الأضرار الخفية

التداعيات الاقتصادية والصحيّة للاعتداء الجنسي

اسرائيل 2017

اتحاد مراكز دعم
ضحايا الاعتداءات الجنسية

يشكر اتحاد مراكز دعم ضحايا الاعتداءات الجنسية الصناديق والأعضاء على دعمهن لعمله:

شركة بيزك
مبادرة الجمعيات النسائية، الاتحاد اليهودي لمنطقة ميامي
صندوق مايكل وجانييت شتايفمان الخيري
مغنوليا – مجهورات من فضة
متان – استثمار بالمجتمع
سوبر فارم – اسرائيل م.ض.
جمعية «عيجول لتوفا»
جمعية الصداقة تورونتو المدعومة من قبل صندوق فريدبرغ
تشيك بوينت
صندوق أريسون
صندوق هداسا
صندوق النساء اليهوديات
رونيت رفائيل – علم الجمال
متبرعون ومتبرعات أفراد وصناديق تفضل البقاء مجهولة الاسم

The ARCCI gratefully acknowledges the support of:

Arison Foundation
Bezek
Jewish Women`s Foundation
Hadassah Foundation
Magnolia Silver Jewelry
Matan - Investing in the Community
Michael and Ganit Steifman Philanthropic Fund
Ronit Raphael - the Science of Beauty
Round-Up
Super-Pharm
Yedidut Toronto supported by the Friedberg Charitable Foundation
Women's Amutot Initiative of the Greater Miami Jewish Federation
Private donors who prefer to remain anonymous

The Association of Rape Crisis Centers in Israel is recognized as a public institutions for the purpose of tax-deductible contributions, under section 46 of the Income Tax, as an independent organizations, funded by donations only.

PO Box 53262 Jerusalem, 9153102
Telephone: +972-73-7013-246 Fax: +972-2-6521219. www.1202.org.il/English

طاقم المؤسسة:
أوريت سوليتسيانو- مديرة عامة
شارونا أسلان- مديرة إدارية وادارة مشاريع
المحامية يفعات بلفير، مديرة مجال منع التحرش الجنسي
المحامية ايبلت رازين بيت أور، مستشارة قضائية
المحامية د. كرميت كيلر- حلميش، مديرة مجال الأبحاث والدراسات
رونيت ايلاتي ممان، الناطقة الإعلامية
نوغا بيرغر، مديرة مضامين

مجلس الإدارة
شاني ألوني- مديرة مركز مساعدة ضحايا الاغتصاب والاعتداء الجنسي، حيفا والشمال
عينات اغاسي- مديرة مركز مساعدة ضحايا العتداء والتحرش الجنسي، الساحل الجنوبي (تاير)
دابي غروس- مديرة مركز مساعدة النساء المتدينات
بيتي مارتن كورين- مديرة مركز مساعدة ضحايا الاعتداء الجنسي، الشارون
ليزا نيكوليا تشوك- مديرة مركز مساعدة ضحايا الاعتداء الجنسي والجسدي، النقب (مسلان)
ليندا خوالد ابو الحوف- مركزة مركز مساعدة ضحايا العتداء الجنسي والجسدي، الناصرة
طالي بيرتس كوهين- مركز مساعدة ضحايا الاعتداء الجنسي والاغتصاب، كريات شمونة والجليل
سيلفينا سوسنا- مديرة مركز مساعدة ضحايا الاغتصاب والاعتداء الجنسي، القدس
مريام شيلر- مديرة مركز مساعدة ضحايا الاعتداء الجنسي، تل أبيب

لجنة المراقبة
إيلا مانو بن يوسف
ايرات حتسرانوف

إنتاج: نوغا بيرغر
الطاقم التوجيهي: أوريت سوليتسانو، تيكي أشوري، روتيم سدان، طالي اربيل ليفي، شوهام كارمي، ليندا خوالد ابو الحوف, عيران هان، معيان غوزي أفيف، نوعا يتسحاقي ونوغا بيرغر

تركيز معطيات: لاليف ايجوزي
ترجمة وتنقيح باللغة العربية: شفاء أبو جبل وشاهين نصّار
مراجعة لغوية: شيرا دينور
تصميم غرافيكي: ياعيل بومان

تنظيم مراكز مساعدة ضحايا الاعتداء الجنسيّ في إسرائيل معترف به كمؤسّسة عامّة لغرض الاستحقاق الضّريبيّ مقابل التبرّع، وفقًا للبند 46 من أمر ضريبة الدّخل. كتنظيم مستقلّ، مُموّل من التّبرّعات فقط.

