضطرابات النوم، نوبات من الدوار عند الاستيقاظ.
- 5- الشكاوي النفس جسدية المتكررة مثل الصداع، والصداع النصفي، آلام المعدة، الآلام عموما، صعوبة التنفس.
- 6- السلبية والعدا، والشعور بالذنب.
- 7- العزلة الاجتماعية والشعور بالخزي، صعوبة فهم وحل المشكلات الاجتماعية.
- 8- المخاوف المرضية الحادة خاصة الخوف من الظلام.

ثالثا: العلامات البدنية التي تدل علي حدوث العنف الجنسي:

في غياب الأدلة البدنية يكون من الصعب إثبات أو تحديد حدوث العنف الجنسي، ولكن توجد بعض المؤشرات التي قد نلاحظها وتدلل علي حدوث الإيذاء الجنسي منها:

- 1- صعوبة المشي أو الجلوس.
- 2- ألم أو حكة في المناطق التناسلية.
- 3- تلوث الملابس الداخلية للطفل بالدماء، أو تمزقها.

- 4- اكتشاف أمراض لدي الطفل تنتقل غالبا عن طريق الجنس.
- 5- وجود جروح أو خدوش ملتئمة في الجزء الخارجي للمهبل أو للشرح.
- 6- أن يصبح التبول أو التبرز مصحوبا بالألم.

رابعاً: علامات تشير إلي إهمال الطفل :

- 1- مولود حديث مصاب بتسمم غذائي أو دوائي.
 - 2- اضطرابات الكلام.
 - 3- ارتداء ملابس غير مناسبة بصفة عامة وللمدرسة بصفة خاصة.
 - 4- وقوع حوادث للطفل داخل وخارج المنزل (سقوط ماء ساخن أو سوائل ساخنه عليه، الصعق الكهربائي، السقوط من الشرفه).
- كما يؤثر العنف وخاصة الجنسي علي نمو الأطفال والمراهقين نحو النضج، حيث أن الأطفال والمراهقين ضحايا الإساءة الجنسية يخبرون العديد من الآثار السيئة فيما يتعلق بنموهم النفسي والاجتماعي.
- كما يري شيلمر (Schleimer) 2004 أن إساءة معاملة الأطفال غالبا ما ترتبط بإصابة الطفل باضطرابات نفسية منها ما يتم تفعيله خارجيا (Externalizing) مثل العدوان، واضطراب السلوك، واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، ومنها ما يتم استدماجه داخليا مثل الاكتئاب والقلق.

أولاً: الاضطرابات والأعراض الاكتئابية :

أجري كازدين وزملائه (Kazdin et al) 1985 دراسة مقارنة علي عينة من الأطفال المقيمون في المستشفى ويتعرضون للعنف الأسري ومجموعة أخرى ضابطة وكانت أعمار الأطفال بين ثلاث وست سنوات فوجد أن أطفال المجموعة الأولى أكثر اكتئابا وأقل تقديرا للذات.

ولقد توصلت بدرية أحمد 1994 في دراستها علي الأطفال المترددين علي المستشفى في الفئة العمرية من عشرة إلي خمسة عشر عاما وزاد علي ذلك أن توقعات الأطفال سلبية نحو مستقبلهم ويؤكد أوتس (Oates) 1996 نفس النتائج حيث وجد أن الأطفال المتعرضين للعنف لديهم عدد قليل من الأصدقاء، وأنهم أقل لهوا، وأكثر إحباطا، وأكثر إحساسا بالخطر وأكثر حرصا مما يعكس ترقيهم العالي لأبائهم.

وفي دراسته عن أكثر الأعراض انتشارا في الأطفال المعتدي عليهم وجد جيلمارتين 1994 (Gilmartin) أن اضطرابات النوم وخاصة الأرق والأحلام المفزعة، وشدة التيقظ، وحدوث نوبات من الدوار وخاصة عند الاستيقاظ، كما تنتشر بينهم الأعراض النفس جسمانية بدرجة كبيرة بينهم.

وفي دراسته علي 666 طفل ومراهق في الفئة العمرية من 9-17 سنة وجدت ألان ورفاقها 1997 (Alan et al) أن 25.9% منهم تعرض ويتعرض للاعتداء البدني وانهم يعانون من الاكتئاب الجسيم الذي يصاحبه بدرجة كبيرة انخفاض الأداء الاجتماعي.

وفي دراسة ماك ميللن ورفاقه 2001 (Mac Millan et al) علي 7016 شخص في الفئة العمرية من 15 وحتى 64 سنة عن طريق عمل مقابلة إكلينيكية شبة مقننة وجد أن السيدات اللاتي تعرضن للاعتداء البدني لديهن ارتفاع في معدل انتشار اضطراب الاكتئاب الجسيم (Life time prev)، ويرتفع معدل الانتشار في حالة حدوث الإيذاء الجنسي والبدني معا أثناء الطفولة.

ويري ريان ورفاقه 2000 (Ryan et al) في دراستهم علي 329 مراهق أن كلا من الإيذاء البدني والجنسي في الطفولة يرتبط بحدوث الاكتئاب أثناء المراهقة بدرجة كبيرة وكانت للعوامل الأسرية دورا كبيرا في حدوث هذا.

وقد وجد لو ووايز 2003 (Lau and Weisz) أن حوالي 35% من الأطفال المتعرضين للعنف يعانون من اضطرابات اكتئابية. كما ترتفع معدلات انتشار الاكتئاب الجسيم وقلق الانفصال بين الفتيات اللاتي تعرضن للإيذاء الجنسي (Sadowski et al 2003).

ثانيا: اضطرابات السلوك :

تشير الدراسات إلي وجود علاقة بين تعرض الأطفال للعنف الأسري وبين حدوث اضطرابات السلوك لديهم خاصة السلوك العدوانية، فالتربية القاسية التي تقهر الطفل وتعاقبه بنديا وتؤلمه نفسيا تنمي العدوان لديه وتجعله يفشل في تنمية التحكم في الغضب والعدوان.

ووجد نيوبيرجر 1977 (Neubeger) أن الطفل المتعرض للعنف لديه عدوان في خياله بدرجة كبيرة ومميزه، كما أن لديه سلوك عدواني شديد خارج وداخل

الفصل مقارنة بالعينة الضابطة.

وفي دراسته علي 59 طفل تعرضوا للعنف و29 طفل تعرضوا للإهمال مقارنة ب30 طفل كعينة ضابطة وجد جرين 1978 (Green) أن العض والحرق وجرح الجسد ومحاولات الانتحار بالشنق تنتشر بنسبة 40% بين المتعرضين للعنف، 17.2% بين المهملين مقارنة بالعينة الضابطة 6.7%، ويفسر جرين هذا لإحساس الطفل بعدم القيمة وكراهيته لنفسه كتاب ثانوي لقهر الأباء له ولشعوره بالرفض منهم، كما يري نفس الباحث عام 1984 أن الطفل المتعرض للعنف لا يريد توجيه العدوان نحو المعتدي وذلك لأنه جزئيا يعتبره توجه خطير وغير محكوم، ولأنه ثانيا يلوم نفسه ويعتقد أن المعتدي أراد بإساءته أن يصفه بالسوء لذا يقوم بتوجيه الإيذاء نحو نفسه، فلا يستطيع الطفل أن يلعب مع أقرانه لمدة طويلة دون ضربهم أو سبهم أو إيذائهم بشكل أو بآخر كما نجد أن لغته عدوانية مثل سلوكه، فالطفل يعمم توقعات التعرض للأذى من كل الناس بما فيهم الأقران.

ويري زيناه وزيناه 1989 (Zeanah and Zeanah) أن هؤلاء الأطفال لا يكتفون بتوجيه العدوان نحو المسؤولين عنهم أو نحو زملائهم فقط بل يحاولون تدمير ذواتهم وعقاب أنفسهم، وقد يصل الإيذاء إلي الانتحار أو الانسحاب كلية من المجتمع. وأكد ميلونيسكي وهانسن 1993 (Malinosky and Hansen) علي وجود ارتباط ذو دلالة إحصائية بين تعرض الأطفال للعنف البدني وسلوكيات إيذاء الذات والانتحار. والتعامل بقسوة مع الأطفال يؤدي إلي أن يتعاملوا مع آبائهم بنفس القسوة والعدوان وهو ما يؤكد كيتز 1994 (Katz) في دراسته علي 122 طفل في سن ما قبل المراهقة.

وفي دراستهما علي 52 طفل في الفئة العمرية من سبعة إلي خمسة عشر عاما وجدت أنجيلا وديفيد 1995 (Angela and David) أن 43 منهم لديهم معدل عالي من العدوان والعناد.

ووجد فيلدمان وزملاؤه 1995 (Feldman et al) أن الأطفال المتعرضين للعنف لديهم علاقات اجتماعية مضطربة مع الأقران، كما يعانون من المشاغبة والشجار الدائم والانسحاب من الأنشطة الاجتماعية.

كما أن لديهم خوف مفرط من الغرباء ويعانون من الخجل الشديد.

كما وجد كلا من ديفيزو وآخرون (Davis et al) 1994، لوس واليكسندر 1997 (Loss. and Alexander) ارتفاع معدل الاضطرابات السلوكية بين المراهقين المتعرضين للعنف خاصة العدوان والعناد.

ووجد جورج ومين (George and Main) 1997 في دراسته علي طلاب مدارس التمريض أن الطلاب المتعرضين للعنف الأسري كانوا يقومون بالعدوان اللفظي علي مدرسيهم، وغالبا ما يهاجمون زملائهم.

ثالثا: الاضطراب الكربي التالي للرضح (الانعصاب التابع لحادث) **Post traumatic stress disorder (PTSD)**

يتأثر الأطفال بالاعتداء البدني والنفسي المخيف الذين تعرضوا له فهم يعانون من الخوف الشديد والأحلام المخيفة واضطرابات النوم إضافة إلي سلوك نكوصي (العودة إلى مرحلة طفولية أقل)، كما يميلون إلي تمثيل موقف الصدمة في الحقيقة والرمز والتخيل واللعب وفي الرسم أيضا كرد فعل دفاعي يمكن الطفل من التحكم في الصدمة والسيطرة عليها التي قد تحدث رغم كل ذلك دون إنذار.

ووجد أن هناك ارتباط كبير بين التعرض للإيذاء الجنسي أو الجسدي أثناء الطفولة وبين حدوث كرب ما بعد الرضح حيث يتم استرجاع الأحداث سواء في الواقع أو الأحلام وتكون هناك أعراض زيادة اليقظة وسلوك تجنبني لهذه الخبرات.

ويعتبر الإيذاء الجنسي أكثر تأثيرا من الإيذاء الجسدي في حدوث كرب ما بعد الرضح حيث وجد ديبيلينجر وزملاؤه (Deblinger et al) 1989 في دراستهم أن 20 طفل من 29 تعرضوا للإيذاء الجنسي تم تشخيصهم كرب ما بعد الرضح حسب الدليل الإحصائي الأمريكي الثالث المعدل (DSMIII R)، مقابل 2 تعرضوا للإيذاء البدني من 29 آخرين لديهم نفس التشخيص، و3 من 29 طفل من العينة الضابطة. وتري الدراسات أن حوالي 3.5% من الأطفال المتعرضين للعنف أثناء الطفولة يحدث لهم كرب ما بعد الرضح أثناء الرشد.

وتعد مكانة المعتدي وعلاقته بالطفل من أهم حيثيات حدوث كرب ما بعد الرضح، وهو ما أشار إليه ميكليور وزملائه (Mcleer et al) 1988 في دراستهم علي 31 طفل حيث وجدوا أن 48.4% تعرضوا للإيذاء الجنسي ولديهم مواصفات كرب ما بعد الرضح، وأن 75% من المعتدين هم الآباء، و25% كان شخص بالغ ذو ثقة من الطفل.

ويري ديفيز وآخرون (Davis et al) 1994 أن الإيذاء البدني يؤدي إلي حدوث اضطرابات انفعالية وسلوكية واجتماعية أكثر مما تؤدي إلي حدوث كرب ما بعد الرضخ حيث وجد أن 3 فقط من 27 مريض تعرضوا للإيذاء البدني أثناء الطفولة لديهم مواصفات كرب ما بعد الصدمة.

وقام مارك وزملاؤه (Mark et al) 1995 بدراسة علي 109 طالب في الفئة العمرية (11-19 سنة) تم تحويلهم إلي العيادة الخارجية لقيامهم بعمل مشاكل سلوكية مع زملائهم، وجد أن 27 منهم تعرضوا للعنف الأسري منهم 14 طالب عنف بدني، و7 طلاب عنف جنسي، 16 طالب عنف جنسي وبدني معاً، وأن 22 طالب من 27 لديهم المواصفات التشخيصية لكرب ما بعد الرضخ، وارتبطت شدة الأعراض بوجود الاعتداء الجنسي، وأن يبدأ العنف في سن مبكرة، وأن يكون المعتدي هو الأب أو الأب البديل.

رابعا: نقص الانتباه وفرط الحركة (ADHD) :

يعتبر نقص الانتباه وفرط الحركة من التدايعات المشهورة للعنف الأسري سواء كان الاضطراب منفردا أو مصاحبا لاضطرابات السلوك ففي دراسة مكيلر وزملاؤه (McLear et al) 1992 علي 27 طفل تعرضوا للعنف الجنسي، وجد أن 33.3% منهم لديهم مواصفات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة حسب DSMIII R. وفي دراسة علي 350 طفل ومراهق وجد أن 38% تعرضوا للعنف البدني منهم 18% لديهم مواصفات اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة.

وفي دراسة علي 26 طفل تم انتقاؤهم عشوائيا من بين 92 طفل محولين من مركز أزمة الاغتصاب ومركز الإساءة الجنسية بولاية فيلادلفيا في الفئة العمرية (6: 16 سنة) ومقارنتهم بعدد 23 طفل من نفس الفئة العمرية كعينة ضابطة، وجد أن 46% لديهم مواصفات نقص الانتباه وفرط الحركة مقابل 30.4% من العينة الضابطة، وكان الاضطراب أعلي بين الفتيات، ويصاحبه اضطراب ما بعد الرضخ في 23.1%، ويجتمع الاثنان مع اضطراب السلوك في 11.5%.

كما تري أنجيلا وديفيد (Angela and David) 1995 أن أربعة أطفال من 52 طفل في الفئة العمرية من (7: 15 سنة) تعرضوا للعنف الأسري يعانون من نقص

الانتباه وفرط الحركة فقط وخمسة عشر طفلا يعانون من الاضطراب السابق مصاحبا لاضطراب سلوكي آخر، وثلاثة عشر طفلا مع اضطراب العناد.

خامسا: اضطرابات القلق :

بدأ في السنوات الأخيرة الاهتمام ينمو نحو معرفة العلاقة بين العنف الأسري أثناء الطفولة وبين اضطرابات القلق حيث وجد أن هناك علاقة إيجابية بين اضطرابات القلق وبين العنف الأسري أثناء الطفولة وخاصة العنف الجنسي، حيث وجد أن نسبة 45%: 83% من الأطفال المتعرضين للإيذاء جنسيا لديهم أعراض ظاهرة من اضطراب القلق العام بجزئية السلوكي والجسدي، وتنتشر اضطرابات المخاوف بينهم أيضا.

ويصبح المتعرضون للإيذاء الجنسي عادة أكثر يقظة للعدوان الخارجي مع عدم القدرة علي التعامل مع عدوانهم الداخلي نحو من وجه إليهم هذا العنف، فهم يشعرون بالقلق والتهييج الشديد وقد الثقة في أنفسهم، وسوء الظن في الراشدين، مما يجعلهم أكثر عرضة للمخاوف والاكتئاب.

وتمثل اضطرابات المخاوف البسيطة 7.4%، واضطراب القلق العام 3.7% في

27 طفل من أطفال المدارس الأساسية المتعرضين للإيذاء الجنسي.

ويري كيندل وزملاؤه (Kendall et al) 1993 في دراستهم علي 45 طفل يتعرضون للإيذاء الجنسي مقارنة بمجموعة أخرى ضابطة عن طريق استخدام مقياس سلوكيات الأطفال (Child Behavior checklist) أن 15% منهم لديهم أعراض مختلفة من اضطرابات القلق.

وفي مقابلة مع 34 رجل و86 امرأة بعد إجابتهم علي استبيان الأحداث الصدمية (Traumatic events Q) وجد أن 70% تعرضوا للإيذاء الجنسي أو الجسدي أثناء الطفولة، وأن 37 منهم لديهم الموصفات التشخيصية لاضطراب القلق العام وقال ل DSMIII R.

وفي دراسة علي 666 طفل ومراهق في الفئة العمرية من (9-17 سنة) وجد أن 25% منهم إيجابيين لتعرضهم للعنف البدني ويصاحبهم بدرجة إحصائية كبيرة اضطراب القلق العام والخوف من الأماكن المتسعة (Agoraphobia).

كما تنتشر بينهم المخاوف خاصة الخوف من الظلام والخوف من الأماكن المزدحمة والمتسعة والمخاوف الاجتماعية.

كما أشارت دراسة علي الفتيات الجنوب إفريقيات اللاتي تعرضن لانتهاك جنسي إلى زيادة معدلات القلق، والاكتئاب، واليأس لديهن، كما أن تكرار الانتهاك كان مرتبطا بزيادة الكرب الناتج عنه.

وفي دراسة فريدمان وزملاؤه (Friedman et al) 2002 علي 101 مريض باضطراب الهلع المتكردين علي العيادة الخارجية ومقارنتهم بمرضي اضطرابات القلق الأخرى (58 مريض)، ومرضي اضطراب الاكتئاب الجسيم (19 مريض)، واضطراب الفصام المزمن (22 مريض) وذلك عن طريق استخدام التقرير الذاتي، وعمل مقابلة إكلينيكية شبة مقننه، وكان معدل انتشار الإيذاء الجسدي يتراوح بين 16%-40%، الإيذاء الجنسي يتراوح بين 13%-43% في المجموعات الأربعة دون فروق ذات دلالة إحصائية، وارتبطت شدة الاضطرابات مع وجود العنف بدلالة إحصائية، كما صاحب الهلع اضطراب الاكتئاب في حالات وجود العنف الأسري.

كذلك وجدت دراسة إيرانية أن الأطفال المتعرضين للعنف يخبرون درجات من القلق والاكتئاب أكثر من زملائهم من غير المتعرضين لذلك كما أن إنجازهم الدراسي كان أدني من زملائهم.

سادسا: الاضطرابات المعرفية واضطرابات النمو :

يظهر الأطفال المتعرضين للعنف اضطرابا معرفيا مرتبط بتأخر في النمو وعيوب في اللغة والكلام، وعادة ما يصعب عليهم أن يعبروا عن مشاعرهم فنجد تأخرا في اللغة خاصة فيما يتعلق بطرق التعبير اللفظي إذ أن اللغة لا تستخدم كوسيلة للتعبير عن الأفكار والمقاصد والمشاعر فقط بل كوسيلة لتحاشي العقاب ومن ناحية أخرى فان البيئة التي يحدث فيها العنف دلالة كبيرة خاصة وان الأفراد المسئولون عن الطفل لا يقضون وقتا طويلا في الحديث معه ومن ثم لا يجد الطفل من يساعده علي تطور مهارات اللغة لديه وتبعاً لذلك يتأثر الذكاء اللفظي وتنخفض درجات الطفل في مقاييس الوظائف العقلية العامة، وحينما يصل الطفل إلي سن الكمون يفشل في إظهار تطور نمو الأنا وفي تطوير ميكانزمات الكمون التي تمكن الأطفال العاديين من مقاومة القلق سواء كان من مصادرة الداخلية أو الخارجية.

