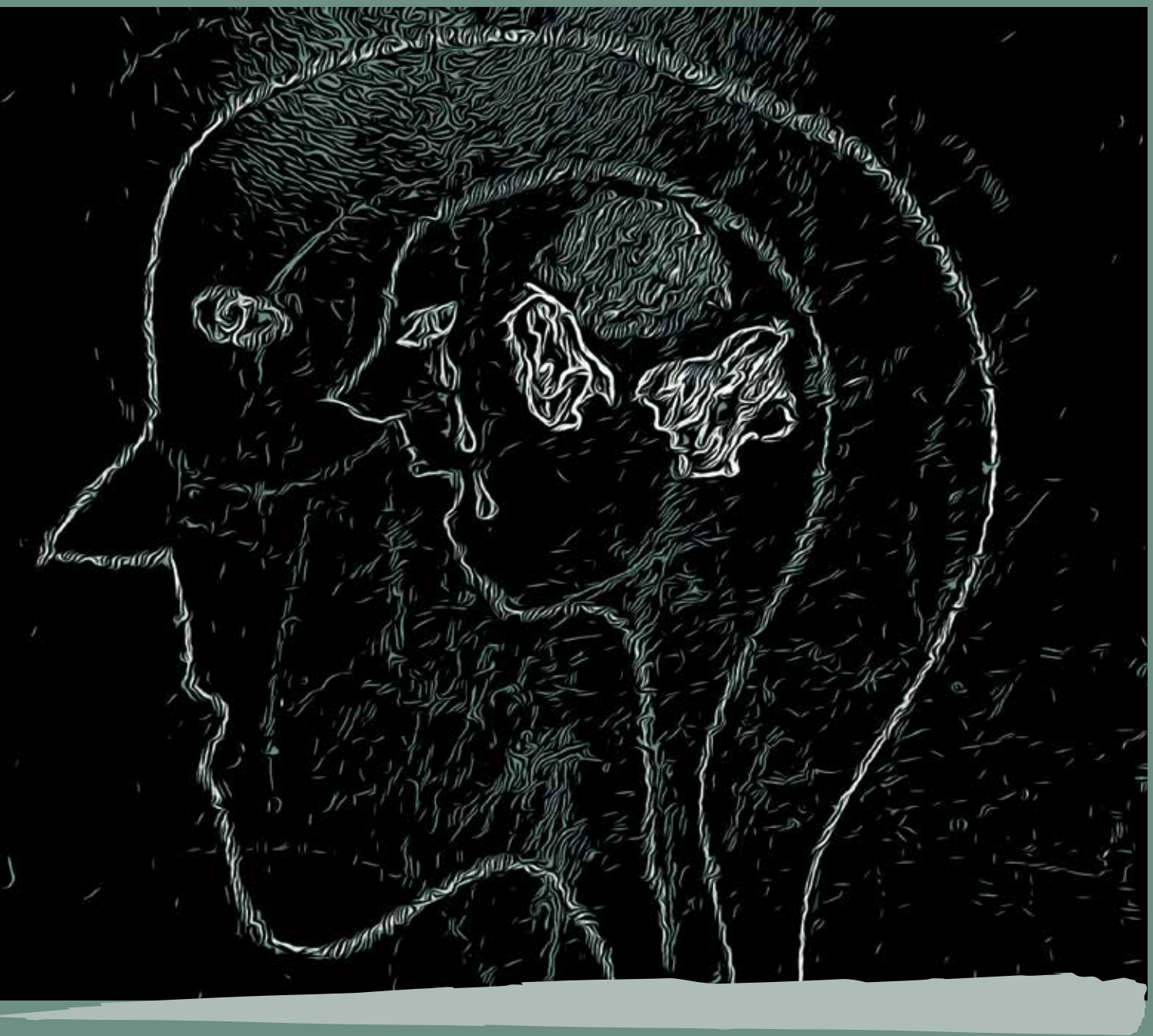
مكتب الممثل الخاص للأمين العام المعني
بالعنف ضد الأطفال

الندوب الخفية: كيف يضر العنف بالصحة النفسية للأطفال



الندوب الخفية: كيف يضر العنف بالصحة النفسية للأطفال

مكتب الممثلة الخاصة للأمين العام المعنية بالعنف ضد الأطفال

نيويورك، 2020

شكر وتقدير

يود مكتب الممثلة الخاصة للأمين العام المعنية بالعنف ضد الأطفال أن يعرب عن خالص تقديره للأستاذة غزلان بن جلون، الباحثة الرئيسية لهذا التقرير، والتي أسهمت إسهاماً كبيراً في صياغته.

ويعرب مكتب الممثلة الخاصة عن امتنانه للتعليقات القيّمة بشأن التقرير المقدمة من كل من: زينب حجازي (مقر اليونيسيف في نيويورك)، وليزلي سنايدر (الجمعية التعاونية للصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي، الدنمارك) وناتالي درو، وأليكسندرا فليشمان، وبريان أوغالو، وشيارا سيرفيلي (إدارة الصحة النفسية وتعاطي مواد الإدمان، منظمة الصحة العالمية).

صورة الغلاف: © ميغيل كالديرا

عنوان الصورة: "المعاناة الخفية: لعنة الضحية" – رسم بالطباشير

© 2020 الأمم المتحدة

جميع الحقوق محفوظة في جميع أنحاء العالم

وينبغي توجيه طلبات استنساخ مقتطفات أو النسخ التصويري إلى مركز رخص حقوق الطبع والنشر على العنوان التالي:. copyright.com

وينبغي توجيه جميع الاستفسارات الأخرى بشأن الحقوق والتراخيص، بما في ذلك الحقوق الفرعية، إلى العنوان التالي:

United Nations Publications

300 East 42nd Street,

New York, NY 10017,

United States of America.

البريد الإلكتروني: publications@un.org ؛ الموقع الإلكتروني: un.org/publications

Language: English Sales no.E.20.I.16

ISBN: 978-92-1-101435-8

المحتويات

موجز تنفيذي iv
1 - مقدمة 1
2 - الحاجة الملحة إلى العمل 3
3 - أثر العنف على الصحة النفسية للأطفال 9
4 - فهم عوامل الخطر والحماية 19
5 – الإجراءات الفعّالة: الأدلة على الوقاية والتصدي الفعالين 23
6 – بناء بيئة حاضنة حمائية ومُمكِّنة للأطفال من أجل الأطفال ومعهم 29

موجز تنفيذي

يتعرض أكثر من بليون طفل – أي نصف الأطفال في العالم – للعنف كل عام. وهم يواجهون العنف بأشكال عديدة وفي أماكن كثيرة، سواء أكانوا على الإنترنت أو خارج الإنترنت، في بيوتهم أو مدارسهم أو مجتمعاتهم المحلية. ويمكن أن يكون الطفل هدفاً للعنف، أو أن يشاهده، أو أن يكون عرضة له. وقد يواجه الأطفال في كثير من الأحيان "عاصفة عارمة" من العنف: حيث يتعرضون لأشكال مختلفة من العنف تحدث معاً، أو لشكل واحد يؤدي إلى شكل آخر على امتداد سلسلة متصلة مروعة.

ومن الواضح أن العنف له تأثير وخيم على الصحة النفسية للأطفال. وغالباً ما يكون التعرض للعنف صادماً، ويمكن أن يثير ردود فعل على الإجهاد السام تسبب أضراراً فسيولوجية ونفسانية فورية وطويلة الأجل. وتشمل عواقب العنف الاكتئاب، واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب الشخصية الحدّية ، والقلق، واضطرابات تعاطي مواد الإدمان، واضطرابات النوم والأكل، والانتحار.

ويتشكل الأثر التراكمي للعنف على الصحة النفسية للأطفال من خلال الطريقة التي يتعرض بها الأطفال للعنف أثناء انتقالهم من مرحلة الطفولة المبكرة إلى مرحلة المراهقة، مع وجود اختلافات في أشكال العنف التي يتعرضون لها وعواقب ذلك على صحتهم النفسية. ويمكن أن تنتقل هذه العواقب من جيل إلى جيل، ولا سيما بالنسبة للأطفال الذين اتسمت طفولتهم بالتعرض لعنف العشير، وللأمهات اللائي تعرضن للعنف في فترة نموهن.

وتنشأ عوامل الخطر على المستوى الفردي، وفي إطار العلاقات، وعلى مستوى المجتمعات المحلية والمجتمعات ككل. والتفاعل بين عوامل الخطر على هذه المستويات المختلفة لا يقل أهمية عن تأثير أي عامل بعينه في مستوى واحد.

وهناك حاجة ملحة إلى اتخاذ مزيد من الإجراءات لمنع الخطر الذي يشكله العنف على الصحة النفسية للأطفال والتصدي له. ومع ذلك، هناك نقص خطير في الاستثمار والقدرة على توفير رعاية جيدة وملائمة ثقافياً وقائمة على الحقوق للصحة النفسية، على الصعيد العالمي، رغم أن الأطفال أنفسهم يشيرون باستمرار إلى الصحة النفسية باعتبارها مصدر قلق رئيسي. وبالإضافة إلى ذلك، يحصل صغار السن على خدمات الصحة النفسية بشكل أقل تواتراً من أي فئة أخرى بسبب الوصم، وعدم التمكن من اكتشاف احتياجاتهم، وضعف الوعي بالخدمات الموجودة. ونتيجة لذلك، لا يحصل سوى القليل من الأطفال الذين يعانون من مشاكل في الصحة النفسية على الدعم المناسب في الوقت المناسب.

ما هي الوسائل الصالحة؟

هناك أدلة متزايدة على العوامل التي تحمي الأطفال وعلى الوسائل الصالحة للتصدي بفعالية لأثر العنف على الصحة النفسية للأطفال، رغم أن هناك ثغرات كثيرة في المعرفة لا تزال قائمة.

وللتدخلات الوقائية التي تركز على الصحة النفسية للأمهات، والتفاعل بين الأم والرضيع، واللعب والتحفيز فوائد إيجابية وطويلة الأجل. كما أثبتت الرعاية الوالدية وتدخلات حماية الأطفال أهميتها الحاسمة في كسر الحلقات السمية لانتقال العنف والأمراض النفسية بين الأجيال. وقد ثبتت فعالية برامج إعادة التأهيل المجتمعية والتدخلات التعليمية الاجتماعية - العاطفية في المدارس. وهناك أيضاً إرشادات قائمة على الأدلة للمهنيين في مجال الصحة النفسية وغيرهم من المهنيين يمكن أن تساعدهم على دعم الصحة النفسية للأطفال ضحايا العنف، بما في ذلك في السياقات الإنسانية.

ويجب على الدول الآن أن تترجم هذه المعرفة إلى أفعال، مسترشدة بالمعايير الدولية لحقوق الإنسان وبالسعي لتحقيق أهداف التنمية المستدامة، التي لا يمكن تحقيقها دون اتخاذ تدابير للتصدي للعنف بجميع أشكاله. ويلزم اتخاذ إجراءات شاملة ومنسقة، استناداً إلى نهج مشترك بين عدد من القطاعات و أصحاب المصلحة.

ويعد الأطفال أنفسهم أهم أصحاب للمصلحة. حيث يقوم الأطفال بالفعل بدور قيادي في دعم صحتهم النفسية ورفاههم، كما هو الحال في مبادرات التساند بين الأقران. كما أنهم منخرطون بشكل كبير في البرامج المتعلقة بالصحة النفسية، سواء على الإنترنت أو خارجها. ولكن مع ذلك، فإنهم يكافحون كي تُسمع أصواتهم ويؤخذ

بآرائهم. ويجب أن تشكِّل آراء الأطفال الذين خاضوا تجربة مشاكل الصحة النفسية والإعاقات النفسية – الاجتماعية تصميم الاستجابات وتقديمها وتقييمها.

ماذا يجب أن يحدث؟

يبدأ العمل الفعال بالمنع والتدخل المبكر، مع التركيز على العوامل التي تعرِّض الأطفال لخطر العنف وتلك التي يمكن أن تحميهم داخل أسرهم ومجتمعاتهم المحلية ومجتمعاتهم ككل. ويتطلب ذلك أيضاً تركيزاً محدداً على احتياجات الأطفال المعرضين بشدة لخطر العنف ومشاكل الصحة النفسية بسبب أماكن وجودهم وهويتهم.

ويجب توسيع نطاق خدمات الصحة النفسية بوصفها عنصراً أساسياً من عناصر التغطية الصحية الشاملة. وينبغي تقديم خدمات جيدة في المجتمع المحلي، مع تجنب الإيداع في المؤسسات وتفادي استخدام النُهج الطبية حيثما أمكن ذلك. وهذا يتطلب استثمارات أكثر بكثير، بما في ذلك الاستثمار لضمان توفر العدد الصحيح للاختصاصيين المهرة وتوزيعهم بشكل صحيح. كما يلزم القيام بالمزيد من الاستثمار لمعالجة نقص البيانات والبحوث المتعلقة بالصحة النفسية للأطفال.

وأخيراً، وفي الوقت الذي يشرع فيه المجتمع الدولي في عقد العمل لتحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030، يجب وضع أطر للرصد والمساءلة لإبقاء العالم على المسار الصحيح. ويجب أن تكفل هذه التدابير اتخاذ إجراءات فعالة لتعزيز الصحة النفسية لجميع الأطفال، ومنع مشاكل الصحة النفسية بين أولئك الذين يتعرضون للعنف، وتوفير العلاج والرعاية لكل طفل يحتاج إليهما.

[الصورة *1*: لوحة رسمها طفل يصور فيها وجها به ندوب وعينا بها كدمات. قام أرنالدو، البالغ من العمر ستة أعوام، برسم الصورة كجزء من جلسة علاج بالفن في البوابة الجميلة (*Beautiful Gate*)، وهي مركز للأطفال المعتدى عليهم والمُهمَلين في منطقة *Lower Crossroads*، أحد أحياء مدينة كيب تاون.

[UNICEF/UNI45252/Pirozzi ©

1 - مقدمة

"عدم الكلام يشبه السرطان العاطفي ... وشفاؤك لا يبدأ إلا بعد أن تبوح".

ماثيو ماكفاريش، أحد الناجين والمناصرين، اسكتلندا[1]

إن منع الضرر الذي يُلحقه العنف بالصحة النفسية للأطفال والتصدي له ليس أمراً ممكناً فحسب، بل هو أمر ضروري يجب أن نفعله.

تكفل اتفاقية حقوق الطفل حق كل طفل في التحرر من العنف وفي التمتع بأعلى مستوى ممكن بلوغه من الصحة النفسية. وبالمثل، فإن خطة التنمية المستدامة لعام 2030 تتعهد بإنهاء جميع أشكال العنف وتعزيز الصحة النفسية والرفاه. وهناك العديد من الأحكام الأخرى في كل من الاتفاقية وخطة عام 2030 لها أهمية حاسمة لضمان وجود الأسس اللازمة لتعزيز الصحة النفسية الجيدة وحمايتها.

وعلى الرغم من هذه الالتزامات والتعهدات، لا يزال العنف ضد الأطفال يُلحق ضرراً شديداً بصحتهم النفسية وقدرتهم على التعلم والنمو والتطور إلى أقصى ما في إمكاناتهم. والأدلة المستقاة من البلدان المرتفعة والمتوسطة والمنخفضة الدخل واضحة: فالتجارب العنيفة تزيد من خطر إلحاق الضرر بالصحة النفسية. وتشمل عواقب ذلك الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة، واضطراب الشخصية الحدِّية ، والقلق، واضطرابات النوم والأكل، واضطرابات تعاطي مواد الإدمان، والانتحار. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يؤدي التعرض للعنف في مرحلة الطفولة إلى زيادة حدوث الكثير من مختلف الأمراض النفسية لدى البالغين، بما في ذلك الاضطرابات التي تؤثر على المزاج ومستويات القلق والسلوك[2]

وعلى الصعيد العالمي، يعاني 10 إلى 20 في المائة من الأطفال والمراهقين من مشاكل تتعلق بالصحة النفسية. ونصف الأمراض النفسية تبدأ في سن 14. والانتحار هو السبب الرئيسي الثالث للوفاة لدى من تتراوح أعمارهم بين 15 و 19 سنة[3]. ومع ذلك، فإن الصحة النفسية، مقارنة بالصحة البدنية، متدنية نسبياً في قائمة الأولويات في جدول أعمال السياسة العامة، ولا يخصص لها ما يكفي من الموارد البشرية والمالية. وتتفاقم هذه الحالة عندما تخلق الأزمات - مثل تفشي جائحة كوفيد19- في عام 2020 والنزاعات المطولة في جميع أنحاء العالم - مخاطر إضافية على الصحة النفسية للأطفال، وتقوض أيضاً في نفس الوقت قدرة خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية على الاستجابة.

وبدون اتخاذ إجراءات أقوى للتصدي لهذه التحديات، لن يتم الوفاء بالوعود التي قُطعت لصالح الأطفال من خلال اتفاقية حقوق الطفل وخطة عام 2030. ومع شروع المجتمع الدولي في بدء عِقد من العمل لتحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030، فمن الضروري إيلاء المزيد من الاهتمام للصحة النفسية في التدابير الرامية إلى منع العنف ضد الأطفال والتصدي له.

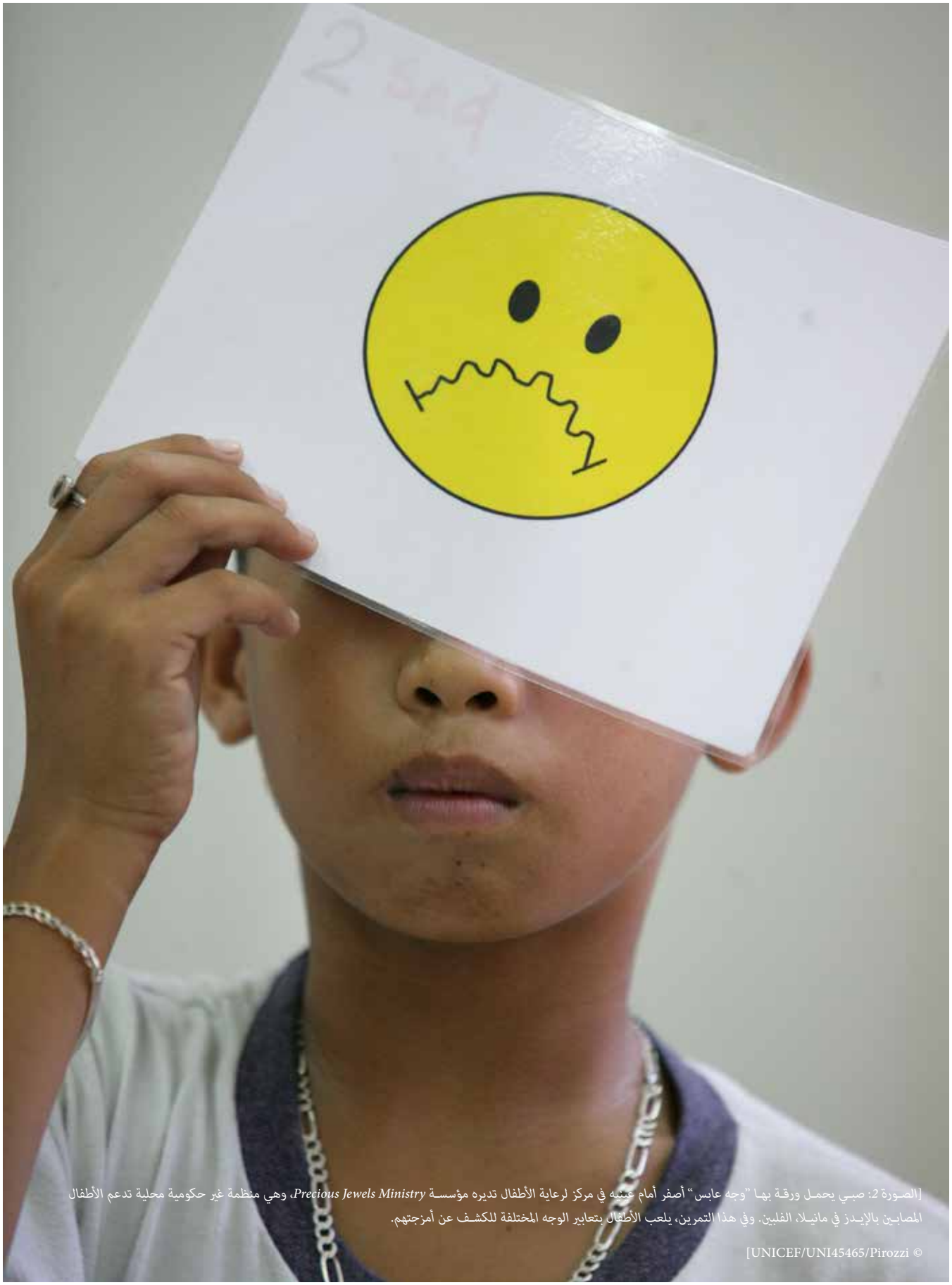
ويهدف هذا التقرير إلى دعم هذه العملية. وهو يقدم لمحة عامة عن الأدلة الدولية على الطرق المختلفة التي يضر بها العنف بالصحة النفسية للأطفال، ويسلط الضوء على الحاجة الملحة إلى اتخاذ إجراءات عملية. وفي سياق ذلك، ينظر التقرير في بيئات وأشكال متنوعة للعنف، والفوارق النمائية في آثار العنف، وأهم عوامل الخطر والحماية. ويسلط التقرير الضوء أيضا على الحلول، مع التسليم بأنه على الرغم من الثغرات المستمرة في معرفتنا، هناك نُهُج ومقاربات فعَّالة ينبغي اتباعها.

الإطار 1 -
تعريف الصحة النفسية

الصحة النفسية هي عنصر أساسي لا يتجزأ من الصحة. ووفقا لمنظمة الصحة العالمية، فإن: "الصحة هي حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، ليس فقط انعدام المرض أو العجز"[4]. وهذا يعني أن الصحة النفسية هي أكثر بكثير من مجرد عدم وجود مشاكل متعلقة بالصحة النفسية.

والصحة النفسية هي حالة من الرفاه يدرك فيها الفرد قدراته الخاصة، ويمكنه فيها التعامل مع الضغوط الطبيعية للحياة، وأن يعمل بشكل منتج وأن يكون قادراً على تقديم مساهمة لمجتمعه. والصحة النفسية ضرورية لقدرتنا الجماعية والفردية كبشر على التفكير، والتعبير عن المشاعر، والتفاعل مع بعضنا البعض، وكسب العيش، والاستمتاع بالحياة. ولذلك فإن تعزيز الصحة النفسية وحمايتها واستعادتها أمر حيوي للأفراد والمجتمعات المحلية والمجتمعات ككل في جميع أنحاء العالم[5].