ص. ب. 53262، القدس 9153102، هاتف: ٠٧٣-٧٠١٣٢٤٦، فاكس: 02-6521219

WWW.1202.ORG.IL

نرحّب بتبرّعاتكم/نّ

اتحاد مراكز دعم ضحايا الاعتداءات الجنسية (ج. م.)
هي جمعيّة تنشط بفضل التبرّعات.
تبرّعوا لنا لمساعدتنا على مواصلة نشاطنا المهمّ.

بالإمكان التبرّع بعدّة أشكال:

☑ **عبر موقع الإنترنت الخاصّ بنا:** www.1202.org.il

☑ **عبر بطاقة الاعتماد في موقع "التقريب لفعل الخير:** www.round-up.org.il
التقريب لفعل الخير عبارة عن طريقة تمكّنكم من تقريب مبلغ المشتريات التي تقومون بها في بطاقة الاعتماد الخاصّة بكم للشيكل الأقرب والتبرّع لنا بالأغوروت التي يتمّ تقريبها.
إتصلوا بنا عبر هاتف رقم 073-7013215

☑ **عبر بطاقة الاعتماد في موقع "إسرائيل تتبرّع".**
أدخلوا إلى صفحتنا في موقع "إسرائيل تتبرّع":
www.israeltoremet.org/amuta/580173730
واضغطوا في الجهة اليسرى على الزرّ الأزرق "للتبرّع".

☑ **عبر حوّالة بنكية (شيك)**
ينبغي أن يكون الشيك لأمر "اتحاد مراكز دعم ضحايا الاعتداءات الجنسية" وإرساله إلى ص. ب. 53262 القدس، الرمز البريديّ 9153102

☑ **عبر تحويلة بنكية لحساب البنك الخاصّ بنا**
تفاصيل الحساب
اتحاد مراكز دعم ضحايا الاعتداءات الجنسية (ج. م.)
بنك هبينلئومي الفرع 012 – القدس، الرئيسي
شارع هيلل 10 القدس
رقم الحساب 440902990

نرحّب بكلّ تبرّع!

انضمّوا إلى نشاطاتنا الواسعة:

- تريد التطوّع لدينا؟
- تريد الحصول على نشرتنا؟
- تريد أن تصبح عضوًا في رابطة أصدقائنا؟
- تريد أن تستضيف ندوة في بيتك؟

إذا كنتم ترغبون بذلك، يمكنكم التواصل معنا عبر البريد الإلكترونيّ: office@igud1202.org.il
أو عبر الهاتف: 073-7013215

كلّ تغيير كبير يبدأ بخطوة واحدة صغيرة!

فهرست

مقدمة	8
اتحاد مراكز دعم ضحايا الاعتداءات الجنسية	10
نشاط الاتحاد في العام الأخير	11
معطيات الاعتداء الجنسيّ 2016	14
معطيات اتحاد مراكز دعم ضحايا الاعتداءات الجنسية	14
معطيات الشرطة الإسرائيلية	23
معطيات النيابة العامة	28
معطيات قسم التحقيق مع رجال الشرطة (ماحاش)	34
معطيات الجيش الإسرائيلي	36
الاعتداء الجنسي وتداعياته على جهاز الصحة / د. شيردافناتكوع، د. هيلاليفوفيتش ديامانت، ود. أنابادوا	40
الاعتداء الجنسي والصحة النفسية / د. عنبال برينر	45
عن الجهل: شهادة / ليون جاي مئير	50
الصوت الشبيه: حول النقص في تشخيص الرجال ضحايا الاعتداءات الجنسية في الحديث عن الصدمة في إسرائيل / أوري فريد	53
الماضي ليس بالضرورة محددًا للمصير: نظرة سريرية عن الحمل والولادة لدى نساء اعتدي عليهن جنسيًا في الصبا / ليهي جيفاع- ليسرونعاماشفارتس	59
وتحوّلت الى طائر العنقاء: شهادة / ياعيل	65
الإدماج المهني كوسيلة وهدف في عملية التعافي من الصدمة الجنسية عشر سنوات على برنامج "الإدماج المهني" في" المركز متعدد التخصصات في مستشفى بني تسيون، حيفا / نعاماتماري لابيدوكيرن ليفين فاينشطاين	67
الكلفة الاقتصادية: ثمن الاعتداءات الجنسية / محادثة مع الأستاذ دكتور أوري يناي	74
التدهور الاقتصادي للعائلة في أعقاب الاعتداء الجنسي: شهادة / عبد	79
مصادر وملاحظات	82
خارطة مراكز دعم ضحايا الاعتداءات الجنسية	88

