

## الإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة من الصدمة النفسية إلى الجلد

أ/ زردوم خديجة - كلية العلوم الإسلامية  
د/ جارالله سليمان - كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية  
جامعة باتنة 1

### الملخص:

الإساءة الجنسية ظاهرة عالمية ومحلية تنتشر بين جميع الفئات الاجتماعية، وينجر عنها اضطرابات نفسية متعددة، وخاصة اضطرابات ما بعد الصدمة. بينما أفراد آخرون يطورون قدرة "الجلد" لديهم ويتغلبون على الآثار الجسدية والنفسية التي عاشوها في السنوات الماضية. حيث هذه الحالة يتم بناؤها بفضل عمليات التكيف والتأقلم وتتطور مع مرور الزمن، وبالاعتماد على عوامل حماية للحد من تأثير عوامل الخطر. كما تستند هذه العملية على أنماط معرفية متمثلة خاصة في الأفكار الإيجابية والكفاءة الذاتية والثقة بالنفس، بالإضافة إلى دور القيم الدينية والدعم الاجتماعي. هذه السمات النفسية لها دور في تخفيض تدريجي لحالة الإحساس بالضغط النفسي لدى ضحايا الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة. إن قدرة الجلد تجعل الشخص يستطيع أن يؤسس عوامل بيولوجية ونفسية واجتماعية لمواجهة حالة الخطر.

**الكلمات المفتاح:** الإساءة الجنسية، الصدمة النفسية، عوامل الحماية، عوامل الخطر، الجلد.

### Résumé

L'abus sexuel est une réalité mondiale et nationale réponde parmi toutes les couches sociales. Il peut engendrer de nombreuses troubles psychologiques en particulier le stress post-traumatique. Par contre, certains personnes font preuve d'une résilience et surmontent ces séquelles psychologiques. Cet état est élaboré par un processus d'ajustement et d'adaptation au fil des années en se basant sur les facteurs protectifs pour minimiser l'effet des facteurs de risques. Ce

processus est le produit des patterns cognitifs, qui sont constitués des pensées positives, l'auto-efficacité et la confiance en soi ; en plus de l'apport de la religion et le soutien social. Ces normes psychosociologiques ont un effet sur la réduction progressive de l'état de sentiment de stress chez les individus victimes d'abus sexuels durant leurs enfances. Cette capacité permet à l'individu de générer des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux pour s'adapter face à une situation de risque.

**Mots clés :** Abus sexuel, trauma psychique, facteurs de protection, facteur de risques, résilience

#### 1- مقدمة:

تعتبر الإساءة الجنسية ضد الأطفال إحدى أخطر الجرائم التي انتشرت في مجتمعات العالم كلها. وهي نوع من أنواع الاستغلال الجنسي، و تتمثل في كل اتصال جنسي بين طفل وشخص بالغ من أجل إرضاء رغبات جنسية مستخدما القوة والسيطرة عليه (Association, 1999 American Psychiatric). فمجتمعا الجزائري أصبح يعاني من هذه الآفة، حيث عدد الحالات في ازدياد مستمر، نظرا لكونها ظاهرة صامتة ممنوع الاقتراب منها أو الحديث عنها بسبب الأعراف التي يتداولها المجتمع الجزائري، وخصوصا تناول و طرح موضوع التربية الجنسية. و حدوث عملية الإساءة في مرحلة الطفولة يفهم منها وجود خطر تكرار الإيذاء، بالتالي استمرار التوتر النفسي.

الطفل هو كل شخص دون سن الثامنة عشر ما لم تحدد القوانين الوطنية سنا أخرى (محمود أحمد طه، 1999، ص 12). و يكون الطفل في هذه الفترة ضعيفا في النواحي الجسمية و العقلية و النفسية و شديد القابلية للتأثر بالعوامل المختلفة المحيطة به، خاصة في مرحلة الطفولة المبكرة و الوسطى. لذلك فهو عرضة لمختلف أنواع سوء المعاملة، من بينها الإساءة الجنسية. و قد حددت الأمم المتحدة الإساءة الجنسية من ضمن أشكال العنف، وأقرت الجمعية العامة للأمم المتحدة (1989) لوائح تدين ذلك بشدة.

تخلف الإساءة الجنسية على الأطفال أثارا مختلفة ومتباينة تمتد على مدى سنوات (De Becker, Maertens, 2015)؛ حيث في البداية يكون الطفل مربكا جدا، ثم

## الإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة، من الصدمة النفسية إلى الجلد

تتولد لديه مشاعر الخوف والغضب والاشمئزاز ومشاكل علائقية، إضافة إلى اضطراب صورة الجسم وتدني احترام الذات والثقة بالنفس. ومن أكثر الآثار النفسية التي يعاني منها الأطفال المتعرضون للإساءة الجنسية هي حالة الضغط المزمن والإصابة بالصدمة النفسية (اضطرابات الشدة التالية للصدمة) والاكنتاب والاضطرابات الجنسية وانحراف السلوكيات. بينما هناك من الأطفال ممن تعرضوا للعنف الجنسي في مرحلة الطفولة، يتحكمون لاحقاً في الانفعالات السلبية وحالة التوتر، أبدوا قدرة التكيف والتحكم الإيجابي في سلوكهم. وتمكنوا من استعادة الثقة بالنفس وبناء كفاء ذاتية بفضل المساعدة الاجتماعية وكذلك دور الوازع الديني. وتعتبر هذه العوامل أساسية في بناء قدرة الجلد إلى جانب التحكم في الانفعالات السلبية والتغيير الإيجابي. وقد تولد مفهوم الجلد (Resilience) في الفيزياء، ثم اقتحم العديد من المجالات العلمية منها علم الاقتصاد وتسيير المؤسسات وعلم الاجتماع وعلم النفس وغير ذلك من العلوم. كما يكتسي أهمية في علم النفس، من حيث كونه يدل على قدرة العودة إلى الحالة العادية بعد التعرض لحوادث صادمة.