كما ينتشر القصور العقلي بين الأطفال المتعرضين للعنف بنسبة قد تصل إلي 33% كما في دراسة مارتين ورفاقه (Martin et al) 1974 ويؤكد اليمار وجريج (Elimer and Gregg) 1967 ومورفيك (Morvik) 1974 علي أن التعرض للعنف هو المسبب للقصور العقلي وليس العكس وذلك بعد متابعتهم لأطفال طبيعيين تعرضوا للعنف الأسري حيث وجد إليمار أن 50% من الأطفال أصبح لديهم قصور عقلي ومعرفي. وتابع مورسيف 42 طفل لمدة ثلاث سنوات فوجد أن 33% منهم لديهم قصور عقلي، 38% لديهم تأخر في الكلام، 33% فشلوا في الوصول للحد الأدنى من النمو الجسدي المطلوب.

وفي متابعة موريس وآخرون (Morse et al) 1970 لعدد 21 طفل تعرضوا للعنف الأسري أو للإهمال فوجد أن 6 منهم فقط أقرب إلي الذكاء والانفعال الطبيعي، والباقي يعانون من القصور العقلي، 6 أطفال يعانون من الاضطرابات الانفعالية. وسجل اوليفر (Oliver) 1988 أن معدل حدوث الإعاقة العقلية في الأطفال المتعرضين للعنف الأسري ترتفع 14 ضعفا عن الأطفال الذين لم يتعرضوا لذلك، وهؤلاء الأطفال كان معروف عنهم مسبقا أنهم يتمتعون بذكاء طبيعي.

سابعاً: صعوبات التوافق المدرسي :

يحدث للأطفال المتعرضين للعنف العديد من المشاكل السلوكية في مدارسهم إضافة إلي عدم الانتباه وزيادة النشاط الحركي، والقصور العقلي مما يؤدي إلي انخفاض أدائهم الدراسي، وكثيرا ما يظهرون صعوبات محددة في التعلم كاضطرابات اللغة أو وجود مشكلات حركية، عدم قدرتهم علي التحكم في انفعالاتهم مما يؤدي إلي مشاكل سلوكية عديدة مع الزملاء والمدرسين، وغالبا ما يتم استدعاء آبائهم إلي المدرسة نتيجة لسوء سلوكهم، وفشلهم في التحصيل الدراسي مما يؤدي إلي مزيد من الإساءة، وبالتالي المزيد من سوء السلوك في المدرسة ويدخل الطفل في الدائرة المفرغة، وأحيانا يتم نقل الطفل إلي الفصول الخاصة بالضعفاء ذهنيا مما يؤدي إلي المزيد من الإضرار بالطفل الذي يعاني أصلا من انخفاض تقدير الذات.

وقد أشار بورتر وأولييري (Porter and Oleary) 1984 إلي أن الطفل المتعرض للعنف الأسري لديه العديد من المشكلات الخاصة بالمدرسة وهي تشمل علي التأخر الدراسي والتراجع عن النشاطات المدرسية.

ثامنا: الخلل العضوي في المخ :

يري أوتاكا وزملاؤه (Yutaka et al) 1993 أن الأطفال الذين تعرضوا للعنف الأسري يعانون من تغيرات في تخطيط الدماغ الكهربائي خاصة في الفص الجبهي والفص الصدغي وهذه التغيرات سائدة في الجانب الأيسر من المخ وكانت هذه التغيرات بنسبة 54.4% وهو ما يساند النظرية التي تقول أن العنف الأسري يغير من نمو المخ وخاصة التراكيب الطرفية، كما وجدت تغيرات غير مميزة في تخطيط الدماغ الكهربائي، وعلامات عصبية بسيطة (soft neurological signs).

وفي دراسة ماريتين وزملاؤه (Martin et al) 1993 علي 253 مريض من المترددين علي العيادة الخارجية للمستشفى في الفئة العمرية من (17: 69 سنة) بعد إجابتهم علي مقياس قائمة أعراض الجهاز الحدودي 33. (Limbic sys. Chiecklist 33) وهو يقيس التغير في الأعراض الجسدية والحسية والسلوكية والذاكرة، وجدوا أن 56% منهم تعرضوا لخبرة إساءة المعاملة أثناء الطفولة (30% عنف بدني، 10% عنف جنسي، 16% معا) وكانت أغلب التشخيصات اضطرابات الاكتئاب والقلق كما وجدوا أن 38% من النساء إليهم بدنيا، 49% من النساء إليهم جنسيا، و13% من الاثنتين معا لديهم ارتفاع في درجات المقياس مما يعكس وجود خلل في الجهاز الحدودي ومن المعروف أن درجات المقياس تزداد في حالات صرع الفص الصدغي.

وفي دراسته علي 22 مريض تعرضوا للعنف الأسري وجد ديفيز 1979 (Davies) أن 36% منهم تحدث لهم نوبات صرعية، وأن 77% منهم لديهم خلل (تغيرات) في تخطيط الدماغ الكهربائي، وأن هذه التغيرات متمركزة في الجانب الأيسر من المخ ويختلف مكانها حسب نوع العنف فهي موجودة في الفص الصدغي في حالتي العنف النفسي والإهمال، بينما تكون منتشرة في كل فصوص المخ في حالتي العنف البدني والجنسي.

ويري ايتوي وآخرون (Itoy et al) 1981 أن 54.4% من الأطفال الذين تعرضوا للعنف الجنسي أو البدني لديهم تغيرات في تخطيط الدماغ الكهربائي مقابل 26.9% في العينة الضابطة.

وينتشر الصرع الكاذب (Pseudosiezer) في المرضى الذين تعرضوا لإساءة المعاملة أثناء الطفولة وذلك حسب دراسة اليزابيث (Elizabeth) 1993 (علي مريض خلال الفترة من 1989 إلى 1991 باستخدام تخطيط الدماغ الكهربائي بالفيديو الذي أظهر عدم وجود خلل بالتخطيط وكان تشخيص المرضي (85% اضطرابات وجدانية، 85% اضطرابات انشاقية، 33% كرب ما بعد الرضخ) حسب DSMIII R، كما وجدت الباحثة أن 88% من أفراد العينة تعرضوا للإيذاء الجنسي أثناء الطفولة، 70% تعرضوا للإيذاء البدني، وبدأت أعراض الصرع الكاذب في 22% من أفراد العينة بعد حدوث اغتصاب أو محاولة اغتصاب.

كما يعاني الأطفال الذين تعرضوا للعنف البدني من مشكلات عصبية شديدة (sever Neurological problems) بنسبة قد تصل إلى 10%، ومشكلات عصبية متوسطة بنسبة 15%، وربما يحدث ضعف في الإبصار أو عمي نتيجة لحدوث نزيف داخل العين أو ضمور في العصب البصري.

تاسعا: اضطرابات الشخصية :

اهتم الباحثون في مجال العنف الأسري بالاضطرابات الحادثة لسلوك هؤلاء الأطفال ومتابعة هذه التغيرات عند الرشد لمعرفة السمات الشخصية لهم وكانت أكثر اضطرابات الشخصية شيوعا بين الأشخاص الذين تعرضوا للعنف أثناء الطفولة هما اضطراب الشخصية الحدية (Border line) واضطراب الشخصية ضد المجتمع (Anti social personality dis).

ويظهر اضطراب السلوك والسلوكيات ضد المجتمع في الأطفال أثناء وبعد التعرض للعنف مباشرة ويستمر هذا السلوك مع نمو الطفل مما يجعله يكتسب سمات الشخصية ضد المجتمع عند الكبر.

وتؤكد باريرا وزملاؤها (Barbara et al) 1994 في دراستهم علي 416 طفل تعرضوا للعنف الأسري ومتابعة هؤلاء الأطفال حتى سن الشباب مقارنة بمجموعة أخرى ضابطة قوامها 283 طفل حيث وجدوا ارتفاع معدل انتشار الشخصية ضد المجتمع بين الفئة الأولى بنسبة 86% مقارنة بالمجموعة الضابطة 7%.

ويرجع ارتفاع معدل انتشار الشخصية ضد المجتمع بين هؤلاء الأشخاص لتأثير شخصية المعتدي عليهم (Spinetta and Rigler 1972) فالمعتدي سواء كان الأب أو من يقوم مقامه يتصف بارتفاع مستوى الاندفاعية (Impulsivity) ونقص الثقة بالذات (Friedrich et al 1983)، ووجود مشكلات سلوكية عامة مع الآخرين واضطرابات نفسية مصاحبة (Wolfe 1985)، ولا يغفل نظرية انتقال العنف عبر الأجيال في هذه النقطة (widom 1991).

ويؤكد أوجاتا وآخرون (Ogata) 1989 علي انتشار اضطراب الشخصية الحدية بدرجة عالية بين الأشخاص الذين تعرضوا لخبرة الاعتداء أثناء الطفولة حيث وجدوا أن 71% من هم تعرضوا للإيذاء الجنسي، مقابل 41% تعرضوا للإيذاء البدني.

وفي العام التالي قام بدراسة انتشار الإيذاء الجنسي بين 24 مريض تم تشخيصهم مرضي اضطراب الشخصية الحدية مقارنة بـ 18 مريض اكتئاب حيث وجد ارتفاع معدل انتشار الإيذاء الجنسي في المجموعة الأولى (18.3% زني محارم، 40% اعتداء جنسي) بدلالة إحصائية عن المجموعة الثانية، ولم تظهر فروق ذات دلالة بين المجموعتين في حالة الإيذاء البدني.

وقام شيرار وزملاؤه (Shearer et al) 1990 بدراسة علي 40 سيدة بالقسم الداخلي لديهن تاريخ سابق للعنف الأسري في الطفولة وشخصن علي أنهم شخصيات حدية فوجدوا:

- 1- أن المريضات مع وجود تاريخ للإيذاء الجنسي أكثر مصاحبة للعديد من الاضطرابات الأخرى مثل اضطرابات الأكل النفسية، وتعاطي المواد المؤثرة نفسياً، نوبات الصرع الجزئي المركب (complex partial seizer).
- 2- أن المريضات مع وجود تاريخ سابق لزني المحارم يصاحبهن الصرع الجزئي المركب فقط.
- 3- أن المريضات مع وجود تاريخ سابق للإيذاء البدني يصاحبهن اضطرابات أسرية، وتكرار الحجز بالمستشفيات النفسية، اضطراب الشخصية ضد المجتمع. وتؤكد سوزيت ونيل (Suzeit and Nel) 1993 علي انتشار الشخصية الحدية في المرضى الذين تعرضوا للعنف الأسري أثناء الطفولة وذلك في دراستهم علي 71

شخص (68 امرأة و3 رجال) من نيوزلندا حيث وجدوا أن 94.9% منهم تعرضوا للإيذاء البدني أو الجنسي، وأن 64.2% منهم لديه 4 مواصفات تشخيصية أو أكثر لاضطراب الشخصية الحدية.

ومما سبق يتضح أن اضطراب الشخصية الحدية أكثر انتشارا بين السيدات، وأن الإيذاء الجنسي هو الأقوى تأثيرا في حدوث اضطراب الشخصية خاصة إذا صاحبها إيذاء بدني.

عاشرا: المحاولات الانتحارية :

تعتبر الأفكار والمحاولات الانتحارية من تداعيات التعرض للعنف الأسري وتتميز بحدوثها في أي مرحلة سواء أثناء أو بعد التعرض للعنف مباشرة أو عند الرشد والكبر وقد قارن جرين (Green) 1978 عينة من الشباب الذين تعرضوا للعنف أو الإهمال أثناء الطفولة (59 شخص إساءة، 29 إهمال) مقارنة بعينة ضابطة قوامها 30 شخص، حيث وجد ارتفاع معدل حدوث العنف الموجه نحو الذات وتشويه الذات سواء بالحرق أو العض أو جرح الجسد، والمحاولات الانتحارية بنسبة 40% في حالات التعرض للعنف، و17.2% في حالات الإهمال مقارنة بالعينة الضابطة 6.7%.

وأكد ديكين وآخرون (Deykin et al) 1985 في دراستهما علي المراهقين في الفئة العمرية من 13-17 سنة في غرفة الطوارئ النفسية الخاصة بالانتحار، حيث وجدا أن 15.7% منهم لديهم تاريخ سابق للعنف الأسري أو الإهمال أثناء الطفولة مقابل 4.4% بين أفراد العينة الضابطة.

وتعاني الفتيات اللاتي يتعرضن للإيذاء الجنسي أثناء الطفولة من العديد من السلوكيات السلبية مثل المحاولات الانتحارية وتشويه الذات والنشاطات المخالفة للقانون وخاصة إذا كان هذا الاعتداء من المحارم.

وتنتشر الأفكار والمحاولات الانتحارية بمعدل كبير بين المراهقين المتعاطين المواد المؤثرة نفسيا (substance abuse) ولديهم تاريخ سابق للعنف الأسري أثناء الطفولة سواء كان عنف جنسي أو جسدي مقارنة بالمتعاطين الذين ليس لديهم هذه الخبرة.

وترتفع معدل انتشار المحاولات الانتحارية بين المراهقات الحوامل اللاتي تعرضن للعنف الأسري أثناء الطفولة سواء كان عنف جسدي أو جنسي مقارنة باللاتي لم يتعرضن لهذا.

ويعتبر الإيذاء الجنسي أثناء الطفولة من الخبرات التي لها أهمية خاصة في المراهقين المحجوزين بالقسم الداخلي للعلاج من الاكتئاب الجسيم (24 مراهق) حيث وجد ارتفاع معدل انتشار الأفكار والمحاولات الانتحارية بينهم مقارنة بنفس العدد من المراهقين المحجوزين للعلاج من نفس الاضطراب ولم يعانون من الإيذاء الجنسي أثناء الطفولة.

وأكد فيرجسون وليونسكي (Fergusson and Lynskey) 1997 علي ارتفاع معدل حدوث المحاولات الانتحارية بين الأطفال والمراهقين المتعرضين للعنف الأسري.

ويعد الانتحار متمثلا في الأفكار، والخطط، والمحاولات الانتحارية بالإضافة إلي سلوك إيذاء الذات أحد النتائج السيئة المرتبطة بالإيذاء الجنسي للأطفال والمراهقين.

ويري فريدمان ورفاقه (Friedman et al) 2002 ارتفاع معدل انتشار المحاولات الانتحارية بين مرضي الهلع الذين لديهم تاريخ سابق للعنف الأسري أثناء الطفولة (5% في السنة الماضية للدراسة، و36% أثناء حياتهم) بدلالة إحصائية كبيرة بالمقارنة بالمجموعات الأخرى.

ويري جرين ورفاقه 1978 أن محاولات الانتحار تنتج من كراهية الشخص لنفسه وإحساسه بعدم القيمة ورفض الأباء له.

ويشير هوت وروفمان (Hotte and Rofman) 1992 إلي أن نقص الثقة بالنفس وارتفاع معدل حدوث العدوان الموجه والمباشر نحو الذات أحد أسباب المحاولات الانتحارية.

ولا يعد العنف الأسري سببا مباشرا للانتحار في حد ذاته بل أنه يزيد من قابلية الشخص لحدوث العديد من الاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب، واضطراب السلوك وتعاطي المواد المؤثرة نفسيا، وبالتالي تزداد احتمالية حدوث التدمير الذاتي حيث أن كل ما سبق يقلل من عتبة السلوك الانتحاري.

كذلك يعد الاكتئاب والشعور باليأس (hopelessness)، والتقدير المنخفض للذات (low self-esteem)، والأنماط المعرفية السلبية من المآلات السيئة المرتبطة بالإيذاء الجنسي لدى الأطفال والمراهقين والتي بدورها تشارك في حدوث الانتحار.

حادي عشر: الاضطرابات الانشقاقية (تعدد الشخصيات):

يري بوتيمان وآخرون (Putman et al) 1986 أن 83% من مرضي اضطراب الهوية الانشقاقي (تعدد الشخصية) عانوا أثناء طفولتهم من الإيذاء الجنسي، وأن 75% منهم تعرضوا للإيذاء البدني.

ويوافقه علي ذلك روز وآخرون (Ross et al) 1989 حيث وجد أن 79.2%، و74.9% من هؤلاء المرضى تعرضوا للإيذاء الجنسي والبدني علي التوالي.

كما وجدا سوزيت ونيل (Suzette and Nel) 1993 أن 94.4% من مرضي اضطراب الهوية الانشقاقي (71 مريض) عانوا من العنف أثناء الطفولة.

وفي دراسة علي 35 مريض تركي (31 سيده، 4 رجال) تم تشخيصهم طبقا للدليل الإحصائي الأمريكي الرابع اضطراب الهوية الانشقاقي حيث وجد أن 77.1% منهم تعرضوا للإيذاء البدني أو الجنسي أثناء الطفولة.

وتنتشر الاضطرابات الانشقاقية بدلالة إحصائية كبيرة بين السيدات اللاتي تعرضن للعنف الأسري أثناء الطفولة مقارنة بالرجال.

وتتعلق الخبرات الانشقاقية التي تحدث بين هؤلاء المرضى بالعديد من العوامل منها: حدوث العنف مبكرا أثناء الطفولة، شدة العنف، درجة قرابة القائم بالعنف.

ويعتبر الإيذاء الجنسي هو الأقوى تأثيرا في حدوث الاضطرابات الانشقاقية

خاصة إذا حدثت من الأقارب وهو ما يراه بوتمان وزملاؤه (Putman et al 1986) (88.5%)، أندرسون ورفاقه (Anderso et al 1991) (86%).

ثاني عشر: تعاطي الكحول والمواد المؤثرة نفسيا :

تري الدراسات أن استخدام الكحوليات أو المواد المؤثرة نفسيا تعتبر إحدى تداعيات العنف الأسري أثناء الطفولة حيث يتراوح معدل انتشار العنف الأسري بين متعاطي الكحوليات والمواد المؤثرة نفسيا بين 20%-65%.

وفي مقابلة إكلينيكية شبة مقننة مع 31 مريض ذهاني من المترددين علي العيادة الخارجية كان الاهتمام بأخذ تاريخ تفصيلي لأحداث الطفولة خاصة الخبرات

الصدمية أحد أهم عناصرها، وجد أن 68% لديهم خبرة عميقة من العنف الأسري، و20% من هؤلاء يتعاطون المواد المؤثرة نفسيا.

وتوجد دلائل عديدة علي ارتباط تعاطي الكحول والمواد المؤثرة نفسيا بالعنف الأسري أثناء الطفولة، حيث وجد أن الراشدين الذين تعرضوا للعنف الأسري أثناء الطفولة بدأوا في إدمان العقاقير والكحوليات في سن مبكرة عن الذين لم يتعرضوا للعنف وأظهر هؤلاء أيضا سلوكيات تعاطي الكحوليات بشكل انتحاري (التعاطي رغم وجود ظروف طبية خطيرة مثل الفشل الكلوي مثلا) بدرجة أعلى من الآخرين. وفي دراستها علي 78 سيدة من المترددات علي العيادة الخارجية لإحدى المستشفيات بولاية نيويورك وجدت كريستينا ورفاقها (Kristina et al) 1993 أن 65% منهن تعرضن للعنف الأسري أثناء الطفولة، وأن 30% منهن يصاحب الاضطراب الموجود علي المحور الأول تعاطي أو إدمان المواد المؤثرة نفسيا وفي مقابلة مع أربعة آلاف سيدة مع أخذ تاريخ تفصيلي عن تعرضهن للعنف الأسري أثناء مرحلة الطفولة وجد أن 36% منهن تعرضن للعنف أو لمحاولات الإيذاء البدني أو الجنسي، وكان معدل انتشار تعاطي الكحوليات والمواد المؤثرة نفسيا بينهن ضعف معدل انتشاره بين غير المتعرضات للإيذاء أثناء الطفولة.