ملاحظة هامة:

- المقالات في هذا التقرير تتناول تداعيات الاعتداء الجنسي على النساء والرجال على حد سواء – ما عدا المقال "بصوت مشابه" الذي يركز على نظرة المؤسسة العلاجية والعقابية للرجال الضحايا، والمقال "الماضي ليس بالضرورة محددًا للمصير" الذي يعرض تجربة الحمل والولادة في صلبه مواتية للنساء فقط. عندما طلب منا أن نصف ضحايا الاعتداء بصيغة موحدة، اخترنا على وجه التحديد استخدام صيغة المؤنث. ورغم ذلك، في حال لم يذكر عكس ذلك- الأمور تصح للنساء الضحايا والرجال الضحايا على حدٍ سواء.
- تمت ترجمة المقالات من العبرية الى العربية، بالتالي فإن المصادر الأكاديمية قائمة باللغتين العبرية أو الانجليزية ولا يمكن ترجمتها.

مقدمة

كيف يبدو «اليوم التالي» للاعتداء الجنسي؟ إنتُهكت حدود الجسد، حُطمت أسافين الروح، ديسَت الثقة بوحشية، ولم تبقَ أي رموز ظاهرة للعين. لا تُكشف الأضرار والتداعيات كاملها مباشرة: بل تنكشف رويدًا رويدًا، وتعكس الجرح العميق الذي تخلفه الصدمة في جسد وروح الطفلة، الطفل، الرجل والمرأة.

يؤثر الاعتداء على الصحة الجسدية، على التماسك النفسي الروحاني، على قدرة التعلم، الدراسة والإعالة، وعلى القدرة بوضع الثقة بشخص آخر وبناء علاقات بشرية. مراكز دعم ضحايا الاعتداءات الجنسية المنتشرة في أنحاء البلاد تصادف يوميًا ضحايا يعانون وتعانين من آثار رجعية، تؤدي الى تراجع وانسحاب من العديد من مجالات الحياة. ولكن لمزيد الأسى، حتى اليوم، في دولة إسرائيل عام2017، أنظمة الطب، العلاج، التوظيف والتشغيل، والرفاه تفتقد في أكثر من مناسبة الأدوات والمعرفة المهندية في مجال الاعتداء الجنسي.

لذلك، في التقرير السنوي التالي لاتحاد مراكز دعم ضحايا الاعتداءات الجنسية، سعينا الى تناول **«الأضرار الخفية من العين»** للاعتداء الجنسي، التي تتعرض لتداعياتها الاقتصادية والصحية. تجنّدت ثلة من المهنيين والمهنيات للمساهمة ومشاركة معرفتهم/ن المهنية وخبرتهم/ن طويلة الأمد في تشخيص وعلاج ضحايا الاعتداء الجنسي. بمساعدتهم، ها نحن نعرض هذه المجموعة من المقالات التي تطال الجوانب المختلفة للتداعيات الاقتصادية والصحيّة للاعتداء الجنسي. الى جانب الوصف وتسلسل المصاعب المميزة والفريدة التي تواجهها الضحايا في هذه المجالات، يعرض كل مقال، بمجال الاختصاص، دعوة للتحرك و/ أو عروض عمليّة ومحددة للتخفيف من عبء الضحايا. المقالات مناسبة لقراءة الجمهور الواسع والمهنيين والمهنيات على حدٍ سواء، والذين سيتمكنون من توسيع معرفتهم في المواضيع المتناولة عن طريق المراجع المرفقة.

آمل أن يمنح هذا التقرير للمجتمع المهني الذي يلتقي ويتعامل مع ضحايا الاعتداء الأدوات والمعرفة الضرورية لهم كي يوّفروا العلاج المناسب والحساس. كلي أمل بأنه بعد زمن ليس ببعيد سنتمكن من دفع وتقديم تشريع يُلزم الطواقم المهنية من مجال الصحة، الرفاه الاجتماعي، والتربية والتعليم بإجراء تدريبات وتأهيلات مهنية مخصصة في الموضوع – وبهذا الشكل، سنحوّل سويّة، المجتمع الطبي والعلاجي لمجتمع يعرف تضميد الجراح، يشفي ويعالج جسديًا ويجلب الراحة والطمأنينة النفسية للضحايا الكثر الذين يعيشون بيننا.