يهدف هذا البحث إلى التعرف على كيفية حدوث العمليات المعرفية من خلال التفاعل بين عوامل الحماية وعوامل الخطر ونشوء حالة الجلد لدى الأفراد الذين تعرضوا في طفولتهم للإساءة الجنسية. ومن خلال التراث النظري الذي تناول موضوع الجلد والصدمة النفسية، نحاول الوقوف على العمليات المعرفية التي لها دور في خفض درجة الضغط النفسي، والتعرف على أهم العوامل الوقائية التي تساعد على الجلد. وذلك من خلال الإجابة على التساؤل التالي:

- كيف تحدث عملية التحكم في آثار الصدمة النفسية وحدث الجلد لدى الأفراد الذين تعرضوا للإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة؟

ولفحص هذه الإشكالية والإحاطة بموضوع التساؤل ومحتوياته النفسية المعرفية الذي تناولته الدراسات السابقة، وفي ضوئها تناولنا عملية ارضان قدرة الجلد بعد التعرض للإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة من خلال الإجابة على التساؤلات الفرعية التالية:

- ما هي إساءة معاملة الطفل عموماً وأنماطها، وما هي الإساءة الجنسية بالتحديد؟

- ما هي أشكال الإساءة الجنسية ودور وسائل الاتصال الحديثة؟

- ما هي عوامل الخطر لحدوث الإساءة الجنسية وما تفسير آلية حدوث الصدمة النفسية؟

- هل أن توظيف عوامل الحماية يسمح بتفاعل المكتسبات المعرفية وبناء محددات الجلد؟.

- إلى أي مدى يمكن لتفاعل المكتسبات المعرفية أن تؤسس حالة الجلد. وللإجابة عن هذه التساؤلات استندنا على نتائج أبحاث ودراسات سابقة، وفي إطار النظرية النفسية المعرفية قمنا بتحديد مكونات عناصر موضوع الدراسة، وفحص آلية تفاعل المعلومات المرتبطة بحدث الإساءة الجنسية والمعلومات المكتسبة التي ساعدت الفرد لاحقاً على تطوير قدرة الجلد.

## 2- الدراسات السابقة:

أشارت العديد من الأبحاث إلى وجود علاقة بين العنف الجنسي والإصابات النفسية المختلفة على المدى القريب أو بعد سنوات، خاصة اضطراب الصدمة النفسية ( Héberta, Langevinb & Daigneault, 2016)، إضافة إلى الإصابة بالاكتئاب، اضطراب القلق العام، والرهاب، واضطرابات القلق ( Maniglio, 2001; Paolucci et al., 2009)، وكذلك انحراف السلوك الجنسي والإدمان على المخدرات (Lynsey & Holly, 2014). التعرض للإساءة الجنسية يؤدي بالإضافة إلى الصدمة النفسية إلى اضطرابات في التركيز والتعليم والتحصيل الدراسي بصفة عامة (Carmen et al, 2013).

وفي بحث حول دراسات سابقة (Paolucci et al 2001) أشار إلى أن ارتباط تاريخ سوء المعاملة في الطفولة بأعراض الانفعالات السلبية والإحساس بالضغط النفسي يمتد لفترات طويلة. الآثار الداخلية الناتجة عن الاعتداء الجنسي كالتوتر والإحساس بالذنب والتناقض تؤثر على بناء هوية الطفل، ويسبب ضغطاً نفسياً أكثر، مما يغذى حالة القلق المستمر والإصابة بالاكتئاب (Harkness & Lumley, 2008, pp. 466-487). كما بينت دراسات أخرى حول انتشار الإساءة الجنسية، أنه يحدث ما نسبته 11.8% من الحالات الجديدة في كل عام ( Stoltenborgh et al, 2011). وهو ما أشارت إليه منظمة الصحة العالمية ( World Health Organization, 2014) وعدد من الأبحاث التي اهتمت بمراجعة نتائج المنشورات السابقة حول الإساءة الجنسية (Stoltenborgh et al, 2013 Pereda et al, 2009). وأن معدل انتشار تعرض الإناث يتراوح بين 18% إلى 20%، بينما لدى الذكور بلغ 8% فقط.



كسور أجزاء غضروفية في عظام الأطفال وحالات التمزق، الالتواء، خلع مفاصل الكتف والكوع والرسغ نتيجة تعرض الطفل للجذب العنيف. وقد أطلق الطبيب كمب (Kempe) على هذه الحالات اسم متلازمة الطفل المضروب المعروفة في الطب الشرعي (Kempe et al. 1962). ويمكن أن تؤدي بعض الإصابات إلى الموت خاصة التي تحدث على مستوى الرأس وتصل إلى 25% لدى الأطفال الذين تعرضوا لهذا النوع من الإصابات (Alexander et al, 2001).

### 3-2- الإساءة العاطفية أو النفسية:

تختلف تعريف الإساءة العاطفية من الناحية النظرية والعملية، وتدل أيضا على الإساءة الانفعالية أو الإساءة النفسية عموما. وتشمل كل إساءة بدءا من رفض الأهل الابتسام في وجه الطفل، أو الرد على كلماته بالإهمال خاصة المتعلقة بتقدير الذات عند الطفل. لأن كل ذلك يمنع الطفل من أن يصبح مؤهلا اجتماعيا ونفسيا، مما يؤدي إلى ضعف الضبط الذاتي الداخلي والخارجي، كما يمكن أن يؤدي إلى العداء والعدوانية والاعتمادية وغياب الكفاءة الذاتية، وعدم الثقة في النفس واعتقاد الطفل بأنه غير مقبول ومحبوب من طرف الآخرين. وهناك أربعة أشكال من إساءة المعاملة الانفعالية للطفل (Garbarino & Gilliam, 1980, p. 74-75) وهي:

- معاقبة السلوك الإيجابي والإجرائي (مثل الابتسام، أو الحركة، أو النطق.. الخ).
  - خذلان الطفل وعدم تشجيعه في مواقف كثيرة بصورة متكررة.
  - معاقبة سلوك تقدير الذات.
  - معاقبة مهارات سلوكية في بيئات غير الأسرة، كالمدرسة مثلا.
- كما أن الإساءة النفسية تكون في أغلب الأحيان مصاحبة لنوع آخر من سوء معاملة الطفل مثل الإيذاء الجسدي أو الجنسي.