في دراسة مولين وزملاؤه (Mullen et al) 1993 وجد أن الأشخاص الذين تعرضوا لاعتداءات جنسية في مرحلة الطفولة أكثر اعتمادا علي الكحوليات من الأشخاص الذين لم يتعرضوا لاعتداءات جنسية في الطفولة، كما وجد أن الذين تعرضوا لاعتداء جنسي كامل أكثر اعتمادا (34%) من الذين لم يتعرضوا لذلك (9%) ووجد لذلك دلالة إحصائية مرتفعه، وفي نفس الدراسة وجد أن (9%) من الأشخاص الذين تعرضوا لاعتداءات جنسية كانت لهم مشاكل مع التعاطي أكثر من الذين لم يتعرضوا لنفس الاعتداءات (4%) ووجد لذلك دلالة إحصائية كبيرة، وفي الدراسة نفسها وجد أن المرضي الذين قرروا تعرضهم لاعتداءات جنسية في الطفولة قد سجلوا معدلات أعلى في استطلاع الصحة العامة عن الذين لم يتعرضوا لتلك الاعتداءات، كما ذكرت الدراسة أن الأشخاص الذين تعرضوا لاعتداءات جنسية في الطفولة كانوا أكثر تعرضا للعلاج النفسي (22%) من الذين لم يتعرضوا لذلك (10%) ووجد لذلك دلالة إحصائية كبيرة، كما أن هؤلاء الأشخاص الذين تعرضوا لاعتداءات جنسية في الطفولة تم إيداعهم بالمصحات النفسية للعلاج خمسة أضعاف

أكثر من الذين لم يتعرضوا لتلك الاعتداءات، وبالأخص الذين تعرضوا لاعتداء جنسي كامل، حيث بلغت ستة عشرة مرة أضعاف الذين لم يتعرضوا.

وفي دراسة علي 100 مريض (50 من كل جنس) محجوزين للعلاج من تعاطي الكحوليات أو المواد المؤثرة نفسياً، وجد أن 66% منهم تعرضوا للعنف الأسري أثناء الطفولة (36 سيدة، و30 رجل) كما وجد أن تعاطي الكحول هو الأكثر انتشاراً.

وفي دراسة ميكل وزملاؤه 1995 (Michael et al) علي 802 مريض بالقسم الداخلي لمركز علاج مدمني الكحوليات بنيويورك منهم 321 سيدة، 481 رجل في الفئة العمرية بين 19-57 سنة وتم تشخيصهم حسب الدليل الإحصائي الأمريكي الثالث المعدل (52.9% تعاطي أدوية، 46.6% كوكايين، 8.7% تعاطي أفيون، 4% ماريجوانا) وجد أن 59% من السيدات، 30% من الرجال تعرضوا للإيذاء الجنسي (49%، 12%) أو البدني (33%، 24%) أو للثلاث معاً.

وفي دراسة وندل وأقرانه 1995 (Windle et al) وجد أن معدلات حدوث العنف الأسري في الطفولة في الأشخاص المعتمدين علي الكحوليات أعلي من معدلاتها في المجتمع ككل، غير أن تلك المعدلات تشابه مثلتها في الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية، كما وجد في نفس الدراسة أن التعرض للإيذاء الجنسي في الطفولة عند السيدات المعتمدات علي الكحول أربع أضعاف الرجال، بينما كان التعرض للإيذاء الجسدي في الطفولة بين الجنسين متماثلة. كما ذكرت الدراسة أن احتمالية حدوث أمراض نفسية مصاحبة للتعاطي أكثر في الأشخاص الذين تعرضوا للإيذاء الجنسي أو الجسدي في الطفولة كما أن مخاطر حدوث محاولات انتحارية أكثر في هؤلاء الأشخاص. وأشارت نفس الدراسة إلى أن اضطراب الشخصية ضد المجتمع أكثر حدوثاً في الأشخاص الذين يعتمدون علي الكحوليات والذين تعرضوا للعنف الجنسي أو الجسدي في الطفولة وبخاصة الأطفال.

وفي مقابلة أخرى لعدد 941 راشد وجد أن 3/1 العينة تعرضوا للعنف البدني أثناء الطفولة، وأن 3/2 السيدات اللاتي تعرضن لهذه الخبرة ينتشر بينهن تعاطي الكحوليات والمواد المؤثرة نفسياً.

وبالبحث في المجتمع العربي عامة والمصري خاصة وجدت ندره في الدراسات التي تناولت العلاقة بين العنف الأسري في الطفولة وبين الاعتماد علي المواد المخدرة ففي دراسة لفهمي وزملاؤه 1995 وجد أن هناك علاقة بين الاعتداء الجنسي في الطفولة

والاضطرابات المؤدية للإدمان، وذلك في دراسة لعدد 627 مريضا نفسيا استرجعوا فيها ذكرياتهم منهم 206 ذكرا، و421 أنثى وقد وجد أن 54 مريضا (38 أنثى و61 ذكرا) يمثلون 8.63% من العينة قد تعرضوا للاعتداء الجنسي خلال فترة الطفولة، وشمل البحث دراسة هؤلاء الضحايا ومرتكبي الاعتداء أو ظروف وملابسات الاعتداءات، ولقد أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين التعرض للاعتداءات الجنسية في فترة الطفولة وكل من الاضطرابات الشخصية للبالغين والاضطرابات السلوكية وخاصة الاضطرابات الجنسية والنفس جسدية وأيضا الإدمان علي العقاقير والكحول.

ثالث عشر: اضطرابات الجسنة (الأعراض الجسدية ذات المنشأ النفسي) تنتشر اضطرابات الجسنة بدرجة كبيرة بين المرضى الذين لديهم تاريخ للتعرض للايذاء أثناء الطفولة.

ووجد بريور ودينويدل (1992) (Pribor and Dinwiddie) ارتفاع معدل انتشار اضطرابات الجسنة (13.5%) بين الأشخاص الذين تعرضوا لخبرات زني المحارم أثناء الطفولة.

و يعتبر اضطراب الألم جسدي الشكل من أشهر اضطرابات التجسيد انتشارا في المرضى الذين لديهم تاريخ للتعرض للايذاء أثناء الطفولة وخاصة ألم الحوض المزمن وألم أسفل الظهر. ففي دراسة ولكار ورفاقه (1988) (Walker et al) وجد أن السيدات اللاتي يعانين من ألم الحوض المزمن لديهن معدل عالي من انتشار العنف الجنسي أثناء الطفولة مقارنة بالسيدات اللاتي يعانين من مشكلات نسائية أخرى.

كما وجد أن السيدات اللاتي يعانين من اضطراب الألم المزمن لديهن مستوي عالي من الاضطرابات النفسية والعنف الأسري سواء أثناء الطفولة أو المراهقة.

وفي دراسة علي مائة سيدة حضروا للمستشفى لعمل منظار علي البطن (Laproscope) نصفهن يعانين من ألم مزمن بالحوض، والأخريات تعانين من العقم وقام الباحث بتطبيق مقياس الأعراض 90 مع عمل مقابلة إكلينيكية مركزا علي الخبرات الجنسية أثناء الطفولة، سجلت 14 سيدة تعرضهن للايذاء الجنسي أثناء الطفولة 12منهن يعانين من ألم الحوض المزمن.

وقام أستريد وزملاؤه (Astrid et al) 1997 بدراسة علي 27 سيدة بعانين من ألم الحوض المزمن، و24 سيدة أخري يشكين من ألم أسفل الظهر، وجد أن 37% من المجموعة الأولى لديهن تاريخ للإيذاء الجنسي الشديد (علاقة جنسية عنيفة) أثناء الطفولة، ولا توجد حالة واحدة في المجموعة الثانية، بينما لم يجد الباحثون فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين بالنسبة للإيذاء الجنسي متوسط الشدة مثل التقبيل بالقوة.

وقد يرجع انتشار اضطراب ألم الحوض المزمن في المرضى الذين تعرضوا للإيذاء الجنسي خاصة في أنه أي الألم قد يستخدم من قبل المريض كحيلة دفاعية أو كنوع من الانشقاق هروبا من الألم الحادث عند تذكر الخبرة الجنسية (Walker et al 1992)، أو أنه يستخدم كاستجابة توائية تمنع استكمال الذاكرة حول الخبرة الجنسية أو الجسدية أو المعنوية المؤلمة (Vandarkolk and vander 1989).

كما تنتشر أنواع أخري من اضطراب الجسدية مثل اضطراب توهم المرض (Hypochondrisis) ففي دراسة علي 60 مريض ترددوا علي العيادة الخارجية للمستشفى وتم تشخيص حالتهم علي أنها اضطراب توهم المرض حسب DSMIII R ومقارنتهم بمجموعة أخري ضابطة تماثلها في العدد وجد ارتفاع معدل انتشار الإيذاء الجنسي والجسدي أثناء الطفولة في المجموعة الأولى بدلالة إحصائية كبيرة (28.6% مقابل 7.3%) و(32.1% مقابل 7.3%) علي التوالي.

رابع عشر: اضطرابات الأكل :

لاحظ الدارسين وجود ارتباط كبير بين اضطرابات الأكل النفسية وخاصة النهام العصابي (Bulimia Nervosa) ووجود تاريخ للعنف الأسري أثناء الطفولة وخاصة العنف الجنسي.

ويعتبر بيرجر وآخرون (Berger et al) 1988 أن وجود تاريخ للعنف الأسري أثناء الطفولة سواء كان جنسي أو جسدي أو نفسي هي إحدى عوامل الخطورة في حدوث اضطرابات الأكل، وذلك في دراسته علي طلاب الجامعة البنين والبنات حيث وجد أن 9% من مرضي اضطرابات الأكل حدث لهم إيذاء بدني أثناء الطفولة.

ففي دراسة قام بها هال وآخرون (Hall et al) 1989 علي 56 مريض بالنهام العصابي، و16 مريض بالقهم العصابي (Anorexia N.) مقارنة بعينة ضابطة لعدد

86 مريض من مرضي اضطرابات الوجدان، وجد أن 50% من مرضي النهام والقهم العصابين لديهم تاريخ للإيذاء الجنسي أثناء الطفولة مقارنة بمرضي الاضطرابات الوجدانية (28%).

وباستخدام المقابلة الإكلينيكية شبة المقننة في مقابلة 20 مريض من مرضي اضطرابات النهام العصابي والقهم العصابي والهلع والفصام واضطراب تعدد الهوية وجد أن 4 مرضي (20%) من مرضي النهام العصابي والقهم العصابي تعرضوا للاعتداء الجنسي أثناء الطفولة مقابل مريضين فقط (10%) من مرضي الهلع والفصام، و16 مريض (80%) من مرضي تعدد الهوية. وكانت السيدات تمثلن كل مرضي العينة في النهام العصابي والقهم العصابي، و85% من مرضي الهلع، و30% من مرضي الفصام، و50% من مرضي تعدد الهوية.

وقام ستيجر وزانكو (Stiger and Zanko) 1990 بدراستهما علي 73 مريض باضطرابات الأكل (45 نهام، 28 قهم) ومقارنتهم بعدد 21 مريض باضطرابات نفسية أخرى (8 اضطرابات وجدانية، و7 اضطرابات قلق، و2 اضطراب تأقلم، و3 اضطرابات الشخصية، ومريض واحد فصام) مع أخذ في الاعتبار وجود عينة ضابطة من العاملين بالمستشفى وأقارب المرضى قوامها 24 فرد معتمدين علي التقرير الذاتي من أفراد العينة دون وجود مقابلات إكلينيكية، وكانت نتائج التقرير الذاتي كالتالي 16 من مرضي النهام (36%)، و6 من مرضي القهم (21%)، و7 من المرضي الآخرين (33%)، و2 من العينة الضابطة (9%) سجلوا تعرضهم للإيذاء الجنسي أثناء الطفولة، وهي فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضي اضطرابات الأكل والعينة الضابطة (الأفراد الطبيعيين).

وفي سان فرانسيسكو تم دراسة عينة مجتمعية تمثل 930 سيدة وجد أن 357 منهن (38%) تعرضن للإيذاء الجنسي قبل سن الثامنة عشر من العمر، ووجد أن 43% منهن يعانين من اضطراب النهام العصابي.

وفي دراسة علي 100 مريض (50 مرضي اضطراب النهام العصابي، و50 مرضي اضطرابات نفسية أخرى)، ومقارنتهم بعدد 100 شخص كعينة ضابطة وتم عمل مقابلة إكلينيكية شبة مقننة حسب DSMIII R، وجد ارتفاع معدل انتشار الإيذاء الجنسي أثناء الطفولة في مرضي النهام العصابي قبل حدوث الاضطراب،

كما وجد أن هؤلاء المرضى يشعرون بالخزي والعار وقلة الثقة بالذات، ولديهم تقدير سلبي نحو أجسادهم، كما ترتفع معدل انتشار العزوبة بينهم (59%).

ويري كانروس وورث 1993 (Cannors and Worse) أن 30% من مرضي اضطراب القهم العصابي حدث لهم إيذاء جنسي أثناء الطفولة.

وفي دراسة مارिका وآخرون 1994 (Marica et al) علي 80 سيدة في الفئة العمرية من 18-35 سنة (40 اضطراب القهم العصابي، 40 اضطرابات نفسية أخرى) وجدت أن 28.8% من المجموعة الأولى تعرضن للإيذاء الجنسي أثناء الطفولة مقابل 20% من المجموعة الثانية، وأن 17.2% تعرضن للإيذاء الجسدي مقابل 2.5%.

وقام هاريسون وآخرون 1994 (Harrison et al) بمناقشة العديد من الدراسات منها المنضبط وغير المنضبط ووجد أن العلاقة بين اضطرابات الأكل والعنف الجنسي أثناء الطفولة ذات دلالة إحصائية في الدراسات غير المنضبطة بينما في الدراسات المنضبطة وجد أن أربعة من هذه الدراسات تري عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين العنف الجنسي أثناء الطفولة واضطرابات الأكل مقارنة بالاضطرابات النفسية الأخرى، بينما تري دراسة خامسة ارتفاع معدل انتشار اضطراب النهام العصابي مع وجود العنف الجنسي أثناء الطفولة مقارنة بالاضطرابات النفسية الأخرى، ودراسة سادسة تري نفس النتيجة مقارنة بالأشخاص الطبيعيين.

خامس عشر: الذهان (الاضطرابات العقلية) :

وفي مقابلة شبة مقننة مع 31 مريض ذهاني من المترددين علي العيادة الخارجية مع أخذ تاريخ مرضي مفصل عن الطفولة وجد أن 68% لديهم خبرة عميقة من الاعتداء البدني والجنسي، وكانوا يتميزون بالسلوك العنيف والإحساس بالذنب والخزي وكذلك بتأثير الإساءة المستمر والمدرک علي حياتهم.

وفي دراسة كريستينا ورفاقها 1993 (Kristina et al) علي 78 سيدة وجدت أن 74% منهن تعرضن للإيذاء الجنسي، 70% تعرضن للإيذاء الجسدي، 94% تعرضن للإهمال وسجل هؤلاء أعراض شديدة من الاكتئاب أو الذهان، وكان معدل انتشار الفصام بينهم 46%، والفصام الوجداني 12%.

158 في دراسة كوفردال وثيربوت 2000 (Coverdale and Turbott) علي مريض باضطرابات نفسية شديدة تشتمل علي الفصام واضطراب ثنائي القطبية II في الفئة العمرية 16 سنة فأكثر باستخدام المقابلة الإكلينيكية شبة المقننة، ومقارنتهم بنفس العدد مماثلين في السن والجنس كعينة ضابطة، وجدت الدراسة أن 45 مريض (28.5%) لديهم تاريخ سابق للإيذاء الجنسي أثناء الطفولة، و43 مريض (27.3%) إيذاء جسدي، وبدلالة إحصائية كبيرة مقارنة بالعينة الضابطة، وكانت السيدات أكثر تعرضاً للعنف بنوعيه، كما تعرضت نسبة كبيرة من المتعرضات للإيذاء الجنسي للاغتصاب أثناء الرشد.

سادس عشر: اضطرابات أخرى :

ويري حسام أمام في دراسته 1998 انتشار اضطرابات الأداء الجنسي (8.3%)، اضطرابات التفضيل الجنسي (15%)، اشتهاؤ الجنس المماثل الغير متوافق مع الذات بين المرضى الذين تعرضوا للإيذاء الجنسي أثناء الطفولة. (V CODE) تم رصد هذا التشخيص في العديد من الدراسات التي تحدثت عن العنف الأسري حيث وجدت العديد من الأعراض النفسية التي لا تكفي للدلالة علي تشخيص معين (مميز)، وجدها سيلاس وآخرون 1989 (Silles et al) أنها تمثل 56.5% من حجم العينة التي بلغت 207 طفل تعرضوا للإيذاء الجنسي، كما وجد ميكلار وزملاؤه 1992 (Mcleer et al) أن 3 من 2 طفل يحملون هذا التشخيص. سابع عشر: الإقامة في المستشفيات :

تري الدراسات أن المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة أدت إلي حجزهم بالمستشفيات غالباً ما يكون لديهم تاريخ سابق من تعرضهم للعنف الأسري أثناء الطفولة.

ففي دراسته علي السيدات المحجوزات بقسم الطب النفسي مع تاريخ سابق للإعتداء أثناء الطفولة مقارنة بمجموعة أخرى من المحجوزات ولم يتعرضن للإعتداء وجد براي ورفاقه 1987 (Bray et al) أن المجموعة الأولى تتميز بالموصفات التالية:

- 1- لديهم ميل أعلي إلي الانتحار أو قاموا بعمل محاولات انتحارية.
- 2- يعانون من أعراض نفسية شديدة، مع احتمالية وجود أعراض ذهانية.
- 3- يحتاجون لجرعات عالية من العقاقير للسيطرة علي الاضطراب.

وفي دراسة ممتدة لمدة ثمانية عشر عاما تم فيها تتبع 776 طفلا حتى بداية مرحلة الشباب، حيث اتضح أن المراهقين والشباب الذين تعرضوا لشكل من أشكال العنف الأسري في الصغر تزداد لديهم نسبة الإصابة بالاكتئاب والانتحار إلي ثلاثة أضعاف مقارنة بمن لم يتعرضوا لذلك.



الفصل السابع
رؤية الإسلام للطفل
والإستراتيجية الإسلامية لتعديل
السلوك

الفصل السابع
رؤية الإسلام للطفل
والإستراتيجية الإسلامية لتعديل السلوك

من المعلوم بدهاء أن قلب الأبوين مفطور علي محبة الأولاد ومتأصل بالمشاعر الأبوية لحمايتهم والرحمة بهم والشفقة عليهم والاهتمام بأمرهم وإلا لما صبر الأبوان علي رعاية أولادهم والسهر علي أمرهم والنظر في مصالحهم، ويصور القرآن الكريم تلك المشاعر الأبوية الصادقة أجمل تصوير فتارة يجعل الأولاد زينة الحياة الدنيا قال تعالى: "الْمَالُ وَالْبَنُونَ زِينَةُ الْحَيَاةِ الدُّنْيَا" (الكهف: 46).

وتارة يعتبرهم نعمة عظيمة تستحق الشكر عليها وذلك في قوله تعالى: "وَأَمَدَدْنَاكُمْ بِأَمْوَالٍ وَبَنِينَ وَجَعَلْنَاكُمْ أَكْثَرَ نَفِيرًا (الإسراء: 6).