المقال الأول بالتقرير يتناول تأثيرات وتداعيات الاعتداء الجنسي على صحة الضحايا. **د. شير دفنا – تكوع، د. هيلا ليفوفيتش – ديامنت**، ود. أنا بادوا، تشخصّن العلامات والعوارض والعوائق والتعقيدات الطبية المتعارفة لدى الضحايا، وطبيعة التقاءهن/م بجهاز الصحة. في الختام، تقدم المؤلفات خطوط عريضة موجّهة لإنشاء منظومة علاجية لائقة ومناسبة، بوسعها أن تُجلب الطمأنينة والراحة للضحايا الكثر المنسيين.

من صحة الجسد الى صحة النفس: تعرض **د. عنبال برينر** العلاقة بين الاعتداء الجنسي وتطوير اضطرابات نفسية وعوارض بسيخوبتولوجية. إنها تناقش الفرض الصائغة لجهاز العلاجي النفسي في مجال التشخيص والعلاج، وتتناول أهمية الرد والأدوات المناسبة لتحسين حالة الضحايا.

في ما بعد، تشاركنا **ليون جاي مئير** بشهادة شخصية حول تجربتها كمُعالَجة في جهاز الصحة النفسية، وتعرض المخاطر في تهرّب الأجهزة الصحية من التامل مباشرة مع الاعتداء وتداعياته. كمن

«عبرت الخطوط»، وتعمل اليوم في جهاز الصحة النفسية، إنها تعرض على المهنيين والمهنيات تردد جديد للاصغاء للمُعالجات والمُعالجين.

أوري فريد يتناول هو أيضًا تداعيات الاعتداء الجنسي على الصحة النفسية، ويقدم قراءة مبصّرة لفشل أجهزة الصحة والقانون في تشخيص وفهم العوارض النفسية التي يكشف عنها الرجال كتعبير عن الاعتداء. بعد الاشارة الى الثغرة، يضع مقاله الأسس لعلاج محب لمن في أحيان كثيرة يتم إقصاءهم من النقاش حول الصدمة الجنسية.

يسلط مقال **ليهي جيفع ليسر ونعاما شفارتس** الضوء على اللقاء المباشرة بين الصدمة وبين العمليات والاجراءات النفسية الجسدية التي تمر على الضحية خلال الحمل والولادة. إنهما تستعرضان كيف تقوم الآليات النفسية التي ساعدت الضحايا على النجاة والبقاء على قيد الحياة خلال فترة التنكيل الجنسي، بتعقيد الأمور وتصعّب عليهن التعامل المطلوب في هذه الفترة، وتقدمن نصائح ونقاط للعمل النفسي مع الضحايا الحوامل.

تحيي **ياعيل**، ضحية اعتداء جنسي في الصبا، تنشط اليوم في إطار منتدى «البقاء»، في شهادتها اللحظة التي تمتزج فيها السعادة بخلق حياة جديدة بذكريات صادمة، وتعرض من جانب «الأنا»، الفجوة بين التجربة الصعبة تحت الآلية الأوتوماتيكية والتجربة الايجابية بتلقي علاج من طاقم طبي منصت.

تصف **نعاما تماري لابيد وكيرن لفين فاينشطاين** الآليات التي تؤذي قدرة الضحايا على مزاولة العمل والدراسة، وتأثيرها على حالة الضحايا المادية، الى جانب ادراكهن الذاتي لقيمتهم الذاتية. كتوجّه لحل وتخفيف، هما تعرضان أنموذج برنامج الاندماج التوظيفي المركز متعدد المجالات ببني تسيون في حيفا.

وماذا يحدث في غياب إطار علاجي؟ الحوار مع **أستاذ دكتور أوري يناي**، الذي يقود بحثًا رائدًا لفحص التكلفة والنفقات المالية للضحايا بشكل فعلي، ويطال الثمن المحسوس، القابل للحسبان، الذي تدفعه الضحايا وبيئتهن – والحلول الشائعة في العالم لخلق تعويض ماديّ. في نهاية الحوار نعرض أيضا أقوال **داني كريبو من** وزارة الأمن الداخلي، إزاء احتساب الضرر المتراكم على خزينة الدولة من الاعتداءات الجنسية.