### 3-3- الإهمال:

يدل على الفشل في تأمين حاجات الطفل الأساسية الجسمانية أو التعليمية أو العاطفية ومتطلبات الحياة الضرورية له وعدم منح الحب والدفء والتدعيم الإيجابي. ويعد أكبر عامل مهدد للنسيج الاجتماعي مقارنة بالأنماط الأخرى، كونه يؤثر على نمو الطفل بشكل سليم في كافة مظاهره منها النمو الجسدي، النمو العقلي، النمو الاجتماعي، النمو الانفعالي. وقد يؤدي إلى الوفاة نتيجة عدم إقبال الطفل على الطعام وعدم توفر الرعاية الصحية. وتختلف جوانب دراسة الإهمال حسب المجال العلمي، حيث يركز الأخصائي النفسي على الآثار العاطفية اللاحقة التي تصيب الضحية،

### الإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة، من الصدمة النفسية إلى الجلد

بينما يركز علماء القانون على التعريف القانوني لسلوك التعدي و على أي شيء يحول دون النمو الكامل للطفل (Dorne, 1989, p.6). أما الطب الشرعي فيركز على الإصابات الفيزيائية (الجسدية) للطفل. والإهمال يمكن أن يكون جسدياً، أو انفعالياً (عاطفياً)، أو تربوياً.

#### 3-4- سوء المعاملة الجنسية:

إن الاعتداء الجنسي على الطفل عمل مقصود مع سبق التردد أو بدون ذلك. غالباً ما تكون إساءة معاملة الطفل وما تمثله من تعديات متنوعة عليه مخفية (ذباب البداينة، 2003). و يتضمن الأشكال المختلفة من مداعبة ولمس إلى ممارسة الجنس مع الطفل والإباحية الجنسية للطفل. وتدخل هذه الإساءة ضمن مفهوم العنف الجنسي بصفة عامة.

#### 4- الإساءة الجنسية:

تعد الإساءة الجنسية للطفل من أخطر أنواع الإساءة كون أثرها يلازم الفرد حتى البلوغ في حالة عدم حدوث الجلد. حيث أن الطفل المعتدى عليه جنسياً يبقى يعاني من تكرار معايشة الحادثة فتسيطر عليه حالة التوتر ومشاعر الحزن والكآبة من جراء ما تعرض له في صغره. هذه الإساءة هي عمل جنسي بين إنسان ناضج وطفل، يمكن أن يحدث في أي مكان في البيوت والمدارس وأماكن العمل، وفي كل المجتمعات. وفي شكلها الحديث، تشمل أيضاً الشبكة العنكبوتية، ويستطيع أي شخص أن يستغل ذلك ويكون قائماً عليه. ويتميز الاستغلال الجنسي بصفتين، إما استخدام علاقة من علاقات القوة بين طفل وشخص آخر أكبر منه سناً يعتمد عليه، وإما بالرغبة في الربح لدى مروجي المواد الإباحية. وتبين الدراسات أن أغلب الكبار يستغلون علاقتهم بالطفل من أجل المتعة الجنسية أكثر مما هي من أجل الربح الشخصي. وهم معروفون لدى الطفل (مثل أعضاء الأسرة، القائمون على تقديم الرعاية، أصدقاء العائلة، المدرسين). وتتضمن الإساءة الجنسية أشكالاً مختلفة وفق ما ذكرته العديد من الأبحاث والدراسات (Finkelhor et al, 2007)، ومن بينها:

#### 4-1- الإباحية الجنسية:

وهي من الأشكال الحديثة للعنف الجنسي ضد الأطفال، وتعرف بأنها تصوير مرئي للاستغلال الجنسي للطفل مع التركيز على سلوك الطفل الجنسي، أو أعضائه التناسلية. إن اتساع استخدام الإنترنت على مستوى دولي ساهم في انتشار السلوكيات المنحرفة. ويستخدم الأطفال للترويج الجنسي على شكل صور كما تستخدم صور

تفاعلية، أو فيديو، وتوجد عناوين بريد الكترونية، ويتم عبرها تبادل الرسائل الإلكترونية، والتواصل أيضا من خلال غرف ورشات الدردشة، تحت عناوين متنوعة.

#### 2-4- التفاعل الجنسي:

إن الإساءة الجنسية ضد الأطفال تبدأ عموما بمداعية الطفل أو ملامسته ولكنه سرعان ما يتحول إلى ممارسات جنسية أعمق. ويمكن أن يصبح سلوكا إدمانيا وهو الأخطر وله آثار وخيمة على شخصية الفرد. ويحدث ذلك من أجل المحافظة على السر وتجنب العواقب من جهة وضمان استمرار الاعتداء الجنسي على الضحية من جهة أخرى، مما يسهل مواصلة وتكرار السلوك المنحرف. فالمعتدي قد يستخدم العنف والتهديد ضد الطفل ويبدل كل ما في وسعه لإقناع الطفل بالعواقب الوخيمة إذا انكشف السر. والطفل أحيانا لا يفشي السر طيلة حياته أو بعد أعوام، عندما يكبر ويكشف لطبيبه النفسي التجارب الطفولية الأليمة، التي هي أصل المشاكل النفسية العديدة التي يعاني منها في كبره.

#### 5- الإساءة الجنسية بين عوامل الخطر وعوامل الحماية:

تعد مشكلة سوء معاملة الطفل مشكلة وطنية ودولية، ويعزى انتشارها إلى العوامل الاجتماعية، وتتعلق بالظروف الاجتماعية، وتشمل مشكلات كالفقر والامية والسلوكات المنحرفة، نوع الثقافة الاجتماعية السائدة، التغير الاجتماعي، مشكلات الأسرة، ارتفاع نسبة الاضطرابات النفسية بين أفراد المجتمع، غياب التشريعات القانونية أو عدم تفعيلها. وعلى المستوى الدولي، هناك عواقب عولمة الاقتصاد وتجارة الجنس عن طريق الإنترنت والتي فاقت كثيرا تجارة المخدرات. وفي مقابل ذلك هناك تدابير هامة يمكن أن تساهم في حماية الأطفال من التعرض للعنف الجنسي، خاصة منها زرع الثقة لدى الطفل وعدم التهميش ومتابعة حاجياته ومتطلباته الصحية والغذائية وغيرها، وإدماج الطفل في كل المجالات التي تعنيه. إضافة إلى تشجيع الأبناء على الالتزام بتعاليم دينهم.