وفي ثالثة يراهم قره للأعين "وَالَّذِينَ يَقُولُونَ رَبَّنَا هَبْ لَنَا مِنْ أَزْوَاجِنَا ذُرِّيَّتًا قُرَّةَ أَعْيُنٍ وَاجْعَلْنَا لِلْمُتَّقِينَ إِمَامًا" (الفرقان: 74). وغيرها الكثير والكثير من الآيات القرآنية التي تصور عواطف الأبوين نحو أولادهم وتكشف عن صدق مشاعرهما ومحبة قلبيهما تجاه أفلاذ الأكباد وثمرات الفؤاد.

ومن أهم المشاعر التي أودعها الله في قلب الأبوين الشعور بالرحمة نحو الأولاد والرأفة بهم والعطف عليهم، ولقد رسخت الشريعة الإسلامية تلك المشاعر وحضت الكبار من أباء وأمهات ومعلمين ومسئولين علي التحلي بهذه الأخلاق وليس أدل علي ذلك من اهتمام النبي (ص) بموضوع الرحمة وحرصه الزائد علي تحلي الكبار بهذا الخلق الكريم والشعور النبيل، فكان (ص) إذا رأي أحد من أصحابه لا يرحم أولاده يزرجه بحسم ويوجهه إلي ما فيه صلاح المنزل والأولاد، فقد روي عن الأمام البخاري رضي الله عنه عن السيدة عائشة أم المؤمنين أن أعرابيا جاء إلي النبي (ص) فقال أتقبلون صبيانكم، فما نقبلهم، فأجاب النبي (ص) أو أملك لك أن نزع الله الرحمة من قلبك.

وقوله (ص) للأقرع بن حابس التميمي حين قال إن لي عشرة من الأولاد ما قبلت أحد منهم، فنظر إليه النبي (ص) قائلا من لا يرحم لا يرحم (رواة البخاري).

كما يدعو الإسلام إلي المساواة بين الأبناء مساواة مطلقة وبعدالة شاملة فلم يفرق في المعاملة بين الذكر والأنثى حيث قال الأمام أحمد في مسنده عن ابن حيان قول النبي (ص) سوا بين أولادكم حتى في القبل. ولكي يقتلع النبي (ص) من بعض النفوس الضعيفة جذور الجاهلية خص البنات بالذكر وأمر بالإحسان إليهن، كما أمر الأباء بحسن رعايتهن والعناية بهن حتى يكن طريقه إلي الجنة فقال (ص) من عال جاريتين حتى تبلغا جاء يوم القيامة أنا وهو كهاتين وضم أصابعه (رواه مسلم).

وقوله (ص) في مسند الأمام أحمد من كانت له ثلاث بنات فصبر عليهن وسقاهن وكساهن من جدته (ماله) كن له حجابا من النار، وقد نهى الإسلام عن تفضيل أحد الأبناء حين قال النبي (ص) ساووا بين أولادكم في العطية (رواه الطبري). كما روي أن رجلا جاء إلي النبي (ص) فجاء ابنه بعده فقبله واجلسه علي فخذه وجاءت ابنه له فأجلسها بين يديه فقال (ص) ألا سويت بينهما.

ويضع الإسلام استراتيجية خاصة في تعديل سلوك الطفل وتربيته فإن كان ينفع مع الطفل الملاطفة بالوعظ فلا يجوز للمربي أن يلجأ إلي الهجر وان كان ينفع الهجر أو الزجر فلا يجوز له أن يلجأ إلي الضرب، فان عجزت الوسائل الإصلاحية الممكنة فلا بأس أن يلجأ للضرب بشروط وضعها الإسلام.

ويدل علي الاستراتيجية السابقة قول عمر بن أبي سلمة عن التوجيه والوعظ والإرشاد كوسيلة أولي في التربية حيث يقول كنت غلاما في حجر رسول الله (ص) وكانت يدي تطيش في الصفحة فقال لي النبي (ص) يا غلام سم الله وكل بيمينك وكل مما يليك. أما فيما يتعلق بالهجر فما قاله بن المغفل لقريب له وكان دون اللحم حين حذف (رمي الحصى بالسبابة والإبهام) فنهاه وقال له إن رسول الله (ص) نهى عن الخذف فإنه يقتل الصيد ولا ينكأ العدو وإنه يفتأ العين ويكسر السن ثم عاد الفتى فقال له أحدثك إن النبي (ص) نهى عنه ثم عدت تخذف، لا أكلمك أبدا.

وفيما يتعلق بالضرب قوله (ص) مروا أولادكم بالصلاة وهم أبناء سبع سنين واضربوهم عليها وهم أبناء عشر وفرقوا بينهم في المضاجع.

وهكذا نجد أن الإسلام وضع استراتيجية للعلاقة بين الطفل ومن يتولي تربيته وهذه الاستراتيجية تتدرج من الوعظ إلي الهجر وأخيرا الضرب غير المبرح فلا يجوز للمربي أن يلجأ إلي الأشد إذا كان الأخف ينفع وهذا هو المنهج الإسلامي في التربية.

ولم يكفي الإسلام بالاهتمام بالطفل بعد ولادته بل تجاوز ذلك واهتم بالحمل حين حدوثه حين ذكر البشارة بالمولود في مناسبات عدة إرشادا وتعلّما للأمة الإسلامية، فهاهي الملائكة تبشر سيدنا زكريا عليه السلام: "قَالَتْهُ الْمَلَائِكَةُ وَهُوَ قَائِمٌ يُصَلِّي فِي الْمِحْرَابِ أَنَّ اللَّهَ يُبَشِّرُكَ بِيَحْيَىٰ" (آل عمران: 39). وقوله تعالى في بشارة إبراهيم: "وَأَمْرَأَتُهُ قَائِمَةٌ فَضَحِكَتْ فَلَبَسَ رَائِبًا إِنْ سَأَلَهَا بِإِسْحَاقَ وَمِنْ وَرَاءِ إِسْحَاقَ يَعْقُوبَ" (هود: 71).

كما أهتم بالمولود من لحظة ميلاده مباشرة عن طريق الأذان في أذنه اليمني، وإقامة الصلاة في أذنه اليسرى مصداقا لما رواه أبو رافع حين قال رأيت النبي (ص) أذن في أذن الحسين بن علي حين ولدته فاطمة (رواه أبو داود والترمذي).

وهنا يظهر مدي اهتمام وحب الأب لولده واهتمامه الشديد به ورغبته في أن تقرر أذنه كلمة التوحيد فكانه يلقنه شعار الإسلام عند دخوله إلي الدنيا وغير مستكر وصول أثر الأذان إلي قلبه وتأثره به (بن قيم الجوزية).

ويستحب تحنيكه عقب الولادة وذلك عن طريق مضغ تمره وتدليك حنك المولود بها ولعل الحكمة من ذلك تقوية عضلات الفم بحركة اللسان مع الحنك مع الفكين حتى يتهيأ المولود للقم الثدي، فقد جاء في الصحيحين عن أبي موسى رضي الله عنه قال ولد لي غلام فأتيت به النبي (ص) فسماه إبراهيم وحنكه بتمره ودعا له بالبركة ودفعه إلي.

و ينصح الإسلام الأباء بخلق رأس المولود يوم سابعه والتصدق بوزنه ذهباً أو فضة علي الفقراء والمساكين وفي هذا نوع من أنواع الفرح والبهجة بالمولود وفيه ينبوع من ينبوع التكافل الاجتماعي الذي قد يعود نفعه علي المولود بالدعاء له وهو ما قاله النبي (ص) لفاطمة رضي الله عنها بعد ولادتها الحسن بن علي يا فاطمة احلقي رأسه وتصدقي بزنه شعره فضة.

وقد اعتني الإسلام فائق العناية باختيار اسم المولود كما حدد أيضا موعد التسمية، فهناك أحاديث تري تسميته في أول يوم، وأجازت أحاديث أخرى تأخير التسمية لثالث يوم، ويجوز تأخيره إلي يوم العقيقة فقال (ص) كل غلام رهين بعقيقته تذبح عنه يوم سابعه ويسمي ويلق رأسه.

كما أوجب الإسلام علي المربي أن يختار من الأسماء أحسنها وأجملها وحض النبي (ص) علي ذلك حين قال (إنكم تدعون يوم القيامة بأسمائكم وأسماء آبائكم فأحسنوا أسمائكم).

وكان (ص) يغير الأسماء القبيحة التي تمس كرامة الشخص وتكون مدعاة للاستهزاء والسخرية فعن ابن عمر رضي الله عنهما قال كان لعمر رضي الله عنه ابنه يقال له عاصية فسامها النبي (ص) جميلة (رواه الترمذي وبن ماجه).
كما روي أنه (ص) غير اسم عاصي وعثله والشيطان وغراب وحباب وسمي حوبا سلما (السيوطي).

كما يجب تجنب الأسماء التي بها اشتقاق من كلمات فيها تشاؤم فقد روي البخاري في صحيحه عن سعيد بن المسيب عن أبيه عن جده قال أتيت النبي (ص) فقال ما اسمك قلت حزن فقال أنت سهل قال لا أغير اسما سمانيه أبي قال بن المسيب فما زالت تلك الحزونه فيما بعد (سنن البيهقي).

والإسلام يأمر كل من في عنقه مسئولية التوجيه والتربية ولا سيما الأباء والأمهات منهم أن يتخلوا بالأخلاق العالية والملاطفة أترصينه والمعاملة الرحيمة حتى ينشأ الأولاد علي الاستقامة ويتربوا علي الجرأة واستقلال الشخصية، وبالتالي يشعرون أنهم ذو تقدير وكرامة واحترام فالله سبحانه وتعالى يأمرنا بالمعاملة الرحيمة للحيوانات (دخلت امرأة النار في هرة لا هي أطعمتها ولا هي تركتها تأكل من خشاش الأرض) فما بالكم بالإنسان، ويأمر بحسن معاملة الغريب فما باللك بالقرب "إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ وَإِيتَاءِ ذِي الْقُرْبَىٰ" (النحل: 290)، ويقول تعالى: "وَالْكَافِرِينَ الْعَظِيمِينَ وَالْعَافِينَ عَنِ النَّاسِ وَاللَّهُ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ" (آل عمران: 143).

ويقول تعالى: "وَلَوْ كُنْتَ فَظًّا غَلِيظَ الْقَلْبِ لَانْفَضُّوا مِنْ حَوْلِكَ" ويقول النبي (ص) إن أراد الله بأهل بيت خيرا أدخل عليهم الرفق، وإن الرفق لو كان خلقا لما رأي الناس خلقا أحسن منه، وإن العنف لو كان خلقا ما رأي الناس خلقا أقبح منه (رواه أحمد والبيهقي).

وقوله (ص) الراحمون يرحمهم الله ، ارحموا من في الأرض يرحمكم من في السماء (رواه أبو داود والترمذي).

والأباء حين يسلكون الطرق الملتوية والمعاملة القاسية والعقوبة الظالمة الشديدة يكونوا قد جنوا علي أبنائهم بل وغرسوا فيهم وهم صغار بذور الانحراف أو التمرد أو العقوق، وليس هناك أدل من قصة الشيخ الذي ذهب إلي الخليفة عمر بن الخطاب يشكو إليه عقوق ولده فقال الولد للخليفة أليس للولد حقوق علي والده؟ قال عمر بلي، قال فما هي؟ قال عمر أن ينتقي أمه ويحسن اسمه ويعلمه الكتاب، فقال الولد يا أمير

المؤمنين أن أبي لم يفعل شيئاً من ذلك فأمي زنجية كانت لمجوسي وقد سماني جعلاً (خنفساء) ولم يعلمني من الكتاب حرفاً واحداً، فالتفت عمر رضي الله عنه إلي الوالد وقال عقفته قبل أن يعفك وأسأت إليه قبل أن يسيء إليك، وهكذا يحمل الإسلام الأبناء المسؤولية كاملة في تنشئة الأطفال كأفراد أسياء بدنياً (علموا أولادكم السباحة والرماية وركوب الخيل)، ونفسياً (تبسمك في وجه أخيك صدقة)، وعقلياً (اطلبوا العلم من المهد إلي اللحد).

فالإسلام أعطي نموذجاً لنمط التربية والعلاقة الوالدية الطفلية في العديد من الأحاديث النبوية منها ما رواه بن حيان عن أنس بن مالك رضي الله عنه أنه (ص) قال الغلام يعق عنه يوم السابع ويسمي ويماط عنه الأذى، فإذا بلغ ست سنين أدب، وإذا بلغ تسع سنين عزل عن فراشه، فإذا بلغ ثلاث عشر سنة ضرب علي الصلاة والصوم، فإذا بلغ ستة عشر سنة زوجه أبوه ثم أخذ بيده وقال قد أدبتك وعلمتك وأنكحتك وأعوذ بالله من فتنتك في الدنيا وعذابك في الآخرة.

كما أوجب الإسلام علي الأباء بجوار التربية الخلقية الاهتمام بتربية الجسد حتى ينشأ الطفل قويا سليم البدن يبدو عليه مظاهر الصحة والحيوية والنشاط فقال تعالي: "وَعَلَى الْمَوْلُودِ لَهُ رِزْقُهُنَّ وَكِسْوَتُهُنَّ بِالْمَعْرُوفِ" (البقرة: 233).

وقوله (ص) دينار أنفقته في سبيل الله ودينار أنفقته في رقبة ودينار تصدقت به علي مسكين ودينار أنفقته علي أهلك أعظمها أجرا الذي أنفقته علي أهلك (رواه مسلم).

وقوله (ص) المؤمن القوي خير وأحب إلي الله من المؤمن الضعيف (رواه مسلم).

الفصل الثامن

التعامل مع ظاهرة العنف الأسري

- كيف يتعامل الطفل مع العنف نفسياً.
- محاور أساسية للحد من العنف.
- كيفية الوقاية من العنف الأسري
- كيفية اكتشاف وجود حالات عنف داخل الأسرة.
- التعامل مع ضحايا العنف الأسري.

الفصل الثامن التعامل مع ظاهرة العنف الأسرى

كيف يتعامل الطفل مع التعرض للعنف نفسياً :

يري مان وديرموت (Mann and McDermott) 1983 أن الكثير من الأطفال المتعرضين للعنف الأسرى تصبح التفاعلات العدوانية مع آبائهم وأمهاتهم هي العلاقة الوحيدة التي يعرفونها كي يظلوا علي اتصال بالديهم، لذلك يستثيرون فيهم العنف وبقيمون غطاء من العلاقة المازوخية والمدمرة للذات، وقد يتوحد بالمعتدي القوي ليدفع الإحساس بالعجز والقلق، ولكي يظهر الطفل متحكماً وعدوانياً مثل والديه، وقد يؤدي تكرار تمثيل الأنماط السادومازوخية أو التوحد بالمعتدي إلي سلوك السعي للإساءة في الحياة الحقيقية للأبد حتى بعد أن يتوقف الإيذاء إليه.

وقد يعتمد الطفل علي ميكانيزمات الدفاع البدائية كالإنكار (إنكار حدوث الاعتداء) والإسقاط (إسقاط الاعتداء في اللاوعي) والانشقاق (نسيان هذه الخبرة تماماً) حتى يستطيع الطفل أن يحتفظ بتخيل أنه يملك والد جيد.

وقد يفشل الانشقاق والإسقاط في إخفاء الإحساس بعدوان الوالدين فيلجأ الطفل إلي الإنكار والانعزال عن الآثار المؤلمة المصاحبة، فالانشقاق يجعل الطفل يصنف الأفراد بطريقة جامدة إما الكل جيد أو الكل سيئ اعتماداً علي خبرات أنه يكافأ أو يرفض بالتبادل دون نظام يمكن توقعه، وهذا الانشقاق يتداخل مع قدرتهم علي تقييم مدي واقعية سلوك والديهم أو سلوك الآخرين أو تأثير سلوكهم هم أنفسهم علي الآخرين.

محاور أساسية للحد من العنف :

للحد من العنف هناك عدة محاور أساسية يجب العمل فيها جميعاً في وقت واحد لأن كل منها يكمل الأخرى بحيث يمكن في النهاية تدعيم العنف بوجه عام وضد المرأة والطفل بوجه خاص.

1- محور التركيز على شخصية الطفل:

هذا المحور هدفه النهائي بعيد المدى وهو إيجاد رجل يحافظ على المرأة والطفل في المستقبل من خلال التركيز على التربية السليمة للأطفال سواء داخل الأسر أو في المؤسسات التعليمية أو الإعلامية التي يجب أن تنتشر تعاليم الأديان التي أوحى

بالمعاملة الطيبة والحسنة للمرأة والطفل، وتدعيم قيم الصبر والتسامح والتكامل داخل الأسرة الواحدة والمجتمع بوجه عام.

2- محور البيئة:

ويركز هذا المحور على توفير البيئة المناسبة لنمو الأفراد نمو اجتماعيا خالي من الحرمان أو الإحباط أو الضغوط البيئية بوجه عام، وهذا يستلزم بداية الحد من كافة الملوثات سواء هواء أو ماء أو ضوضاء وكذلك التوسع في المدن الجديدة والخروج عن الوادي الضيق للحد من ظاهرة الازدحام وندرة الموارد، ومواجهة مشكلات المناطق العشوائية والهامشية لمواجهة مشكلاتها والحد من ضغوطها على الإنسان، وكذلك عند الاهتمام ببيئة المناطق المحرومة من الخدمات والاستثمارات سواء في الوجه القبلي أو في أي مكان في مصر.

3- محور التنمية المتواصلة:

وهو المحور الأساسي لتحقيق التنمية المتواصلة التي تشبع احتياجات الأجيال الحالية دون الإخلال بالاحتياجات القادمة وتعنى تنمية اجتماعية واقتصادية وثقافية وبيئية شاملة مما يساهم في النهاية بتوفير حياة افضل وغدا أكثر إشراقا في حياة البشر مما يؤدي في النهاية لتحجيم العنف بوجه عام والعنف نحو المرأة والطفل بوجه خاص.

الوقاية من العنف :

الوقاية الأولية:

تبدأ الوقاية من العنف قبل ميلاد الطفل وذلك بحسن اختيار الزوج والزوجة لبعضهما البعض فكلما كان شريك الحياة من مجتمع جيد ومسالم كلما كان تجنب الحديث العنيف والسلوك العنيف اسهل.

واختيار شريك الحياة أساس في مواجهة العنف والوقاية منه وذلك لتجنب الجينات المريضة.

ويأتى بعد ذلك طريقة التعامل بين الآباء وأولادهم فكلما كان المناخ يتسم بالسلام والحب والطاعة والرعاية كلما كان مناخا صحيا خاليا من العنف والعدوان، وهنا يأتي دور رجال الدين والتربويين.

الوقاية الثانوية:

قد ينشأ العنف من أسباب مرضية سواء كانت اجتماعية أو نفسية أو عضوية أو اقتصادية أو غير ذلك والتشخيص المبكر هام جدا لمعالجة هذه الأمراض المختلفة والتعامل معها.

ولابد أن يكون المجتمع مستعدا لإقامة مراكز العلاج اللازمة لمواجهة هذه الحالات وإعطاء العلاج المبكر والمتابعة وهنا يأتي دور الطبيب النفسي والأخصائي الاجتماعي والنفسي.

الوقاية الثلاثية:

قد يؤدي العنف إلى حدوث مضاعفات (نفسية) أو (عضوية) مما يجعلها تحتاج إلي تأهيل في مراكز خاصة ، فعلى المجتمع أن يقوم بتسهيل إنشاء هذه المراكز وتبنى سياستها الوقائية على الأسلوب الاجتماعي الديني. والكثير من الحالات تستجيب للوقاية الثلاثية ويعودون إلي الذي يجب عليه أن يسهل حياتهم ويقبلهم كمواطنين عاديين وهذا يتطلب القيام بدور المتابعة لتجنب النكسة.