ومشاكل الصحة النفسية موجودة على امتداد سلسلة متصلة تتراوح بين حالات الاضطراب الخفيفة والمؤقتة إلى الحالات المزمنة والآخذة في التطور والتي تؤدي لإعاقة شديدة[6]. ويشير مصطلح الإعاقة النفسية الاجتماعية إلى إعاقات الأطفال الذين يعانون إما من حالات تم تشخيصها أو حالات متوقَّعة من الإصابة بمشاكل في الصحة النفسية و/أو إعاقات ذهنية، وقد تكون هذه الإعاقات ناجمة أيضاً عن الوصم والتمييز والاستبعاد[7].



[الصورة 2: صبي يحمل ورقة بها "وجه عابس" أصفر أمام عينيه في مركز لرعاية الأطفال تديره مؤسسة *Precious Jewels Ministry*، وهي منظمة غير حكومية محلية تدعم الأطفال المصابين بالإيدز في مانيلا، الفلبين. وفي هذا التمرين، يلعب الأطفال بتعابير الوجه المختلفة للكشف عن أمزجتهم.

© UNICEF/UNI45465/Pirozzi]

2 - الحاجة الملحة إلى العمل

العنف ضد الأطفال: انتشاره وأشكاله وسياقاته

في كل عام، يتعرض ما لا يقل عن بليون طفل – أي نصف أطفال العالم – للعنف. وما من بلد بمأمن منه؛ ولا يوجد طفل محصَّن منه. واستنادا إلى مجموعة الأدلة المتزايدة على انتشار العنف ضد الأطفال، فإننا نعلم أنه انتهاك واسع النطاق وشديد للحقوق (الإطار 2).

في ذلك في المنزل والمدارس والمجتمع المحلي ومكان العمل وداخل المؤسسات مثل مراكز الاحتجاز ودور الأيتام، وكذلك في عالم الإنترنت. وأشكال العنف المختلفة مترابطة، إذ أنها تشترك في أسبابها الجذرية. ويمكن أن تحدث معاً ويمكن أن يؤدي شكل منها إلى شكل آخر، مما يخلق سلسلة متصلة من العنف للأطفال.

الإطار 2 -
العنف ضد الأطفال: الأرقام في لمحة

- كل سبع دقائق، يُقتل مراهق في مكان ما في العالم من جرّاء عمل من أعمال العنف[8].
- تشير البيانات المتعلقة بـ 24 بلداً إلى أن نسبة العنف الجنسي في مرحلة الطفولة تتراوح بين 8 في المائة و 31 في المائة بالنسبة للفتيات، وتتراوح بين 3 في المائة و 17 في المائة بالنسبة للفتيان[9].
- في جميع أنحاء العالم، يحاول ما يقدر بـ 750 000 شخص التواصل مع الأطفال عبر الإنترنت لأغراض جنسية في أي وقت من الأوقات[10].
- يمثل الأطفال حالياً 30 في المائة من الأشخاص ضحايا الإتجار[11].
- يُرجح أن يتعرض الأطفال ذوو الإعاقة للعنف بنحو أربعة أضعاف احتمال تعرض الأطفال الآخرين للعنف[12]. وهناك أيضاً أدلة على أن الأطفال ذوي الإعاقات النفسية أو الذهنية يفوقون الأطفال ذوي أنواع الإعاقة الأخرى في درجة ما يواجهونه من انتشار العنف وخطره[13].
- تعرَّض ما يقرب من ثلث طلاب المدارس الذين تتراوح أعمارهم بين 11 و 15 عامًا للتنمر من أقرانهم مرة واحدة على الأقل في الشهر الماضي[14].
- يواجه ما يقرب من 300 مليون طفل في جميع أنحاء العالم تتراوح أعمارهم بين سنتين و 4 سنوات تأديباً عنيفاً بصفة منتظمة من جانب من يقومون برعايتهم[15].
- يعيش طفل واحد من كل أربعة أطفال دون سن الخامسة مع أم ضحية لعنف العشير[16].
- على الصعيد العالمي، يُقدَّر أن الإيذاء العاطفي يؤثر على حياة أكثر من طفل واحد من كل ثلاثة أطفال[17].
- يقدَّر أن الانتشار العالمي للعنف البدني في المواعدة بين المراهقين بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 13 و 18 سنة يبلغ حوالي 20 في المائة، ويقدر معدل انتشار العنف الجنسي في المواعدة بين المراهقين بـ 9 في المائة[18].

يتعرض الأطفال لأشكال مختلفة من العنف. وتشمل هذه الأشكال العنف البدني والنفساني والجنسي، فضلاً عن الإهمال والاستغلال والبيع والاتجار والممارسات الضارة (من قبيل تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية). ويحدث العنف أيضاً في بيئات متعددة، بما

"... هناك بعض الأطفال الذين يجلبون ذلك السلوك من المنزل؛ وأهاليهم يقومون بإهانتهم وضربهم وما إلى ذلك ... وهم يحفظون ذلك السلوك، ويعتقد هؤلاء الأطفال أنه ربما يكون ذلك أمرا لا غبار عليه لأنه يحدث في منازلهم، وعندما يذهبون إلى المدرسة، يمارسون ذلك السلوك ضد الأطفال الآخرين".

أليكسا (اسم مستعار)، *12* عاما، المكسيك[19]

وعندما يمتد العنف بين الأشخاص من بيئة إلى أخرى، فإنه يؤدي إلى ما يعرف بتعدد الضحايا[20]. فالطفل الذي يتعرض للإيذاء في البيت أو في المدرسة، على سبيل المثال، من الأرجح أن يكون ضحية للعنف في المجتمع الأوسع نطاقاً. وقد أضاف الإقبال السريع على استخدام الإنترنت والهواتف المحمولة بيئة أخرى يحدث فيها العنف وهي البيئة 'الافتراضية'، وتشير الأدلة المستجدة إلى حدوث تداخل بين الإيذاء عبر الإنترنت والإيذاء خارج الإنترنت وارتكاب العنف[21]. وقد أبرزت البحوث ليس فقط الطابع المترابط لمختلف أنواع الإيذاء، بل أيضاً الطريقة التي يمكن أن يُلحق بها الأثر التراكمي ضررا وخيماً بنماء الطفل[22].

وبالإضافة إلى تعرض الأطفال للعنف بشكل مباشر، **يمكنهم مشاهدة العنف** بين الآخرين، كما هو الحال في حالات العنف المنزلي أو التنمر أو عنف العصابات في المجتمع المحلي. وبالمثل، يمكن أن يتعرض الأطفال لمواد عنيفة من خلال وسائل الإعلام أو الإنترنت.

ورغم أن جميع الأطفال يمكن أن يصبحوا ضحايا للعنف، **فإن بعض الأطفال معرضون لخطر أكبر**. ويشمل هؤلاء الأطفالَ الذين يعيشون في مؤسسات الرعاية البديلة؛ والأطفال الذين يفتقرون إلى هوية قانونية؛ والأطفال الذي يعيشون أو يعملون في الشوارع؛ والأطفال ذوي الإعاقة؛ والأطفال الذين يعيشون في الفقر؛ والأطفال الذين ينتمون إلى الأقليات العرقية أو الدينية أو اللغوية؛ والأطفال من المثليات أو المثليين أو مزدوجي الميل الجنسي أو مغايري الهوية الجنسانية؛ والأطفال الذين يرتحلون كمهاجرين أو لاجئين أو مشردين داخلياً[23]. ويمكن أن تتقاطع عوامل مختلفة مع بعضها البعض، مما يزيد من خطر العنف والتحديات التي تواجه الصحة النفسية للأطفال.

ومن الضروري الاعتراف **بالبعد الجنساني** للعنف ضد الأطفال. فالقوالب النمطية القائمة على نوع الجنس، واختلال توازنات القوى، وأوجه عدم المساواة، والتمييز، تخلق مخاطر مختلفة بالنسبة للأطفال. فالفتيات، على سبيل المثال، معرضات بشكل خاص للعنف الجنسي، وعنف العشير، ومجموعة متنوعة من الممارسات الضارة. وبالنسبة للفتيان فمن المحتمل بشكل أكبر أن يكونوا ضحايا لجرائم القتل وغيرها من أشكال العنف في المجتمع.

وكون الطفل ضحية للعنف يمكن أن **يزيد من خطر أن يصبح في مرحلة لاحقة من حياته** ضحية أو مرتكبا للعنف الجنسي، وعنف الشباب، والعنف الذي يمارسه الشخص ضد نفسه، وعنف العشير. كما أن الأطفال الذين يشاهدون عنف العشير ضد أمهم أو زوجة أبيهم هم أيضاً أكثر عرضة للعنف في وقت لاحق من حياتهم - سواء كضحايا أو جُناة[24].

والأطفال في السياقات الإنسانية معرضون بشدة للعنف. فيمكن أن تؤدي الحروب والكوارث المناخية وتفشي الأمراض، مثل جائحة كوفيد19- في عام 2020 (الإطار 3)، إلى انهيار النظم الاجتماعية، وفصل الأطفال عن مقدمي الرعاية لهم، وإلى تضرر بيئاتهم أو دمارها بعد أن كانت آمنة.

واليوم، يعيش طفل من كل أربعة أطفال في العالم في بلد متضرر من النزاعات أو الكوارث. وقد اقتُلع ما يقرب من 50 مليون طفل من ديارهم نتيجة للعنف أو الفقر أو الكوارث الطبيعية[25]. ومع انتشار هذه الأزمات، أصبح عدد الأطفال المعرضين للعنف بجميع أشكاله أكثر مما كان عليه في أي وقت مضى[26].

الإطار 3 -
جائحة كوفيد19- والصحة النفسية للأطفال

لجائحة كوفيد19- التي لا تزال متفشية وقت كتابة هذا التقرير آثار كبيرة على الصحة النفسية للأطفال. وقد أدت تدابير العزل والضغوطات الإضافية التي تتحمّلها الأسر وتعطّل خدمات حماية الطفل المحدودة أصلاً إلى تفاقم هشاشة الأطفال أمام مختلف أشكال العنف. وتشمل هذه الأشكال العنف وسوء المعاملة داخل دائرة الثقة(وهي دائرة تشمل مقدمي الرعاية والأقارب الآخرين)، والعنف الجنساني والاستغلال الجنسي على شبكة الإنترنت وخارجها. ومما يزيد من تفاقم الحالة عدم قدرة الأطفال على الوصول إلى أصدقاء المدرسة والمعلمين والمرشدين الاجتماعيين والأماكن الآمنة. ويؤدي الأثر السلبي لهذا العنف على الصحة النفسية للأطفال إلى تفاقم حالات القلق والخوف وانعدام الأمن، وحالات الانعزال الأوسع نطاقاً التي تسببها الجائحة بصورة أعم[27].

وقد خلصت مشاورة أجرتها المنظمة الدولية للرؤية العالمية مع أطفال وشبان تتراوح أعمارهم بين 8 سنوات و 18 سنة وينتمون إلى 13 بلداً بشأن فهمهم وتجاربهم وتصوراتهم لأزمة كوفيد19- إلى ما يلي:

- أعرب 71 في المائة من الأطفال والشباب عن شعورهم بالعزلة والوحدة منذ إغلاق مدارسهم. وأشاروا أيضاً إلى أن ذلك كان له أثر سلبي على تعلمهم وعاداتهم اليومية، وزاد من شعورهم بالعزلة واليأس.
- قال 91 في المائة من المجيبين إنهم يواجهون معاناة نفسية وتجارب مزعجة، بما في ذلك مشاعر القلق والغضب والتخوف بسبب عدم التأكد من المدة التي ستستغرقها هذه الأزمة ومن كيفية التعامل مع العزلة.
- اعترف 75 في المائة من الأطفال والشباب بأنه من الصعب عاطفياً التعامل مع قيود التباعد البدني والاجتماعي[28].

وعلى الرغم من ارتفاع معدل انتشار **العنف ضد الأطفال، فإنه كثيراً ما يكون خفياً أو غير مرئي أو لا يُبلّغ عنه بالقدر الكافي.** ونتيجة للخوف والوصم والقبول المجتمعي للعنف، لا تتقدم سوى نسبة ضئيلة من الأطفال المتضررين للإبلاغ عمّا عاشوه[29]. ومما يزيد من «احتجاب» هذا العنف عن الأنظار عدم وجود آليات كافية للشكوى والإبلاغ مراعية الأطفال، وعدم جمع البيانات بصورة كافية.

وبالإضافة إلى **التكلفة البشرية المدمرة للعنف، فإن له أثراً اقتصادياً هائلاً.** فالتكاليف الاقتصادية العالمية للعنف ضد الأطفال تقدر بمبلغ ضخم يصل إلى 7 تريليونات دولار[30]. ففي الولايات المتحدة الأمريكية وحدها، بلغ مجموع العبء الاقتصادي الممتد مدى الحياة المرتبط بحالات إساءة معاملة الأطفال المثبتة التي حدثت في سنة واحدة ما قدره 428 بليون دولار في عام 2015[31]. وفي منطقة شرق آسيا والمحيط الهادئ، يقدّر أن الأثر الاقتصادي لبعض العواقب الصحية لسوء معاملة الأطفال تتراوح بين 1,4 في المائة و 2,5 في المائة من الناتج المحلي الإجمالي السنوي للمنطقة[32].

الرسائل الرئيسية

- يقع أكثر من بليون طفل ضحايا للعنف كل عام.
- يتعرض الأطفال للعنف بأشكال عديدة وفي سياقات كثيرة، على الإنترنت أو خارجها على السواء.
- كثيرا ما يوجد العنف في شكل سلسلة متصلة: إذ يمكن أن تحدث أشكال عنف مختلفة معاً ويمكن أن يؤدي شكل من أشكال العنف إلى شكل آخر منه.
- يمكن أن يكون الطفل هدفاً للعنف، أو أن يشاهده أو أن يكون عرضة له.
- بعض الأطفال معرضون بدرجة أكبر لخطر ممارسة العنف ضدهم.
- يرتبط التعرض للعنف في مرحلة الطفولة بزيادة خطر التعرض للعنف في مرحلة البلوغ.
- كثيراً ما يكون العنف ضد الأطفال خفياً ولا يُبلغ عنه بالقدر الكافي.
- بالإضافة إلى التكلفة البشرية المدمرة، فإن للعنف أثراً اقتصادياً هائلاً.

أزمة الصحة النفسية العالمية: ليست أولوية في خطة السياسة العامة

للعنف عواقب طويلة الأمد تمتد طوال مرحلة الطفولة وحتى سن البلوغ، وتنتقل من جيل إلى جيل وتصيب المجتمع برمته[33]. وتشمل هذه العواقب **الأثر الوخيم على الصحة النفسية للأطفال**.

ومع ذلك، فإن أقل من نصف الدول الأعضاء في الأمم المتحدة لديهم خطة أو استراتيجية للصحة النفسية للأطفال والمراهقين[34]. وخلصت لجنة لانسيت المعنية بالصحة النفسية العالمية والتنمية المستدامة إلى أن نوعية خدمات الصحة النفسية عادة ما تكون أسوأ من نوعية الخدمات المتعلقة بالصحة البدنية. وخلصت أيضا إلى أن "الاستثمار الحكومي والمساعدة الإنمائية في مجال الصحة النفسية لا يزالان ضئيلين إلى حد يرثى له"[35]. وغالباً ما تصرف الأموال المخصصة للصحة النفسية في غير وجهها وتنفق بصورة غير متناسبة على عواقب الأمراض النفسية المزمنة بدلاً من التدخل المبكر والوقاية، حيث يكون العائد على الاستثمار أكبر بكثير. والفشل الجماعي في التصدي لهذه الأزمة الصحية العالمية يؤدي إلى فقدان هائل للقدرات البشرية وإلى معاناة واسعة النطاق يمكن تجنبها[36].

وعدم إعطاء الأولوية للصحة النفسية للأطفال والمراهقين ينعكس أيضا في التغطية المحدودة على الصعيد العالمي لبيانات الانتشار المتعلقة بالاضطرابات النفسية في هذه الفئة. وقد خلصت أحدى الدراسات إلى أن 124 بلداً من أصل 187 بلداً لم تكن لديها بيانات على الإطلاق عن أي اعتلال. وبدون استراتيجيات مركزة لمعالجة هذا النقص في البيانات، فإن ضعف التغطية في كل من البلدان المرتفعة الدخل والبلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، سيظل يعوق المناصرة والدعوة إلى الصحة النفسية للأطفال والمراهقين. وسيظل نقص البيانات أيضاً يعوق تخطيط وتخصيص الموارد الشحيحة المتاحة حالياً للصحة النفسية للأطفال والمراهقين[39].

الإطار 4 -
احتمال حصول الأطفال والشباب على خدمات الصحة النفسية أقل

يحصل الشباب على خدمات الصحة النفسية بتواتر أقل من أي فئة عمرية أخرى. وهذا النقص في الحصول عليها هو حصيلة تضافر عدة عوامل هي عدم الاكتشاف الكافي لمشاكل الصحة النفسية للشباب، وضعف وعيهم بالخدمات، وإحجامهم عن التماس المساعدة، فضلاً عن أطر السياسات التي لا تعطي الأولوية لاحتياجاتهم في مجال الصحة النفسية[37]. ووفقا لأحد التقديرات، فإن حوالي 70 في المائة من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من أمراض نفسية لا يتلقون التدخلات المناسبة في الوقت المناسب[38]. ويمكن أن تؤدي الاضطرابات النفسية في هذه السن المبكرة إلى التمييز والوصم والاستبعاد مدى الحياة، بل ويمكن أن تحد من إمكانية الحصول على الخدمات الاجتماعية والتعليمية والصحية الحيوية على نطاق أوسع.

وفي ظل هذه الخلفية، **توجد حاجة ماسة إلى إيلاء مزيد من الاهتمام للصحة النفسية للأطفال والمراهقين عند التصدي للعنف ضد الأطفال**.

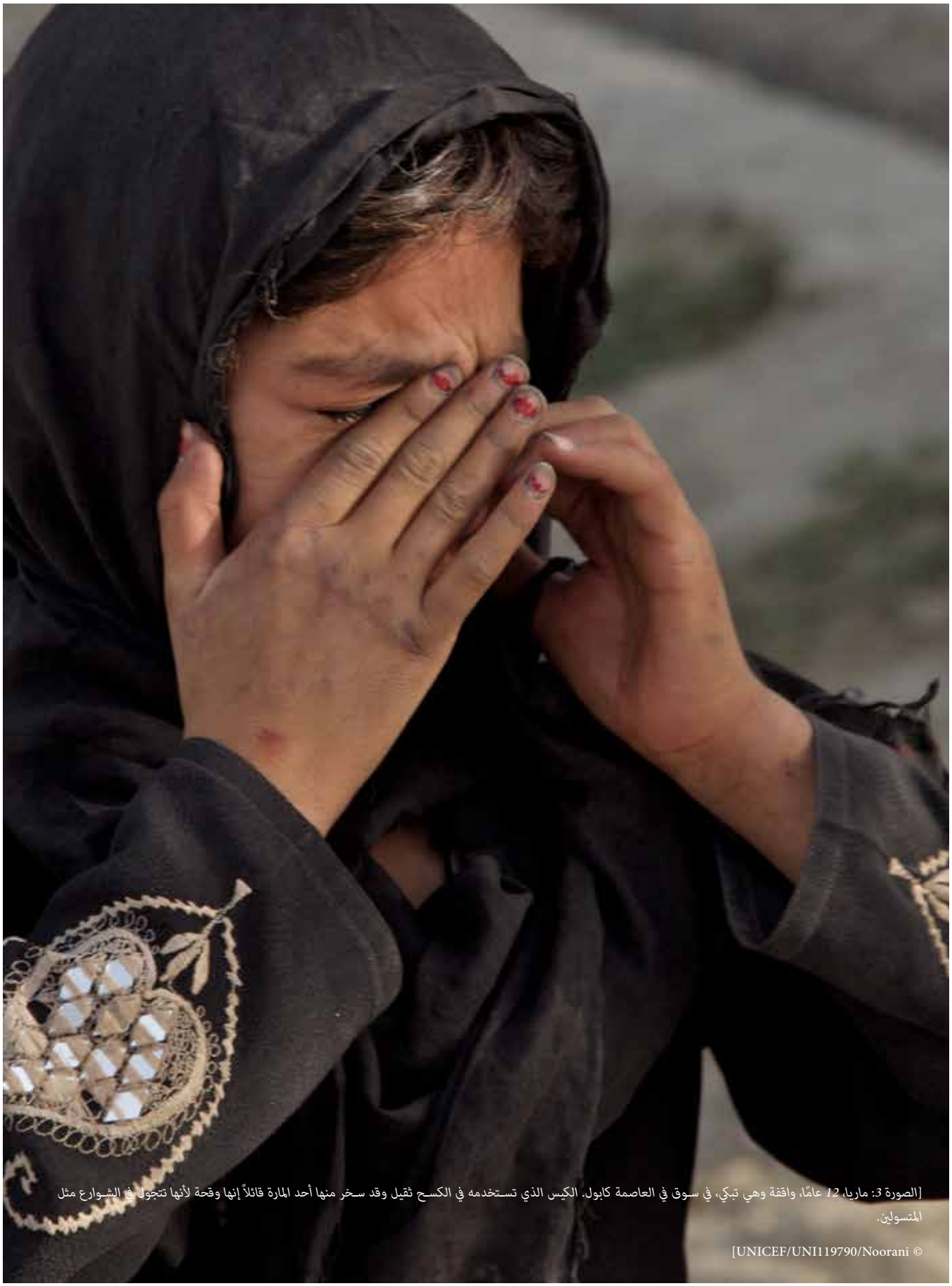
ويكتسب التدخل في وقت مبكر من حياة الطفل أهمية بالغة لمنع مشاكل الصحة النفسية في وقت لاحق، وذلك بالنظر إلى أن معظم الاضطرابات النفسية في حياة البالغين تستمد جذورها من مرحلة الطفولة. فالتغيرات العصبية خلال فترتي الطفولة والمراهقة الحساستين للغاية تتيح فرصاً للتأثير إيجاباً أو سلباً على الدماغ الآخذ في النمو.

وتشكل الصحة النفسية أيضاً **مصدر قلق كبير للأطفال أنفسهم**. وتشير منظمة Child Helpline International (المنظمة الدولية لمساعدة الأطفال)، في تقريرها المعنون Voices of Children and Young People: Child helpline data for 2017 & 2018 (أصوات الأطفال والشباب: بيانات خطوط مساندة الأطفال لعامي 2017 و 2018)، إلى أن أهم شاغلين أعرب عنهما الأطفال الذين اتصلوا بخطوط المساندة المنضوية في عضوية تلك المنظمة هما سوء المعاملة والعنف من ناحية، والصحة النفسية من ناحية أخرى[40]. وفيما يتعلق بسوء المعاملة والعنف، ذكر الأطفال أن الإساءة الجسدية والعاطفية هي أهم شاغل يؤرقهم. وفيما يتعلق بالصحة النفسية، تحدث الأطفال عن الأفكار الانتحارية والخوف والقلق، على وجه الخصوص. ويستند التقرير إلى بيانات مستقاة من خطوط مساندة الأطفال في 84 بلداً وإقليماً في جميع أنحاء العالم، مما يؤكد على أهمية النتائج على مستوى العالم.