#### 1-5- عوامل الخطر:

تعتبر الأسرة المصدر الأول لعوامل الخطر، خاصة انعدام التربية المنزلية السليمة المؤسسة على مبادئ وخلق مرجعية في الثقافة الاجتماعية، خاصة منها الوازع الديني. كما أن العنف العائلي يساهم كثيرا في الهروب من المسكن، وأن الكثير من الأطفال الذين يندرجون في تجارة الجنس، يتعلق الأمر بفرارهم من



## الإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة، من الصدمة النفسية إلى الجلد

المسكن ووقوعهم في نهاية المطاف فريسة للاستغلال الجنسي التجاري. إضافة إلى حالة الوالدين الذين يعانون من الاضطرابات النفسية، خاصة إصابة الوالدين بمرض عقلي (Masten & Obradovic, 2006). كما يعد الفقر السبب الأساس للعنف الجنسي ضد الأطفال، وأنه في أغلب الأحيان عامل هام من عوامل استغلال الأطفال جنسياً. إلا أن هناك أطفالاً يعيشون في نطاق الفقر ولا يقعون ضحية لمستغلي الجنس. إذن، هناك عوامل خطر لها صلة بتعرض الطفل إلى الإساءة الجنسية. كما أن وجود عامل إضافي مع عامل الفقر يؤدي إلى زيادة درجة خطورة تعرض الطفل. وقد توصلت العديد من الدراسات إلى تحديد عوامل خطر محددة تؤدي إلى ضعف قدرة الجلد لدى الفرد، مثل الظروف الاجتماعية والاقتصادية المزرية (Garmezy, 1991)، والأحياء الفقيرة والمجتمع العنيف (Luthar, 2000). ويمكن حصر عوامل الخطر التي تجعل الطفل عرضة للإساءة الجنسية في أبعاد محددة، وهي: البعد الأسري ودور شخصية الآباء وسلوكهم، البعد الاجتماعي والاقتصادي وما يترتب عنهما؛ و البعد النفسي للوالد غير السوي الذي يصنف في إحدى الفئات التشخيصية الطبية النفسية (مثل: الفصام، ذهان الهوس، الاكتئاب)، والبعد التكاملية التفاعلي الذي لا يفترض وجود عامل واحد فقط كالعامل الاجتماعي أو الاقتصادي أو المرضي، ولكن يمكن أن تحدث الإساءة بسبب تداخل وتفاعل تلك العوامل مجتمعة وبشكل تبادلي.

### 2-5- عوامل الحماية:

في مقابل عوامل الخطر تطرقت أيضاً تلك الدراسات السابقة الذكر إلى عوامل الحماية الكامنة المتمثلة في الخصائص الشخصية لدى الأطفال الذين أبدوا قدرة جد مرتفعة، فعالية ذاتية وثقة في النفس عالية، من خلال مستوى قدراتهم المعرفية والسلوكية والاجتماعية. حيث تلعب الأسرة الدور الرئيس في حماية أبنائها من التعرض للإساءة الجنسية، وذلك بضرورة عدم ترك الطفل بدون متابعة يومية وتفصيل عن ما حدث في الوقت الذي قضاه مع الأقارب أو الغرباء من خلال فتح حوار مع الطفل. بينما يجب طمأنة الطفل بأن الوالدين موجودان لحمايته من أي تهديد كان و من أي شخص. إضافة إلى ذلك، يجب زرع الثقة بالنفس لدى الطفل وأنه قادر دائماً على الرفض وطلب المساعدة عندما يتعرض لأي محاولة إساءة. وتوصلت بعض الدراسات الطولية (Werner & Smith 1982, Garmezy 1991) التي بحثت بشكل نظامي في القوى الوقائية التي فرقت بين أطفال لديهم تكيف صحي

وأطفال أقل تكيفا بالمقارنة بهم، إلى استخلاص ثلاثة عوامل حماية رئيسية، وتتمثل في:

- الخصائص الشخصية للأطفال أنفسهم،
- خصائص أسرهم.
- خصائص بيئتهم الاجتماعية.

تجمع النتائج المستقاة من الأبحاث التي تركز على المتغيرات التي يعتمدها الأفراد بشأن اكتساب عوامل حماية على تأقلم الطفل على قائمة محدودة من السمات، وهي عوامل عامة راسخة ترتبط بالتكيف الجيد مع الضغوط النفسية. حيث أشارت الأبحاث الحديثة إلى بعض العوامل الأساسية المرتبطة بالجلد والقدرة على التأقلم (Masten، 2007). ويعتبر العامل الديني من العوامل الأساسية في الحماية من خطر التعرض للإساءة الجنسية والإصابة بالصدمة النفسية.

وأشارت أبحاث أخرى إلى دور العامل البيولوجي، حيث أن الخبرات تؤثر على بنية المخ الدقيقة وكيميائه الحيوية، وأن المرونة العصبية المستمرة خلال التطور المتعاقب لها دور هام في المساهمة في شفاء أنواع اضطرابات التكيف والاضطرابات النفسية المتعددة، وأن التدخلات الفعالة لا تغير السلوك غير المتأقلم فحسب، وإنما تغير أيضا بعض الجوانب الخلوية والسيولوجية للسلوك (Cicchetti & Curtis, 2006).

#### 6- الصدمة النفسية:

استنادا إلى التعريف الوارد في الطبعة الرابعة المنقحة للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المنقح (DSM-V، 2013) الذي يصدر عن جمعية الطب النفسي الأمريكية لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة ( Post Traumatic Stress Disorder, PTSD) فإن الصدمة النفسية "حدث كبير وجسيم وفجائي، خارج عن النطاق المألوف واستثنائي وخطير، مما يدخل الأفراد في دوامة من العجز للتكيف معه. وتتمثل في الأفعال المقصودة (الاعتداء الجسدي، الاغتصاب، السرقة، السطو بالقوة، أعمال إرهابية، حروب)، والحوادث العامة (حوادث الطرقات، الحرائق، حوادث العمل، حوادث صناعية) والكوارث الطبيعية (الزلازل، الفيضانات، الأعاصير، انزلاقات التربة...). أغلب الدراسات النفسية تعتمد في تعريفها لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة على الأعراض الثلاثة الكبرى (تكرار معايشة الخبرة، التجنب والخدر، زيادة الإثارة) والتي تظهر بعد شهر أو سنوات بعد الصدمة. أما

## الإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة، من الصدمة النفسية إلى الجلد

تعريف اضطرابات الضغوط التالية للصدمة في التصنيف العالمي للأمراض (ICD.10) الذي تشرف عليه المنظمة العالمية للصحة (World Health Organization)، فهو من اضطرابات الحصر نتيجة التعرض لحدث مؤلم، يصل بعضها إلى حد تهديد حياة الفرد، وقد تشمل هذه الأحداث اعتداءات إرهابية، وحوادث سيارات، أو اعتداءات عنيفة، أو اعتداءات جنسية أو فقدان أحد أفراد الأسرة إلى غير ذلك. معايشة هذه المواقف أو مشاهدتها يولد لدى العديد من الأفراد مشاعر خوف وعجز وغضب والعديد من الأعراض النفسية.