طرق الوقاية من العنف :

تطوير ملصقات وكتيبات تحتوي علي معلومات عن وجود عادات وتقاليد تسمح بالعنف ضد المرأة والفتيان والفتيات، وعن حقهم في حياة خالية من العنف، وعن الخدمات المتاحة... الخ.

عقد ورش عمل مع متلقي الخدمات لمناقشة العنف وأسبابه وعواقبه ودينامياته وماذا نفعل حياله والي أين نلجأ عند التعرض له.

عقد ورش عمل مع متلقى الخدمات عن الثقة بالنفس والاستقلال وحقوق الإنسان.

عقد ورش عمل لأليات حماية النفس حيث يستطيع الأشخاص المتعرضين للعنف أن يتعلموا الاعتماد على أنفسهم في مواجهة العنف، وتنمية الشعور بالكرامة وبما هو ملائم أو ليس ملائماً لهم.

زيادة التعاون وتبادل المعلومات المتعلقة بمنع العنف بين الوكالات الدولية والحكومات والباحثين والشبكات والمنظمات غير الحكومية التي تعمل في مجال منع العنف.

التشجيع علي الالتزام بالمعاهدات الدولية المتعلقة بالتشريعات والآليات الأخرى لحماية حقوق الإنسان والإشراف علي تنفيذها.

الاكتشاف المبكر للعنف :

تدريب مقدمي خدمات الصحة الإنجابية والمدرسين والعاملين بالمدارس علي علامات التعرض لعنف جسدي أو جنسي أو نفسي وأعراضه مع الأخذ في الاعتبار النوع الاجتماعي والسن.

تأسيس شبكات للمعلومات بين المجتمع المدني والحكومة والتي تسمح بالاكتشاف المبكر للعنف.

تعريف المواطنين بالصور المختلفة للعنف

استهداف الأشخاص المعرضين للخطر بالمساعدة وإيصال الخدمات إليهم - بواسطة المدارس وفئات المجتمع المحلي والخدمات الاجتماعية (استجابات منسقة بواسطة الهيئات الرئيسية) وكذلك من الأنداد إلى الأنداد ومن الكبار إلي الأطفال. تشجيع الحملات التي تحث المواطنين علي الإبلاغ عن أي أعمال عنف (الخط الساخن).

طرق التدخل مع المتعرضين للعنف :

يجب أن يأخذ عدة أشكال طبية ونفسية وقانونية ووقائية

ويمكن لمقدمي خدمات الوقاية من العنف الأسري القيام بما يلي:

إجراء الأبحاث حول هذه الظاهرة وانتشارها وأثارها، ومدى النجاح الذي تحقق بعد التدخلات السابقة.

البحث في عادات الدول ومبادئ الأديان عن الأشياء التي تحفز علي منع العنف.
تشجيع المشرع علي إصدار قوانين تجرم العنف والعمل علي تنفيذها.
إيجاد أماكن آمنة للأشخاص الذين تعرضوا للعنف ليتمكنوا من التحدث فيه بحرية.

ضمان أن تكون لدى الأشخاص الذين تعرضوا للعنف فرص بسيطة وواضحة وأمنة للشكوى - بدون خوف من الانتقام.

دور العاملين في المجال الطبي أو التعليمي:
توفير دور للمدرسين والعاملين الطبيين في الإجراءات الرسمية وغير الرسمية،
على حد سواء الخاصة بالشكاوى ضمان أن يكون العاملون في المجالين الطبي والتعليمي خاضعين للمسائلة أمام كيانات مستقلة.

- تقوية مهارات الآباء ودعمهم.
- إدرار الدخل وتوفير سبل كسب العيش.
- تنمية خدمات اجتماعية جيدة النوعية وتوفير سبل الحصول عليها.

مراحل الإرشاد النفسي للمتعرضين للعنف :

1- مرحلة الاستكشاف

- جمع كل ما يتعلق بالحالة من شواهد.
- تحقيق الاستبصار النفسي للمتعرض للعنف.

2- مرحلة الفهم :

- معرفة العوامل التي أدت إلي وقوع العنف عليه.
- معرفة الآثار النفسية والاجتماعية للعنف.

3- مرحلة الفعل :

- تحديد الإجراء والفعل الذي تستطيع الضحية القيام به للخروج من الأزمة.
- مساعدة الضحية وتشجيعه علي مواجهة المشكلة.
- تحديد أهداف بعيدة المدى للعمل من أجلها مستقبلا.

الفصل التاسع
دراسة عن علاقة العنف
بالصحة النفسية والإيجابية

الفصل التاسع
دراسة عن
علاقة العنف بالصحة النفسية والإيجابية

ملخص الدراسة الخاصة :
بدراسة معدل انتشار العنف بأنواعه المختلفة وتأثير ذلك علي الصحة النفسية
والإيجابية لعينة من الأفراد في منطقة الدويقة بمنشية ناصر بالقاهرة

المشرف العام علي البحث

أ. د. عادل محمد المدني

أستاذ ورئيس قسم الطب النفسي بطب الأزهر

وعضو اللجنة العليا للجمعية العلمية المصرية للتدريب الجماعي

الباحث الرئيسي

د. علي إسماعيل عبد الرحمن

مدرس الطب النفسي بطب الأزهر

وعضو للجمعية العلمية المصرية للتدريب الجماعي

الفريق القائم بالعمل حسب الحروف الأبجدية
أولاً: الأطباء (قاموا بعمل المقابلات الإكلينيكية للمتعرضين للعنف)

- د. أيمن الحسيني
- د. عبد الله مكي
- د. علي النبوي
- د. محمد أبو العباس
- د. محمد رمضان
- د. محمد عبد الله
- د. محمد الديب
- د. هاشم عبد الجليل

ثانياً: الأخصائيون (قاموا بتطبيق استبيان ديفيد برينشتين)

- دعاء محمد الخطيب
- راندا حسني يوسف
- سمر محمد إبراهيم
- صبحي إسماعيل عبد الرحمن
- محمد جمال الدين
- مني عيد يمانى
- محمد يمانى

ثالثاً: الجهاز الإداري (العاملين بالمجلس القومي للأمومة والطفولة)

- د. منال شاهين

رابعاً: هيئة تحسين كتابيست

- د. منال عيد

السكرتارية

- أ. هند عيد يمانى

المقدمة :

بدأ الاهتمام بظاهرة العنف ضد الأطفال والمرأة خلال العقود الأربعة الأخيرة، وكانت الدراسات تهتم في البداية بمعرفة معدلات انتشار أو حدوث هذه الظاهرة، وارتباطها بالعوامل الأسرية والاجتماعية، كما اهتمت الدراسات أيضا بتداعيات (أثار) هذه الظاهرة سواء بعد حدوثها مباشرة أو علي الأمد البعيد، وخلصت الدراسات إلي أربعة نقاط رئيسية وهي:

1- العنف ظاهرة شائعة الحدوث ضد الأطفال والمرأة من القائمين علي رعايتهم أو آبائهم أو أزواجهن وتتراوح معدلات الانتشار بين 10%-25% في الدراسات المجتمعية، و 28%-85% في الدراسات الإكلينيكية، كما تختلف حسب نوع ودرجة شدة العنف.

2- تنتشر ظاهرة العنف ضد الأطفال والمرأة بين الذين يعيشون في أسر تعاني من الخلافات والمشكلات، أو يتصف آباؤهم أو أزواجهن بالصفات السيئة، أو كانوا علي علاقة سيئة بالطفل، أو يعاني هؤلاء الآباء من مشكلات أو اضطرابات التأقلم.

3- وجود ظاهرة العنف تؤدي إلي حدوث العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية والاجتماعية.

4- وجدت الدراسات ارتباط العنف بأنواعه المختلفة بالصحة الإنجابية حيث ينتشر العنف في الأسر كثيرة العدد، كما وجدت الدراسات ارتباط العنف بالمستوي الاجتماعي والاقتصادي، والمستوي التعليمي للآباء والأزواج مما يعوق برامج التنمية الصحية، ويقلل من تردد السيدات علي مراكز تنظيم الأسرة.

ورغم اهتمام الدولة بالأطفال والمرأة حيث أنشأت المجلس القومي للمرأة، والمجلس القومي للأمومة والطفولة، ولكن لا زالت أوضاعهما تحتاج للكثير من الجهد، وتغيير العديد من المفاهيم والاتجاهات الخاطئة نحو كل من المرأة والطفل.

أهداف ومنهج البحث :

استهدف البحث تقديم رصد للعنف الواقع علي المرأة والطفل في منطقة الدويقة بحي منشية ناصر بمحافظة القاهرة، وتأثير ذلك علي الصحة الإنجابية، وعلي صحة المرأة والطفل النفسية والاجتماعية.

تساؤلات البحث :

- هل هناك فرق نوعي (بين الذكور والإناث) في التعرض للعنف أو نوع العنف؟
- هل توجد علاقة بين التعرض للعنف والصحة الإنجابية للمرأة؟
- هل تؤثر نوعية العنف وشدته علي صحة المرأة والطفل النفسية والإنجابية؟
- هل يؤدي التعرض للعنف في الصغر إلي القيام به عند الكبر؟
- هل هناك علاقة بين التعرض للعنف والزواج المبكر، التسرب من التعليم ؟

منهج البحث وأدوات البحث :

- تم عمل هذه الدراسة باستخدام منهج الدراسة الارتباطية.
- تم تطبيق استبيان إساءة معاملة الطفل لديفيد برينشتين.
- تم عمل مقابلة إكلينيكية شبة مقننة.
- تم تحليل النتائج إحصائيا كميًا وكيفيًا، ومناقشة النتائج.

تم البحث علي ثلاث مراحل:

المرحلة الأولى :

عمل مسح شامل لعدد الأطفال من سن 13-16 سنة في منطقة الدويقة سواء الموجودين بالمدرسة أو العاملين بالورش وذلك بمساعدة فريق عمل من المجلس القومي للأمومة والطفولة، وإحضار كشوف بأسمائهم معتمدة من الجهة الإدارية، وتم اختيار العينة بطريقة عشوائية منتظمة (اسم من كل خمسة أسماء)، وتم اختيار الأب والأم لكل المختارين، وفي حالة غياب الأب أو وفاته يحل ولي الأمر محله.

المرحلة الثانية :

تم تطبيق استبيان مقياس إساءة معاملة الطفل (C. T.Q) لدا فيد برينشتين 1995. وهو موجود باللغة الإنجليزية وتم ترجمته إلي اللغة العربية وقياس الصدق والثبات له في دراسة سابقة (علي إسماعيل وآخرون 2004) ويتكون من 53 عنصر وتستخدم كل مجموعة من عناصر الاستبيان لقياس نوع معين من العنف أو الإهمال.

المرحلة الثالثة (مرحلة المقابلة الإكلينيكية):

قام بها ثمانية من الأطباء النفسيين (حاصلون علي ماجستير علي الأقل) بمقابلة الأفراد الذين حصلوا علي درجة عنف أو إهمال علي استبيان ديفيد برينشتين

540) فرد حضر منهم 273 فرد فقط ورفض الباقيون الحضور لأسباب مختلفة تم ذكرها في البحث).

زمن الدراسة :

شهران من 21 فبراير 2005 الى 20 أبريل 2005.

ملخص النتائج :

- 1- العينة الكلية للدراسة 697 فرد في الفئة العمرية من 13 سنه حتى سن 16 سنة مع آباؤهم وأمهاتهم (49.6% ذكور، 50.4% إناث).
- 2- 538 فرد (77.5%) كانوا إيجابيون (تعرضوا للعنف) علي مقياس إساءة معاملة الأطفال لدايفيد بريشتين (76.6% ذكور، 78.4% إناث).
- لم تجد الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في انتشار العنف ولكن كان الاختلاف في نوعية العنف.
- لم تجد الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية بين طلاب المدارس أو العاملين بالورش.
- يخفي العنف الواقع علي الذكور عند الكبر، بينما يستمر العنف الواقع علي الإناث بعد الزواج وبنفس النسب تقريبا.
- التعرض للعنف أثناء الطفولة يؤدي إلي القيام به عند الكبر بنسبة ذات دلالة إحصائية 80% في الجنسين.
- 3- معدل انتشار إساءة المعاملة (العنف) أثناء الطفولة 77.5% (76.6% ذكور، 78.4% إناث)، وكان وجود أكثر من نوع من العنف لنفس الشخص هو الأكثر انتشارا 57.7% (58.3% ذكور، 57.2% إناث)، فالإهمال النفسي 13.7% (19.3% ذكور، 8.7% إناث)، ثم العنف النفسي 11.6% (9.1% ذكور، 14.1% إناث)، فالعنف الجسدي 11.1% (11.7% ذكور، 10.5% إناث)، ثم العنف الجنسي 5.1% (1.6% ذكور، 8.7% إناث) وأخيرا الإهمال الجسدي 0.8% في الإناث فقط.
- وكان العنف بدرجة شديدة هو الأكثر انتشارا بين أفراد العينة الكلية 42.3% (40.7% ذكور، 45.3% إناث).

- 4- كما يلاحظ ارتفاع نسبة التعرض للعنف الجنسي في عينة المقابلات الإكلينيكية (273 شخص) مقارنة بالعينة الكلية للعينة (697 شخص) فأصبحت النسبة (46.5% من عينة المقابلات، 18.2% من العينة الكلية). مما يؤكد أن المقابلات الشخصية أكثر دقة من الاستبيانات المطبوعة لوجود التفهم والتواصل والتعاطف من المعالج.
- 5- العنف الجنسي الذي يتعرض له الإناث ضعف العنف الجنسي الذي يتعرض له الذكور (58.4% مقابل 32.2%).
- 6- الفتيات فقط هن اللاتي تعرضن للاغتصاب بنسبة 13.8% ولم تقم أي فتاة بإبلاغ أحد (خوفا من الوصمة الاجتماعية، إحساسا بالذنب، خوفا من إيذاء الأهل، ولأن الانتهاكات الجنسية تكون من فرد من أفراد الأسرة)، بينما كان هناك العرض أعلي بين الذكور 20% مقابل 4.6% بين الإناث (الذي يكون غالبا من صاحب العمل أو الأكبر سنا داخل العمل)، وكان التحرش الجنسي يكاد يكون متساوي بين الجنسين (80% ذكور، 81.6% إناث).
- 7- يعتبر الضرب الشديد هو المفهوم السائد لمعني العنف عند الجنسين (42.7% ذكور، 59.7% إناث)، بينما يري 6.2% ذكور، 2.7% إناث أن الإهانة النفسية تعتبر عنف، ويعتبر أفراد العينة أن السخرية من الشخص لا تمثل عنف (0.8% فقط) وهذا يدل علي اختلاف مفهوم العنف بين الثقافات المختلفة ويدل أيضا علي غياب الوعي بظاهرة العنف وأبعادها المختلفة وتأثيرها علي المتعرض للعنف.
- 8- أصبح معدل انتشار الإهمال بأنواعه المختلفة بعد عمل المقابلات الإكلينيكية إلي 37% من العينة الكلية (32.5% ذكور، 41.5% إناث)، 93.8% من معدل عينة المقابلات الإكلينيكية (90.3% ذكور، 98% إناث). وكان الحرمان أعلي بين الإناث بدرجة واضحة مقارنة بالذكور، كما أن تعدد أنواع الإهمال لنفس الفتاة كان هو السائد بنسبة 52.1% مقابل 45.5% بين الذكور.
- 9- ينتشر العنف الأسري بين الإناث 65.8% مقابل 43.5% بين الذكور، بينما ينتشر العنف خارج الأسرة بين الذكور 20.4% مقابل 6.8% بين الإناث، وهو ما يشير إلي التمييز النوعي داخل الأسر.

10- يتكرر العنف بصورة يومية (62.9% ذكور، 71.8% إناث)، وهو ما يشير إلي أن اللغة الأساسية في التعامل بين أفراد الأسرة هي العنف، ويشير إلي غياب التواصل الأسري، وأن العلاقات الأسرية يحكمها الانفعال الشديد.

11- الضرب علي الوجه (الصفع) أكثر الوسائل المستخدمة في العنف البدني لضرب الفتيات 42.3% مقابل 33.9% لضرب الذكور، بينما كان استخدام وسائل مختلفة في نفس الوقت (الصفع، الركل، عصا، جنزير،... الخ) متساوية بين الجنسين 38.2% لضرب الإناث مقابل 38.7% لضرب الذكور.

12- يعتبر السباب (الشتمية) هي الوسيلة الرئيسية للعنف النفسي بين الجنسين (67.9% ذكور، 61% إناث)، بينما كان عدم الاهتمام هو الأكثر انتشارا بين الإناث 31.5% مقابل 25% بين الذكور. وهذا يرجع بدرجة كبيرة إلي التمييز النوعي.

13- لا يتخذ الذكور أي رد فعل تجاه العنف بنسبة 41.1% بينما يقوم 37.6% بين الإناث بالشكوى لأخر بنسبة أعلى 44.2% مقابل 35.5% بين الذكور

14- العنف أحد أسباب هروب الأولاد من المنزل (5.9% ذكور، 3.3% إناث) مما يلفت النظر إلي مشكلة أطفال الشوارع، وما يترتب عليها من إدمان أو عنف وبلطجة، أو الانضمام إلي التنظيمات الإرهابية غالبا ما تنتج من وراء أسرة مفككة أو تعامل عنيف.

15- الأم هي الفرد الرئيسي الذي يتجه له الجنسين بالشكوى (50% ذكور، 54.5% إناث)، وقد يرجع ذلك لأنها الأكثر قربا من الأبناء حتي بعد الزواج، والأكثر تواجدا وتوافرا للأولاد، ولأنها تعاني من نفس الكأس حيث أنها تتعرض مثلهم للعنف.

16- لا تتخذ الأم أو غيرها من الأفراد الذين يتحدث إليهم المتعرضين للعنف أي رد فعل في نسبة 85.4% (86.6% ذكور، 84.4% إناث).

17- تبرير العنف من المعتدي عليه بنسبة 2.7% (4.5% ذكور، 1.7% إناث) وهو من أهم أسباب تقبل العنف وتحمله.