وكما هو الحال فيما يتعلق بالعنف ضد الأطفال بوجه عام، فإن **التكاليف الاقتصادية المترتبة على الاضطرابات النفسية كبيرة**. ففي عام 2011، تبين للمنتدى الاقتصادي العالمي أن الأمراض النفسية تمثل 35 في المائة من العبء الاقتصادي العالمي للأمراض غير المعدية: متفوقة في ذلك على السرطان والسكري وأمراض القلب. وقدّر المنتدى أن مشاكل الصحة النفسية ستكلف العالم خسائر في الناتج الاقتصادي تبلغ 16 تريليون دولار سنوياً بحلول عام 2030[41].

الرسائل الرئيسية

- يرتبط العنف ضد الأطفال بمجموعة واسعة من مشاكل الصحة النفسية. وتشمل هذه المشاكل القلق، والاكتئاب، والأفكار الانتحارية، واضطرابات ما بعد الصدمة، وتعاطي مواد الإدمان، والسلوك العدواني، وضعف الأداء الإدراكي.
- عادة ما تكون نوعية خدمات الصحة النفسية أسوأ من نوعية خدمات الصحة البدنية.
- لا يوجد تمويل كاف للصحة النفسية، والأموال المتاحة حالياً لا يتم تخصيصها على أفضل وجه.
- ثمة نقص في البيانات المتعلقة بالصحة النفسية للأطفال والمراهقين.
- لا يحصل معظم الأطفال الذين يعانون من أمراض نفسية على التدخلات المناسبة في الوقت المناسب.
- تشكل الصحة النفسية مصدر قلق كبير للأطفال والشباب أنفسهم.
- هناك فوائد كبيرة للتدخل المبكر من أجل الوقاية من مشاكل الصحة النفسية.
- تمثّل الاضطرابات النفسية عبئاً اقتصادياً كبيراً على البلدان وعلى العالم بأسره.



[الصورة 3: ماريا، 12 عامًا، واقفة وهي تبكي، في سوق في العاصمة كابول. الكيس الذي تستخدمه في الكسح ثقيل وقد سخر منها أحد المارة قائلاً إنها وقحة لأنها تتجول في الشوارع مثل المتسولين.

© UNICEF/UNI119790/Noorani]

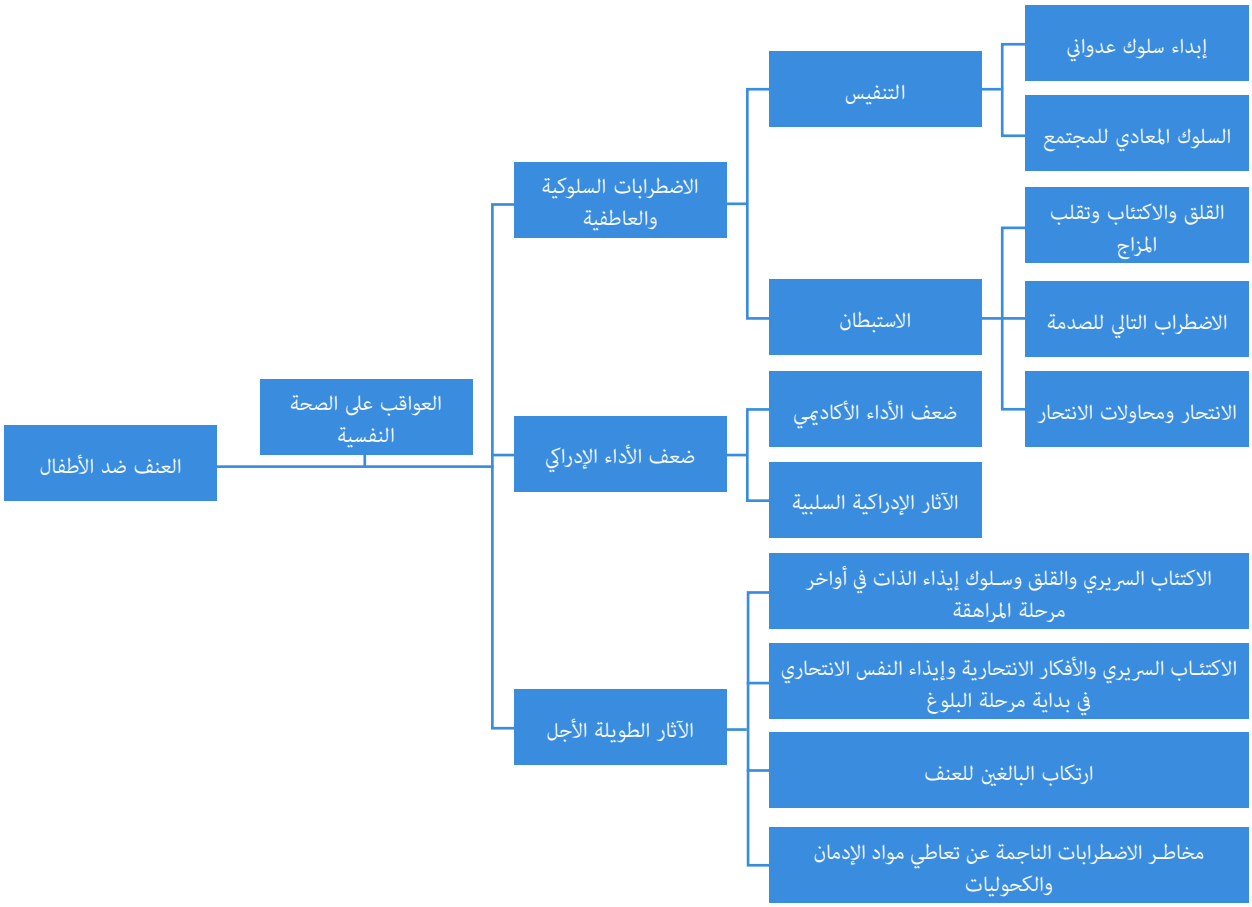
3 - أثر العنف على الصحة النفسية للأطفال

ما يخلّفه العنف ضد الأطفال من نتائج على الصحة النفسية

لقد ثبت، بما لا يدع مجالا للشك، أن العنف يقوّض الصحة النفسية للأطفال وينطوي على خطر حقيقي لظهور الاضطرابات النفسية واستمرارها. وغالباً ما يكون التعرض لتجارب سلبية في مرحلة الطفولة من قبيل العنف صادماً، ومستدعيا لردود فعل على الإجهاد السام تسبب أضراراً فسيولوجية ونفسية فورية وطويلة الأجل[42].

وهناك ثلاثة أنواع من مشاكل الصحة النفسية الناجمة عن العنف ضد الأطفال يتم الإبلاغ عنها على نحو أكثر شيوعا، وهي: المشاكل السلوكية والعاطفية؛ **والمشاكل المتعلقة بالإدراك والاستجابة للمواقف؛ والمشاكل الطويلة المدى** (الشكل *1*)[43].

واحتمال حدوث **اضطرابات سلوكية وعاطفية** يكون أقوى إذا ما تعرض الأطفال للعنف بصورة تراكمية في أكثر من سياقين (على سبيل المثال، مشاهدة العنف في المنزل، والاعتداء الجنسي، وضغوط الوالدين)[44]. وقد تظهر على الأطفال المصابين بالاضطرابات السلوكية



الشكل 1 - لمحة عامة على ما يترتب على العنف من عواقب رئيسية في مجال الصحة النفسية

المصدر: الأستاذة غزلان بن جلون.

والعاطفية أعراض توجَّه إلى الخارج صوب أشخاص آخرين (مثل ارتفاع مستويات العدوانية وانتهاك القواعد والتصرف بغرابة). كما أن إظهار الأطفال لأعراض الاضطرابات النفسية بأشكال مثل السلوك العدواني أو المعادي للمجتمع، من المرجح أن يزيد من سوء معاملتهم لأقرانهم.

وقد تبدو على الأطفال أيضًا أعراض استبطانية موجهة إلى الداخل. وتشمل هذه الأعراض زيادة القلق والاكتئاب وتقلب المزاج؛ واضطرابات ما بعد الصدمة؛ ومحاولات الانتحار والانتحار الفعلي. و يعد السلوك الذي يشكل مخاطر حقيقية على صحة الطفل، من العواقب الأخرى للصدمة والعنف أثناء الطفولة. وقد ارتفع تعاطي الأطفال للمخدرات والكحول على الصعيد العالمي، الأمر الذي ينبغي أن يُنظر إليه على أنه الطريقة التي يستخدمها الطفل لمواجهة المشاعر السلبية والتعامل معها[45].

الإطار 5 -
العلاقة بين العنف أثناء الطفولة والقلق والاكتئاب

أكدت دراسة أجريت في النرويج عام 2015 وجود علاقة وثيقة بين جميع أشكال العنف في مرحلة الطفولة والقلق أو الاكتئاب. فمن بين المشاركين الذين تعرضوا لأي شكل من أشكال العنف في مرحلة الطفولة، أبلغ أولئك الذين تعرضوا للإهمال و/أو العنف النفساني عن إصابتهم بالقلق أو الاكتئاب أكثر من أولئك الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي وحده أو للعنف الأسري وحده. ومن بين أولئك الذين تعرضوا لنوعين من أنواع العنف أثناء الطفولة، أبلغ المشاركون الذين تعرضوا للإهمال أو العنف النفساني، إلى جانب الاعتداء الجنسي و/أو العنف العائلي، عن إصابتهم بالقلق أو الاكتئاب أكثر من أولئك الذين تعرضوا للاعتداء الجنسي والعنف البدني العائلي مجتمعَين. وليس من المستغرب أن يكون المشاركون الذين واجهوا ثلاثة أنواع من العنف خلال طفولتهم قد أصيبوا بأعلى مستويات القلق أو الاكتئاب[46].

ويمكن أن تظهر على الأطفال الذين يشاهدون العنف أو يقعون ضحايا له أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وهي أعراض مماثلة لأعراض الجنود الذين يعودون من الحرب، مع تزايد أعراض الإحساس بالاضطراب وفقاً لعدد أعمال العنف التي شاهدوها أو مورست ضدهم. وتشمل هذه الأعراض قلة التركيز والمخاوف المزعجة وغير المرغوب فيها وأفكار ومشاعر عدم الانتماء[47].

ومع ذلك، من المهم ملاحظة احتمال عدم ملاءمة التدخل الطبي للتعامل مع استجابات الأطفال الطبيعية للعنف وسوء المعاملة. فقد تؤدي استجابتهم السلوكية للعنف في بعض الأحيان إلى تشخيص حالتهم على أنها مرتبطة باضطراب الصحة النفسية، حتى لو كانت هذه الاستجابة متوقعة ومتناسبة تماماً مع وضعهم.

وتبيّن الأدلة على **ضعف الأداء الإدراكي** أن العنف أثناء الطفولة يرتبط بتباطؤ النمو الإدراكي، وضعف الأداء الأكاديمي، وقلة الاهتمام بالمدرسة. وتشمل أعراض الاضطرابات النفسية والاضطرابات التي تنبئ عن ضعف الإنجاز الأكاديمي اضطرابات ما بعد الصدمة والقلق والسلوك العدواني والاكتئاب.

كما ارتبط تعرض الطفل للصدمة **بمشاكل طويلة الأجل** تشمل الاكتئاب، وقلة تقدير الذات، وتعاطي مواد الإدمان في أواخر مرحلة المراهقة وأوائل مرحلة البلوغ. ويمكن أيضاً أن تقوض التجارب السلبية في مرحلة الطفولة قدرة الشخص على انتهاج طرق صحية للتعامل مع الصعوبات، وهذا بدوره يمكن أن يؤثر في سلوكه الصحي وعلى فرصه طوال حياته، بل ويمكن أن يؤدي إلى الوفاة المبكرة[48].

الإطار 6 -
العلاقة بين أنواع مختلفة من التعرض للعنف أثناء الطفولة والصحة النفسية

خلصت دراسة عن العلاقة بين أنواع مختلفة من التعرض للعنف أثناء الطفولة والصحة النفسية في ملاوي إلى النتائج التالية[49]:

- الترابط الوثيق بين التعرض للعنف في الماضي والحاضر،
- تكرار تجميع أشكال التعرض في ثلاثة أشكال من العنف،
- ربط التعرض لأي شكل من أشكال العنف بمستويات أعلى من الاضطراب النفساني - سواء بصورة مباشرة أم غير مباشرة - نتيجة لصلاته بأشكال أخرى من العنف.

وتتسق هذه النتائج مع طائفة واسعة من المؤلفات العلمية المتعلقة بالصلات بين العنف ومشاكل الصحة النفسية لدى الأطفال في بلدان أخرى[50].

وترتبط التجارب السلبية في مرحلة الطفولة على وجه التحديد بزيادة مخاطر اضطرابات تعاطي مواد الإدمان والكحول، والانتحار، ومشاكل الصحة النفسية، وأمراض القلب، وغيرها من الأمراض المزمنة والسلوك المحفوف بمخاطر على الصحة طوال الحياة. وترتبط هذه التجارب أيضا بتقلص التحصيل التعليمي والعمل والدخل، وهذه لها كلُّها أثر مباشر وغير مباشر على الصحة والرفاه.

ويتصل ما لا يقل عن خمسة من الأسباب الرئيسية العشرة للوفاة بالتعرض للتجارب السلبية في مرحلة الطفولة، بما في ذلك عدة أسباب تسهم في انخفاض متوسط العمر المتوقع، مثل أمراض القلب والأمراض الرئوية وأمراض السمنة[51]. وقد خلص تحليل للتجارب السلبية في مرحلة الطفولة أُجري في 17 بلداً إلى أن البالغين الذين تعرضوا لأربع تجارب سلبية أو أكثر قبل بلوغ سن 18 عاما يحتمل أن يكونوا أكثر عرضة بواقع 7 إلى 8 مرات للضلوع في أعمال عنف بين الأشخاص، وبواقع 30 مرة أكثر عرضة لمحاولة الانتحار، من البالغين الذين لم يتعرضوا لتجارب سلبية في مرحلة الطفولة[52].

الرسائل الرئيسية

- يشكل العنف أثناء الطفولة مكمن خطر رئيسي لظهور الاضطرابات النفسية واستمرارها.
- يمكن أن يستدعي التعرض للعنف ردود فعل على الإجهاد السام تسبب أضراراً فسيولوجية ونفسانية فورية وطويلة الأجل.
- مشاكل الصحة النفسية الناجمة عن العنف ضد الأطفال المبلغ عنها على نحو أكثر شيوعاً هي المشاكل السلوكية والعاطفية؛ والمشاكل الإدراكية والمتعلقة بالاستجابة للمواقف؛ والمشاكل الطويلة الأمد.
- ترتبط التجارب السلبية في مرحلة الطفولة بزيادة مخاطر الاضطرابات المرتبطة بتعاطي الكحول ومواد الإدمان، والانتحار، والاضطرابات النفسية، وأمراض القلب، والأمراض المزمنة الأخرى، والسلوك الصحي المحفوف بالمخاطر طوال الحياة.
- البالغون الذين تعرضوا لأربع تجارب سلبية أو أكثر في مرحلة الطفولة قبل بلوغ سن 18 عاماً، يحتمل أن يكونوا أكثر عرضة بواقع 7 إلى 8 مرات للضلوع في أعمال عنف بين الأشخاص، وبواقع 30 مرة أكثر عرضة لمحاولة الانتحار، من البالغين الذين لم يتعرضوا لتجارب سلبية في مرحلة الطفولة[53].

عواقب العنف ضد الأطفال على الصحة النفسية طوال الحياة

يتوقف أثر العنف على الصحة النفسية للأطفال على خوضهم تجربة هذا العنف وهم يكبرون وينشؤون. ويمكن أن يبدأ هذا الأثر والطفل لا يزال في رحم أمه، حيث يشكل العنف خطراً شديداً على الجهاز العصبي للطفل ودماغه. وأكبر خطر يواجهه الطفل قبل ولادته هو العنف العائلي ضد أمه الحامل من قبل العشير أو الزوج أو أفراد آخرين من الأسرة.

السنوات الأولى

في السنوات الأولى من الطفولة، تسبب الظروف الأسرية الصعبة ضغوطاً لدى الأطفال يمكن أن يؤدي إلى مشاكل في الصحة النفسية في وقت لاحق من الحياة. وقد أظهر العلماء أن سوء المعاملة يمكن أن يصبح عنصراً أصيلاً من الناحية البيولوجية في هياكل دماغ الطفل ووظائفه بل ويمكن حتى أن يغيرها[54].

ويتوقف النمو الطبيعي والصحي للرضيع حتى يبلغ سن ما قبل المدرسة على وجود علاقات آمنة وخالية من الأخطار مع القائمين برعايته. وأي اضطراب يحدث، على سبيل المثال، من خلال التعرض للعنف، يمكن أن يتداخل مع كل جانب من جوانب نماء الطفل. وعلى نحو أكثر تحديداً، قد لا يكتسب ذلك الطفل أبداً مستويات صحية من الثقة أو الاستقلال الذاتي[55]. ويمكن أن يؤدي تعرض الطفل للعنف في شهوره الأولى إلى عرقلة ارتباطه الآمن بمقدمي الرعاية إليه، كما يمكن أن يدخل أنماطاً مضطربة للنوم وتناول الطعام، أو أن يغير نمو الدماغ.

ويبدي **الرضع والأطفال الصغار** الذين يشاهدون العنف إما في منازلهم أو في مجتمعاتهم المحلية قابلية مفرطة للإثارة، وسلوكاً غير ناضج، واضطراباً في النوم، وضيقاً عاطفياً، وخوفاً من الوحدة، وتراجعاً في الرغبة في استخدام المرحاض، وتأخراً في الكلام[56].

الإطار 7 -
العنف أثناء الطفولة يعرقل النمو الطبيعي

يعوق التعرض للصدمة النفسية، ولا سيما العنف داخل الأسرة، النمو الطبيعي لشعور الطفل بالثقة. كما يعوق أيضاً الميل العادي إلى استكشاف حدود الأشياء ومحاولة تخطيها أثناء فترة المراهقة ، الأمر الذي يساعد الشاب على تنمية استقلاله الذاتي[57].

وقد لاحظت تقارير حديثة أعراضا لدى الأطفال الصغار تشبه إلى حد كبير الاضطراب التالي للصدمة لدى البالغين، ومنها التخيل المتكرر لمشاهد الحدث الصادم، والتجنب، وعدم الاكتراث[58].

ولا يستطيع **أطفال مرحلة ما قبل المدرسة** بعد السيطرة الكاملة على مشاعرهم. وبينت الأبحاث بعض الآثار السلوكية للتعرض للعنف في هذه السن، بما في ذلك الثنائية الوجدانية تجاه الوالدين، والتصرفات الغريبة، والأنين، والالتصاق أو البكاء، وجميعها تصرفات قد تكون ناجمة عن القلق والإجهاد اللاحق للصدمة[59].

الطفولة

يبدأ الأطفال **بين سن 6 أعوام و 12 عامًا** في التعرف على ما هو متوقع منهم ويشرعون في بناء إحساسهم بالذات من خلال مقارنة أنفسهم بالآخرين المحيطين بهم. وتشير البحوث إلى أن آثار العنف العائلي على الأطفال في هذه الفئة العمرية يمكن أن تشمل الشعور بالذنب والخزي، فضلاً عن القلق وأعراض الاضطراب التالي للصدمة[60]. وقد تبدأ معاناة الطفل في المدرسة ويمكن أن تتأثر علاقاته بأقرانه. وقد يفتقر إلى الدافع أو يجد صعوبة في التركيز بسبب الأفكار المزعجة. وهذه هي الفترة من الحياة التي تبدأ فيها التنشئة الاجتماعية الجنسانية، والتي يبدأ الأطفال فيها في إصدار أحكام بشأن الإنصاف وما إذا كانت احتياجاتهم تُلبَى بأفضل طريقة أم لا[61].

ومن الممكن أن يكون الأطفال في سن الالتحاق بالمدرسة أكثر قدرة من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة على فهم الظروف المحيطة بأي عنف يتعرضون له أو يشاهدونه. وقد يكون الأطفال في هذه السن قادرين على الاستفادة بشكل أكبر من المصادر الداخلية (مثل التصورات والأفكار الأكثر تطورا) والخارجية (مثل المهنيين في المدارس وربما التثقيف بشأن العنف العائلي) والتي يمكن أن تساعدهم على التكيف[62].

ومع ذلك، وكما هو الحال مع أطفال مرحلة ما قبل المدرسة، فإن الأطفال في سن المدرسة الذين يتعرضون للعنف هم أكثر عرضة للزيادة في اضطرابات النوم وأقل عرضة للاستكشاف أو اللعب بحرية أو إبداء أي دافعية نحو التحكم في بيئتهم[63]. وبالإضافة إلى ذلك، من الأرجح أن يفهم الأطفال في سن المدرسة أن العنف الذي يشاهدونه أو يتعرضون له هو عنف متعمد وقد ينزعجون عند التفكير فيما كان بإمكانهم القيام به لمنعه، أو قد يفهمون أنهم هم من تسببوا في العنف أصلاً.

الإطار 8 -
أثر العنف المجتمعي على الأطفال في سن المدرسة

تؤكد عدة دراسات وجود علاقة بين التعرض للعنف المجتمعي وأعراض القلق والاكتئاب والسلوك العدواني لدى الأطفال في سن المدرسة الذين يعيشون في أحياء حضرية يشيع فيها العنف[64]. وفي الحالات القصوى من التعرض للعنف المجتمعي المزمن، قد تظهر على هؤلاء الأطفال أعراض مشابهة للاضطراب التالي للصدمة. وقد سلطت بعض الدراسات الضوء على الصلة بين الأطفال الذين يشاهدون العنف والكوابيس، وخوف الأطفال من مغادرة منازلهم، والقلق، وتبلد المشاعر[65].

[الصورة ٤: تومي [اسم مستعار]، *16* عاما، يقف في دبلن، أيرلندا. تعرض تومي في مجتمعه المحلي للعنف والترهيب من قبل الشرطة وأقرانه. وقد أشار تومي إلى عدم توفر الأماكن والمرافق الترفيهية باعتباره أحد الأسباب الرئيسية للمواجهات العنيفة التي حدثت في مجتمعه المحلي.