### 6-1- الإساءة الجنسية والصدمة النفسية:

إن الإساءة الجنسية للطفل لها آثار جسدية وعاطفية واجتماعية وبيولوجية، حيث إن تأثير حدث الصدمة على الطفل على المدى القصير أو على المدى الطويل يؤدي إلى نشوء أنواع كثيرة من الاضطرابات النفسية خاصة منها الصدمة النفسية، أي اضطرابات الشدة التالية للصدمة، ويبدأ باضطراب بسيط ويتطور تدريجياً، ويستند على الجانب البيولوجي والنفسي والعائلي والاجتماعي وعلى جانب الثقافة الاجتماعية (Carmen et al 2013؛ Héberta et al., 2016). تتفاعل هذه الجوانب وتتأزر لفترة طويلة من التطور فتحدث حلقة نفسية عصبية، فتترسخ خاصة إذا توفرت عوامل الخطر وقلت عوامل الحماية.

إن حالة الانفعال والإجهاد المزمن الناجم عن أي حالة من أنماط سوء المعاملة هو مظهر لما تولده حالة تكرار معايشة حدث الإساءة الجنسية التي لا يستطيع الفرد التغلب عليها، ويمكن أن تحدث أضراراً في جسم الإنسان غير معكوسة. فعملية إفراز الكورتيزول المصاحبة لفترات الانفعال وعلى مدى سنوات يؤثر على حالة النمو الجسدي للأطفال لدرجة أنه يؤدي إلى عواقب يمكن ملاحظتها، مثل انخفاض حجم الدماغ و فرط استثارة محفزات هرمون الكورتيزول وهرمون الأدرينالين والتي تؤثر في بعض مناطق المخ (الحصين، اللوزة، القشرة الجبهية)، كما لها دور في وظائف مختلفة مثل تخزين المعلومات، والتكامل بين العواطف والسلوكيات المرافقة (Odebrecht et al 2010).

### 6-2- آلية حدوث الصدمة النفسية:

لقد قدمت آراء عديدة خاصة منها ما ورد في نظرية (Beck, 1993) لتفسير الاضطرابات النفسية، مفترضا أنها تحدث كنتيجة لتشوه معرفي يظهر في نظرة الفرد السلبية اتجاه العالم المحيط به، نظرتة السلبية تجاه ذاته، نظرتة السلبية اتجاه

المستقبل. وأشار إلى أن هؤلاء الأفراد يميلون إلى تحريف وتشويه كل ما يحدث لهم، مع توبيخ وعدم تقدير الذات، تصور كوارث قادمة، إحساس بالعجز وغياب الكفاءة الذاتية. وهي الأعراض التي أشارت إليها الدراسات حول سلوك الأطفال ضحايا الإساءة الجنسية. أما القصور في الأداء والحركة فيفسر على أنه مثال لليأس التام من الحياة. وبالتالي فإنهم يتوصلون إلى نتائج غير منطقية عند تقييم أنفسهم. بينما يرى (Ellis, 1994) في نظريته التي تعد تطورا للتصور المعرفي؛ اعتمدت على مقدمة منطقية مفادها "بأن الناس يتحكمون في أقدارهم بما يحملونه من قيم ومعتقدات والتصرف بموجبها". كما أوضح أن كيفية معالجة المعلومات الخاصة بالتوتر في إطار المتغيرات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية لا يمكن تفسيرها بدون العودة إلى البيئة المحيطة (الفيزيائية والاجتماعية والثقافية)، إضافة إلى الجانب التاريخي، وأن معالجة المعلومات يتم على عدة متغيرات: شخصية، موقفية، النظرة الاجتماعية الثقافية لحدث ما. كلها تمثل أجزاء من المنظومة النفسية المعرفية. فسلوكيات الفرد التي تلت الصدمة، منذ دخولها وطريقة مواجهتها، تصبح على المدى الطويل تدريجيا أنماطا معرفية، لأن أبعادها لها اتصالات متعددة يسهل بروزها إلى الذاكرة العاملة. ذلك، يسمح لها بأن تصبح نمطا من الأنماط التي نشأت بعد الصدمة. وفي النموذج الذي قدمه (Horowitz, Wilner & Alvarez, 1979) أشار إلى إمكانية وجود أكثر من نمط له نفس المرجع النمطي المعرفي"، وأن النمط السائد يوظف في تنظيم التفكير مؤثرا على المفاهيم والانفعالات التي تتولد أثناء سير مقاطع التفكير.

#### 7- الجلد:

يدل الجلد على قدرة الفرد على العودة إلى الحالة النفسية العادية بعد التعرض لأحداث ضاغطة. ويعتبر من بين القدرات الأساسية التي تتولد عن العمليات النفسية المعرفية للحفاظ على التوافق النفسي. يعرف بأنه رفض الاستسلام والانقياد لعواقب الصدمة النفسية، وكنتيجة التكامل بين الفرد و محيطه (CyruInik, 2006). أما (Lecomte, 2002) فيعتبره أفضل عمل للتكيف في مواجهة الصدمات النفسية، وأن درجة قدرة الجلد تختلف تبعا للموقف وطبيعة الصدمة والسياق وكذلك مرحلة العمر، وتختلف مظاهر التعبير عنه حسب الثقافات. فالفرد الذي يتميز بقدرة الجلد يستمد ذلك من خصائصه المعرفية والسلوكية مع ما يتلاءم لما تعرض له والتفاعل مع

## الإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة، من الصدمة النفسية إلى الجلد

العوامل الضاغطة بطريقة تسمح له بإعادة بناء شخصيته. ويرتبط الجلد بعوامل متعددة الأبعاد تؤثر في بناء وتطور محددات لها دور أساسي في ظهور قدرة الجلد.