18- لم يتجه أحد المتعرضين للعنف سواء أطفال أو زوجات إلي المؤسسة القانونية وقد يرجع هذا إما للجهل بهذه الحقوق، أو لعلمهم بعدم توافر المساندة، أو خوفا

- من دخول أقسام الشرطة، أو للإحساس بالذنب، أو خوفاً من الطلاق، أو خوفاً على الأبناء، أو خوفاً من نظرة المجتمع لمن تقوم بالتبليغ عن زوجها.
- 19- يري 60.4% (58.1% ذكور، 62.4% إناث) من المتعرضين للعنف أنه لا يسبب أي تأثير ضار عليهم بل أنه في مصلحتهم، ويرى 64.9% (44.4% ذكور، 50% إناث) أن العنف يكون عقاباً على خطأ تم ارتكابه وهو ما يؤكد فكرة الإحساس بالذنب عند المتعرض للعنف وشعوره بأنه السبب (لذا لا يقوم بأخذ أي رد فعل حتى عند الاغتصاب). بينما يري نسبة 28.2% فقط من المتعرضين للعنف (27.4% ذكور، 22.1% إناث) أنه يسبب أمراض نفسية أو عضوية أو عاهات، وهو ما يشير إلى غياب الوعي بينهم.
- 20- يسبب العنف اضطرابات الدورة الشهرية بنسبة 83.9%، حيث يزداد عدد أيام الدورة الشهرية في 74.6%، وتزداد كمية الدم اليومية في 2.1% من الفتيات، وتتاخر الدورة عن موعدها بنسبة 3.8%، كما تتوقف الدورة لمدة شهر بنسبة 3.4%.
- 21- وجدت الدراسة أن العنف يسبب مشكلات أثناء الحمل بنسبة 29.8%، حيث أدي إلى الولادة المبكرة في 10.6%، وإجهاض في 5.4%، وآلام مستمرة في البطن في 7.4%، كما أنه سبب نزيف في 3.2% السيدات.
- 22- العنف يسبب مشكلات أثناء الرضاعة بنسبة 29.7%، حيث يؤدي إلى توقف الرضاعة في 11.7%، نقص كمية اللبن في 10.6%، وإلى إصابة الرضيع بأمراض معوية بنسبة 7.4%.
- 23- يتمتع الزوج عن ضرب زوجته أثناء الحمل أو الرضاعة بنسبة 29.8%، 29.7% على التوالي وقد يؤثر هذا على تنظيم الأسرة فقد تلجأ المرأة التي تتعرض للعنف بانتظام إلى الحمل كحيلة نفسية لحماية نفسها من العنف.
- 24- وجدت الدراسة أن 67.3% من الإناث، و 65.5% من الذكور تم زواجهم مبكراً وقد يرجع ذلك لعمل الذكور مبكراً، عدم تعليم الفتيات، لم تختار 87.2% من الإناث، 29.3% من الذكور شريك حياتهم. وقد يرجع ذلك للزواج المبكر في الجنسين.
- 25- اتجاه الذكور إيجابي نحو الزواج المبكر 72.6% مقابل 27.4% من الإناث مما يستدعي توعية الرجال وإشراكهم في برامج التوعية الخاصة بالصحة

الإيجابية، وبرامج الوقاية من العنف.

26- تري 21.5% من الإناث أن تعدد الزوجات حق خالص للرجل مقابل 12.1% من الرجال يرون ذلك وهذا يرجع لغياب الوعي الديني، وسوء فهم الناس لفلسفة الإسلام في تعدد الزوجات وأنها تحتاج لتوافر العديد من الشروط (تم الإشارة إلي هذا الموضوع في كتاب المرأة في الأديان).

27- ينتشر تعدد الزوجات بين أفراد عينة الدراسة بنسبة 37.1% وهذا يرجع لانخفاض المستوي الديني والثقافي، تقبل المرأة لفكرة التعدد، العلاقات السلبية بين الأزواج حيث يري 70.4% من الذكور و 67.5% من الإناث أن العلاقات بين شخصية بين الأزواج كانت سلبية وتفتقد التواصل والتعاون.

28- ينتشر التمييز في المعاملة بين الأبناء في 29.3% من الأسر (24.2% ذكور، 33.6% إناث)، وكان التمييز بسبب جنس الطفل هو الغالب بنسبة 40% (20% ذكور، 52% إناث).

29- لا يعرف 100% من الذكور، 98% من الإناث أي خدمات تقدمها الدولة أو الجمعيات الأهلية للمتعرضين للعنف، وهذا يعكس غياب نشاط الجمعيات أو عدم الإعلان عنها بصورة واضحة أو عدم وجود هذه الخدمات من الأصل، أو بعد أماكنها.

30- يري 50% من الذكور، 42.9% من الإناث حاجة المجتمع إلي التوعية بالعنف وأسبابه وأثاره.

31- وجدت الدراسة أن 98.6% من الإناث، 91.1% من الرجال قد تسربوا من التعليم لأسباب مختلفة، فنري أن رفض تعليم البنات، والضرب في المدارس، والحاجة إلي العمل أهم أسباب تسرب الفتيات (31.3%، 27.2%، 22.4%) علي التوالي. بينما كان الضرب في المدارس، والحاجة إلي العمل أهم أسباب تسرب الأولاد من المدارس (44.2%، 35.4%) علي التوالي.

32- وجدت الدراسة أن 75.8% من أفراد العينة يعانون من الاضطرابات النفسية (65.3% ذكور، 84.6% إناث) وقد يرجع انخفاض انتشار الأمراض النفسية في الذكور مقارنة بالإناث قيام الذكور باستعمال العنف مع الزوجة والأولاد كتعويض لما حدث له في الطفولة، بينما يستمر العنف الواقع علي المرأة بعد الزواج.

33- تعتبر الاضطرابات الاكتئابية هي الأكثر انتشارا 46.9% (48.1% ذكور، 46% إناث)، يليها اضطرابات القلق 28.5% (28.4% ذكور، 28.6% إناث).

التوصيات :

- 1- الاهتمام بزرع مفهوم النوع الاجتماعي (الجندر) بين الشباب والفتيات للتصدي لظاهرة التمييز، وإزالة ارتباط مفهوم الرجولة بالعنف.
- 2- عمل برامج تدريبية للأباء عن طرق التربية السليمة لتنشئة الأولاد والفتيات علي فكرة نبذ العنف والتمييز.
- 3- عمل برامج تدريبية لإرشاد الآباء والمدرسين وأصحاب الورش لطرق صحية لتغيير السلوك الخاطيء تجاه الآخر بديلا عن استخدام العنف.
- 4- إشراك الرجال في برامج التوعية بالصحة الإنجابية، برامج الوقاية من العنف.
- 5- التوعية بخدمات الجمعيات الأهلية والهيئات الدولية في مجال مكافحة العنف.
- 6- بناء دور لاستقبال المتعرضات للعنف ووجود بدائل قانونية لمساعدتها.
- 7- الاهتمام بوجود طبيب أو أخصائي نفسي في كل مراكز الصحة الإنجابية.
- 8- تفعيل دور الأخصائي النفسي والاجتماعي في المدارس وتدريبه علي التعامل مع العنف.
- 9- إنشاء خط ساخن لاستقبال شكوي المعنفين والمعنفات.
- 10- عمل دورات تدريبية لرجال الدين لإزالة المفاهيم الخاطئة لربط العنف بالدين (تم عمل كتاب المرأة في الأديان).
- 11- توعية المجتمع والمؤسسات بدورها في قبول العنف وكذلك في التصدي لهذه الظاهرة.

المراجع

المراجع

- 1 - القرآن الكريم.
- 2 - أبو بكر أحمد بن الحسين البيهقي (1319هـ): السنن الكبرى، الطبعة الأولى.
- 3 - أبو داود سليمان بن الأشعث (1375هـ): سنن أبي داود، مراجعة محمد محي الدين عبد الحميد، طبعة دار الفكر.
- 4 - أبو عيسى محمد بن عيسى بن سورة الترمذي (1349هـ): الجامع الصحيح، مطبوع مع تحفة الأحوزي، دار الكتاب العربي بيروت.
- 5 - أبي الحسين مسلم بن الحجاج بن مسلم النيسابوري مسلم: صحيح مسلم، طبعة عيسى حلي.
- 6 - أبي عبد الله محمد بن إسماعيل البخاري (1319هـ): صحيح البخاري، المطبعة الخيرية بمصر ط.1
- 7 - أبي عبد الله محمد بن يزيد بن ماجه (1349هـ): سنن بن ماجه، المطبعة التجارية بمصر ط.1
- 8 - أبي محمد علي بن احمد بن سعيد بن حزم (1346هـ): الأحكام في أصول الأحكام، مطبعة السعادة ط.
- 9 - أبي محمد علي بن احمد بن سعيد بن حزم (1972): المحلي، مكتبة الجمهورية.
- 10 - أحمد أبو العزايم (1997): الإدمان والعنف ضد الأسرة، المؤتمر السنوي الثاني للجمعية المصرية لحل الصراعات الأسرية والاجتماعية، من 2: 3 أبريل، 15-20.
- 11 - أحمد السيد إسماعيل (2001): الفروق بين إساءة المعاملة وبعض متغيرات الشخصية بين الأطفال المحرومين. من أسرهم وغير المحرومين من تلاميذ المدارس المتوسطة بمكة المكرمة، دراسات نفسية، مجلد 11، ع2، أبريل، 266-297.
- 12 - الإمام أحمد مسند الأمام أحمد، طبعة المكتب الإسلامي.
- 13 - إيهاب ناشد (1991): إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم، دراسة ماجستير غير منشورة، كلية الطب، جامعة القاهرة.

- 14- بدرية كمال أحمد (1994): الإساءة للطفل: دراسة نفسية اجتماعية في المؤتمر العلمي الثاني لمعهد الدراسات. العليا للطفولة (أطفال في خطر)، جامعة عين شمس، القاهرة، 226-253.
- 15- بن جرير الطبري: تاريخ الأمم والملوك، المطبعة الحسينية بالقاهرة.
- 16- بن حجر العسقلاني (1293): إرشاد الساري لشرح صحيح البخاري، المطبعة الأميرية.
- 17- بن محمد عبد الله أحمد بن قدامه: المغني، مطبعة الإمام.
- 18- جلال الدين عبد الرحمن السيوطي: الأشباه والنظائر، مطبعة عيسى الحلبي.
- 19- حامد عبد السلام زهران (1977): علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة)، عالم الكتب.
- 20- حسام يحيى سيد أمام (1998): المأل النفسي في البالغين الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي أثناء الطفولة، رسالة. ماجستير غير منشورة، كلية طب القصر العيني.
- 21- داليا مؤمن (1997): الإساءة البدنية للأطفال وعلاقتها بالنتفاعلات الأسرية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- 22- زيدان عبد الباقي (1980): الأسرة والطفولة، مكتبة النهضة.
- 23- سامي عبد القوي علي (1993): علم النفس الفسيولوجي، ط.2، القاهرة.
- 24- سحر منصور أحمد القطاوي (2002): أساليب العقاب وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى الأطفال: دراسة. سيكومترية إكلينيكية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- 25- سهام الصويغ (2003): الإساءة إلي الأطفال وإهمالهم، دراسة ميدانية في مدينة الرياض، مجلة الطفولة. والتنمية، عدد 9، مجلد 3.
- 26- شمس الدين محمد بن ابي بكر بن قيم الجوزية (1281هـ): تحفة المودود بأحكام المولود، المكتبة القيمة.
- 27- صالح حزين السيد (1993): إساءة معاملة الأطفال، دراسة إكلينيكية، دراسات نفسية، العدد الرابع، 499-524.
- 28- عادل محمد دسوقي (2001): العلاقة بين سوء معاملة الطفل وبين الاعتماد علي المواد المخدرة في عينة من. المرضى الذكور المصريين المحجوزين

- العلاج، رسالة ماجستير غير منشورة. طب الأزهر.
- 29- عبد العزيز الدخيل (1997): إساءة معاملة الأطفال: تلمس الأسباب والظروف، المجلة العربية، العدد الثاني، يونيو.
- 30- عبد الهادي عيسى (1997): دراسة إكلينيكية وبائية لاضطرابات القلق لدى سكان إحدى القرى المصرية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الأزهر، كلية الطب بنين.
- 31- عبد الوهاب محمد كامل (1991): سوء معاملة وإهمال الأطفال، دراسة ايدوميترية علي عينة مصرية، المؤتمر. السنوي الرابع للطفل المصري، القاهرة: مركز دراسات الطفولة. 1038-1013.
- 32- عواطف الحبشي (2001): واقع سوء المعاملة من خلال القضايا الواردة لوزارة الداخلية، مؤتمر حماية الطفل من سوء المعاملة والإهمال عبر حماية الأسرة وتعزيز التشريعات، من 20-22 أكتوبر، البحرين.
- 33- فؤاد أبو حطب و أمال صادق (1995): نمو الإنسان من مرحلة الجنين إلي مرحلة المسنين، مكتبة الأنجلو، ط.3
- 34- فاطمة الطراونه، ساري سواقد (2000): إساءة معاملة الطفل الوالديه، أشكالها ودرجة تعرض الأطفال لها وعلاقة ذلك. بجنس الطفل ومستوي تعليم والديه ودخل أسرته ودرجة التوتر النفسي لديه، دراسات الجامعة الأردنية، 414، 2، 27-436.
- 35- فاطمة حسن، أماني رأفت، هشام السيد، محمد حسيب الدفراوي (1999): الأساليب التربوية وسوء معاملة الأطفال في الأسر المصرية في منطقة حضرية. بالإسماعيلية، المجلة المصرية للطب النفسي، 22 (2)، يوليو. ص177-193.
- 36- فوقية محمد راضي (2002): أثر إساءة معاملة وإهمال الوالدين علي الذكاء المعرفي والانفعالي والاجتماعي. للأطفال، المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد 26، مجلد 12، يوليو.
- 37- محمد الشقيرات، عامر المصري (2001): الإساءة اللفظية ضد الأطفال من قبل الوالدين في محافظة الكرك وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية المتعلقة بالوالدين، مجلة الطفولة العربية، العدد السابع، يونيو.

- 38- محمد بن ابي بكر بن عبد القادر الرازي (1910): مختار الصحاح، المطبعة الأميرية.
- 39- محمد بن بكر بن منظور: لسان العرب، مطبعة دار الكتاب العربي.
- 40- محمد حسيب الدفراوي، عاطف، صبحي، رجب (1997): تفاعلات الأطفال ووالديهم وعلاقتها بسوء معاملة الطفل في عينات حضرية. وريفية من محافظات الإسماعيلية وبور سعيد والسويس، المجلة المصرية. للطب النفسي، 20 (2)، يوليو، ص 283-296.
- 41- محمد سعيد فرج (1979): الطفولة والثقافة والمجتمع.
- 42- محمد سعيد مولوي (1994): كيف يربي المسلم ابنه، ط 2، رمادي للنشر، السعودية.
- 43- محمد عبد الوهاب خفاجي (1996): التنظيم القانوني لحقوق الطفولة والأمومة في ضوء مشروع قانون الطفل. المصري واتجاهات المنظمات الدولية والأمم المتدنيه، ط1، القاهرة.
- 44- محمود عبد الرحمن حمودة (1998): الطفولة والمراهقة، المشكلات النفسية والعلاج، القاهرة.
- 45- مشيرة خطاب (2003): القانون رقم 12 لسنة 1996 بأحكام حماية الطفل، المجلس القومي للأمومة. والطفولة.
- 46- منيرة آل سعود (2000): إيذاء الأطفال: أنواعه وأسبابه وخصائص المتعرضين له، القاهرة، الثقافة. المصرية للطباعة والنشر والتوزيع.
- 47- مها العلي (1999): إدراك الأبناء في مرحلة الطفولة المتأخرة لأسباب العقاب الضابطة المتبعة من. قبل أمهاتهم: دراسة مسحية في ضوء بعض المتغيرات في مدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، جامعة الملك سعود.
- 48- نبيلة إسماعيل رسلان (2002): حقوق الطفل في القانون المصري، الجزء الأول، مهرجان القراءة للجميع. 2002، الأعمال الفكرية.
- 49- هبة شيرار (2000): تقييم إساءة معاملة الأطفال بين طلاب المدارس الحكومية الابتدائية في القاهرة. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية التمريض، جامعة القاهرة.

50- هبه إبراهيم القشيشي (1999): بعض متغيرات الشخصية المتعلقة بالإساءة للطفل، دراسة مقارنة، مؤتمر كلية. العلوم الاجتماعية، الكويت، 4-8 مارس.

51- هدى يوسف، راندا محمود يوسف (1998): حوادث الاعتداء علي الأطفال واهنالههم: سلوك الأمهات وإدراكهن للمشكلة، المجلة الصحية لشرق المتوسط، منظمة الصحة العلمية، المجلد الرابع، العدد. الثالث، ص502-512.

52- Adam BS, Everett BL and O'Neal E (1992): PTSD in physically and sexually abused psychiatrically hospitalized children. Child Psychiatry Hum. Dev. 23 :3-8.

53- Alan J. Flisher, Rachel, A. Kramer, Christina, W. Hoven, Steven Greevwald, Margarita Alegria, Hector R. Bird, Glorisa Canino, Roxanne Connell, and Robert, E. Moore (1997): Psychosocial Characteristics of Physically Abused Children and Adolescents, January, 36 (1),123-131.

54- American Association for Protecting Children (AAPC) (1998): Highlight of Official child abuse and neglect Reporting, 1986, Denver company: American Humane Association.

55- Anderson G, Yassenik L, and Ross C A (1991): dissociative experience and disorders among women who identify themselves as sexual abuse survivors, Child Abuse and Neg., In press.

56- Angela S. Scerbo and David J. Kolko.. (1995): Child Physical Abuse and Aggression: Preliminary Findings on the Role of Internalizing Problems, J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, August 95, 34, 8:1060-1066.

57- Angelo P Giardino (2004): Child abuse and neglect, physical abuse, hp: www e medicine, 28 June 2004.

58- Armsworth MW, and Holaday M (1993): The effect of psychological trauma on children and adolescents. J Counseling & Development 72:49-56.

59- Arthur J. Barsky, Carol Wool, Maria C. Barnett, and Paul D. Cleary (1994): Histories of Childhood Trauma in Adult Hypochondriacal Patients, AJP, Mar, 151:397-401.

- 60- Astrid Lampe, Wolfgang Söllner, Elisabeth Sölder, and Alexandra Husler (1997): Severe Sexual Abuse and Its Relationship to the Etiology of Chronic Pelvic Pain in Women, *PSY* vol38., Issue 1.
- 61- Avery L, Massat C and Lundy M (2000): Post traumatic stress and mental health functioning of sexually abused children, *Child and Adol. Social Work J.*, Vol.17, 1, February.
- 62- Baher E., Hyman C., Jones R., Kerr A., and Mitchell R (1976): At risk, An account of the work of the battered child research department, London. In David N., John Pickett, Margret R., and Peter Barber (Eds.): *Understanding child abuse*, 2nd ed. Mac Millan Education, 1988.
- 63- Barbara K., Luntz M., and Cathy Spatz Widom, (1994): Antisocial Personality Disorder in Abused and Neglected Children Grown Up, *AJP*,151:670-674.
- 64- Bayatpour M, Wells RD, and Holford S (1992): Physical and sexual abuse as predictors of substance use and suicide among pregnant teenagers. *J Adols. & Health* 13:128-132.
- 65- Beath S. Brodsky, Marylene Cloitre, and Rebecca A. Dulit (1995): Relationship of Dissociation to Self-Mutilation and Childhood Abuse in Border line Personality Disorder. *AJP*, 152: 1788-1792.
- 66- Beautrais ML, (2000): Risk factors for suicide among young peopoles , *Aust. N.Z J.Psy.*, 34, 420-436.
- 67- Bergen HA, Martin G, Richardson AS, Allison S.,and Roeger L (2003): Sexual abuse and suicidal behavior: A model constructed from a large community sample of adolescents, *J. Am. Acad. Child Adol.Psy.*, 42, 1301-1309.
- 68- Berger AM, Knutson JF, Mehm JG., and Perkins KA. (1988): The self-report of punitive childhood experiences of young adults and adolescents. *Child Abuse Negl*; 12: 251-262.
- 69- Berkiwitz L., (1988): Laboratory experiments in the study of aggression In Keven Browne, Cliff Davies and Peter Staration (Eds) ,*Early prediction And prevention of child abuse* , John Wiley and Sons 1989.