© UNICEF/UNI195867/Blundell]

الإطار 9 -
البيانات الرئيسية عن المراهقين والصحة النفسية

- قد تشمل آثارُ التعرض للعنف على المراهقين الاكتئابَ والأفكار الانتحارية، والعنف المرتبط بالتواعد، وتعاطي مواد الإدمان، واستخدام العنف كأسلوب للسيطرة. ويعاني ما يصل إلى 20 في المائة من المراهقين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 19 سنة) على الصعيد العالمي من أمراض نفسية.
- الانتحار هو ثالث سبب يؤدي إلى الوفاة في صفوف المراهقين (الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و19 سنة) في جميع أنحاء العالم.
- حوالي 15 في المائة من المراهقين في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل قد ساورتهم فكرة الانتحار.
- اليوم، وعلى الصعيد العالمي، أصبحت الاضطرابات النفسية والاضطرابات الناشئة عن تعاطي مواد الإدمان تشكل السبب الرئيسي للإعاقة لدى الأطفال والشباب[66].

المراهقة

أحدثت دراسات علم النفس المعرفي وعلم الأعصاب تحولاً في فهمنا للأسباب المحتملة لظهور **الاضطرابات النفسية في مرحلة المراهقة**. فهناك حالة انتقال فريدة تطرأ خلال فترة المراهقة وهي اكتساب آراء الأقران أهمية أكبر من آراء الوالدين وغيرهم من الأقارب. وقوة هذا التأثير الذي يمارسه الأقران يجعل المراهقين مفرطي الحساسية إزاء التنبيهات الاجتماعية ويزيد من ميلهم للسلوك المحفوف بالمخاطر.

وتنطوي فترة المراهقة على البحث النشط عن الهوية، ويمكن أن يؤدي الافتقار إلى التوجيه في هذه المرحلة الحاسمة إلى خيارات سيئة[67]. وقد لا يبلغ المراهق مرحلة النضج الجنسي وتبدأ تجاربه الجنسية بشكل منحرف وغير سليم من جراء نتائج التعرض للعنف واستدامة قواعد السلوك العنيفة. وقد يكون من الصعب على المراهقين الحصول على النوع والمستوى المناسبيْن من المساعدة التي يحتاجون إليها لأن آثار التعرض للعنف قد تحجبها تصرفاتهم العنيفة أو المخالفة للقواعد وللقانون.

وتشير بحوث كثيرة أجريت بشأن عنف المراهقين الشباب إلى أن المراهقين المعرضين للعنف، لا سيما أولئك الذين يتعرضون للعنف المجتمعي المستمر طوال حياتهم، يميلون إلى إظهار مستويات عالية من العدوانية والتصرف بغرابة. وكثيراً ما يكون ذلك مصحوبا بالقلق، والمشاكل السلوكية، ومشاكل الأداء الأكاديمي، والتغيب عن المدرسة بدون إذن، والسعي للانتقام.

وقد تكون الآثار الأكثر حدة مرتبطة بتعرض المراهقين للعنف بشكل أكبر مقارنة بالأطفال الأصغر سناً. وقد يبدو المراهقون الذين يعانون من صدمات مزمنة متبلدي المشاعر ولا يشعرون بالألم، وقد يظهرون نموا عاطفيا مقيَّدا مع مرور الزمن. وبدلاً من ذلك، قد يربط هؤلاء المراهقون أنفسهم بجماعات وعصابات الأقران كبديل للعائلة وقد يعتمدون العنف في حياتهم كوسيلة للتعامل مع المنازعات أو حالات الإحباط[68].

الجوانب الممتدة عبر الأجيال

"قد يكونون مراهقين أو آباء عاشوا طفولة صعبة للغاية، فظل طيفها يصاحبهم ولا يمكنهم نسيانها. لذلك، فإنهم يجعلون أطفالاً آخرين يدفعون ثمن ما لحق بهم ليعيشوا نفس ما عاشوه عندما كانوا صغاراً".
آفا (اسم مستعار)، كندا[69]

بالنسبة **للجوانب الممتدة عبر الأجيال** ذات الصلة بالعنف والصحة النفسية، تبيّن الأدلة المستمدة من البلدان المرتفعة الدخل أن تجارب الطفولة السلبية المرتبطة بالأمومة تكون لها عواقب بعيدة المدى يمكن أن تستمر طوال الحياة، ولكنها تمتد أيضاً عبر الأجيال[70]. وتشمل هذه العواقب تعطّل العلاقة الوالدية، وضعف التعلُّق، وضعف نتائج التعليم والصحة النفسية لدى الأطفال.

وفي البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، أظهرت الدراسات التي أجريت مؤخراً أن إساءة معاملة الأمهات وتعرضهن للعنف يمكن أن يؤديا إلى زيادة في مواقفهن وميولهن العنيفة تجاه الأطفال[71]. ويرتبط اكتئاب الأمهات أيضاً باضطرابات النمو العاطفي والسلوكي والإدراكي في فترة الطفولة، بما في ذلك مشاكل الصحة النفسية المبلغ عنها ذاتياً، وزيادة خطر العنف، وتعاطي مواد الإدمان، وضعف التحصيل التعليمي[72].

ويمكن أن يتضرر الأطفال أيضاً عندما يتعرض من يقدمون لهم الرعاية **لعنف العشير أو عندما** يشاهدون حدوث ذلك. وقد أظهرت البحوث أن الأطفال الذين يشاهدون العنف في المنزل أو يعيشون مع أمهات يقعن ضحايا عنف العشير مُعرضون أكثر من غيرهم للإيذاء داخل المنزل. وهناك أيضاً أدلة تشير إلى أن الأطفال المعرضين

[الصورة 5: فاطمة [اسم مستعار]، *16* عاماً، تحمل وليدها في مأوى للفتيات والنساء اللواتي عانين من العنف الجنسي والجنساني، في مقديشو، الصومال. وقد حملت فاطمة بالرضيع بعد تعرضها للاغتصاب على يد مجموعة من الرجال.

[UNICEF/UNI126738/Hol ©

الرسائل الرئيسية

- تتوقف طبيعة تأثير العنف على الصحة النفسية للأطفال على تعرضهم لهذا العنف وهم يكبرون وينشؤون.
- يمكن للعنف في مرحلة الطفولة المبكرة أن يؤدي إلى إعاقة التعلُّق الآمن، وتعكير عادات النوم والأكل، وتغيير نمو الدماغ.
- يمكن أن يبدي الرضع والأطفال الصغار الذين يشهدون العنف قابلية مفرطة للإثارة، وخوفاً من الوحدة، وتراجعاً في الرغبة في استخدام المرحاض، وتأخراً في الكلام.
- من المرجح أن يكون لدى الأطفال في سن المدرسة، مقارنة بمن هم أصغر سنا، فهم أكبر للطبيعة العمدية للعنف وأن يقلقوا بشأن ما كان بإمكانهم القيام به لمنعه أو وقفه.
- المراهقة تجلب معها حساسية أكبر إزاء تأثير الأقران وزيادة في الميل إلى السلوكيات المحفوفة بالمخاطر. وقد تشمل آثارُ التعرض للعنف على المراهقين الاكتئابَ والأفكار الانتحارية، وتعاطي مواد الإدمان، واستخدام العنف كأسلوب للسيطرة.
- تترتب على تجارب العنف آثار على الصحة النفسية تمتد عبر الأجيال، لا سيما منها الآثار التي تنشأ عن تجارب الطفولة السلبية المرتبطة بالأمومة وعنف العشير.

للعنف العائلي هم أكثر عرضة للتصرف بعنف تجاه أقرانهم أو أخوتهم ولاستمرار العنف معهم حتى مرحلة البلوغ كضحايا أو كجناة. ومشاهدة العنف بين الوالدين أو مقدمي الرعاية يمكن أن تحدد مواقف الأطفال بشأن مقبولية ذلك العنف في إطار الأسرة والعلاقات الوثيقة؛ ولذلك، يمكن أن تنتقل هذه المواقف إلى الجيل التالي، مما يديم دورة العنف.

نتائج البيئات والأشكال المختلفة للعنف ضد الأطفال على الصحة النفسية

بالإضافة إلى تباين أثر العنف على الصحة النفسية للأطفال في مختلف مراحل الحياة، فإن هذا الأثر يتوقف على أشكال العنف التي يتعرضون لها وعلى البيئات التي يحدث فيها العنف. ويوجز الجدول (1) النتائج الرئيسية على الصحة النفسية لمختلف أشكال العنف وفي مختلف البيئات.

ومن المهم ملاحظة أن التعرض للعنف لا يعتبر في حد ذاته تشخيصاً. فلن يكون لجميع الأشخاص المتأثرين بنوع معين من العنف نفس رد الفعل، ولن يستفيدوا جميعهم من نفس التدخل.

الجدول 1 - أشكال العنف وبيئاته ونتائجه على الصحة النفسية

الأشكال والبيئات	النتائج على الصحة النفسية
العنف النفساني	زيادة خطر وجود نمط من الاكتئاب والقلق وتدني تقدير الذات والعلاقات غير الملائمة أو المضطربة وعدم التعاطف مدى الحياة. تأخيرات محتملة في تقدم النمو خلال مرحلة الطفولة.
العنف الجنسي	تشمل طائفة من النتائج مثل الاكتئاب، والاضطراب التالي للصدمة، وخطر الانتحار، وتعاطي مواد الإدمان، واضطرابات الأكل، وحمل المراهقات، والسلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر، وضعف الأداء المدرسي، وتراجع مستوى رضا الضحايا عن حالتهم الصحية[73]. قد يؤثر على الأحاسيس الجسدية مثل شدة الألم والجوع[74]، وكذلك على مدى الانتباه وقوة الذاكرة العاملة[75]. قد يكون الأثر النفساني والعاطفي مدمراً بشكل خاص لأن ضغوط التكتم والشعور بالعار والوصم، التي تدعمها المعايير الجنسانية الضارة، تعني أن الفتيان والفتيات الذين يتعرضون للاعتداء الجنسي غالباً ما يضطرون إلى مواجهة هذا الأثر بمفردهم.
العنف والعقاب البدنيان	يرتبطان باضطرابات السلوك، واضطرابات القلق، والاكتئاب، وتعاطي مواد الإدمان. تشير الأدلة المتاحة إلى وجود ارتباط بين تعرض الأطفال للعقاب البدني وزيادة عدوانيتهم، ونقص شعورهم بالتعاطف، والطريقة التي يستوعب بها الأطفال القواعد الأخلاقية ويتبعونها[76]. يرتبطان بتباطؤ النمو الإدراكي وضعف التحصيل الأكاديمي.
الإهمال	يرتبط بمجموعة من المشاكل السلوكية والإدراكية والنمائية والاستبطانية[77]، وقد يسبب نفس مستوى الضرر الذي تسببه الأشكال الأخرى من سوء المعاملة[78].
التنمر	يرتبط بتراجعٍ في نتائج التعليم ومشاكل في الصحة النفسية، مثل القلق والاكتئاب والأفكار والتصرفات الانتحارية وإيذاء النفس والسلوك العنيف، وهي مشاكل تَبيَّن أنها تستمر بعد البلوغ. ويؤدي التنمر عبر الإنترنت إلى العديد من النتائج نفسها، ويرتبط أيضا بزيادة احتمال حدوث مشاكل مرتبطة بتعاطي الكحوليات وتدخين السجائر والقمار[79]. ولا يؤثر التنمر على ضحاياه فقط: فالأطفال الذين يتنمرون على أقرانهم يرتبط تصرفهم هذا أيضا بتحقيق نتائج أضعف خلال مرحلة الطفولة وفي وقت لاحق من حياتهم. ويُظهر الأطفال المتنمرون مستويات أعلى من المشاكل التنفيسية مثل السلوك المعادي للمجتمع والمحفوف بالمخاطر، إلى جانب ارتكابهم لجرائم في مراحل لاحقة. وحين يكون الشخص متنمرا وضحية في الوقت نفسه، فإن ذلك يفاقم مخاطر الوقوع في مشكلات نفسانية وسلوكية.
العنف على الإنترنت	يرتبط تعرض الأطفال عبر الإنترنت للعنف والمحتوى غير الملائم (مثل المواد التي تتضمن إساءة للأطفال، والمواد الإباحية، وخطاب الكراهية، والمواد الداعية إلى سلوكيات غير صحية أو خطرة، مثل إيذاء النفس والانتحار وهوس إنقاص الوزن بعدم الأكل) بالمشاكل السلوكية، كالنزعة العدوانية والقلق وأعراض الاضطراب التالي للصدمة. وقد ينتهي المطاف بهؤلاء الأطفال إلى انخفاض مستويات تعاطفهم مع الآخرين وشفقتهم عليهم. ويمكن أن يؤدي تصوير الانتحار عبر الإنترنت إلى حالات الانتحار بالتقليد، وهي حالة تطرح إشكالية بشكل خاص[80].
الأطفال المودعون في مؤسسات الرعاية	هناك أدلة قوية ومتسقة على الأثر السلبي للرعاية المؤسسية على الصحة النفسية للأطفال، لا سيما من حيث ارتفاع معدلات الأعراض النفسية والمشاكل العاطفية والسلوكية. وكثيراً ما تبرز الاستعراضات المنهجية الروابط بين الإهمال المؤسسي الشديد وتأخر النمو الإدراكي؛ كما يمكن أن يؤدي هذا الإهمال إلى إعاقة دائمة[81]. وقد أكدت البحوث الآثار السلبية على القدرة الإدراكية لا سيما بالنسبة للأطفال الأصغر سناً وأولئك الذين يقضون فترات طويلة في مؤسسات الرعاية[82].

الأشكال والبيئات	النتائج على الصحة النفسية
الأطفال المحرومون من الحرية	يعاني الأطفال المحتجزون لأسباب ذات صلة بالعدالة من مستويات أعلى كثيرا من مشاكل الصحة النفسية مقارنة بالأطفال الآخرين الذين يعيشون وسط مجتمعاتهم، لا سيما الاضطرابات الناشئة عن تعاطي مواد الإدمان والاضطرابات السلوكية والاكتئاب. كما يعاني العديد من الأطفال المحتجزين من الاضطراب التالي للصدمة وغيره من مشاكل الصحة النفسية الحادة التي تستدعي العلاج الفوري. ومن المهم في هذا السياق أن مشاكل الصحة النفسية لدى الأطفال المحتجزين هي مشاكل يشيع جدا حدوثها بالتلازم مع حالات اعتلال أخرى[83]. وإيذاء النفس والسلوك الانتحاري يحدثان بوتيرة أعلى بين الأطفال المحتجزين مقارنة بأقرانهم الذين يعيشون وسط مجتمعاتهم. والمراهقون الذين تعرضوا للاحتجاز يزيد احتمال وفاتهم عن طريق الانتحار بمقدار أربعة أضعاف عن احتمال وفاة غيرهم من المراهقين[84]. كما يتعرض الأطفال المحتجزون بسبب الهجرة لاضطرابات صحية نفسية خطيرة نتيجة لمجموعة من العوامل، منها التعرض للتعذيب والصدمات النفسية قبل وصولهم، وانهيار الأسر أثناء الاحتجاز، وطول فترة الاحتجاز وعدم اليقين بشأن المستقبل، ومشاهدة الحالات الصادمة أثناء الاحتجاز[85].
الممارسات الضارة	قد تسبب الممارسات الضارة أضراراً نفسية فورية وطويلة الأمد. فقد تعاني الفتيات والنساء اللاتي تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية، على سبيل المثال، من معدلات أعلى من اضطرابات الصحة النفسية، لا سيما الاكتئاب واضطراب القلق والاضطراب اللاحق للصدمة والشكاوى الجسدية، مثل الآلام والأوجاع، من دون سبب عضوي ظاهر[86]. وقد خلصت البحوث المتعلقة بزواج الأطفال وسلامتهم النفسية في النيجر وإثيوبيا إلى وجود تناسب عكسي كبير بين الزواج المبكر والسلامة النفسية، بما يشمل الاكتئاب والقلق، إضافة إلى الحيوية والصحة العامة. وقد ظل هذا التناسب العكسي قائما حتى بعد تصحيحه بمراعاة انتشار زواج الأطفال والعنف ومتوسط السلامة النفسانية على مستوى المجتمع المحلي. وهذا يشير إلى أن الزواج المبكر يضر بالسلامة النفسية حتى مع مراعاة الأعراف الاجتماعية التي يعكسها هذا الزواج وأخذ غيرها من المتغيرات المجتمعية في الحسبان[87].
العنف المسلح في المجتمع المحلي	تشير البحوث إلى أن الأطفال المعرضين للعنف باستخدام الأسلحة النارية قد تلحق بهم آثار نفسانية سلبية قصيرة وطويلة الأجل. وتشمل هذه الآثار الغضب، والانسحاب، والاضطراب التالي للصدمة، وتبلد الإحساس إزاء العنف، واضطرابات النوم، والأفكار المزعجة المتصلة بالحدث الصادم، وصعوبة التركيز في الفصول الدراسية، وتدهور الأداء الأكاديمي، وانخفاض التطلعات التعليمية والمهنية. وتشمل النتائج الأخرى زيادة السلوك العدواني، والسلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر، وتعاطي مواد الإدمان[88]. ويكون الأثر أشد حدة بالنسبة للأطفال الذين يقعون ضحايا لعنف الأسلحة النارية مباشرة، أو الذين يعيشون في مجتمعات يشهدون فيها أعمال عنف متكررة بالأسلحة النارية.
الأطفال اللاجئون	اللاجئون الذين يفرون من الاضطهاد أو التعذيب أو العنف الجنسي معرضون بشدة لخطر الإصابة باضطرابات نفسية حادة ومزمنة على حد سواء. كما أن الصدمات المتراكمة التي يتعرضون لها قبل النزوح (مثل التهديد بالأذى، ومشاهدة العنف الذي يلحق بالآخرين، وعدم الحصول على الاحتياجات الأساسية)، وبعده (مثل الشواغل المتعلقة بالحماية، وغياب الدولة، والاحتجاز)، تسهم أيضاً في المعاناة العامة التي يكابدها الأطفال[89]. ويرتفع كثيرا خطر تعرض الأطفال الذين يعيشون هذه التجارب لمشاكل الصحة النفسية الخطيرة، لا سيما الاضطراب التالي للصدمة والاكتئاب في وقت لاحق من حياتهم[90]. وقد خلص تحليل إحصائي لـ 30 دراسة عن اللاجئين إلى أن معدل انتشار الإصابة بالاضطراب التالي للصدمة بين الأطفال يتراوح بين صفر و 87 في المائة[91].وأفاد الأطفال بأنهم يخشون تذكر الأحداث الصادمة، ويخشون من أن تتكرر الأحداث مرة أخرى، ويعانون من الصداع، وفقدان الوزن والقلق العام والأرق. وتراوحت نسب انتشار أعراض الاكتئاب في جميع الدراسات بين 35 و 90 في المائة. وتبلغ نسبة انتشار السلوك العدواني أو المشاكل السلوكية بين الشباب في مخيمات اللاجئين حوالي 36 في المائة، مع إظهار الفتيان سلوكا عدوانيا أكثر من الفتيات[92].

الأشكال والبيئات	النتائج على الصحة النفسية
تفشي الأمراض	يمكن لتدابير العزل أن تجعل الأطفال أكثر تعرضاً لخطر العنف والاستغلال. ويمكن أن يؤدي تعطيل الخدمات المقدمة للأطفال في الأسر المعيشية المسيئة، وفي الرعاية البديلة، وفي بيئة الشوارع، وفي السياقات الإنسانية، على سبيل المثال، إلى قطع شرايين تحقيق السلامة واستمداد الدعم. وإضافة إلى تأثير العنف في المنزل أو على الإنترنت أو في أماكن أخرى، ترتبط العزلة الناجمة عن تدابير العزل أثناء تفشي الأمراض بمجموعة من الآثار على الصحة النفسية للأطفال. وقد يعاني الأطفال من تعطيل روتين حياتهم اليومية، لأن ذلك يُخل بشعورهم بالتنظيم والقدرة على التنبؤ والأمن. كما قد تساور الأطفال شواغل بشأن سلامتهم وسلامة أحبائهم، وبشأن كيفية تلبية احتياجاتهم الأساسية، وما سيحدث في المستقبل. والأطفال الذين تعرضوا بالفعل للصدمات أو الذين يعانون من مشاكل نفسية أو بدنية أو نمائية موجودة من قبل، معرضون بشكل خاص لمخاطر الاضطرابات الانفعالية. ويمكن للطريقة التي يواجه بها الطفل الأزمات ودلالاتها الشائعة أن تختلف حسب سنه وخبراته السابقة وكيفية تعامله المعتاد مع الضغوطات. وتشمل بعض التغيرات الشائعة ما يلي: • البكاء المفرط أو الانزعاج والغضب لدى الأطفال الأصغر سنا • الارتكاس والعودة إلى السلوك الذي تجاوزوه (مثل حوادث استخدام المرحاض أو التبول في الفراش) • القلق المفرط أو الحزن • القابلية للإثارة والتصرف بغرابة في سن المراهقة • ضعف الأداء المدرسي • تجنب الأنشطة التي اعتادوا أن يستمتعوا بممارستها • حالات الصداع أو آلام الجسم غير المعروف سببها • استخدام الكحول أو التبغ أو العقاقير الأخرى.
النزاع المسلح الدولي والداخلي	تؤكد جميع الأدلة التأثير الضار للحرب والعنف العسكري على الصحة النفسية للأطفال والبالغين، إذ يزيد هذا التأثير من الاضطراب التالي للصدمة، والاكتئاب، والقلق، وأعراض الانفصام (مثل الرجوع إلى ذكريات الأحداث الصادمة؛ والشعور لفترة وجيزة بفقدان الاتصال مع الأحداث الجارية ؛ وعدم القدرة على تذكر أي شيء لفترة من الزمن)[93]. وتعد الإصابة الدماغية الرضية مشكلة رئيسية للأطفال في مناطق النزاع، إذ تزيد من فرص حدوث مشاكل لاحقة في الصحة النفسية[94]. ومن المهم أن نتذكر أن عوامل الإجهاد في هذه السياقات مترابطة، وأن الأثر السلبي للعنف يتفاقم بسبب عدم الحصول على خدمات الدعم التي يحتاجها الأطفال للبقاء على قيد الحياة والتعامل مع الإجهاد. والعنف المنهجي هو أمر صادم بشكل خاص للضحايا، وأيضا لمن يقدمون لهم العلاج والمساعدة[95]. ومن الأمثلة على ذلك ما ارتكبه تنظيم الدولة الإسلامية/داعش من العنف الشديد والتعذيب والاسترقاق والعنف الجنسي المنهجي وتجنيد الأطفال ضد الأقلية الأيزيدية في شمال العراق. ويُظهر ما يقرب من نصف الضحايا (42,9 في المائة) الذين فروا من التنظيم إصابة كاملة بالاضطراب التالي للصدمة، ويعاني 39,5 في المائة منهم من اكتئاب شديد. ومن بين ضحايا التنظيم، يرجح أن تعاني النساء أكثر من الرجال من الاضطراب التالي للصدمة والاكتئاب الشديد. والتعذيب والعنف الجنسي يُنْبئان بقوة عن الإصابة بالاضطراب التالي للصدمة والاكتئاب المصاحب له[96].