### 1-7- عوامل الجلد:

حاول العديد من الباحثين النفسانيين (Garmazy, Masten, Obradovic, 1991, 2006) الكشف عن مختلف العوامل التي لها دور في التأثر بالأخطار، وأدى ذلك إلى وقوفهم على دور عدة أبعاد صنفّت ضمن عاملين: الأول مرتبط بخصائص الفرد النفسية والبيولوجية، والثاني مرتبط بالبيئة المحيطة في جوانبها الاجتماعية والثقافية والاقتصادية. هذه العوامل يمكن أن تساعد على مقاومة الأخطار والصدمات أو تساهم في درجة التأثر بها. بينما اعتبر آخرون مصطلح الجلد هو اعتماد الثنائية المتمثلة في عوامل الخطر في مقابل عوامل الحماية (Johnson & Wiechelt, 2004).

من بين العوامل لتعديل الآثار السلبية التي تخلفها المواقف السلبية في الحياة، هو أن تكون العلاقات الاجتماعية توفر الرعاية والدعم وتخلق جوا من المحبة والثقة، وتعمل على التشجيع وعدم التوبيخ، سواء كان ذلك داخل الأسرة أو خارجها. إضافة إلى عوامل أخرى، مثل القدرة على وضع خطط واقعية وتطوير مهارات الاتصال والقدرة على إدارة المشاعر والدوافع القوية.

### 2-7- محددات الجلد:

تتضمن مظاهر الجلد العديد من العوامل المحددة لوجوده، تلك التي يجب أن يسعى الأخصائي النفسي إلى إعادة بنائها لدى المتعرضين لأحداث خطيرة، بما في ذلك الذين تعرضوا للإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة، ومن أهمها:

- **الثقة في النفس:** تتمثل في القدرة على الثبات والمثابرة، مدى استطاعة الفرد الاحتفاظ بسعادته من خلال إحساسه بأنه سيحقق الهدف الذي يسعى جاهدا إليه، وأثناء ذلك يتحدى المصاعب والمخاطر. وأن يكون لديه القدرة على أن يكون مستقلا وفعالا في علاقته بالمحيط.

- **التحكم في الانفعالات السلبية:** وهي قدرة التكيف العلائقي والاعتماد على مقاربات لحل المشاكل الاجتماعية بمحاكاة التجارب الناجحة الخاصة بالفرد نفسه وأسرته ومن محيطه أو مما تعلمه.

- **اعتماد التغيرات الإيجابية:** فهي قدرة الفرد على إدراك النتائج الإيجابية الصحيحة والسريعة التي يتعلمها خلال مساره في الحياة. وتتضمن أيضا تكوين

علاقات إيجابية وقوية واكتساب قدرة التواصل الاجتماعي ومع من يحيطون به. ويلعب عامل تقبل التغيرات التي يعيشها الفرد دورا إيجابيا في القدرة على التكيف (al. Ong et 2006).

- **الدعم الاجتماعي:** يتمثل في الحصول على المساعدة من الآخرين، وهذا من خلال العلاقات الاجتماعية والثقافية التي تربط أفراد المجتمع، والتواصل مع المؤسسات والجمعيات التي لها دور في حماية ومساندة أفراد المجتمع.

- **العامل الديني أو الروحي:** يتضمن القدرة على تطبيق مبادئ الاعتقاد الديني من خلال التعامل مع أفراد مجتمعه و مع خالقه، مما يدل على البناء الخلفي والروحي. هذا البناء يجعل الفرد يتمتع بإدراكات روحية وخلقية في حياته العامة والخاصة. وأن الانتماء الثقافي يعزز هذه القدرة لدى الأفراد ذوي المعتقد المشترك. يعتبر الاعتقاد الديني أحد المصادر التي تساهم في الجلد من خلال دوره في إدخال معنى الطمأنينة على الكثير من الأفراد (Connor & Davidson, 2003).

وقد تم اعتماد هذه العوامل الخمسة في العديد من الدراسات واتسعت تطبيقاتها خاصة في ميدان الطب النفسي و مجال التكفل النفسي وفي التربية والتعليم لتنمية قدرة الجلد لدى الأطفال. إن اعتماد الفرد على هذه الأساليب المعرفية السلوكية يساهم في إظهار صفة الجلد.

#### 8- البناءات النفسية المعرفية، من الصدمة النفسية إلى الجلد:

عند تعرض الفرد لإساءة جنسية في مرحلة الطفولة، فإنه يتم استدخال صورة الحدث وتمثيلها وبناء صورة ذهنية لها وفقا لمكتسباته المعرفية وللخبرة المؤلمة. إلا أن الطفل يستمر في اجترارها من الماضي المؤلم ولا يحاول التغلب على ذلك لافتقاده خبرات ايجابية ومعالم معرفية تساعده على مواجهة الخبرة المؤلمة التي تعرض لها. ومع تكرار معايشة الحدث، والانفعالات السلبية التي يمكن أن تصاحب قلق معايشة الخبرة الصدمية يمكن أن يؤدي إلى حدوث تفكك في بناءات شخصية الطفل. بينما تعلم خبرات ايجابية تعتبر مدعمة للجلد، وتتمثل في إعادة تصحيح المعارف المنحرفة لدى الفرد بعد حدث الصدمة، باستيعاب نماذج جديدة و أهداف جديدة من خلال استدخال عدد من القيم. لأن ما يمكن اعتباره مدعما للجلد يحمله الفرد في ذاته و بداخله، من اعتقاد و قناعات تدخل في تكوين شخصيته.

## الإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة، من الصدمة النفسية إلى الجلد

### 8-1- البناء المعرفي لسلوك الجلد و التحكم في آثار الصدمة النفسية:

لكي يمكن ملاحظة سلوكيات تدل على قدرة الجلد، لا بد من تعرض الفرد لحدث هدد حياته أو صعوبات كبيرة، أي أن عملية الجلد تظهر أمام حالة يفقد فيها الأطفال أو الكبار القدرة على التغلب عليها ولا يمكن تجنبها أو مقاومتها. في نفس الوقت لا يعني ذلك أن هذا الضعف وعدم القدرة هو نقيض قدرة الجلد؛ حيث إن المظهر الأساسي للجلد يكمن في التعامل مع الحدث ومدى التوظيف الإيجابي له في عالم العلاقات بين الأشخاص (Yates, 2003, pp. 234-256).

تتولد قدرة الجلد من توازن عوامل الخطر مقابل عوامل الحماية، حيث توظيف القدرات يستند إلى المهارات التي يتعلمها الفرد بفضل كيفية التعرف على المواقف الخطيرة واتخاذ القرار المناسب، والمقارنة بالأحداث السابقة التي مر بها شخصياً أو الآخرون، وبناء صورة ذهنية وإعطاء معنى لها. إن التصور الذهني يمثل البعد النفسي لقدرة الجلد لدى الفرد ضمن إطار ثقافته الروحية والتمثلة في "التوجه الديني أو الروحي وتقاسمه لنفس القيم، وكذا التقاليد والأعراف. إن مختلف المصادر المعرفية في وسط اجتماعي يتميز بثقافته ومعتقده، هي أساس بناء الروابط بين مختلف المكتسبات المعرفية التي يتعلمها الفرد، مع الأخذ بعين الاعتبار المميزات الشخصية الخاصة به، التي تحدد العلاقة بين الانفعال والتفكير.

### 8-2- البناءات المعرفية في تطور مستمر:

العديد من المكونات المتمثلة في الخبرات تحكمها علاقات ومختلف إستراتيجيات مواجهة الأخطار والعوائق والصعوبات اليومية؛ حيث التأثير المتبادل إيجابياً أو سلبياً بين هذه المكونات في وسط جماعي أو لدى الفرد، وكيفية تبسيط واختزال تلك التناقضات يسمح باتخاذ قرارات تصبح فاعلة في ذلك الوسط الجماعي. في كل مرحلة من حياة الإنسان هناك بناء نفسي معرفي ناتج عن اختلال التوازن بين عوامل الخطر المتمثلة في الضغوطات التي تؤدي إلى ضعف المواجهة والتكيف من جهة، وعوامل الحماية التي تساعد على التحمل وارتفاع قدرة الجلد من جهة أخرى. فالتوافق النفسي هو محصلة التجاذب بين قوة التغيير المعرفية و قوة رفض التغيير. هذه القوى تتمثل في الخصائص النفسية للفرد أو للمجتمع الذي يعيش فيه. حيث إن تأثيرها يتمثل في التأثير الرجعي الإيجابي أو التأثير السلبي بين العناصر الوظيفية داخل منظومة المعلومات التي يكتسبها الفرد من محيطه المتمثل

في الأسرة والمجتمع والمدرسة، ومن خلال التفاعل المستمر معها، فإن البناءات المعرفية تكون في حالة تغير و تطور مستمر يمكن أن تؤدي إلى تأسيس الجلد.

### 3-8- تفاعل المكتسبات المعرفية و تأسيس الجلد:

المعلومات التي يمتلكها الفرد أو المتداولة في الوسط الاجتماعي الذي يتفاعل معه الطفل، يستطيع من خلالها استنتاج خيارات متعددة و قراءات مختلفة للمواقف. ويعتبر الجانب الانفعالي من حيث درجة حدته عاملا له تأثير كبير على نوعية تفاعل محتوى البناءات المعرفية. لذا يجب أخذه بعين الاعتبار، لإرساء - تدريجيا - مناخ لتبادل الأفكار مع الآخرين والبحث في التساؤلات المختلفة التي تشغل النشاط الذهني للفرد. هذه العملية تسمح بأن يجد الشخص مكانته وإبداء أفكاره بصفة فردية ثم في علاقة وارتباط مع الآخرين، وتدرجيا الانتقال إلى توظيف أفكار جماعية في إطار هوية خاصة بكل فرد.

المتغيرات التي يعتمدها الأفراد بشأن الجلد والقدرة على التكيف تتمثل في سمات يتميزون بها وهي منتشرة في بيئتهم الأسرية والثقافية الاجتماعية. وتعتبر عوامل عامة راسخة ترتبط بالتكيف الجيد مع الضغوط النفسية. و قد عدّدت بعض الأبحاث الحديثة (Masten, 2007) العوامل الأساسية المرتبطة بالجلد والقدرة على التأقلم، منها: (أ) إقامة علاقات طيبة مع الأشخاص البالغين في الأسرة والمجتمع الذين يتمتعون بالكفاءة على تقديم رعاية جيدة، (ب) بناء قدرات تنظيم الذات، (ج) تقدير الذات إيجابيا، (د) وجود حافز لكي يصبح الفرد عضوا فعالا في البيئة (أي الكفاءة الذاتية، و تقرير المصير)، (هـ) بناء صداقات مع أقران وعلاقات مع محبين لمساعدة الآخرين و الاهتمام بهم.

### الخاتمة:

حاولنا التعرف على بناءات العمليات المعرفية من خلال التفاعل بين عوامل الحماية وعوامل الخطر ونشوء حالة الجلد لدى الأفراد الذين تعرضوا في طفولتهم للإساءة الجنسية، من خلال تحليل الإساءة الجنسية وسوء المعاملة عامة في مرحلة الطفولة، ومعرفة حالة الإصابة بالصدمة النفسية والجلد لاحقا. حيث اتضح أن مصادر ومحددات الجلد التي من شأنها المساهمة في بناء معرفي لدى الفرد بعد التعرض للإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة، تسمح له بالتوافق النفسي الاجتماعي، وذلك بالتحكم في الانفعالات السلبية وتقبل التغيرات الإيجابية، وبإسناد المحيط الاجتماعي في وجود الوازع الديني. وتبين أنه في حالة التكيف، فإن الأحداث



## الإساءة الجنسية في مرحلة الطفولة، من الصدمة النفسية إلى الجلد

المؤلمة مثل حدث الصدمة نتيجة الإساءة الجنسية، يتم تقييمها وتقبلها تدريجياً حتى يتسنى إدراك معاني المشكلة التي حدثت لهم في الماضي، وبالتالي فإن الفرد يمكن أن يطور قدرة الجلد لدية وإعادة الثقة في النفس وحصول التغيير الإيجابي و بناء قدرة الجلد.