- 70- Bifulco A., Brown GW., and Adler Z. (1991): Early sexual abuse and clinical depression in later life. *Br J Psychiatry* 159:115-122.
- 71- Blesky J., (1993): Etiology of child maltreatment A developmental - Ecological Analysis, *Psychological Bulletin*, 14 (3), 413-434.
- 72- Brayer JB., Bernadette A. Nelson, Jean B. Miller and Pamela A. Krol (1987): Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness, *AJP*, 144, 11, 1426-1430.
- 73- Bourne R, (1979): Child abuse and neglect : An overview, In Bourne R. and Newberger EH, (Eds.): *Critical perspectives on child abuse*, Toronto, Lexington books.
- 74- Bryan JW., and Freed FW. (1982): Corporal punishment: Normative data and sociological correlates in a community college population, *J. of Youth & Adoles.*, 11 (2),77-87.
- 75- Brayer JB., Nelson BA., and Krol BA. (1987): Childhood sexual and physical abuse as Factors in adult psychiatric illness, *AJP*, 144, 1426-1430.
- 76- Browne J., Cohen P., Johnson J. and Smailes E. (1999): Childhood abuse and neglect: Specificity of effects on adolescent and young adult.s depression and suicidality, *J. Am. Child Adol.Psy.*, 38, 1490-1496.
- 77- Brown GR. and Anderson B. (1991): Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *AJP*, 148:55-61.
- 78- Browne A., and Finkelhor D (1986): Impact of child sexual abuse: areview of the research. *Psychol Bull*, 99, 66-77.
- 79- Burnam MA., Stein JA., and Golding JM. (1988) Sexual assault and mental disorders in a community population., *J. Consult Clin. Psych.* 56: 843-850.
- 80- Bushnell JA., Wells JE., and Oakley-Brown MA. (1992): Long term effects of intrafamilial sexual abuse. *Acta Psychiatr Scand* 18: 136-142.
- 81- Butler S., Redia N., and Magnatta L. (1994): Maternal compliance to court ordered assessment in case of child maltreatment, *child Abuse & Neg.*, 18, 203-211.

- 82- Cahill C., Llewelyn SP. and Pearson C. (1991): Long-term effects of sexual abuse, which occurred in childhood: a review. *Br J Clin Psych.* 30:117-130.
- 83- Caliso J. and Milner J. (1992): Childhood history of abuse and child abuse screening, *Child Abuse and Neg. international J.*, 16 , 647-659.
- 84- Carl E. Schwartz , Nancy Saindman and Jerome Kagan (1999): Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood *J. Am. Child Adol. Psy.*, 38,8, August,1008-1015.
- 85- Carmen EH., Rieker P. and Mills T. (1984): Victims of violence and psychiatric illness. *AJP*, 141: 378-383.
- 86- Chu JA., and Dill DL. (1990): Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *AJP*, 147: 887-892.
- 87- Cicchetti D. and Lynch M. (1993): Toward an ecological\ transactional model of community violence and child maltreatment consequence for children's development, *Psychiatry*, 65, 96-117.
- 88- Cicchetti D. and Manly JT. (1990): A personal prospective on conducting research with maltreating families: problems and solutions, In Brody, GH. and Sigel IH. (Eds), *Methods of family research*, vol. 2, Clinical Population 87-133.
- 89- Clark RE. and Clark JF. (1989): *The encyclopedia of child abuse*, N Y.: Facts on file.
- 90- Connelly B. and Straus M. (1992): Mother,s age and risk for physical abuse. *Child Abuse & Neg.*, 16, 5, 709-718.
- 91- Connors ME. and Worse W. (1993): Sexual abuse and eating disorders: are view. *Int J Eating Disorders*; 13: 1-11.
- 92- Coverdale JH. and Turbott SH. (2000): Sexual and Physical abuse of choronically ill psychiatric out patiants copmared with matched sample of medical outpatients, *J. Nerve Mental.Dis.*, July, 88 (7), 440-445.
- 93- Crosson- Tower Cynthia (2002): *Understanding child abuse and neglect*, Boston: Allyn and Bacon.

- 94- Dante Cicchetti and Sheree L. Toth (1995): A Developmental Psychopathology Perspective on Child Abuse and Neglect., J. Am.Acad. Child Adol. Psychiatry, May, 34, 5: 541-565.
- 95- Dante Cicchetti and Michael Lynch (1993): Toward on ecological \ transactional model of community violance and child maltreatment : Consequences for children's devolpment, Psychiatry, 56, february.
- 96- David M. Fergusson, John Horwood, and Michael T. Lynskey (1996): Childhood Sexual Abuse and Psychiatric Disorder in Young Adulthood: II.Psychiatric Outcomes of Childhood Sexual Abuse, The findings suggest that CSA, and particularly severe CSA., J. Am. Acad. Child Adole. Psychiatry, October, 35(10):1365-1374.
- 97- Davies RK. (1979): Incest some neuropsychiatric findings, Int. J. of Psy. Medicine, 9, 117-121.
- 98- Davis Pelcovitz, Sandra Kaplan, Barbara G., Fran Mandel, Julie Lehance and James Guarrera (1994): PTSD In Psychiatric Abused, J. of Child and Adol. Psy., Mar., 33, 3: 305-312.
- 99- Deborah S. Lipschitz, Margaret L. Kaplan, Odie B. Sorkenn, Gianni L. Faedda, Peter Chorney and Gregory M. Asnis (1996): Prevalence and Characteristics of Physical and Sexual Abuse Among Psychiatri Outpatients, Psychiatric Services, feb, 47: 189-191.
- 100- Deblinger E, McLeer SV., Atkins MS., Ralphe D., and Foa E. (1989): Post-traumatic stress in sexually abused, physically abused, and nonabused children. Child Abuse & Neg., 13: 403-409.
- 101- Deykin EY., Alpert JJ., and McNamarra JJ. (1985): A pilot study of the effect ofexposure to child abuse or neglect on adolescent suicidal behavior. AJP, 142:1299-1303.
- 102- Drothy E. Grice, Kathleen T. Brady, Lorraine R. Dustan, Robert Malcolm, and Dean G. Kilpatrick (1995): Sexual and Physical Assault History and Posttraumatic Stress Disorder in Substance-Dependent Individuals, Am. J. of Addiction. 4, 1.

- 103- Drucker P. (1997): The consequence of poverty and child maltreatment on I Q scores, Paper presented at the Vincentian center faculty Cilloquium, October, 9.
- 104- Edward A. Walker, Wayne J. Katon Janet Hansom, Jane Harrop-Griffiths, Michael L.Jones, Leer Hickok and Joan Russo (1995): Psychiatric Diagnoses and Sexual Victimization in Women With Chronic Pelvic Pain ,*Psychosomatics*, 36: 531-540.
- 105- Egeland B., Jacobvitz D. and Sroufe LA. (1988): Breaking the cycle of abuse, *Child development*, 59 (in press) In Kevin Browne, Cliff Davies and Peter Stratton (Eds) *Early prediction and prevention of child abuse*, John Wiley and Sons 1989.
- 106- Elena F. Brand, Cheryl A. King, Eva Olson, Neera Ghaziuddin and Michael Naylor. (1996): Depressed Adolescents with a History of Sexual Abuse: Diagnostic Comorbidity and Suicidality, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 35 (1): 34-41.
- 107- Elizabeth S. Bowman, (1993): Etiology and Clinical Course of Pseudo seizures, *J. Psycho somatics*, vol. 34, 4, 333-342.
- 108- Elimer E. and Gregg GS., (1967): Developmental characteristic of abuse children and pediatrics, 40, In Ehab Nashed (Eds.) *Child abuse*, Thesis of M SC degree, Faculty of medicine, Cairo University, 1991.
- 109- English D, and Pecora P. (1994): Risk assessment as a practice method in child protective services, *Child Welfare*, 73, 5, 451-469.
- 110- Farrington DP.(1991): Antisocial personality from childhood to adulthood. *Psychologist: Bull Br. Psycho Social*, 4: 389-394.
- 111- Feldeman RS., Salzinger S., Rosario M., Alvrado L., Caraballo L. and Hammer M. (1995): Parent, teacher and peer rating of physically abused and non maltreated children,s behavior, *J. of Abnormal Psychology*, 23, 317-334.
- 112- Fergusson DM., Swain Campbell NR. and Harwood LY. (2002): Dose sexual violance contribute to elevated rates of anxiety and depression in females, *Psychiatry*, 30, 173-177.

- 113- Fergusson DM., and Lynskey MT. (1997): Physical punishment\ maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood, *Child Abuse and Neg.*, 21, 7, 617-630.
- 114- Finkelhor D., Hotaling G., Lewis IA. and Smith C. (1990): Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neg.*, 14:19-28.
- 115- Folsom VL., Krahn DD., Canum KK., Gold L. and Silk KR. (1989): Sex abuse: role in eating disorder, in *New Research Program and Abstracts, 2nd Annual Meeting of the American Psychiatric Association*. Washington, DC, APA.
- 116- Fontana V. (1973): The diagnosis of maltreatment syndrom in children and pediatrics, 51, In Ehab Nashed (Eds.) *Child abuse*, Thesis of MSC degree, Faculty of medicine, Cairo University, 1991.
- 117- Friedman S., Smith L., Paradis C., Viswanathan R. and Ackeman R. (2002): Incidence and influence of early traumatic life events in patients with Panic disorders: A comparison with other Psychiatric out patients, *J. of Anxiety disorders*, 16, 259-272.
- 118- Friedrich WN., Einbender AJ. and Luecke WJ. (1983): Cognitive characteristics of physically abused children. *J. Consult Clinical Psychology*, 51: 313-314.
- 119- Friedrich W. and Wheeler KK. (1982): The abusing parent revisited: a decade of psychological research. *J. Nerve & Mental Disease*, 170: 577-587.
- 120- Fischer D., and McDonald W. (1998): characteristic of inter familial and extra familial child sexual abuse, *Child Abuse & Neg.*, 22, 9.
- 121- Gabarino J. and Eckenrode J. (1997): *Understanding abusive families: An ecological approach to theory and practice*, San Francisco: Jossey - Bass Publishers.
- 122- Gabarino J., Wilson J., and Gabarino AC. (1986): The adolescent runaway, In Gabarino CJ., Schellenbach and JM. Sebes (Eds.), *Troubled youth, troubled families*, New York, Aldine degruyter 41-54.

- 123- Gabarino J., and Couter A.(1978): Etiological factors in child maltreatment: A multivariate study of abusing neglecting and normal mothers J. Abnormal Psychology, 87, 531-540.
- 124- Gelles R J. (1979): A community agencies and child abuses: Labelling and data keeping. In Ehab Nashed (Eds.) Child abuse, Thesis of MSC degree, Faculty of medicine ,Cairo University, 1991.
- 125- Gelles RJ. (1973): Child abuse as psychopathology A sociological critique and reformulation, Am. J. Orthopsychiatry, 43 (4), 611-621.
- 126- Gelles R J., and Hargreaves EF. (1992): Maternal emplyment and violence toward children In MA. Straus and RJ. Gelles (Eds.) physical violence in American families: Risk factors and adaptation to violence in 8, 145, Families, New Brunswick, Wen Jersey, Transaction Publishers.
- 127- George C., and Main M. (1997): Social interactions of yang abused children: Approach ,avoidance and aggression, child Development, 50, 306-318.
- 128- George R. Brown and Bradley Anderson (1991): Psychiatric Morbidity in adult inpatiants with childhood histories of sexual and physical abuse, AJP, 148, 55-61.
- 129- Gill D (1975): Unraveling child abuse, Am. J. Orthopsy, 45, April, 345-356.
- 130- Gill D (1970): Violence against children, physical children abuse in the united states, Harvard University press.
- 131- Gilmartin P (1994): Rape, Incest and child sexual abuse: Consequence and recovery, New York, Garland Publishing Inc.
- 132- Glasser, I. Kolvin, D. Campbell, A. Glasser, I. Leitch and S. Farrelly (2001): Cycle of child sexual abuse: Links between being avictim and becoming a perpetrator, Br. J. Psychiatry, 179, 482-494.
- 133- Goodwin JM., Cheeves K. and Connel V.(1990): Borderline and other severe symptoms in adult survivors of incestuous abuse. Psychiatric Annals, 20: 22-32.

- 134- Green Lindy J., Grace M. and Gleser G. (1989): Multiple diagnosis in post-traumatic stress disorder, the role of war stressors, *J. Nerve and Mental Disease* 177: 329-335.
- 135- Green AH. (1979): Child abusing fathers, *J Am. Acad. Child Psychiatry*, 18, 270-282.
- 136- Green AH. (1978): Psychopathology of abused children, *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 17, 92-103.
- 137- Green R. (1974): *Sexual Identify Conflict in Children and Adults*. New York: Basic Books.
- 138- Gruber K., and Jones R. (1983): Identifying determinants of risk of sexual victimization of youth. *Child Abuse & Neg.* 7: 17-24.
- 139- Hall RC., Tice L., Beresford TP., Wooley B. and Hall AK. (1989): Sexual abuse in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Psycho somatics*; 30: 73-79.
- 140- Halwani M., Tashkandi E. and Kattan H. (2001): Ten years retrospective review of medically document cases of child abuse in different hospitals in Riyadh Diagnosis and manegment of child abuse in Saudia Arabia .1st International workshop, Riyadh, King Faisal Spicialist, Hospital and Research Center, 5, 6 February.
- 141- Harrison G., Pope JR., Barbara Mangweth, Andre Brooking Negroa, James I. Hudson, and Tkki Athankssios Cords. (1994): Childhood Sexual Abuse and Bulimia Nervosa: A Comparison of American, Austrian ,and Brazilian Women, *AJP*, May, 151: 732-737.
- 142- Harrison PA., Hoffmann NG. and Edwall GE. (1989): Sexual abuse correlates: Similaritie between male and female adolescents in chemical dependency treatment. *J. Adolesent Reserch*, 4: 385-399.
- 143- Helzer JE., Robins LN., and McEvoy L. (1987): Posttraumatic stress disorder in the general population: findings of The Epidemiologic Catchment Area Survey. *New Engl. J. Medicine*, 317: 1630-1634.
- 144- Herman JH., Perry JC. and Vandarkolk BA. (1989): Childhood trauma in borderline personality disorders, *AJP*, 148, 490-495.

- 145- Herman JL. (1986): Histories of violence in an outpatient population: An exploratory study. *Am. J. of Orthopsychiatry* 56: 137-141.
- 146- Herman J., Russell D. and Trocki K. (1986): Long term effects of incestuous abuse in childhood, *AJP*, 143, 1293-1296.
- 147- Herman JL. (1981), *Father- Daughter Incest*. Cambridge, MA: Harvard University Press Howell DC.
- 148- Herrenkohl EC., and Herrenkohl RC. (1980): A comparisson of abused children and their non abused siblings, *J. Am. Acad. and Child Psychiatry*, 16, 260-269.
- 149- Hotte JP. and Rafman S. (1992): The specific effects of incest on Pre pubertal girls from dysfunctional families. *Child Abuse & Neg.* 16: 273-283.
- 150- Ito Y., Teicher MH., and Glod CA. (1981): Increased prevalance of electrophysiological abnormalities in children with psychological, physical, and sexual abuse. *J. Neuropsychiatry Clinical Neuroscinces* (in press). Schenk L., and Baer D.: Multiple personality and related dissociative phenomenon in patients with temporal lobe epilepsy. *AJP*, 138: 1311-1316.
- 151- Jacobson A. (1989): Physical and sexual assault histories among psychiatric outpatients. *AJP*, 146: 755-758.
- 152- Jacobson A. and Richardson B. (1987): Assault experiances of 100 psychiatric in patiants, *AJP*, 144, 908-913.
- 153- Kaplan SL., Busner J. and Pollack S. (1988): Perceived weight, actual weight, and depressive symptoms in a general adolescent sample. *International J. Eating Disorders*, 7: 107-11.
- 154- Kaplan SJ., Pelcovitz D., Salzinger S., and Ganeles D. (1983): Psychopathology of parents of abused and neglected children and adolescents. *J. Am. Acad. And Child Psychiatry*, 22: 238-244.
- 155- Kaplan HB (1980): *Deviant Behavior in Defense of Self*. New York: Academic Press.
- 156- Karin Roelofs, Gere P J., Kees AL., Gerard WB. and Franny C. Moene (2002): Childhood Abuse in patients with Conversion disorders, *AJP*, 159, 11 November, 1908-1913.

- 157- Kasim and Moh.Sham. (1994): Social factors in relation to physical abuse in Kuala Lumpur, Malaysia. *Child abuse and Neglect: The International J.* 18 ,5: 401-403.
- 158- Katz SH. (1994): Observed family interaction of aggressive, depressed and low risk innercity boys. *Dissertation Abstract International*, 55, (Northwestern University - No .AAD94-338-688.)
- 159- Kazdin AE., Moser J., Colbus D. and Bell (1985): Depressive symptoms among physical and psychiatrically disturbed children, *J. Of Abnormal Psychology*, 94 (3), 298-307.
- 160- Kemp CH. (1978): Sexual abuse, another hidden pediatric problem, the 1977 Anderson Aldrich lecture, *Pediatrics*, 62, 382-389.
- 161- Kemp CH., Silverman F., Steel B., Droegemuller W. and Siver H. (1962): The Battered child syndrom , *J. Am. Med. Assoc.*, 181, 17-24., In Ehab Nashed (Eds.) *Child abuse*, Thesis of M SC degree, Faculty of medicine, Cairo University, 1991.
- 162- Kendall- Tackett W., Myers L., and Finkelhor D. (1993): Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychology Bull* 113: 164-180.
- 163- Kerns DL. (1981): Medical assessment of child sexual abuse, In kenneth Granville - Grossman, *Recent advances in clinical psychiatry*, ChurchillLivingstone.
- 164- Klaus MH., and Kennel JH. (1976): *Material infant bonding*, St. Louis, Mosby M D: CV Mosby.
- 165- Kristite K. Danielson, Terrie E. Moffitt, Avshalom Caspi., and Philip A. Silva, (1998): Comorbidity Between Abuse of an Adult and DSM-III-R Mental Disorders: EvidenceFrom an Epidemiological Study , *AJP*, januray, 155, 131-133.
- 166- Kristina Muenzenmaier, Ian Meyer, Elmer Struening and Jane Ferber, (1993): *Childhood Abuse and Neglect Among Women Outpatients With Chronic Mental Illness*, *Hospital & Community Psychology*, Jul, 44, 7.
- 167- Kroll PD., Stock DF. and James ME. (1985): The behavior of adult alcoholic men abused as children, *J of Nerve and Mental Diseases*, Vol. 173, 6, 689-693.

- 168- Kuyk J., Spinhoven P., Emde Boas and Van Dyck R. (1999): Dissociation in temporal lobe epilepsy and pseudoepileptic seizure patients, *J. Nerve and Mental Diseases*, 187, 713-720.
- 169- Lau AS. and Weisz JR. (2003): Reported maltreatment among clinical referred children: Implication for presenting problems, treatment attrition, and long term outcomes, *J. Am. Acad. Child Adol. Psy.*,42, 1327-1534.
- 170- Loos ME. and Alexander PC. (1997): Differential effects associated with self-reported histories of abuse and neglect in collage sample, *J. of Interpersonal Violence*, 123, 340-360.
- 171- Lynch M. and Robert J. (1982): Consequences of child abuse (London Academic press), In David N. Johnes, Pickett Margret, and Peter Barbar (Eds.), *Understanding child abuse* 2nd ed., MacMillan Education 1988.
- 172- Lynch M. and Robert J.(1977): Predicting child abuses, signs of bonding failure in Maternity hospital *BMJ*, 1, 624-626. In Ehab Nashed (Eds.) *Child abuse*, Thesis of MSC degree, Faculty of medicine Cairo University, 1991.
- 173- MacMillan HL., Fleming JE., Streiner DL., Lin E., Boyle MH., Jamieson E., Duku EK., Walsh CA., Wong MY. and Beardslae WR. (2001): Childhood abuse and lifetime Psychopathology in a community sample *AJP*, Nov., 58 (1), 1878-1883.
- 174- Madonna PG., Van Scoyk S. and Jones D. (1991): Family interactions within incest and nonincest families. *AJP*, 148: 46-49.
- 175- Malinosky R., and Hanson DJ. (1993): Long term consequences of childhood physical abuse, *Psychological Bulletin*, 144, 168-179.
- 176- Mann E. and McDermott JF. (1983): Play therapy for victims of child abuse and neglect, In Schaefer CE. & O. Conner K J. (Eds), *Handbook of play therapy*, John Wiley & Sons.
- 177- Marian James (1994): *Child abuse and neglect: Incidence and prevention* Australian Institute of Family Study (AIFS) 1-14.
- 178- Marica Rorty, Joel Yager, and Elizabeth Rossotto (1994): Childhood Sexual, Physical, and Psychological Abuse in *Bulimia Nervosa* *AJP*, 151. 8: 1122-1126.