[الصورة 6: في 30 مارس/آذار 2015، مريم طفلة لاجئة هاربة من النزاع المحتدم في شمال شرق نيجيريا، رسمت هذا الرسم في مخيم سيام فوراج، وهو مخيم للاجئين في منطقة ديفا، جنوب شرق النيجر.

© UNICEF/UN0232615/Zehbrauskas]

4 - فهم عوامل الخطر والحماية

يكمن أساس التدخل الفعال في تحديد العوامل التي تعرض الأطفال لخطر العنف ومشاكل الصحة النفسية، والعوامل التي يمكن أن تحميهم من كليهما. وعلاوة على ذلك، فإن اتباع نهج متكامل للحد من المخاطر وزيادة حماية الأطفال يشكل الأساس لأي جهود ناجحة للوقاية والاستجابة.

عوامل الخطر

هناك بعض عوامل الخطر ترتبط بشكل معين من أشكال العنف ضد الأطفال، لكن بشكل عام، هناك عدة عوامل خطر مشتركة بين مختلف أنواع العنف. وهذا الاشتراك يجد انعكاساً له في انتشار الإيذاء المتعدد، الذي ينطوي على أشكال مختلفة من العنف[97]. وهذه المخاطر منها ما هو موجود على مستوى الفرد أو في إطار العلاقات أو على مستوى المجتمعات المحلية والمجتمعات ككل، بما يتماشى مع النموذج الإيكولوجي الاجتماعي[98]. وبالمثل، فإن محددات الصحة النفسية تشمل عوامل بيولوجية ونفسانية واجتماعية وبيئية متعددة[99].

وتشمل **العوامل الفردية**: الخصائص البيولوجية والديمغرافية التي تزيد من خطر وقوع طفل ما أو شاب ما ضحية للعنف، مثل نوع جنسه، وعمره، وانخفاض مستوى تعليمه، وانخفاض مستوى دخله، وإصابته بإعاقة أو بمشاكل في الصحة النفسية؛ وكونه من المثليات أو المثليين أو مزدوجي الميل الجنسي أو مغايري الهوية الجنسانية؛ والاستخدام الضار للكحول والمخدرات؛ وتعرضه للعنف لفترة طويلة في الماضي. ويسهم العديد من هذه الخصائص أيضا في تشكيل الصحة النفسية بشكل عام. وهنا، من المهم النظر في الآثار الضخمة للتقاطع بين هذه العوامل على الفوارق والنتائج فيما يتعلق بالصحة النفسية[100].

وتنشأ **العوامل الموجودة في إطار العلاقات** عن العلاقات مع الأقران والعشراء وأفراد الأسرة. وتشمل انعدام التعلق العاطفي بين الطفل ووالديه أو بينه وبين مقدمي الرعاية؛ وسوء الرعاية الوالدية؛ ووجود خلل أسري وانفصال الوالدين؛ والانضمام إلى الأقران في الأنشطة غير القانونية؛ ومشاهدة العنف بين الوالدين أو مقدمي الرعاية؛ وزواج الأطفال والزواج القسري. كما أن فقدان أحد الوالدين أو الأقارب المقربين، وسوء الصحة النفسية للأم، وتعاطي مقدمي الرعاية لمواد الإدمان، تُعد عوامل ترتبط أيضاً بالنتائج السلبية على الصحة النفسية لدى الأطفال[101].

وتشمل **عوامل الخطر على مستوى المجتمع المحلي** الكيفية التي تُزيد بها خصائصُ البيئات، مثل: المدارس وأماكن العمل والأحياء، خطرَ العنف خلال فترة الطفولة. ومن هذه العوامل الفقر، وارتفاع معدل الكثافة السكانية، والانتماء إلى الفئات السكانية المتنقلة، وتراجع التماسك الاجتماعي، والبيئات المادية غير الآمنة، وارتفاع معدلات الجريمة، وتجارة المخدرات على الصعيد المحلي. وتشير البحوث إلى ارتفاع خطر تعدد حالات التعرض للعنف لدى الأطفال الذين يعيشون في ظروف من الفقر، مصحوبةً بعوامل خطر ديمغرافية أخرى (مثل الأسر المعيشية وحيدة الوالد، والانتماء إلى أقليات عرقية - إثنية)، بغض النظر عن وضع الأطفال من حيث السكن أو عمَّا إذا كانوا بلا مأوى أم لا[102].

وتشمل **عوامل الخطر على مستوى المجتمع ككل** المعايير القانونية والاجتماعية التي تهيئ مناخاً يشجِّع على العنف أو يعتبره أمراً طبيعياً. كما تشمل أيضاً المعايير الثقافية التي يكون مقبولا فيها استخدام العنف لحل النزاعات، ويهيمن فيها الرجال على النساء والأطفال، وتُقدَّم فيها حقوق الأبوين على رفاه الطفل. بالإضافة إلى السياسات الصحيةَ والاقتصادية والتعليمية والاجتماعية التي تحافظ على أوجه عدم المساواة الاقتصادية أو الجنسانية أو الاجتماعية؛ وانعدامَ أو عدم كفاية الحماية الاجتماعية؛ والحوكمة الضعيفة؛ وضعف إنفاذ القانون.

الإطار 10 - المواقف تجاه العنف

للمواقف إزاء العنف أهمية حاسمة في تشكيل مخاطره في مختلف البيئات. وقد خلصت دراسة طولية، أجراها لانسفورد وآخرون في عام 2017 في تسعة بلدان، إلى أن قبول المجتمع للعنف كان مُنبئاً عن استخدام الوالدين للتأديب العنيف[103]. وعندما تقبل المجتمعات استخدام العنف، سوف يقبل أطفالها استخدام العنف ويُسوِّغونه، لا سيما كوسيلة للتأديب[104]. وتبيِّن الدراسة أيضاً أن معتقدات ومواقف المدرسين إزاء العنف ستحدد مستويات العنف في فصولهم الدراسية، نظراً لتأثيرهم الكبير على ما يشكل سلوكا "عاديا" أو ملائما. فمعتقدات المعلمين، حتى وإن كانت تؤدي فقط إلى عدم اتخاذ إجراء، قد تزيد من انتشار سلوك التنمر وتواتره في فصولهم الدراسية[105].

وتؤدي **حالات الطوارئ**، مثل الصراعات والكوارث الطبيعية وتفشي الأمراض، إلى هشاشة المجتمعات وتآكل الدعم الذي يمكن أن يحمي الأطفال في الظروف العادية. وقد يتعرض الآباء والأمهات وغيرهم من البالغين الذين لهم أهمية بالنسبة للطفل للقتل أو الإعاقة أو الصدمات، فيضطر الأطفال حينها إلى تحمل مسؤوليات الرعاية المنوطة بالكبار.

وقد تكون المدارس، التي توفر الحماية بطرق عديدة وتوفر أيضاً مداخل أساسية للصحة النفسية والدعم النفساني، مغلقة أو قد تُلحق بها أضرار أو تصبح أهدافا لهجمات عسكرية. وغالباً ما تضيع فرص اللعب والصداقة مع نزوح الأسر أو خضوعها لتدابير الإغلاق الجبرية، ومع اختفاء الأماكن العامة الآمنة.

الإطار 11 - الصحة النفسية والصراعات: "بعد فترة من الوقت، أصبح [العنف] جزءاً مني"

هناك أدلة متزايدة على الأثر الذي يلحق بالصحة النفسية للأطفال بسبب التغيرات في البنية والمعايير والأدوار المجتمعية أثناء الصراعات. وهناك عدة دراسات تصف التغيرات في السلوك الجنسي، بما في ذلك ممارسة الجنس في سن مبكرة وزواج الأطفال. وقد يواجه الطفل النازح والمنفصل عن أسرته خطراً متزايداً للاستغلال، والسلوك الجنسي الشديد الخطورة، والأمراض المنقولة جنسياً، وحمل المراهقات[106]. ويمكن للضرر الذي يلحق بالأطفال الجنود أن يكون بالغ الخطورة: ففي عدد من الدراسات، يصف الأطفال عملية تلقينهم العقائد وأساليب السيطرة عليهم، التي تشمل الإساءة البدنية والنفسانية المنتظمة، والتعذيب، وتطبيع العنف[107].

وعلى حد تعبير أحد الأطفال: "بعد فترة من الوقت، أصبح [العنف] جزءاً مني"[108].

للطريقة التي تتفاعل بها جميع تلك العوامل على جميع مستويات النموذج الإيكولوجي الاجتماعي أهميةٌ لا تقل عن أهمية تأثير أي عامل معيّن بمفرده داخل أي مستوى واحد.

الإطار 12 – الصحة النفسية للأطفال والعنف في زمبابوي

كشفت أول دراسة تُجرى في زمبابوي لتقدير عوامل خطر تعرُّض الأطفال للعنف العاطفي والبدني باستخدام بيانات ممثِّلة للبلد كله عن وجود اقتران قوي بين ضعف الصحة النفسية والسلوكيات الضارة، وذلك تمشياً مع البحوث الدولية. وأكد شيجيجي وآخرون أنه فيما يتعلق بالفتيات، تتمثل عوامل الخطر الكبرى للتعرُّض للعنف البدني في ما يلي: معاناة الانتهاك العاطفي قبل سن 13 عاماً؛ ومرض البالغين في المنزل؛ والحالة الاجتماعية – الاقتصادية؛ والعمر. وتشمل عوامل الخطر بالنسبة للفتيان العلاقات بالأقران والحالة الاجتماعية – الاقتصادية، بينما تشمل عوامل الحماية المعلمين المهتمين وأفراد المجتمع المحلي الموثوق بهم. وتتنوع عوامل الخطر المتعلقة بالانتهاك العاطفي، لكنها تشمل العلاقات الأسرية، والمتغيرات على مستوى المعلمين والمدرسة، والحالة الاجتماعية – الاقتصادية، وثقة المجتمع المحلي، والأمن[109].

عوامل الحماية

يمكن تجميع عوامل الحماية في ثلاث فئات رئيسية: عوامل تتعلق بالطفل، وأخرى تتعلق بالأسرة، وثالثة تتجاوز نطاق الأسرة.

[الصورة 7: زينب [اسم مستعار]، 16 عاماً، تقف في مواجهة جدار تضيئه أشعة الشمس، في مركز عبور يتلقى المساعدة من اليونيسف لصالح أطفال مجندين سابقين تم الإفراج عنهم مؤخراً في جمهورية أفريقيا الوسطى. فرغبةً منها في الانتقام لمقتل خطيبها، انضمت زينب إلى جماعة مسلحة، لكنها تعرضت بعد تجنيدها للاعتداء الجنسي من قبل جنود ذكور.

© UNICEF/UNI130546/Sokol]

وتشمل **العوامل المتعلقة بالطفل** قدرة الأطفال على التكيف، والشخصية، والتفاؤل، وأسلوب التكيف، فضلاً عن طريقة الأطفال في فهم وتقييم الأحداث المحيطة بهم. وتشمل عوامل الحماية الإضافية المذكورة في الدراسات تقدير الذات والكفاءة الذاتية، والجاذبية للآخرين من حيث الشخصية والمظهر، والمواهب الفردية، والانتماء الديني، والميزة الاجتماعية - الاقتصادية، وفرص التعليم الجيد والعمالة، والتواصل مع الناس، وبيئات النمو الإيجابية[110]. وبعبارة أخرى، الأطفال الذين يملكون الفرص والدعم والثقة الناجمة عن طفولة آمنة وحاضنة.

الإطار 13 –
استراتيجيات التأقلم الخاصة بالأطفال في مواجهة العنف

تسلط البحوث الضوء على الدور الحاسم لاستراتيجيات التأقلم المضبوطة عاطفياً لدى الأطفال – والتي يعرّفها العديد من الباحثين بأنها القدرة على تعزيز أو كبح عواطف المرء حسب الاقتضاء – كسبيل لحماية المرء لنفسه من أعراض اعتلالات الصحة النفسية في مواجهة أشكال متعددة من العنف. ويبلغ الأطفال الذين يعتقدون أن بوسعهم التأقلم عاطفياً عن قدر أقل من أعراض اعتلالات الصحة النفسية. ويمكن بالتالي أن تكون استراتيجيات التأقلم الخاصة بالأطفال حاجزاً يصد أشد آثار بعض التعرُّض للعنف ضرراً، سواء كجزء من الاستراتيجيات الوقائية أو العلاجية[111].

وتُشكِّل القدرة على التحمل مسألة رئيسية فهي قد تحدِّد الأطفال الذين سيعانون من آثار سلبية أقل عند التعرض للعنف[112]. وتتصل القدرة على التحمل بقدرة الفرد على أن يسلك طريقه إلى الموارد التي من شأنها دعم واستمرار صحته ورفاهه. ويعد جزء منها سمة شخصية، وجزء آخر عبارة عن عملية تتشكل بفعل الثقافة والسياق. وقد خلصت عدة دراسات أجريت على الرضع والأطفال الصغار والشباب القادرين على التحمل الذين تعرضوا للعنف المجتمعي إلى نتائج تُحدد على نحو متسق عدداً صغيراً من عوامل الحماية ذات الأهمية الحاسمة بالنسبة للنماء. وتشمل هذه العوامل وجود شخص بالغ حانٍ، وتوافر ملاذ آمن في المجتمع المحلي، والموارد الذاتية للطفل. وتشير الأدلة أيضاً إلى إمكانية خفض تأثير عوامل الخطر البيئية على الأطفال أو الشباب أو حتى الوقاية منها عن طريق مساعدتهم على تعزيز قدرتهم الخاصة على التحمل[113].

وتشمل **العوامل المتعلقة بالأسرة** قوةَ وطبيعةَ علاقة الطفل مع الوالدين والإخوة وأفراد الأسرة الممتدة. وأهم مورد وقائي لتمكين الطفل من تحمل التعرض للعنف هو وجود علاقة قوية مع شخص بالغ حانٍ ومُبادر وذي كفاءة، وغالباً ما يكون هذا الشخص أحد الوالدين. ويمكن أن يستمر النمو الإدراكي والاجتماعي للطفل حتى في الشدائد، إذا ما توفر له الدعم من أمه أو أبيه أو شخص بالغ آخر ذي قيمة بالنسبة له.

ويمثل تعليم الأم عاملَ حماية قد يؤدي دوراً رئيسياً في تخفيف المخاطر المقترنة بالصعوبات داخل الأسرة وخارجها[114]. وتقترن المستويات المنخفضة لتعليم الأم في البلدان المرتفعة الدخل، على سبيل المثال، بزيادة خطر التعرَّض للتحديات الإدراكية والسلوكية والعاطفية في مرحلة الطفولة[115]. ومن الأرجح أن تكون للأم المتمتعة بتعليم أعلى في سياق فقير بالموارد، تفاعلات أفضل مع طفلها (أطفالها) وإلمام أكبر بنماء الطفل، وأن توفر تحفيزاً منزلياً أفضل، مع ترجيح وجود قدر أكبر من الكتب في المنزل. ويمكن أيضاً أن يكون لإدماج تحفيز الطفل في التدخلات في مجالي الصحة والتغذية أثر حمائي، بما في ذلك داخل السياقات الإنسانية.

وتشمل **العوامل التي تتجاوز نطاق الأسرة** العلاقات الإيجابية والدعم الاجتماعي من الأقران والبالغين، مثل المعلمين وقادة المجتمع المحلي. وثمة أدلة تفيد بأن المناخ الإيجابي في المدرسة يمكن أن يوفر الحماية من مشاكل الصحة النفسية وإيذاء الأقران، حتى في الأماكن المتسمة بارتفاع مستويات العنف المجتمعي. وبوجه عام، ثبت أن أسوأ حالات النمو تكون لدى الطلاب الذين واجهوا عنفاً مجتمعياً كبيراً مصحوباً بمناخ مدرسي سلبي[116]. وثمة أهمية قصوى أيضاً للممارسات الثقافية والأعراف الاجتماعية والأطر القانونية التي تحمي من التمييز.

الرسائل الرئيسية

- يكمن أساس التدخل الفعال لمنع العنف في مرحلة الطفولة والتصدي له ولآثاره على الصحة النفسية، في تحديد العوامل التي تجعل الأطفال عرضة للخطر والعوامل التي قد تحميهم.
- يمكن أن توجد عوامل الخطر على جميع المستويات: على مستوى الفرد، والأسرة/العلاقات، والمجتمع المحلي والمجتمع ككل.
- التفاعل بين عوامل الخطر هذه على المستويات المختلفة لا يقل أهمية عن تأثير أي عامل معيّن داخل مستوى واحد.
- يمكن تجميع عوامل الحماية في ثلاث فئات رئيسية: عوامل تتعلق بالطفل وأخرى تتعلق بالأسرة وثالثة تتجاوز نطاق الأسرة.

[الصورة 8: لوحة رسـمها طفل لنفسـه يظهر فيها مبتسـما كجزء من جلسـة علاج بالفن في "البوابة الجميلة" (*Beautiful Gate*)، وهي مركز للأطفال المعتدى عليهم والمُهمَلين في منطقة *Lower Crossroads*، أحـد أحياء مدينة كيب تاون

UNICEF/UNI45429|Pirozzi ©

5 – الإجراءات الفعالة: الأدلة على الوقاية والتصدي الفعَّالين

"لا يود الضحايا أن تحدِّد التجارب التي خاضوها الوضع الذي سيكونون عليه خلال ما تبقى من حياتهم. لماذا يوجد لدينا نظام أشعر داخله بالعار بسبب الخطأ الذي ارتُكب بحقي؟ ولماذا نخفي نحن وجوهنا خزياً؟ لن أمنح من اعتدى عليَّ فرصة أن يكتب قصتي".

صوفي، إحدى الناجيات المدافعات، كينيا[117]

لدينا من البيانات والبحوث وغيرها من الأدلة عن التدخلات الرامية إلى منع العنف ضد الأطفال والتصدي له قدرٌ أكبر مما كان لدينا في أي وقت مضى[118]. وقد لاحظت منظمة الصحة العالمية وجود **أدلة متزايدة على فعالية ومردودية تكلفة التدخلات** الرامية إلى تعزيز الصحة النفسية للأطفال، وإلى الوقاية من اعتلالات الصحة النفسية وعلاجها، وذلك على النحو الوارد في خطة العمل الخاصة بها حول الصحة النفسية للفترة 2013-2020[119]. ولدى منظمة الصحة العالمية نفسها مبادرات ترمي إلى تعزيز نظم الرعاية الصحية النفسية وتوفير التدخلات النفسية الاجتماعية التي تستهدف التعزيز والوقاية ورعاية الأطفال والمراهقين[120].

وحددت أيضاً لجنة لانسيت المعنية بالصحة النفسية العالمية والتنمية المستدامة مجموعة من التدخلات الضرورية لمنع المرض النفسي واضطرابات تعاطي مواد الإدمان وتوفير العلاج والرعاية لتعزيز التعافي[121]. وشددت اللجنة على **التدخلات الابتكارية التي يمكن التوسع فيها**، والتي يمكن تقديمها إما من خلال الرعاية الصحية الروتينية أو من خلال المنصات الأخرى القائمة.

وللتدخلات الوقائية التي تركز على **الصحة النفسية للأمهات، والتفاعل بين الأم والرضيع، واللعب والتحفيز**، فوائد إيجابية طويلة الأجل لكل من الرضع والأمهات. وتكتسب التدخلات التي تشجع على الشروع المبكر في الرضاعة الطبيعية، والتلامس الجسدي بين الأم والرضيع، وتعزيز استجابة الأمهات أهمية خاصة، إذ تبني التعلق وتقلل من احتمال إساءة معاملة الأطفال. وبالإضافة إلى ذلك، يُظهر **تثقيف الوالدين والتدخلات المتعددة العناصر** (التي تجمع بين **الدعم الأسري والتعليم قبل المدرسي والمهارات الوالدية ورعاية الطفل**) فعالية واعدة في منع إساءة معاملة الأطفال والحد من مشاكل الصحة النفسية لدى الأطفال المعرضين للشدائد وأولئك المتضررين من النزاع المسلح[122].

وأفاد تحليل إحصائي لـ 193 دراسة أجراه باتل وآخرون في عام 2018 لصالح لجنة لانسيت بوجود ارتباط قوي بين اكتئاب الأمهات وزيادة اعتلالات الصحة النفسية (المستبطنة والتنفيسية على السواء) لدى أطفالهن. وبالمثل، توجد أدلة قوية على أن التدخلات التي تساند الأمهات المصابات باضطرابات نفسية تساهم في الحد من المشاكل المستبطنة والتنفيسية لدى أطفالهن، ومنع ظهور الاضطرابات النفسية في مرحلة الطفولة. **وبرامج الزيارات المنزلية** للأمهات الحديثات العهد بالأمومة وأطفالهن بالغة النفع حينما تشمل اكتشاف اكتئاب الأمهات وعلاجه، وتقديم **التدخلات النفسية - الاجتماعية**، في إطار خدمات الرعاية الروتينية قبل الولادة وبعدها[123].

إن الاستثمار في تدخلات الرعاية الوالدية ورفاه الطفل يعد أمراً حيوياً من أجل **كسر الدورات السامة التي ينتقل فيها العنف والفقر والأمراض النفسية عبر الأجيال**. وترمي تدخلات الرعاية الوالدية إلى تعديل جوانب الرعاية التي قد تُعرِّض الأطفال للخطر، وذلك على سبيل المثال من خلال تعزيز التأديب غير العنيف عن طريق تحسين معرفة الوالدين بالأثر المحتمل للعنف على نمو أطفالهم. ووفقاً للرابطة الأمريكية لعلم النفس، اختُبرت مجموعة واسعة من برامج التدخلات التي تركز على الأسرة وكان لها تأثير حقيقي، كما ظهرت فعالية عدد منها من حيث التكلفة[124]. فقد تبيَّن، على سبيل المثال، أن برنامج 'الشراكة الأسرية التمريضية' للزيارات المنزلية يؤدي إلى توفير ما بين 3 دولارات و 6 دولارات عن كل دولار يُستثمر[125].

وخلصت لجنة لانسيت إلى أن تدخلاً لتوفير التحفيز النفسي - الاجتماعي ودعم التنشئة الوالدية بين الأطفال الصغار الذين توقف نموهم الطبيعي أدى إلى تحقيق مكاسب كبيرة في أداء البالغين ونتائج ذات صلة بسوق العمل في وقت لاحق من الحياة. وداخل المدارس، ويعتبر التدريب على المهارات الحياتية الذي يركز على تنمية المهارات الاجتماعية والعاطفية ومهارات حل المشاكل وطرق التكيف

أفضل الممارسات لبناء القدرات العاطفية والاجتماعية لدى الأطفال من جميع الأعمار[126].

وفيما يتعلق بعلاج ورعاية وإعادة تأهيل الأطفال المصابين باضطرابات نفسية في البيئات الفقيرة بالموارد، يمكن أن تشتمل مجموعة أساسية من التدخلات لصالح الأطفال على برامج تدريبية بشأن المهارات الوالدية، وهي برامج أثبتت فعاليتها للأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو ومشاكل سلوكية وعاطفية[127].