### المراجع:

- 1- ذياب البداينة، (2003). سوء معاملة الأطفال: الضحية المنسية. مجلة الفكر الشرطي، م 11، ع 11، 167-213.
- 2- الجريدة الرسمية رقم 83، المرسوم التشريعي رقم/92/09 بتاريخ 1992/11/18.
- 3- محمود أحمد طه، الحماية الجنائية للطفل المجني عليه، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، 1999، ص 12.
- 4- الجمعية العامة للأمم المتحدة 11/44 بتاريخ (2/1989 اتفاقية حقوق الطفل لعام 1989، اعتمدت بالقرار 20.
- 5- Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL. Abusive head trauma. In: Reece RM, Ludwig S. (2001). Child abuse – medical diagnosis and management, 2nd ed. Lippincott, William & Wilkins, Philadelphia, 2001: 47–80.
- 6- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- 7- American Psychiatric Association Board of Professional Affairs. Committee on Professional Practice and Standards (1999). Guidelines for psychological evaluations in child protection matters, *The American Psychologist* 54 (8): 586–593.
- 8- Beck, A.T, (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194-198.
- 9- Carmen P. McLean, Sarah B. Rosenbach, Sandra Capaldi, Edna B. Foa (2013). Social and academic functioning in adolescents with child sexual abuse-related PTSD. *Child Abuse & Neglect*. *Child Abuse & Neglect*, 37: 675– 678
- 10- Cicchetti D, Curtis WJ. (2006) The developing brain and neural plasticity: implications for normality, psychopathology, and resilience.

- In: Cicchetti D, Cohen D (eds). Developmental psychopathology, Vol. 2. New York: Wiley: 1-64.
- 11- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (1997). The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 9(4), 799-817.
  - 12- Connor K, Davidson JRT. Development of a new resilience scale (2003). The Connor Davidson Resilience Scale (CDRISC). *Depression and Anxiety*. 18: 76-82.
  - 13- Cyrulnik Boris (2006), résilience et bagage génétique. In: [www.clinoeilannette.blogspot.com](http://www.clinoeilannette.blogspot.com).
  - 14- De Becker E., Maertens M-A, (2015). Le devenir de l'enfant victime de maltraitance sexuelle. *Annales Médico-Psychologiques*, 173: 805-814.
  - 15- Dorne, C. (1989). *Crimes against children*. New York: Harrow and Heston, Publishers.
  - 16- Ellis, A. (1994) *Reason and Emotion in Psychotherapy*. New York, NY: Citadel Press.
  - 17- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 31,479 -502.
  - 18- Finkelhor, D., Hotaling, G. Lewis, I. A. & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 14, 19-28.
  - 19- Garbarino, J. & Gilliam G. (1980). *Understanding Abusive Families*. Lexington, Mass: Lexington Books.
  - 20- Garmezy, N. (1991). "Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty". *American Behavioral Scientist* 34 (4): 416-430.
  - 21- Harkness, K. L., & Lumley, M. N. (2008). Child abuse and neglect and the development of depression in children and adolescents. In J. R. Z. Abela, & B. L. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 466-487). New York: Guilford Press.
  - 22- Héberta M, Langevinb. R, Daigneault. I., (2016). The association between peer victimization, PTSD, and dissociation in child victims of sexual abuse. *Journal of Affective Disorders* 193. 227-232.

- 23- Horowitz M., Wilner M., Alvarez W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective Stress. *Psychosom Med*, 41: 209-218.
- 24- Johnson JL, Wiechelt SA. (2004). Introduction to the special issue on resilience. *Journal of Substance Use and Misuse*. 39(5):657-70.
- 25- Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, et al. The Battered Child Syndrome. *JAMA* 1962; 181:17-24.
- 26- Kim-Cohen J, Gold AL. (2009). Measured gene-environment interactions and mechanisms promoting resilient development. *Curr Dir Psychopathology Science*; 18:134-42.
- 27- Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A et al. (2006). MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children's mental health: new evidence and a meta-analysis. *Mol Psychiatry*; 11: 903-913.
- 28- Lecomte J. (2002), Qu'est-ce que la résilience? Question faussement simple. Réponse nécessairement complexe. *Revue Pratiques psychologiques* n°1, pp.7-14.
- 29- Luthar, S. S.; Cicchetti, D. (2000). "The construct of resilience: Implications for interventions and social policies". *Development and Psychopathology* 12 (4): 857-885.
- 30- Lynsey R. Miron\*, Holly K. Orcutt (2014). Path ways from childhood abuse to prospective revictimization: Depression, sex to reduce negative affect, and forecasted sexual behavior. *Abuse & Neglect*, 38, 1848-1859.
- 31- Maniglio, R. (2009). The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical Psychology Review*, 29, 647-657.
- 32- Masten AS. (2007). Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *DevPsychopathol*; 19:921-30.
- 33- Masten, A. S.; Obradovic, J. (2006). "Competence and resilience in development". *Annals of the New York Academy of Sciences* 1094: 13-27.
- 34- Odebrecht S, Nunes V, Watanabe MAE, Morimoto HK, Moriya R, Reiche EMV (2010). The impact of childhood sexual abuse on activation of immunological and neuroendocrine response. *Aggress Violent Behav*; 15: 440-5.
- 35- Ong, A. D.; Bergeman, C. S.; Bisconti, T. L.; Wallace, K. A. (2006). "Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation

- to stress in later life". *Journal of Personality and Social Psychology* 91 (4): 730–749.
- 36- Paolucci, E. O., Genuis, M. L., &Violato, C. (2001). A meta-analysis of the published research on the effects of child sexual abuse. *Journal of Psychology*, 135, 17-36.
- 37- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M., & Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328-338.
- 38- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJ zendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: A meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 345–355.
- 39- Werner E, Smith R. (1982) *Vulnerable but invincible: a study of resilient children*. New York.
- 40- World Health Organization. (2014). *Child Maltreatment (Factsheet N°150)*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- 41- Yates, T. M., Egeland, B., &Sroufe, L. A. (2003). Rethinking resilience: A developmental process perspective. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 234-256). New York: Cambridge University Press.