- 179- Mark G. Haviland, Janet L. sonne and Lauren R. woods (1995): Beyond PTSD: Objective relation and reality testing distrubances in physically and sexual abused adolescents, JAACP, Aug., 34, 8, 1054-1059.
- 180- Martin H. Teicher, Carol A. Glod, R.N., Janet Surrey and. Chester Swett, JR. (1993): Early Childhood Abuse and Limbic System Ratings in Adult Psychiatric Outpatients, The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 5.3: 301-306.
- 181- Martin HP.,Beezley P., Conway E. and Kemp CH. (1974): The development of abuse children, advances in pediatrics, 21, 25-75.
- 182- Marvik EW. (1974): Nature versus naurture :Patterns and trends in 17th century French child- earing.In Loyed de Mause of childhood, New York, Harper and Row.
- 183- Mayhall PD. and Norgard KE. (1983): Child abuse and neglect, Sharing responsibility, John Wiley and Sons Inc.
- 184- McLeer SV., Deblinger E., Henry D., and Orvaschel H. (1992): Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. J Am Acad. Child Adolesent Psychiatry 31: 875-879.
- 185- McLeer SV., Deblinger E., Atkins MS., Foa EB. and Ralphe DL. (1988): Post-traumatic stress disorder in sexual abuse children. J. Am. Acad. Child Adolesent Psychiatry 27: 650-654.
- 186- Michael Windle, Rebecca C. Windle, Douglas M. Scheidt and Gregory B. Miller (1995): Physical and Sexual Abuse and Associated Mental Disorders Among Alcoholic Inpatients, AJP, vol. 152, 9, 1322-1328.
- 187- Milner JS. and Gold RG. (1986): Screening sponse abusers for child abuse potential, J. of Clinical Psychiatry,42 (1), 875-884.
- 188- Mohammed Khani P. and Mohammed MR. (2002): Psychological problems and school competence of abused children in Iran, presented in XII world congress of psychiatry, Yokohama, Japan, WPA Abst.P.764.
- 189- Morrison J. (1989): Childhood sexual histories of women with somatization disorder. AJP, 146: 239-241.

- 190- Morrow KB., and Sorell GT. (1989): Factors affecting self-esteem, depression, and negative behaviors in sexually abused female adolescents. *J. Marriage Family*, 51: 677-686.
- 191- Morse CW., Sahler O. and Zand Friedman SN. (1970): Athree years follow up study of abused and neglected children, *Am. J. of Disease Of Child*, 120, 439-446.
- 192- Mrazek D. and Mrazek P. (1985): Child maltreatment In Kenneth Graville- Grossman (Eds), *Recent advances in clinical psychiatry*, Churchill Livngstone, 1988.
- 193- Mullen PE., Martin JL., Anderson JC., Romans SE., and HerbisonG (1993): Child sexual abuse and mental health in adult life, *Br. J. Psychiatry*, 163, 721-731.
- 194- Murphy SM., Kilpatrick DG. and Amick- McMullan A. (1988): Current psychological functioning of child sexual assault survivors, *J. Interpersonal Violence* 3: 55-79.
- 195- Murray B. Stein, John R. Walker, Anderson R., Andrea L. Hazen, Colin A. Ross, Gloria Eldridge and David R. Forde (1996): Childhood physical and sexual abuse in patiants with anxiety disorders and in a community sample, *AJP*, 153, 2, Feb., 275-277.
- 196- National committee for prevention of child Abuse (NCPCA) (1993): *Current trends in child Abuse reporting and families: The results of the 1992 annual fifty states survey*, Chicago.
- 197- National Research Council (NRC) (1993): *Understanding Child abuse and neglect*, National Academy Press, Washington D.C.
- 198- Nelson EC., Heath AC., and Madden P. (2003): Association between self reported childhood onset sexual abuse and adverse psychosocial outcome : Results from a twin studies, *Arch. Gen. Psychitary*, 59, 135-145.
- 199- Newberger EH. (1977): *Pediatric social illness : toward an etiological classification*, *pediatric*,60, 178-185 .In Ehab Nashed (Eds.) *Child abuse*, Thesis of M SC degree, Faculty of medicine, Cairo University, 1991.
- 200- Newson J. and Newson E.(1976): *Seven years old in the home enviroment* , London, Allen and Unwin. In Browne Cliff

- Davies and Peter Stratton, early and prevention of child abuse, John Wiley and Sons 1989.
- 201- Oates RK. (1996): The spectrom of child abuse: Assessment, Treatment and. Prevention, New York: Brunner, Mazel Inc.
 - 202- Ogata S., Silk KR., Goodrich S., Lohr NE., Western D. and Hill EM. (1990): Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder, *AJP*, 147 (8), 1008-1013.
 - 203- Ogata S., Silk KR., Goodrich S., Lohr NE., Western D. and Hill EM. (1989): Childhood abuse and clinical symptoms in borderline patients, Unpublished, In Kevin Browne Cliff Davies and Peter Stratton, early predication and prevention of child abuse, John Wiley and Sons 1989.
 - 204- Oliver DL. (1988): Successive generation of child maltreatment, *Br. J. Psychiatry*, 153, 543-553.
 - 205- Paradise JE., Rose L., Sleeper LA., Nathanson M. (1994): Behavior, family function, school performance and predictors of persistent disturbance in sexually abused children ,*Pediatrics* 93:. 452-459.
 - 206- Peters DK. And Range LM. (1995): Childhood sexual abuse and current suicidality in college women and men, *Child Abuse & Neg.*19: 335-341.
 - 207- Pettigrew J. and Burcham J. (1997): Effect of childhood sexual abuse in adult female psychiatric. patients, *Aust N Z J of Psych.*, Apr. 31, 2, 208-213.
 - 208- Philip Barker (1988): *Basic child psychiatry*, 5th ed. Blackwell scientific publication.
 - 209- Pillay AL. and Schoubben Hesk S. (2001): Depression, anxiety and hoplessness in sexually abuse adolescent. girls, *Psychological Reports*, 88, 727-733.
 - 210- Plunkett A. and Oates RK. (1990): Methodological considerations in research on child sexual abuse *Paediatrics Perinatal Epidemiology*, 4:351-360.
 - 211- Porter B. and Oleary KD. (1984): child sexual with family, Ciba foundation symposium. Tavistock, London.

- 212- Pribor EF. And Dinwiddie SH. (1992): Psychiatric correlates of incest in childhood. *AJP*, 149: 52-56.
- 213- Putman FW., Guroff JJ., Silberman EK., Barban L., and Post R. (1986): The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 cases. *J. Clinical Psychiatry*: 47: 285-293.
- 214- Putman FW. (1989): Piere Janet and modern view of dissociation, *J. Trauma and Stress*, 2, 413-429.
- 215- Recupero PR., Brown PJ. and Stout R. (1994): Traumatic exposure and PTSD symptomatology among substance. abusers. *American Psychiatric Association New Research. Abstracts*, 159.
- 216- Resnick HS., Kilpatrick DG. and Dansky BS. (1993): Prevalence of child trauma and PTSD in representative national sample of female, *J consult clinical Psychology*, 62, 984-991.
- 217- Robin RW., Chester B., Rasmussen JK., Jaranson JM. and Goldman D. (1997): Prevalence ,characteristic and impact of childhood sexual abuse in southwestern Amrrican Indian tribes, *J. child Abuse & Neg.* Aug. 2 (8), 769-787.
- 218- Robin Malinosky and David J. Hansen (1993): Long term consequences of child hood physical abuse, *Psychological. Bulletin*, 114, 1, 68-79.
- 219- Rodrigouez C. and Sutherland D. (1999): Predictors of parents physical disciplinary practices, *Child Abuse & Neg.*, 23, 7.
- 220- Rosenfeld A. (1979) Incidence of a history of incest among 18 female psychiatric patients. *AJP* ,136: 791-795,
- 221- Ross SM. (1996): Risk of physical abuse to children of spouse abusing parants, *Child Abuse & Neg.*, 20, 589-598.
- 222- Ross CA., Heber S., Norton GR., and Anderson G. (1989): Differences between multiple personality disorder and other diagnostic groups on structured interview, *J. Nerve Mental. Disease*,177: 487-491.
- 223- Rowan AB., Foy DW. and Rodriguez N.(1994): Posttraumatic stress disorder in a clinical sample of adults sexually. abused as children. *Child Abuse & Neg.* 18:51-61.

- 224- Rowan JM. (1979): Possible early warning signs of non accidental injury to children, *Child Abuse & Neg.*, 3 (3-4), 767.
- 225- Russell D. (1986): *The Secret Trauma: Incest in the Lives of Girls and Women*. New. York, Basic Books.
- 226- Ryan KD., Kilmar RP., Cauce AM., Watanabe H. and Hayt DR. (2000): Psychological consequences of child maltreatment in homeless adolescents: Untangling the unique effects of maltreatment and family environment, *Child Abuse & Neg.*, 24, 333-352.
- 227- Sadowski H., Trowell J., Kolvin I., Weeraman Thrit., Berelowitz M. and Gilbert LH. (2003): Sexually abused girls: Patters of Psychopathology and exploration of risk factors. *Eur. Child and Adolesent Psychiatry*, October, 12 (5), 208-213.
- 228- Sandra J. Kaplan, David Pelcovitz, Suzanne Salzinger, Francine Mandel, and Merrill Weiner (1997): Adolescent Physical Abuse and Suicide Attempts *J. Am. Acad. Child and Adoles. Psychiatry*, 36 (6): 799-808.
- 229- Sarah L., Welch AM., and Christopher G. Fairburn, (1994): Sexual Abuse and Bulimia Nervosa: Three Integrated Case. Control Comparisons, *AJP*, 151: 402-407.
- 230- Schechtar MD. and Rosberge L. (1976): Sexual exploration. In Helfer RE., Kemp CH. (Eds) *Child abuse and neglect: The family and community*, Ballinger, Cabridge, Massachusettes, 127-142.
- 231- Schleimer K. (2004): Prevention of depressive disorders in children and adolesents, presented in 1st EMACAPAP research seminar in child and adolescent psychiatry, Sharm Elsheikh, Egypt.
- 232- Sedlack AJ. (1997): Risk factors for the occurance of child abuse and neglect, *J. of Aggration, Maltreatment , and Trauma*, 1, 149-187.
- 233- Sedlack AJ. And Broadhurst DD. (1996): *The 3rd national incidence study of child abuse and neglect*, Washington, DC: U A Department of health and human sevices, Administration for Children , Youth and Families.

- 234- Sedney MA. And Brooks B.(1984): Factors associated with a history of childhood sexual experience in a non clinical female population, *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry* 23 :215-218.
- 235- Shearer SL., Peters CP., Quaytman MS. and Ogden RL. (1990): Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline in patients, *AJP*, 147 (2), 214-216.
- 236- Skinner L. and Berry K.(1993), Anatomically detailed dolls and the evaluation of child sexual abuse allegations: psychometric considerations. *Law Human Behavior*, 17: 399-421.
- 237- Skinner AE. And Castle RL. (1969): 78 Battered children: Aretrospective study (London NSPCC). In Kevin Browne Cliff Davies and Peter Stratton, early predication and prevention of child abuse, John Wiley and Sons 1989.
- 238- Slater MK., (1959): Ecological Factors in the origin of incest, *Am. Anthropologist*, (61): 1042-1058. In Ehab Nashed (Eds.) *Child abuse*, Thesis of M SC degree, Faculty of medicine Cairo University, 1991.
- 239- Smith L. (1975): Effects of breif separation from parents on young children, *J. of child Psychology and Psychiatry*, vol. 6, 1-7.
- 240- Sobsey D., Randall W. and Parrila R. (1997): Gender differences in abused children with and without disabilities, *Child Abuse & Neg.*, 21, 8, 707-720.
- 241- Soliman, A. El Din and Effat, Safeya (2000): Childhood sexual abuse in depressed female in patients: 2 years follow up study and explanatory cognitive model, *Egypt. J. Psy.*,23: 1, January, 91-99.
- 242- Spataro J., Mullen PM., Burgess PM., Wells DL. and Moss SA. (2004): Impact of sexual abuse on mental health : Prospective study in male and females , *Br. J. Psychiatry*, May., 184, 416-421.
- 243- Spigelman A., Spigelman G. and Engleson J. (1994): The effects of divorce on children: Post divorce adaptation of Swedish children to the family breakup: assessed by interview data and

- Rorschach response, *J. of Divorce & Remarriage*, 21 (3-4),171-190.
- 244- Spinetta JJ., Rigler D. (1972): The child-abusing parent: a psychological review. *Psychology Bull*; 77: 296-304.
- 245- Staurt MA. and Gelles RJ. (1990): *Physical Violence in The American family*, New Brunswick, Transaction publishers.
- 246- Staurt MA. and Gelles RJ. (1980): *Behind closed doors: Violence in The American family*, N Y. Anchor press Edition.
- 247- Steel BF. and Pollock DA. (1968): Psychiatric study of parents who abuse infants and small children., In Holfer RE. & Kemp CH. (Eds.), *The Bettered child* Chicago, University of Chicago press.
- 248- Steiger H., and Zanko M. (1990): Sexual traumata among eating-disordered, psychiatric and normal female groups. *J. Interpersonal Violence*; 5: 74-86.
- 249- Stern AE., Lynch DL., Oates RK., O'Toole BI. and Cooney G. (1995): Self esteem, depression, behaviour and family functioning in sexually abused children. *J. Child Psychology and Psychiatry*. 36:1077-1090.
- 250- Steven L. Shearer , Charles p. Peters , Miles S. Quaytman and Richard L. Ogden (1990): Frequency and correlates of childhood sexual and physical abuse histories in adult female borderline inpatients, *AJP*, 147 , 2 , February, 214 – 216.
- 251- Stewart Gabel, and Richard Shindledecker.(1993): Parental Substance Abuse and Its Relationship to Severe Aggression and Antisocial Behavior in Youth , *Am. J. of Addictions*, 2: 48 –58.
- 252- Straus MA. (1994): *Beating The Devil out of them: Corporal punishment in American families*, New York : Lexington Books.
- 253- Straus M., Galles RJ. and Steinmetze SK. (1986): *Behined closed doors: Violence in American family*, NewYork, Anchor books press double day.

- 254- Straus M. (1979): Family patterns and child abuse in nationally representative, American sample, *Child Abuse & Neg.*, 3, 213 – 225.
- 255- Stuart GW., Laraia MT., Ballenger JC., and Lydiard RB. (1990): Early family experiences of women with bulimia and depression. *Arch Psychiatr Nurs*; 4:43-52.
- 256- Suzette Boon and Nel Drajer (1993): Multiple personality dis. In the Netherland : A clinical investigating of 71 parents, *AJP, Marsh*, 151, 3.
- 257- Susan V., Mcleer, Marian Callaghan, Delmina Henry, and Joanne Wallen (1994): *Psychiatric Disorders in Sexually Abused Children*, *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry*, Mar, 33, 3 :313 -319.
- 258- Tite R. (1994): Detecting the symptoms of child abuse, *Classroom complication*, *Canadian J. of Education* , 19 , 1, 1-14
- 259- Trickett PK. and McBride CC. (1995): The developmental impact of different forms of child abuse and neglect , *Developmental Review* , 15 (3) , 311-337.
- 260- Tong CS.(2002): Childhood experience of sexual abuse among Hang Kong Chinese collage studants, *Child Abuse & Neg.*, Jan, 26 (1). 23-37.
- 261- Tufts New England Medical Center, Division of Child Psychiatry (1984), *Sexually Exploited Children: Service and Research Project. Final report for the Office of Juvenile Justice and . Delinquency Prevention.* Washington, DC: US Department of Justice.
- 262- Turbett JP. and O'tode R (1980): physician,s recognition of child abuse , Presented at the annual meeting of American sociological Association, New York.
- 263- vanderKolk BA., Perry JC. and Herman JL. (1991): Childhood origins of self-destructive behavior. *AJP*, 148:1665-167.
- 264- vanderKolk BA. And vander Hart O. (1989): Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *AJP*,146:1530-1540.

- 265- Varia R., Abidin RR. and Dass P. (1996): Perception of abuse : Effect on adult psychological and social adjustment, *Child Abuse and Neg.*, 20 , 511–526.
- 266- Vedat Sxar, L. Ilhan Yargiç and Hamdi Tutkun, M. (1996) : Structured Interview Data on 35Cases of Dissociative Identity Disorder in Turkey, *AJP*, 153 :1329-1333.
- 267- Walker EA. And Stenchever M. (1993): Sexual victimization and chronic pelvic pain: clinical and research issues. *J.Obstetric &Gynecological Clinical North Am* 20: 795–807
- 268- Walker EA., Katon WJ. and Neraas K. (1992): Dissociation in women with chronic pelvic pain. *AJP*, 149 :534 –537.
- 269- Walker E., Katon W., Harrop-Griffiths J., Holm L., Russo J.,and Hickok LR. (1988) : Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and Childhood sexual abuse, *AJP*,145 : 75–80.
- 270- Wang CT. and Daro D. (1998): Current Trends inchild abuse reporting and fatalities: The Results of 1997 Annual Fifty state Survey, Chicago., IL, Prevent Child abuse America.
- 271- Widom CS. (1991): Avoidance of criminality in abused and neglect children, *Psychiatry*, 54, 162-173.
- 272- Windle M. (1995): Physical and sexual abuse and associated mental disorders among Alcoholic in patient , *AJP*, 152, 1322-1328
- 273- Winfield I,George LK., Swartz M., Blazer DG. (1990): Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of Women. *AJP*, 147:335-341.
- 274- Wolf DA. (1985): Child abusive parents : An emperical review and analysis *Psychological Bulletin*.97 (3), 462–482.
- 275- World health Organization (1992): The ICD10 Classification of Mental and Behavioral disorders, WHO,Geneva.
- 276- Yawaney D. (1996): Resiliency : Astrategy for survival of childhood trauma, In Russell M, Hightower J, Gutman G (Eds), Benwell Atkins limited.
- 277- Yutaka H., Martin H., Carol A., Glod R., David Harper BS. Eleanor, Magnus BS. And A. Gelbard (1993): Increased Prevalence of Electrophysiological abnormalities in. Children

with Psychological, Physical and Sexual Abuse, J. of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences , Vol. 5, N4,: 401-408.

- 278- Zeanah H. and Zeanah PD. (1989): Intergenerational transmission of maltreatment: Insight from attachment theory and research, *Psychiatry*, 52, 177-196.
- 279- Zweig-Frank H., Paris J., and Guzder J.(1994): Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder *Can J. Psychiatry*, 39: 259-264.