ويُشكِّل **نموذج إعادة التأهيل داخل المجتمع المحلي**، على سبيل المثال، نهجاً قائماً على الحقوق يستند إلى مواطن القوة المتأصلة في المجتمع المحلي ويُشرك الأشخاص ذوي الإعاقة وأفراد الأسرة والمتطوعين. وينبغي أن تحظى مثل هذه النُهُج بتأييد المهنيين الصحيين المحليين لتيسير انخراطهم في الخدمات الرئيسية، عند الإمكان. وينبغي أيضاً تصميم تلك النُهج وفقاً للاحتياجات والموارد المحلية المحددة.

وتُبرز الأدلة قبولَ المجتمعات المحلية برامج إعادة التأهيل المجتمعي للأطفال الذين يعانون من تأخر واضطراب النمو ، كما تُبرز المنافع التي تدرها[128]. وتوجد أيضاً أدلة تدعم استخدام مجموعات الدعم بواسطة الأقران – للوالدين والأطفال على السواء – وخدمات الإراحة الوقتية لمن يعتنون بالأطفال ذوي الإعاقة النفسانية الاجتماعية[129].

الإطار 14 –
أمواج من أجل التغيير (W4C) – جنوب أفريقيا

"علمتني 'أمواج من أجل التغيير' أن أكون مستقلاً وأن آمل في الغد. وإذا ما سقطتُ، فإنني أعرف أن بوسعي النهوض مرة أخرى. إن الحياة مليئة بالتحديات، لكنني لن أستسلم".

مشارك في برنامج 'أمواج من أجل التغيير'

يوفر برنامج 'العلاج بركوب الأمواج من أجل التغيير' خدمات الصحة النفسية للشباب المعرضين للخطر المقيمين في المجتمعات المحلية غير المستقرة في كيب تاون، بجنوب أفريقيا. والشباب المحالون إلى هذا البرنامج هم ممن تعرضوا في مرحلة الطفولة لأي عدد من الأحداث السلبية التي كان لها تأثير كبير على صحتهم النفسية:

- 37 في المائة شهدوا شخصاً يُطلق عليه النار أو يُطعن أو يُهاجَم
- 35 في المائة توفي أحد أفراد أسرتهم المعيشية
- 28 في المائة كثيراً ما يعانون الجوع دون أن يكون لديهم طعام يأكلونه في المنزل
- 21 في المائة تعرضوا لاعتداء بدني على يد شخص بالغ.

ويجمع برنامج 'أمواج من أجل التغيير' بين العلاج الذهني والبدني القائم على الأدلة عن طريق ركوب الأمواج لمعالجة الشواغل الصحية النفسية والبدنية. ويتولى تقديم البرنامج مدربون من المجتمع المحلي تلقوا التدريب على التفاعل مع الشباب ودعمهم باستخدام بيئة ركوب الأمواج.

ويحال الشباب من المدارس والخدمات المجتمعية والوكالات الحكومية. ويرتبطون بالبرنامج لمدة 12 شهراً ويشاركون في عيادات أسبوعية لركوب الأمواج حيث يقيمون علاقة تآلف بمدربهم وبالآخرين.

وبعد 12 شهراً، يُظهر أغلب المشاركين تحسناً في قدرتهم على ضبط مشاعرهم ويصبحون أكثر تفاؤلاً. ولاحظ المعلمون وأولياء الأمور على السواء أن المشاركين أصبحوا أكثر هدوءاً ، وأكثر تفاعلاً في المدرسة، وأكثر قدرة على تحمل الضغوطات.

وقد امتد الآن برنامج 'أمواج من أجل التغيير' إلى خمسة مواقع في جميع أنحاء جنوب أفريقيا وأُنشئ أيضاً برنامج جديد في ليبريا[130].

"اعتـدت في المـاضي أن أصبـح بالغـة العدائيـة عنـد تعـرضي للتنمـر مـن قِبَـل أطفـال آخريـن، لكـن مستشـار القريـة كان مفيـداً للغايـة. وبوسـعي الآن التأقلـم مـع مختلـف الحـالات والأشـخاص".
فتاة من قرية إنقاذ الطفولة[131]

وتتيح المرحلة المتأخرة من الطفولة ومرحلة المراهقة فرصاً إضافية للتخفيف من آثار الأضرار التي تلحق بالطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، **ولبناء القدرة على التحمل**، والحد من العواقب الضارة للظروف التي تبدأ في الترسخ في تلك المرحلة من الحياة. والتدخلات التي تستهدف تقوية القدرات الاجتماعية والعاطفية – والرامية في كثير من الأحوال إلى تعزيز ضبط العواطف، وتعليم المهارات الحياتية، وزيادة الانتباه والتركيز، أو حتى اليوغا - قد تكون لها آثار وقائية[132]. وفي الوقت نفسه، يمكن للوالدين أو أفراد الأسرة الآخرين والأقران والمدارس والمجتمعات المحلية تكوين دائرة داخلية حاسمة في حماية المراهق. وقد يكون للتدخلات التي تتضمن الإرشاد الإيجابي وفرص كسب الرزق أثر مفيد أيضاً.

وترمي مبادرة "مساعدة المراهقين على الازدهار" التي تتشارك في قيادتها منظمة الصحة العالمية واليونيسف إلى توفير التوجيه البرنامجي بشأن الاستراتيجيات التي تركز على المجتمع المحلي والأسرة والمراهق من أجل تعزيز الصحة النفسية والوقاية من اعتلالات الصحة النفسية وتقليل الإضرار بالذات وغير ذلك من السلوكيات الخطرة لدى المراهقين[133].

وتعزز تدخلاتُ **التعلم الاجتماعي - العاطفي الشامل** في المجتمعات المحلية والمدارس الأداءَ الاجتماعي والعاطفي للأطفال، وتحسِّن أداءهم الأكاديمي، وتحد من سلوكهم الخطر، بما في ذلك التدخين وحمل المراهقات. ويمكن للأقران والمدرسين والمرشدين أن يقوموا بهذه التدخلات من خلال إدماجها في برامج الشباب أو المناهج الدراسية (مثل برنامج HealthWise في جنوب أفريقيا)[134].

وتستخدم أنجعُ هذه التدخلات **نهج شُمول المدرسة بأسرها** الذي يستمد فيه التعلمُ الاجتماعي - العاطفي الدعمَ من الأخلاق المدرسية ومن البيئة المادية والاجتماعية التي تعزز وتدعم الصحة النفسية الجيدة ويشارك فيها الموظفون والطلاب وأولياء الأمور والمجتمع المحلي. وتعمل هذه التدخلات مباشرة من خلال تعزيز الكفاءة الذاتية والثقة، ومن خلال الحد من مخاطر مثل التنمر. وتشير التحليلات الاقتصادية إلى أن تدخلات التعلم الاجتماعي - العاطفي في المدارس فعالة من حيث التكلفة، إذ تؤدي إلى تحقيق وفورات من خلال تحسين النتائج الصحية وانخفاض الإنفاق على نظام العدالة الجنائية[135].

"أعطتنا المعلّمة ورقة وقالت بإمكاننا أن نخربش فيها ونـدوس عليها ونلويها، لكن دون أن نمزقها. ثم طلبت منا أن نحاول إعادتها إلى هيئتها الأولى، لكن كان من المستحيل إزالة كل التجاعيد. ثم قالت: هذا ما يحدث عندما يتعرض أحدهم للتنمر".
فتى عمره *11* عاماً، النرويج[136]

وللجهود الرامية إلى التصدي للانتحار في صفوف المراهقين أهمية بالغة، وذلك نظراً لما تمثله الأفكار الانتحارية والانتحار بين المراهقين من شواغل كبرى تتصل بالصحة العمومية. وتشمل الاستراتيجيات الوقائية تدريب الطلاب على المهارات المجتمعية والمدرسية، وتحديد الشباب المعرضين للخطر، وتثقيف أطباء الرعاية الأولية، وتثقيف العاملين في الإعلام بشأن التغطية الاعلامية المسؤولة حول هذا الموضوع، والحد من سبل الوصول إلى وسائل الانتحار (مثل الأسلحة النارية ومبيدات الآفات والأدوية).

ومن الأمثلة على التدخل الفعال في الوسط المدرسي برنامج 'شباب واعٍ بالصحة النفسية'، الذي يتضمن تدريب المراهقين على مهارات حل المشاكل والتأقلم[137]. ويوفر برنامج "Going Off, Growing Strong" في كندا مثالاً لتدخل فعال على مستوى المجتمع المحلي. ويتيح البرنامج للشباب المعرضين للخطر فرصة المشاركة في الأنشطة المجتمعية وتلك الجارية في الأراضي الزراعية وبناء العلاقات مع النماذج الإيجابية للبالغين في نين، نوناتسيفوت (لابرادور).

وتركز التدخلات الوقائية المحددة الهدف على الشباب الذين مروا بتجارب تزيد من تعرضهم لخطر الاضطرابات النفسية أو الذين يُظهرون أعراضاً تشير إلى أنهم على حافة الإصابة بتلك الاضطرابات. وتعمل التدخلات التي تساعد المراهقين على التأقلم وبناء قدرتهم على التحمل، بما في ذلك التدريب على المهارات الإدراكية، على الوقاية من القلق والاكتئاب والانتحار[138].

وأصدرت منظمة الصحة العالمية **مبادئ توجيهية سريرية** بشأن التعامل مع الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لانتهاك جنسي، فضلاً عن مبادئ توجيهية أكثر عمومية عن تصدي القطاع الصحي لسوء معاملة الأطفال. وترمي المبادئ التوجيهية إلى مساعدة العاملين في الخطوط الأمامية في مجال الصحة على تقديم رعاية قائمة على الأدلة وعالية الجودة وواعية بالصدمات. وتتناول المبادئ التوجيهية

[الصورة 9: فتاة مراهقة تمسك بدُب لعبة محشو في مركز إغناسيا، بسانتا كروز، بوليفيا. ويقدم المركز المأوى وغير ذلك من أشكال الدعم، بما في ذلك المشورة والتثقيف، للناجين من الانتهاك الجنسي.

© UNICEF/UNI137672|Friedman-Rudovsky]

التدخلات النفسانية وتدخلات الصحة النفسية، بما في ذلك العلاج السلوكي الإدراكي مع التركيز على الصدمات، ومشاركة مقدمي الرعاية غير المُسيئين حيثما يكون القيام بذلك آمناً [139].

الإطار 15 –
مثال للعلاج السلوكي الإدراكي الذي يركز على الصدمات

العلاج السلوكي الإدراكي الذي يركز على الصدمات هو نموذج علاجي منظَّم قصير الأجل يرمي إلى تحسين مجموعة من النتائج لدى الأطفال والوالدين أو مقدمي الرعاية المصابين بالاضطراب التالي للصدمة وغيره من الصعوبات المتصلة بأحداث الحياة التي تُخلِّف صدمة نفسية. ويتكون العلاج بوجه عام من عدد يتراوح بين 8 جلسات و 16 جلسة تستغرق الواحدة منها ما بين 60 و 90 دقيقة، بمشاركة الأطفال و/أو مقدمي الرعاية غير المُسيئين، بصورة فردية أو في مجموعات.

ويتعلّم الأطفال مهارات التأقلم لمساعدتهم على التحكم في استجابتهم العاطفية للذكريات الصادمة. ويمكن أن يساعد هذا النهج أيضا الوالدين على التأقلم مع معاناة طفلهم من الصدمة.

والعلاج السلوكي الإدراكي الذي يركز على الصدمات ينفَّذ الآن على نطاق واسع وخضع تأثيره للتقييم على نحو كبير. وظهرت الأدلة على فعاليته في سياقات غنية وفقيرة بالموارد على السواء، وكاستجابة لتجارب صادمة متنوعة ومتعددة ومركبة.

وقد استُخدم النموذج، على سبيل المثال، مع أفراد وأسرهم في زامبيا، ومع مجموعات من الفتيان والفتيات في الكونغو، وداخل هياكل الخدمات أو البرامج القائمة في صفوف مجموعات متأثرة بالأحزان الناجمة عن صدمات في كينيا. ويتواصل استخدام النموذج في تنزانيا وزامبيا وكينيا. وجرى أيضاً إدماج برنامج للعلاج السلوكي الإدراكي الذي يركز على الصدمات ضمن عمل أماكن إيواء لشباب جرى الاتجار بهم جنسياً في كمبوديا[140].

وأصدرت منظمة الصحة العالمية أيضاً دليل تدخلات برنامج رأب الفجوة في الصحة النفسية للتعامل مع الاضطرابات النفسية والعصبية والناجمة عن تعاطي مواد الإدمان في مواقع تقديم الرعاية الصحية غير التخصصية[141]، الذي ينص على الإدارة المتكاملة للحالات ذات الأولوية باستخدام بروتوكولات لصنع القرار السريري من قِبل مقدمي الخدمات غير الاختصاصيين. ويشمل الدليل وحدة خاصة بالأطفال والمراهقين، تركز على النُهج الإيكولوجية والنفسية – الاجتماعية إزاء الرعاية.

ويوفر الدليل الصادر عن منظمة الصحة العالمية بعنوان الإسعافات الأولية النفسية: دليل العاملين في الميدان توجيهات بشأن المهارات والقدرات التي تتيح للأشخاص العاملين مع الأطفال الحد من الاضطراب الأوّلي الناجم عن الحوادث أو الكوارث الطبيعية أو النزاعات أو العنف بين الأشخاص أو الأزمات الأخرى[142]. وتشمل الموارد الهامة الأخرى الدليل التدريبي في مجال الإسعافات الأولية للممارسين المعنيين بالأطفال الصادر عن منظمة إنقاذ الطفولة، وبرنامج تعزيز قدرة الأطفال على التحمل الذي أعدته منظمة إنقاذ الطفولة والمركز النفسي – الاجتماعي التابع للاتحاد الدولي لجمعيات الصليب الأحمر والهلال الأحمر[143].

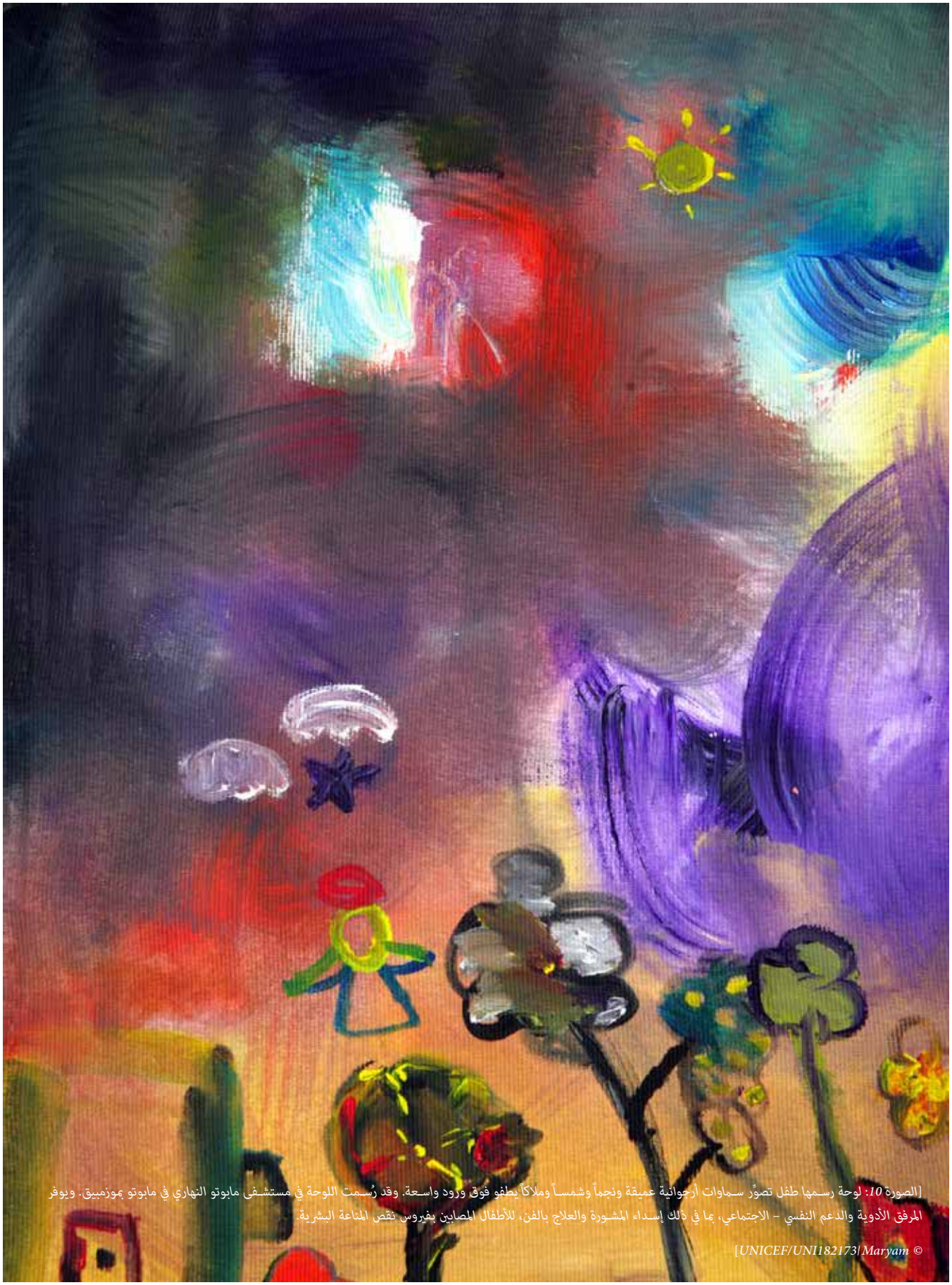
وترمي الضوابط الإرشادية للصحة العقلية والدعم النفس – اجتماعي في حالات الطوارئ الصادرة عن اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات[144] إلى تعزيز القدرة المجتمعية على التحمل، وتجنب التعامل مع الاضطراب من منظور طبي، والتشجيع النشط على الاستفادة من الخدمات. وترمي أيضاً إلى تحديد الحالات على نحو استباقي مع إحالتها إلى المختصين المعنيين، وإدماج الصحة النفسية في استجابات الرعاية الطبية والاجتماعية في حالات الطوارئ. وقيام أفراد المجتمعات المحلية والسلطات المحلية بدور نشط في كل مرحلة أمر

لابد منه لنجاح العمل وتنسيقه وتعزيز القدرات المحلية والاستدامة. ويُفترض أن تكفل الاستجابة المنسقة إرساء الأساس لنظام مستدام لرعاية الصحة النفسية[145]. وقد وضعت اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات أيضاً توجيهات إجرائية لبرامج الصحة النفسية والدعم النفسي – الاجتماعي المتعددة القطاعات أثناء جائحة كوفيد19-، وهي تشمل فصلاً خاصاً عن الأطفال[146].

وتوفر المبادئ التوجيهية الإجرائية بشأن دعم الصحة النفسية والدعم النفسي – الاجتماعي على الصعيد المجتمعي في السياقات الإنسانية الصادرة عن اليونيسيف التوجيه بشأن مجموعة من أشكال الدعم اللازمة للأطفال، من الخدمات الأساسية مروراً بالدعم الأسري/المجتمعي وصولاً إلى الرعاية الصحية النفسية السريرية[147]. وعلاوة على ذلك، تقوم اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية بإعداد مجموعة مقدَّرة التكلفة من الحد الأدنى للخدمات الأساسية في مجالي دعم الصحة النفسية والدعم النفسي – الاجتماعي، وذلك في حالات الطوارئ الجديدة وفي سياقات الأزمات المطولة الجارية على السواء. وستشمل هذه الخدمات الصحة والتعليم والحماية، وستساعد في بناء شبكة أمان للأطفال في تلك المجالات الأساسية.

الرسائل الرئيسية

- ثمة أدلة متزايدة على فعالية ومردودية تكلفة التدخلات الرامية إلى تعزيز الصحة النفسية وإلى الوقاية من اعتلالات الصحة النفسية لدى الأطفال والمراهقين، بمن فيهم أولئك الذين تعرضوا للعنف.
- هناك فوائد إيجابية طويلة الأجل للتدخلات الوقائية التي تركز على الصحة النفسية للأمهات، والتفاعل بين الأم والرضيع، واللعب والتحفيز، وذلك لكل من الأطفال والشباب.
- تُشكِّل التدخلات في مجالي الرعاية الوالدية ورفاه الطفل، استثمارات رئيسية من أجل كسر الدورات السامة التي ينتقل فيها العنف والفقر والأمراض النفسية عبر الأجيال.
- تشير الأدلة بشأن برامج التأهيل المجتمعي إلى أنها مقبولة محلياً ولها فوائد إيجابية للأطفال ذوي الإعاقات في النمو.
- التدريب على المهارات الحياتية داخل المدارس مثال للممارسات الجيدة في مجال بناء القدرات العاطفية والاجتماعية لدى الأطفال من جميع الأعمار.
- تسفر التدخلات في مجال التعلّم الاجتماعي - العاطفي في المدارس عن وفورات حقيقية، نتيجة لتحسين النتائج الصحية وخفض الإنفاق على نظام العدالة الجنائية.
- تتضمن أكثر الاستراتيجيات نجاحاً لمنع الانتحار؛ التدريب على المهارات، وتثقيف أطباء الرعاية الأولية، والتغطية الإعلامية المسؤولة حول موضوع الانتحار من قِبَل وسائل الإعلام، والحد من سبل الوصول إلى وسائل الانتحار.
- أصدرت منظمة الصحة العالمية مبادئ توجيهية سريرية لدعم العاملين في الخطوط الأمامية في مجال الصحة والصحة النفسية في تقديم رعاية قائمة على الأدلة وعالية الجودة وواعية بالصدمات لضحايا العنف من الأطفال، وتقديم رعاية الصحة النفسية والدعم النفسي – الاجتماعي للأطفال المتأخرين في النمو والأطفال الذين يعانون من مشاكل عاطفية أو سلوكية.
- ثمة مجموعة متنامية من الأدلة على فعالية التدخلات السريرية لصالح الأطفال الذين يعانون من اعتلالات الصحة النفسية في سياقات الطوارئ.



[الصورة *10*: لوحة رسمها طفل تصوّر سماوات أرجوانية عميقة ونجماً وشمساً وملاكاً يطفو فوق ورود واسعة. وقد رُسمت اللوحة في مستشفى مابوتو النهاري في مابوتو بموزمبيق. ويوفر المرفق الأدوية والدعم النفسي – الاجتماعي، بما في ذلك إسداء المشورة والعلاج بالفن، للأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية.

[UNICEF/UNI182173|Maryam ©

6 - بناء بيئة حاضنة وحامية ومُمكِّنة للأطفال من أجل الأطفال ومعهم

ينبغي للجهود الرامية إلى التصدي لآثار العنف ضد الأطفال على الصحة النفسية أن **تسترشد بالمعايير الدولية لحقوق الإنسان**، مثل اتفاقية حقوق الطفل واتفاقية حقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. وينبغي أن تتواءم أيضاً مع **خطة التنمية المستدامة لعام 2030**. ويجب أن تعكس أيضاً نهجاً حديثاً في مجال الصحة العامة. ويتمثل أحد المبادئ الرئيسية لهذا النهج في أن الصحة النفسية الجيدة تعني أكثر بكثير من عدم وجود مرض نفسي.

ويتطلب إعمال حق الأطفال ضحايا العنف في أعلى مستوى ممكن من الصحة العقلية **اتخاذ إجراءات شاملة ومنسقة**، تستند إلى إطار قانوني قوي وقائم على السياسات . ويجب أن يكون دعم الصحة النفسية جزءاً من خدمات الحماية الرئيسية للأطفال وينبغي تطويره من خلال نهج قائم على حقوق الطفل ومتعدد القطاعات. ويتعين أن يعالج هذا النهج المخاطر التي تواجه الأطفال على جميع المستويات وأن يضمن الرعاية الصحية النفسية الجيدة لجميع من يحتاجون إليها. وتوجد بالفعل أطر هامة لتوجيه إجراءات الدول في هذا المجال، مثل خطة عمل منظمة الصحة العالمية للصحة النفسية للفترة 2013-2020[148] ولجنة لانسيت المعنية بالصحة النفسية العالمية والتنمية المستدامة[149].

وتتمثل نقطة الانطلاق لبناء بيئة حاضنة وحامية ومُمكِّنة للأطفال في **حماية وتعزيز السلامة النفسية للجميع** ومعالجة المحددات الاجتماعية الاقتصادية للصحة النفسية. وهذا ضروري لتهيئة الظروف التي تسمح للأطفال بالنماء والازدهار والاستفادة من طاقاتهم الكامنة.

ومن أجل تحقيق ذلك، فإن معالجة العوامل الاجتماعية والبيئية التي تُشكِّل الصحة النفسية في أكثر الفترات حساسية من ناحية النمو يعد أمراً حيوياً، وكذلك التصدي للمخاطر على جميع مستويات النموذج الإيكولوجي الاجتماعي. وتعالج العديد من أهداف التنمية المستدامة تلك العوامل تحديداً، كما ينطوي التقدم نحو إحراز تلك الأهداف على إمكانية تعزيز الصحة النفسية والحد من العبء العالمي لاعتلالات الصحة النفسية.

وتتطلب الوقاية مزيجاً من التدخلات الشاملة والمحددة الهدف، مع التركيز تحديداً على احتياجات الفئات الضعيفة. ويشمل ذلك اتخاذ إجراءات للتصدي للوصم والتمييز والأعراف الاجتماعية الضارة وانتهاكات حقوق الإنسان التي تقوِّض الصحة النفسية للأطفال. وبالإضافة إلى ذلك، يجب أن تتصدى جهود الوقاية للتهديدات المتزايدة للصحة النفسية الناجمة عن التحديات العالمية، مثل تغير المناخ وتزايد عدم المساواة وتفشي الأمراض.

ويجب توسيع نطاق خدمات الصحة النفسية للأطفال بوصفها **عنصراً أساسياً في التغطية الصحية الشاملة**، وينبغي إدماجها بالكامل في الاستراتيجيات الأخرى في ميداني الصحة ومنع العنف. وينبغي تقديم الخدمات الجيدة داخل المجتمع المحلي، وتجنُّب الإيداع في مؤسسات، والمعالجة من منظور طبي قدر الإمكان. ومن الأفضل عند تطوير الخدمات تجنُّب إيجاد خدمات للصحة النفسية المقتصرة على ضحايا العنف، إذ أن ذلك يمكن أن يُفضي إلى الوصم.

ويجب تطوير خدمات الرعاية الصحية والاجتماعية الشاملة على مستوى المجتمع المحلي بما يكفل استمرار مقدمي الرعاية في تقديم الخدمات، والتعاون الفعَّال بين مقدمي الرعاية الرسمية وغير الرسمية، وتعزيز الرعاية الذاتية. ومن الأهمية بمكان أيضاً توفير الاكتشاف والتدخل المبكرين لصالح الصحة النفسية للأطفال.

ويُشكِّل **تمكين الأطفال** من المشاركة في القرارات المتعلقة برعايتهم - وهو حق مكرَّس في اتفاقية حقوق الطفل - عنصراً أساسياً في أي نهج قائم على الحقوق إزاء الصحة النفسية. ويأخذ الكثير من الشباب بالفعل زمام المبادرة في دعم صحتهم النفسية ورفاههم، فضلاً عن مبادرات التساند بين الأقران[150]. وهم منخرطون بقوة في البرامج المتعلقة بالصحة النفسية، سواء على شبكة الإنترنت أو خارجها. غير أنه من النادر أن يجري الإنصات لأصواتهم. وفيما يتعلق بالأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية وإعاقات نفسية - اجتماعية، يجب أن يتشكل تصميم الاستجابات المنفذة لصالحهم وتقديمها وتقييمها وفقا لآراء هؤلاء الأطفال وتجاربهم.

"كان عليَّ الاختيار بين القبول والتدمير. وأدركت أنني إن لم أقبل ماضيّ فإنه سيدمرني. ولم يكن إطلاق العنان للألم أيسر ما يمكن فعله، لكنني كنت أعرف أن في ذلك مصلحتي الفضلى".

'لي'، ناجٍ وضابط شرطة، تايلند[151]

ومن الضروري توفير العدد السليم والتوزيع المنصف ل**لمهنيين الصحيين ومقدمي الخدمات الاجتماعية المؤهلين المراعين لظروف المرضى من ذوي المهارات المناسبة**. ويعادل ذلك في الأهمية بناء معارف ومهارات مهنيي الصحة العامة والصحة التخصصية ومقدمي

الإطار 16 –

وجهات نظر الأطفال والشباب بشأن كيفية تعزيز صحتهم النفسية وحمايتها

نفذت الشبكة الأوروبية للمستشارين الشباب، التي تسدي المشورة للشبكة الأوروبية لأمناء المظالم المعنيين بالأطفال، مشروعاً في عام 2018 بشأن كيفية تعزيز وحماية الصحة النفسية للأطفال بوجه عام. وأسفر ذلك عن توصيات لقطاعي التعليم والصحة، وكذلك للحكومات والمجتمعات المحلية ووسائل الإعلام[152].

التعليم

- المزيد من التدريب للمعلمين من أجل تحسين الوقاية من متاعب الصحة النفسية لدى الأطفال واكتشافها
- المزيد من توعية الأطفال بحقوقهم وبالصحة النفسية والتنوع
- المزيد من المناقشة في المدارس بشأن الصحة النفسية من أجل المساعدة في الحد من الوصم والتمييز
- إيجاد فضاءات آمنة يستطيع فيها الأطفال طلب العون دون خوف من الأحكام
- إيلاء أهمية متساوية للنمو العاطفي للطفل في المدارس وعدم التركيز فقط على النجاح الأكاديمي.

الصحة

- المزيد من حملات التوعية للحد من الوصم وتشجيع الشباب على طلب العون، لا سيما مبادرات التساند بين الأقران
- المزيد من الرسائل الإيجابية والتركيز على الحلول العملية للصحة النفسية مثل الأكل الصحي وإجراء التمارين الرياضية بانتظام، والتمتع بشبكة دعم تتكون من أشخاص محل ثقة
- ينبغي أن يكون بوسع الأطفال طلب عون الاختصاصيين دون موافقة الوالدين: ينبغي تخفيض سن الرشد الطبي ليكون - على أقل تقدير - 16 سنة
- تخفيض قوائم الانتظار في خدمات الصحة النفسية للأطفال، وضمان توفير العلاج على يد أشخاص مدربين بشكل ملائم على المسائل التي تخص الأطفال
- تمكين الأطفال من الحصول على الخدمات المجتمعية إلى أقصى حد ممكن
- إتاحة خطوط مساعدة الأطفال على مدار الساعة وطيلة أيام الأسبوع لتوفير المعلومات والدعم
- اعتماد نُهُج لا تقوم فقط على تطبيب الأطفال والمراهقين، بل تعزز أيضاً العلاقات الأسرية الإيجابية، وتحل المنازعات، وتزرع الثقة، وتخفض العدوانية.

وسائل الإعلام

- زيادة وعي الجمهور بقضايا الصحة النفسية بطريقة تحمي الأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة النفسية من الوصم.
- استخدام منصات ومضامين يستطيع الأطفال الوصول إليها والإكثار من استخدامها.

الحكومة

- تثقيف الوالدين بحقوق الطفل ونمائه وعلامات الاضطراب لدى الأطفال.
- توفير حلقات عمل للأطفال والوالدين بشأن تعزيز العلاقات الصحية.
- تقديم المساعدة المالية للأسر المعوزة بطريقة متكتمة.
- تقديم خدمات فعالة للأطفال ذوي الإعاقة وأولئك الذين يواجهون متاعب صحية بحيث يتسنى لهم طلب الدعم حينما يحتاجون إليه، على أن يكون ذلك مدعوماً بالبنى التحتية المناسبة (مثل الممرات المنحدرة) لضمان قدرتهم على المشاركة الكاملة في جميع الأنشطة.
- ضمان عدم تمييز القوانين ضد أي شخص يعاني من اعتلالات الصحة النفسية.

المجتمع المحلي

- إيجاد فضاءات داخل المجتمعات المحلية يمكن فيها للأطفال والبالغين مناقشة أية مسائل تؤثر عليهم.
- توفير فرص للمشاركة الحرة للأطفال في الأنشطة الرياضية والثقافية أثناء وقت فراغهم.

الخدمات الاجتماعية لتقديم خدمات قائمة على الأدلة، وملائمة ثقافياً، وموجهة نحو حقوق الإنسان في مجالات الصحة النفسية والخدمات النفسية – الاجتماعية وخدمات الحماية. ويجب أيضاً تعزيز الروابط بين قطاعات التعليم والصحة وحماية الطفل، لغايات من بينها ضمان الإحالة المناسبة فيما بين تلك القطاعات.

وثمة حاجة إلى **استثمارات إضافية كبيرة** لتعزيز وحماية الصحة النفسية للأطفال. وخاصةً مع ما يواجهه العالم من الخسائر الفادحة الناجمة عن جائحة كوفيد19- وتأثيرها المؤكد على الصحة النفسية للوالدين والأطفال (انظر الإطار3). و يعد تعزيز النظم الصحية في أعقاب الجائحة أمراً حيوياً، ويجب أن يشمل هذا التعزيز تقوية خدمات الصحة النفسية للأطفال والمراهقين، فضلاً عن نظم حماية الطفل الأوسع.

بيد أن هناك في الوقت نفسه فرصة فورية لاستخدام الموارد الموجودة فعلاً بأكبر قدر من الكفاءة والفعالية. وتشمل هذه الفرصة ما يلي:

- إعادة توزيع ميزانيات الصحة النفسية من المستشفيات الكبيرة إلى مستشفيات المقاطعات والخدمات المحلية المجتمعية
- اعتماد تدخلات مبكرة فيما يتعلق باعتلالات الصحة النفسية المستجدة في صفوف الأطفال والشباب
- تطوير هياكل وسيطة في مجال الطب النفسي للأطفال والمراهقين (مثل 'بيوت المراهقين') للحد من حالات دخول المستشفى والوصم، ولتحسين فرص الحصول على الرعاية المتمحورة حول الطفل والمستجيبة لاحتياجات المراهقين
- إدماج التعزيز والوقاية والرعاية في مجال الصحة النفسية في المنصات القائمة لتوفير الصحة والرفاه الجيدين للأطفال والشباب، بما في ذلك من خلال المدارس والمنصات الرقمية[153]
- دعم تدريب المعلمين في مجال التعلم الاجتماعي – العاطفي.

وفي غضون ذلك، **يتعين أن تنمو الاستثمارات في مجالي البحث والابتكار**. ويلزم تصحيح الاختلال الحالي المتمثل في إجراء البلدان المرتفعة الدخل لمعظم البحوث، بما يضمن أن يكون لدى البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل استراتيجيات ملائمة ثقافياً وفعالة من حيث التكلفة للاستجابة لاحتياجات وأولويات الأطفال في مجال الصحة النفسية، ولا سيما أولئك المعرضون للعنف. وتشمل المعلومات الأساسية اللازمة لاتخاذ إجراءات فعالة دعماً لصحتهم النفسية ما يلي:

- مدى انتشار مشاكل الصحة النفسية التي يعانون منها، و طبيعتها
- تغطية السياسات والتشريعات والتدخلات والخدمات
- بيانات النتائج الصحية
- بيانات النتائج الاجتماعية والاقتصادية
- البحوث التي يقودها الأطفال والشباب

ويتعين تصنيف تلك البيانات حسب نوع الجنس والسن، وأن تعكس الاحتياجات المتنوعة للفئات السكانية الفرعية، بما في ذلك الأفراد من المجتمعات المحلية المتنوعة جغرافياً والمجتمعات الأكثر هشاشة.

وأخيراً، وفي الوقت الذي يمضي فيه المجتمع الدولي قدماً في عِقد العمل من أجل تحقيق أهداف التنمية المستدامة بحلول عام 2030، يجب وضع أطر للرصد والمساءلة. ويجب أن تكفل هذه الأطر اتخاذ إجراءات فعالة تهدف إلى تعزيز الصحة النفسية لجميع الأطفال، ومنع اعتلالات الصحة النفسية بين الأطفال الذين يعانون من العنف، وتوفير العلاج والرعاية لجميع من هم بحاجة إليهما.

الرسائل الرئيسية

- ينبغي أن يسترشد العمل الرامي إلى مواجهة التأثير الضار للعنف على الصحة النفسية للأطفال باتفاقية حقوق الطفل وخطة التنمية المستدامة لعام 2030.
- الصحة النفسية الجيدة تعني أكثر بكثير من عدم وجود إعاقة عقلية.
- من الضروري تهيئة الظروف التي تسمح للأطفال بالنماء والازدهار والاستفادة من طاقاتهم الكامنة.
- يلزم اتخاذ إجراءات شاملة ومنسقة لحماية الصحة النفسية والبدنية للأطفال، استناداً إلى نهج مشترك بين عدد من القطاعات وأصحاب المصلحة.
- من الضروري إيلاء الأولوية للوقاية من مشاكل الصحة النفسية الناجمة عن التعرُّض للعنف والتصدي للمخاطر على جميع مستويات النموذج الإيكولوجي الاجتماعي، بدءاً من الطفل الفرد مروراً بنظم الأسرة والمجتمع المحلي، وصولاً إلى الأعراف والسياسات الاجتماعية.
- تتطلب الوقاية مزيجاً من التدخلات الشاملة والمحددة الهدف، مع التركيز تحديداً على احتياجات الفئات الضعيفة.
- يجب توسيع نطاق خدمات الصحة النفسية بوصفها عنصراً أساسياً في التغطية الصحية الشاملة.
- ينبغي تقديم الخدمات الجيدة داخل المجتمع المحلي، وتجنُّب الإيداع في مؤسسات، والمعالجة من منظور طبي حيثما أمكن ذلك.
- يجب أن تكون المشاركة الأخلاقية والمجدية للأطفال في صميم العمل الجاري بشأن هذه المسألة، بعدة وسائل من بينها مبادرات التساند بين الأقران.
- من الضروري توفير العدد الصحيح والتوزيع الصحيح للعاملين المهرة في مجال الصحة النفسية، والعاملين في مجال الصحة النفسية على صعيد المجتمع المحلي، ومقدمي الخدمات الاجتماعية، وأخصائيي التربية المدرَّبين، والأخصائيين الاجتماعيين في المدارس، من أجل ضمان القدرة على الحصول على خدمات الصحة النفسية والخدمات النفسية – الاجتماعية التي تكفل الحماية والتعزيز.
- يلزم القيام باستثمارات إضافية كبيرة في نظم وخدمات الصحة النفسية للأطفال والشباب، فضلاً عن البحوث والابتكار، بينما يتعين اتخاذ إجراءات لتحقيق أفضل استخدام ممكن للاستثمارات القائمة بالفعل.
- يجب وضع أطر قوية للرصد والمساءلة لضمان اتخاذ إجراءات فعالة لدعم الصحة النفسية للأطفال الذين يتعرضون للعنف.

الحواشي

(1) ECPAT International, 'Matthew: Not speaking was like an emotional cancer', Survivors' Voices, ECPAT International, Bangkok, 2016, <https://www.ecpat.org/survivor-voices/matthews-story-survival-justice/>.

(2) Hillis, Susan D., James A. Mercy and Janet R. Saul, 'The Enduring Impact of Violence against Children', *Psychology, Health & Medicine*, vol. 22, no. 4, 2017, pp. 393–405.

(3) World Health Organization, 'Adolescent Mental Health: Fact sheet', WHO, Geneva, 23 October 2019, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health.

(4) World Health Organization, 'Strengthening our response', WHO, Geneva, 30 March 2018, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

(5) المرجع نفسه.

(6) Patel, Vikram, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development', *The Lancet*, vol. 392, no. 10157, October 2018, https://www.thelancet.com/commissions/global-mental-health.

(7) World Health Organization and the Gulbenkian Global Mental Health Platform. *Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities*. Geneva, World Health Organization, 2015.

(8) United Nations Children's Fund, 'Violent Deaths', UNICEF, New York, November 2017, <https://data.unicef.org/topic/child-protection/violence/violent-deaths/>.

(9) Ligiero, Daniela, et al., *What Works to Prevent Sexual Violence against Children: Evidence review*, Together for Girls, Washington D.C., 2019, <https://www.togetherforgirls.org/svsolutions>.

(10) WePROTECT Global Alliance, Global Threat Assessment 2019: *Working together to end the sexual exploitation of children online,* End Violence Against Children, New York, 2019 https://static1.squarespace.com/static/5630f48de4b00a75476ecf0a/t/5deecb0fc4c5ef23016423cf/1575930642519/FINAL+-+Global+Threat+Assessment.pdf.

(11) United Nations Office on Drugs and Crime, *Global Report on Trafficking in Persons 2018,* UNODC, Vienna, 2018 (United Nations publication, Sales No. E.19.IV.2), <https://www.unodc.org/e4j/data/_university_uni_/global_report_on_trafficking_in_persons_2018.html>.

(12) Office of the Special Representative of the Secretary-General on Violence against Children, *Keeping the Promise: Ending violence against children by 2030,* OSRSG-VAC, New York, 2019, <https://violenceagainstchildren.un.org/news/keeping-promise-ending-violence-against-children-2030>.

(13) Jones, Lisa, et al., 'Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies'. *Lancet*. 2012; 380:899-907.

(14) United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, *Behind the Numbers: Ending school violence and bullying,* UNESCO, Paris, 2019, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000366483>.

(15) United Nations Children's Fund, A Familiar Face: *Violence in the lives of children and adolescents,* UNICEF, New .York, 2017, <https://data.unicef.org/resources/a-familiar-face

(16) المرجع نفسه.

(17) Stoltenborgh, Marije, et al., 'The Universality of Childhood Emotional Abuse: A meta-analysis of worldwide .prevalence', *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma,* vol. 21, no. 8, 2012, pp. 870–890

(18) Wincentak, Katherine, Noel Card and Jennifer Connolly, 'Teen Dating Violence: A meta-analytic review of .prevalence rates', *Psychology of Violence* vol. 7, no. 2, 2017, pp. 224–241

(19) ChildFund Alliance, *Small Voices, Big Dreams 2019: Violence against children as explained by children,* ChildFund Alliance, New York, 2019, <https://www.smallvoicesbigdreams.org/reports/Report_Small_Voices_Big_Dreams_2019. .pdf

(20) Leoschut, Lezanne and Zuhayr Kafaar, 'The Frequency and Predictors of Poly-victimisation of South African .Children and the Role of Schools in its Prevention', *Psychology, Health & Medicine,* vol. 22, no. 1, 2017, pp. 81–93

(21) Bulger, Monica and Patrick Burton, 'Online Violence in Schools: Cyberbullying and other adverse online experiences', cited in Kumar, Shiva, A.K, et al., 'Ending Violence in Childhood: A global imperative', *Psychology, Health & .Medicine,* vol. 22, suppl. 1, 2017

(22) Kumar, Shiva, A.K, et al., 'Ending Violence in Childhood: A global imperative', Psychology, Health & Medicine, vol. .22, suppl. 1, 2017

(23) United Nations Committee on the Rights of the Child, General comment no. 13, 'The Right of the Child to Freedom from all Forms of Violence', CRC/C/GC/13, UNCRC, Geneva, 18 April 2011, <https://www2.ohchr.org/english/ .bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_en.pdf

(24) World Health Organization, *INSPIRE: Seven strategies for ending violence against children,* WHO, Geneva, 2016, .<https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire-package

(25) United Nations Children's Fund, *UNICEF Humanitarian Action for Children 2018: Overview,* UNICEF, New York, .2018, <https://www.unicef.org/publications/index_102492.html

(26) .*WHO, INSPIRE*

(27) End Violence against Children, 'Leaders Call for Action to Protect Children from Violence and Abuse during COVID-19', End Violence against Children, New York, 24 April 2020, https://www.end-violence.org/articles/ .leaders-call-action-protect-children-violence-and-abuse-during-covid-19

(28) Cuevas-Parra, Patricio and Maria Stephano, *Children's Voices in Times of COVID-19: Continued child activism in the face of personal challenges,* World Vision International, Geneva, 2020, <https://www.wvi.org/publications/report/ .<world-vision-european-union/childrens-voices-times-covid-19

(29) Meinck, Franzisca, et al., 'Disclosure of Physical, Emotional and Sexual Child Abuse, Help-seeking and Access to Abuse Response Services in Three South African Provinces', *Psychology, Health & Medicine,* vol. 22, no. 1, 2017, pp. .94–106

(30) Pereznieto, Paola, et al, *The Costs and Economic Impact of Violence against Children,* Overseas Development Institute and ChildFund Alliance, London, 2014, https://www.odi.org/publications/8845-costs-and-economic-impact- .violence-against-children

(31) Peterson, Cora, Curtis Florence and Joanne Klevens, 'The Economic Burden of Child Maltreatment in the United States, 2015', *Child Abuse and Neglect,* vol. 86, 2018, pp. 178–183.

(32) Fang, Xiangming, et al., 'The Burden of Child Maltreatment in the East Asia and Western Pacific Region', *Child Abuse and Neglect,* vol. 42, 2015, pp. 146–62.

(33) Kumar, et al., 'Ending Violence in Childhood'.

(34) United for Global Mental Health, 'Children and Mental Health: Time to act', UGMH, London, n.d., https://static1.squarespace.com/static/5d42dd6674a94c000186bb85/t/5d77825213f0f97c808115d6/1568113238548/Children+and+mental+health+-+Time+To+Act+FINAL.pdf.

(35) Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.

(36) المرجع نفسه.

(37) المرجع نفسه.

(38) Mental Health Foundation, 'Children and Young People', Mental Health Foundation, London, January 2016, www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/c/children-and-young-people.

(39) Erskine, Holly, et al., 'The Global Coverage of Prevalence Data for Mental Disorders in Children and Adolescents', *Epidemiology and Psychiatric Sciences,* vol. 26, no. 4, August 2017.

(40) Child Helpline International, *Voices of Children and Young People: Child helpline data for 2017 & 2018,* Child Helpline International, Amsterdam, 2019, https://www.childhelplineinternational.org/data-overview/publications/voices-of-children-young-people/.

(41) Bloom, David, et al., *The Global Economic Burden of Non-communicable Disease,* World Economic Forum, Geneva, 2011, <https://www.dr-rath-foundation.org/wp-content/uploads/2020/03/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf>.

(42) Hillis, et al., 'The Enduring Impact of Violence against Children'.

(43) Stapleton, Jane G., et al., The Mental Health Needs of Children Exposed to Violence in their Homes', White Papers and Other PIRC Reports 6, New Hampshire Coalition against Domestic and Sexual Violence, Concord N.H., 2011, https://scholars.unh.edu/pirc_reports/6/.

(44) Stapleton, et al., *The Mental Health Needs of Children Exposed to Violence in their Homes*.

(45) Murphy, Kevin D., et al., '"You don't Feel": The experience of youth benzodiazepine misuse in Ireland', *Journal of Psychoactive Drugs,* vol. 50, no. 2, 2018.

(46) Thoresen, Siri, et al., 'Violence against Children, later Victimisation, and Mental Health: A cross-sectional study of the general Norwegian population', *European Journal of Psychotraumatology,* vol. 6, no. 1, January 2015.

(47) Kolltveit, Silje, et al., 'Risk Factors for PTSD, Anxiety, and Depression among Adolescents in Gaza', *Journal of Traumatic Stress,* vol. 2, no. 2, April 2012.

(48) Merrick, Melissa T., et al., 'Vital Signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention – 25 states 2015–2017', *Morbidity and Mortality Weekly Report,* vol. 68, no. 44, November 2019.

(49) Fan, Amy Z., et al., 'Applying Structural Equation Modeling to Measure Violence Exposure and Its Impact on Mental Health: Malawi violence against children and young women survey', *Journal of Interpersonal Violence,* November 2017, doi: 10.1177/0886260517741214.

(50) Chan, Ko Ling, et al., 'Associating Child Sexual Abuse with Child Victimization in China, Journal of Pediatrics, Ford, Julian D., et al., 'Poly-victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive,و ؛ vol. 162, 2013, pp. 1028–1034 and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents', *Journal of* Segura, Anna, et al., 'Poly-victimization and Psychopathology و ؛ *Adolescent Health* vol. 46, 2010, pp. 545–552 Soler, Laia, etو ؛ among Spanish Adolescents in Residential Care', *Child Abuse & Neglect* vol. 55, 2016, pp. 40–51 al., 'Impact of Poly-victimization on Mental Health: The mediator and/or moderator role of self-esteem', *Journal of* .*Interpersonal Violence,* vol. 28, no. 13, May 2013, pp. 2695–2712

(51) Merrick et al., 'Vital Signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood .experiences and implications for prevention', 2019

(52) Hughes, Karen, et al., 'The Effect of Multiple Adverse Childhood Experiences on Health: A systematic review and .meta-analysis', *The Lancet Public Health,* vol. 2, August 2017, e356–366

(53) المرجع نفسه.

(54) .'Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development

(55) .Osofsky, Joy D., 'The Impact of Violence on Children', *The Future of Children,* vol. 9, no. 3, Winter 1999, pp. 33–49

(56) Charak, Ruby, et al., 'Patterns of Childhood Maltreatment and Intimate Partner Violence, Emotion Dysregulation, and Mental Health Symptoms among Lesbian, Gay, and Bisexual Emerging Adults: A three-step latent class .approach', *Child Abuse & Neglect,* vol. 89, March 2019

(57) المرجع نفسه.

(58) Afifi, Tracie O., et al., 'Examining the Relationships between Parent Experiences and Youth Self-reports of Slapping/ .Spanking: A population-based cross-sectional study', *BMC Public Health,* vol. 19, October 2019

(59) .'Charak et al., 'Patterns of Childhood Maltreatment

(60) .'Osofsky, 'The Impact of Violence on Children

(61) Baker, Linda L. and Allison J. Cunningham, *Learning to Listen, Learning to Help: Understanding woman abuse and its effects on children,* Centre for Children & Families in the Justice System, London Ontario, 2005

(62) .'Osofsky, 'The Impact of Violence on Children

(63) Osofsky, Joy D., 'The Effects of Exposure to Violence on Young Children', *American Psychologist,* vol. 50, no. 9, .September 1995, pp. 782–788

(64) Gorman-Smith, Deborah and Patrick Tolan, 'The Role of Exposure to Community Violence and Developmental .Problems among Inner-city Youth, *Development and Psychopathology,* vol. 10, no. 1, March 1998, pp. 101–116

(65) Cooley-Quille, Michele, Samuel M. Turner and Deborah B. Beidel, 'Emotional Impact of Children's Exposure to Community Violence: A preliminary study', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* .vol. 34, no. 10, October 1995, pp. 1362–1368

(66) United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Leading Minds Conference 2019: Summary report,* UNICEF and WHO, Geneva, 2019, <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/ Final_Summary_Report_ .<Leading_Minds_2019.pdf

(67) Jenkins, Esther J. and Carl C. Bell, 'Exposure and Response to Community Violence among Children and Adolescents', in Osofsky, Joy D. (ed.), *Children in a Violent Society,* Guilford Press, New York, 1998.

(68) Osofsky, Joy D., 'Children Who Witness Domestic Violence: The invisible victims', *Social Policy Report,* vol. 9, no. 3, December 1995, pp. 1–20.

(69) ChildFund Alliance, *Small Voices, Big Dreams 2019*.

(70) Berens, Anne E., Sarah K.G. Jensen and Charles A. Nelson, 'Biological Embedding of Childhood Adversity: From physiological mechanisms to clinical implications', *BMC Medicine,* vol. 15, no. 1, 2017, p. 135؛ Jensen, Sarah K.G., و Anne E. Berens and Charles A. Nelson, 'Effects of Poverty on Interacting Biological Systems Underlying Child Development', *The Lancet Child and Adolescent Health,* vol. 1, no. 3, 2017, pp. 225–239؛ Pereira, Jessica, et al., و 'Mothers' Personal and Interpersonal Function as Potential Mediators between Maternal Maltreatment History and Child Behavior Problems', *Child Maltreatment,* vol. 23, no. 2, 2018, pp. 147–156؛ Rijlaarsdam, Jolien, et al., و 'Maternal Childhood Maltreatment and Offspring Emotional and Behavioral Problems: Maternal and paternal mechanisms of risk transmission', *Child Maltreatment*, vol. 19, no. 2, 2014, pp. 67–78؛ Rieder, Amber D., et al., و 'Impact of Maternal Adverse Childhood Experiences on Child Socioemotional Function in Rural Kenya: Mediating role of maternal mental health', *Developmental Science,* vol. 22, no. 5, March 2019.

(71) Goodman, Michael L., et al., 'Childhood Exposure to Emotional Abuse and Later Life Stress among Kenyan Women: A mediation analysis of cross-sectional data', *Anxiety, Stress and Coping,* vol. 30, no. 4, 2017, pp. 469–483.

(72) Pearson, Rebecca M., et al., 'Maternal Depression during Pregnancy and the Postnatal Period: Risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years', *JAMA Psychiatry,* vol. 70, no. 12, December 2013, pp.1312–1319.

(73) Khadr, Sophie, et al., 'Mental and Sexual Health Outcomes following Sexual Assault in Adolescents: A prospective cohort study', *The Lancet Child and Adolescent Health,* vol. 2, no. 9, September 2018, pp. 654–655.

(74) Machisa, Merciline T., Nicola Christofides and Rachel Jewkes, 'Structural Pathways between Child Abuse, Poor Mental Health Outcomes and Male-Perpetrated Intimate Partner Violence (IPV)', *PLoS One,* vol. 11, no. 3, 2016, e0150986.

(75) Biedermann, Sarah V., et al., 'Sexual Abuse but not Posttraumatic Stress Disorder is Associated with Neurocognitive Deficits in South African Traumatized Adolescents', *Child Abuse Negl.* vol. 80, June 2018, pp. 257–267.

(76) Global Initiative to End All Corporal Punishment of Children, *Corporal Punishment of Children: Review of research on its impact and associations,* London, June 2016, http://endcorporalpunishment.org/wp-content/uploads/research/Research-effects-review-2016-06.pdf.

(77) Voisin, Dexter R., Torsten B. Neilands and Shannon Hunnicutt, 'Mechanisms Linking Violence Exposure and School Engagement among African American Adolescents: Examining the roles of psychological problem behaviors and gender', *Am J Orthopsychiatry,* vol. 81, no. 1, 2011, pp. 67–71؛ Foshee, Vangie Ann, et al., 'A Longitudinal Examination of Psychological, Behavioral, Academic, and Relationship Consequences of Dating Abuse Victimization among a Primarily Rural Sample of Adolescents', *J Adolesc Health,* vol. 53, no. 6, 2013, pp. 723–729.

(78) Norman, Rosana E., et al., 'The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A systematic review and meta-analysis', *PLoS Medicine,* vol. 9, no. 11, 2012, e1001349.

(79) Zhu, Yuhong, et al., 'Parent-Child Attachment Moderates the Associations between Cyberbullying Victimization and Adolescents› Health/Mental Health Problems: An exploration of cyberbullying victimization among Chinese adolescents', *J Interpers Violence,* June 2019, doi: 10.1177/0886260519854559.

(80) World Health Organization, *Preventing suicide: a resource for filmmakers and others working on stage and screen.* Geneva: World Health Organization; 2019.

(81) الأمم المتحدة، "دراسة الأمم المتحدة العالمية عن الأطفال المحرومين من الحريّة"، الأمم المتحدة، نيويورك، 2019، <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRC/StudyChildrenDeprivedLiberty/Pages/Index.aspx>.

(82) Sherr, Lorraine, Kathryn J. Roberts and K. Natasha Gandhi, 'Child Violence Experiences in Institutionalised/Orphanage Care', *Psychology, Health & Medicine,* vol. 22, suppl. 1, 2017, pp. 31–57.

(83) الأمم المتحدة، دراسة الأمم المتحدة العالمية عن الأطفال المحرومين من الحريّة.

(84) المرجع نفسه.

(85) المرجع نفسه.

(86) World Health Organization, *Care of Girls and Women Living with Female Genital Mutilation: A clinical handbook,* WHO, Geneva, 2018, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en>.

(87) John, Neetu A., Jeffrey Edmeades and Lydia Murithi, 'Child Marriage and Psychological Well-being in Niger and Ethiopia', *BMC Public Health,* vol. 19, no. 1029, 2019.

(88) Office of the Special Representative of the Secretary-General on Violence against Children, *Protecting Children Affected by Armed Violence in the Community,* OSRSG-VAC, New York, 2016, <https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/documents/publications/2._protecting_children_affected_by_armed_violence_in_the_community.pdf>.

(89) McGuinness, Teena M. and Simone C. Durand, 'Mental Health of Young Refugees', *Journal of Psychosocial Nursing,* vol. 53, no. 12, 2015, pp. 16–18.

(90) Lincoln, Alisa K., et al., 'The Impact of Acculturation Style and Acculturative Hassles on the Mental Health of Somali Adolescent Refugees', *Journal of Immigrant Minority Health,* vol. 18, 2015, pp. 771–778.

(91) Vossoughi, Nadia, et al., 'Mental Health Outcomes for Youth Living in Refugee Camps: A Review', *Trauma, Violence, & Abuse,* vol. 19, no. 5, 2016, pp. 528–542.

(92) المرجع نفسه.

(93) Punamäki, Raija, L., et al., 'The Role of Maternal Attachment in Mental Health and Dyadic Relationships in War Trauma', *Heliyon,* vol. 5, no. 12, December 2019, e02867.

(94) الأمم المتحدة، دراسة الأمم المتحدة العالمية عن الأطفال المحرومين من الحريّة.

(95) Denkinger, Jana K., et al., 'Secondary Traumatization in Caregivers Working With Women and Children Who Suffered Extreme Violence by the "Islamic State"', *Frontiers in Psychiatry,* vol. 9, no. 234, June 2018, <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2018.00234/full>.

(96) المرجع نفسه.

(97) Finkelhor, David, Richard K. Ormrod and Heather A. Turner, 'Poly-victimization: A neglected component in child victimization', *Child Abuse & Neglect,* vol. 31, 2007, pp. 7–26.

(98) منظمة الصحة العالمية، INSPIRE (حزمة الاستراتيجيات السبع لإنهاء العنف ضد الأطفال).

(99) منظمة الصحة العالمية، "صحيفة وقائع صحة المراهقين النفسية".

(100) American Psychological Association, 'Child and Adolescent Mental and Behavioral Health Resolution', APA, Washington D.C., February 2019, <https://www.apa.org/about/policy/resolution-child-adolescent-mental-behavioral-health.pdf>.

(101) Kessler, Ronald C., et al., 'Childhood Adversities and Adult Psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys'؛ و Rieder, et al., 'Impact of Maternal Adverse Childhood Experiences on Child Socioemotional Function', *British Journal of Psychiatry,* vol. 197, no. 5, 2010, pp. 378–385.

(102) Finkelhor, David, Richard K. Ormrod and Heather A. Turner, 'Lifetime Assessment of Poly-victimization in a National Sample of Children and Youth', *Child Abuse & Neglect,* vol. 33, 2009, pp. 403–411؛ و Hanson, Rochelle F., et al., 'Relations among Parental Substance Use, Violence Exposure and Mental Health: The national survey of adolescents', *Addict Behav,* vol. 31, 2006, pp. 1988–2001.

(103) Lansford, Jennifer E., et al., 'Change Over Time in Parents' Beliefs About and Reported Use of Corporal Punishment in Eight Countries with and without Legal Bans', *Child Abuse & Neglect,* vol. 71, 2017, pp. 44–55.

(104) Nkuba, Mabula, et al., 'Mental Health Problems and their Association to Violence and Maltreatment in a Nationally Representative Sample of Tanzanian Secondary School Students', *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* vol. 53, no. 7, 2018, pp. 699–707؛ و Ssenyonga, Joseph, Charles Magoba Muwonge and Tobias Hecker, 'Prevalence of Family Violence and Mental Health and their Relation to Peer Victimization: A representative study of adolescent students in Southwestern Uganda', Child Abuse & Neglect vol. 98, no. 1041, 2019؛ و Hecker, Tobias, et al., 'Child Neglect and its Relation to Emotional and Behavioral Problems: A cross-sectional study of primary school-aged children in Tanzania', Development and Psychopathology, vol. 31, no. 1, 2019, pp. 325–339.

(105) Menesini, Ersilia and Christina Salmivalli, 'Bullying in Schools: The state of knowledge and effective interventions', *Psychology, Health & Medicine,* vol. 22, no. 1, 2017, pp. 240–253.

(106) Kadir, Ayesha, 'Effects of Armed Conflict on Child Health and Development: A systematic review', *PLoS One,* vol. 14, no. 1, January 2019, e0210071.

(107) Denov, Myriam and Atim Angela Lakor, 'When War is better than Peace: The post-conflict realities of children born of wartime rape in northern Uganda', *Child Abuse & Neglect,* vol. 65, March 2017, pp. 255–265.

(108) Maclure, Richard and Myriam Denov, "I Didn't Want to Die so I Joined Them": Structuration and the process of becoming boy soldiers in Sierra Leone', *Terrorism and Political Violence,* vol. 18, no. 1, 2006, pp. 119–135؛ و Kadir, "Effects of Armed Conflict on Child Health and Development".

(109) Chigiji, Handrick, et al., 'Risk Factors and Health Consequences of Physical and Emotional Violence against Children in Zimbabwe: A nationally representative survey', *BMJ Glob Health,* vol. 3, no. 3, June 2018, e000533.

(110) Osofsky, Joy D. 'The Effects of Exposure to Violence on Children of Different Ages' in Donnelly, Jill (ed.) *Developing Strategies to Deal with Trauma in Children: A means of ensuring conflict prevention, security and social stability – Case study – 12–15-year-olds in Serbia,* IOS Press, Amsterdam, 2005.

(111) المرجع نفسه.

(112) Osofsky, Joy D. 'The Impact of Violence on Children'.

(113) American Psychological Association, 'Child and Adolescent Mental and Behavioral Health Resolution'.

(114) Walker, Susan P., et al., 'Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development', *The Lancet,* vol. 378, no. 9799, October 2011, pp. 1325–1338.

(115) المرجع نفسه.

(116) Starkey, Leighann, J. Lawrence Aber and Angela Crossman, 'Risk or Resource: Does school climate moderate the influence of community violence on children›s social-emotional development in the Democratic Republic of Congo?', *Dev Sci.,* vol. 22, no. 5, September 2019, e12845.

(117) ECPAT International, 'Sophie: Why are we the ones hiding our faces in shame?', Survivors' Voices, ECPAT International, Bangkok, 2016, <https://www.ecpat.org/survivor-voices/sophies-story-hope-survival/>.

(118) منظمة الصحة العالمية، INSPIRE؛ وانظر أيضاً مبادرة التعرّف على العنف في مرحلة الطفولة: مبادرة عالمية للتعلّم، <https://igarape.org.br/en/know-violence-in-childhood-global-learning-initiative/>.

(119) World Health Organization, Mental Health Plan 2013–2020, WHO, Geneva, 2013, <https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/>. وانظر أيضاً: World Health Organization, mhGAP Evidence Resource Centre, https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/.

(120) World Health Organization, 'Mental Health Evidence and Research', WHO, Geneva, n.d., <https://www.who.int/mental_health/evidence/en/>.

(121) Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.

(122) المرجع نفسه.

(123) المرجع نفسه.

(124) American Psychological Association, 'Child and Adolescent Mental and Behavioral Health Resolution'.

(125) Eckenrode, John, et al., 'Preventing Child Abuse and Neglect with a Program of Nurse Home Visitation: The limiting effects of domestic violence', *Journal of the American Medical Association,* vol. 284, no. 11, 2000, pp. 1385–1431.

(126) Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.

(127) المرجع نفسه.

(128) Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'

(129) World Health Organization and the Gulbenkian Global Mental Health Platform. *Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities.* Geneva, World Health Organization, 2015.

(130) World Economic Forum and Orygen, 'Global Youth Mental Health Briefing', WEF, Geneva, n.d., <https://static1.squarespace.com/static/5d42dd6674a94c000186bb85/t/5e26d1539b35240322ba9394/1579602264031/Orygen%27s+WEF-global-YMH-briefing.pdf>.

(131) SOS Children's Villages, *The Right to Protection: Ending violence against children,* SOS Children's Village International, Innsbruck, 2017, <https://www.sos-childrensvillages.org/news/the-right-to-protection>.

(132) 'Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.

(133) ستصدر قريباً المبادئ التوجيهية ومجموعة الأدوات الخاصة بمبادرة "مساعدة المراهقين على الازدهار".

(134) 'Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.

(135) المرجع نفسه.

(136) استشهد به: Ombudsman for Children, Norway, 'I Want to have Good Dreams: Children's and young people's hearing on bullying and offences at school', Ombudsman for Children, Oslo, October 2014, <https://www.barneombudet.no/wp-content/uploads/2015/10/Good-dreams.pdf>.

(137) Wasserman, D et al., 'School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial'. *The Lancet,* 2015. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61213-7.

(138) 'Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.

(139) World Health Organization, *WHO Guidelines for the Health Sector Response to Child Maltreatment,* WHO, Geneva, September 2019, <https://www.who.int/publications-detail/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>؛ وانظر أيضاً: World Health Organization, Responding to Children and Adolescents who have been Sexually Abused: WHO clinical guidelines, WHO, Geneva, February 2017, <https://www.who.int/publications-detail/9789241550147-responding-to-children-and-adolescents-who-have-been-sexually-abused>.

(140) منظمة الصحة العالمية، *INSPIRE*.

(141) World Health Organization, *mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings,* Version 2.0, WHO, Geneva, 2019, <https://www.who.int/publications-detail/mhgap-intervention-guide---version-2.0>.

(142) منظمة الصحة العالمية، الإسعافات الأولية النفسية: دليل العاملين في الميدان، جنيف، 2011، <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9789246548200_ara.pdf>.

(143) انظر https://resourcecentre.savethechildren.net/library/save-children-psychological-first-aid-training-manual-child-practitioners و https://resourcecentre.savethechildren.net/library/childrens-resilience-programme-psychosocial-support-and-out-schools.

(144) اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات، الضوابط الإرشادية للصحة العقلية والدعم النفس – اجتماعي في حالات الطوارئ، نيويورك، 2007، <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_guidelines_mhpss_arabic.pdf>.

(145) 'Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.

(146) انظـر https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-06/IASC%20Guidance%20on%20Operational%20considerations%20for%20Multisectoral%20MHPSS%20Programmes%20during%20the%20COVID-19%20Pandemic.pdf.

(147) UNICEF, *Operational guidelines on community based mental health and psychosocial support in humanitarian settings: Three-tiered support for children and families (field test version).* New York, UNICEF, 2018.

(148) World Health Organization, *Mental Health Plan 2013-2020*.

(149) Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.

(150) United Nations Children's Fund and World Health Organization, *Leading Minds Conference 2019*.

(151) ECPAT International, 'Lee: I had to choose between acceptance and destruction', Survivors' Voices, ECPAT International, Bangkok, 2016, <https://www.ecpat.org/survivor-voices/lees-story-survival-acceptance/>.

(152) European Network of Youth Advisers, recommendations from 'Let›s Talk Young, Let›s Talk About Mental Health!' child participation project, ENYA, Strasbourg, 2018, <http://enoc.eu/?page_id=2066>.

(153) Patel, et al., 'The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development'.

مكتب الممثل الخاص للأمين العام المعني
بالعنف ضد الأطفال

تعمل الممثلة الخاصة للأمين العام المعنية بالعنف ضد الأطفال باعتبارها مدافعة عالمية مستقلة تدعو إلى منع جميع أشكال العنف ضد الأطفال والقضاء عليها، وحشد الجهود والدعم السياسي لإحراز تقدم في جميع أنحاء العالم. وترتكز ولاية الممثلة الخاصة للأمين العام على اتفاقية حقوق الطفل وغيرها من الصكوك الدولية لحقوق الإنسان وتؤطرها دراسة الأمم المتحدة بشأن العنف ضد الأطفال.

https://violenceagainstchildren.un.org/