يُختتم التقرير بشهادة **عبد، زوج مريم**، التي تعرضت لاعتداء جنسي من قبل مشغّلها. فهو يصف، بتفاصيل دقيقة، خطوة تلو الأخرى، كيف غيّر الاعتداء الجنسي حياتهم كعائلة وأعاد ترتيب أولوياتهم، حتى علقوا في ديون كبيرة جدا، مشكوك في قدرتهم على تسديدها. كل ذلك، في ظل تسليط الضوء على المصاعب الجمة والمميزة للضحايا وعائلاتهن في المجتمع العربي.

بوّدي أن أشكر المؤلفين والكتاب والكاتبات الذين واللواتي تبرعوا بوقتهم/ن وطوّعوا خبرتهم/ن لأجل المساهمة في إتاحة هذه المعرفة المهنية التي ستفضل مع ضحايا الاعتداء الجنسي. أوّد أن أشكر أيضا اللجنة الموّجهة للتقرير: **تيكي أشوري، روتيم سدان، شوهام كارمي، معيان عوزي أفيف، طالي أربيل ليفي، نوعا يتسحاقي، ونوغا بيرغر.**

شكر خاص لطاقم الاتحاد المتفاني، للمديرات والموظفات في مراكز الدعم، للمتطوعين والمتطوعات في الاتحاد والمراكز وصديقاتنا في «مساعدة النساء» – كلكن شريكات في هذه المهمة المقدسة المتمثلة بتقليص ظاهرة العنف الجسدي في دولة إسرائيل.

أوريت سوليتسيانو

مديرة عامة اتحاد مراكز دعم ضحايا الاعتداءات الجنسية

اتحاد مراكز دعم ضحايا الاعتداءات الجنسية

أقيم اتحاد مراكز الدعم عام 1990 كتنظيم شامل الذي يضم تسعة مراكز دعم لضحايا الاعتداءات الجنسية من الرجال والنساء في إسرائيل. اتحاد مراكز الدعم هو التنظيم الوحيد في البلاد الذي يتركز نشاطه في مكافحة العنف الجنسي ضد النساء، الرجال والأطفال.

تعمل مراكز الدعم على المستوى الفردي من خلال تقديم دعم نفسي ومرافقة ضحايا الاعتداءات الجنسية، وعلى المستوى المحلي من خلال رفع الوعي والتوعية، وكذلك التثقيف وتعزيز العلاقة مع المجتمع. يعمل اتحاد مراكز الدعم على المستوى القطري كوكيل للتغيير الاجتماعي من أجل إحقاق الحقوق وتحسين الخدمات المقدمة لضحايا الاعتداءات الجنسية، الحد من الظاهرة، وعلى المدى البعيد – إزالتها من المشهد الاجتماعي في إسرائيل.

على الرغم من أن العنف الجنسي يشكل ظاهرة شائعة في المجتمعات المتقدمة، إلاأنه يُعتبر في أحيان قليلة فقط على أنه انتهاك بارز لحقوق الإنسان، وبأنه يُقوّض ركائز المجتمع الديمقراطيّ. يعمل اتحاد مراكز الدعم وفق توجّه متعدّد المجالات من أجل القضاء على ظاهرة العنف الجنسيّ المتجذّرة والهدّامة.

يضمّ نشاط اتحاد مراكز الدعم فعاليّات كثيرة ومتنوّعة في مجالات القانون، الإعلام، المجتمع والتربية. ضمن فعاليّاته: تقديم بمقترحات قوانين والمساعدة في دفعها قدماً، تعميق الوعي حول ظواهر العنف الجنسيّ من خلال وسائل الإعلام، تنظيم وعقد أيّام دراسيّة ونشاطات تربويّة في الموضوع، نشر تقرير سنويّ شامل الصادر عن مراكز الدعم، التمثيل في لجان برلمانيّة وفي اللجنة الاستشارية وفي سلطة تعزيز مكانة المرأة في إسرائيل، العضويّة في ائتلاف دعم ضحايا الجريمة، الائتلاف للعدالة النّصالحيّة، الائتلاف للنضال ضدّ الاتجار بالنساء والائتلاف للنّضال ضدّ انتشار المواد الإباحية، والعمل المشترك مع تنظيمات نسائيّة في البلاد والخارج.

نشاط الاتحاد في العام الأخير

١. **هذا العام أيضًا، سيكون الاتحاد شريكًا في مبادرات تشريعية.** من بين المبادرات التي نضجت الى مرحلة التشريع هذا العام بالإمكان الحديث عن تعديل قانون فرض قيود على عودة مجرم جنس للبيئة التي فيها ضحية الجريمة. تعيل القانون هذا بالتعاون مع عضو الكنيست ياعيل غيرمان، يُبعد المجرم من البيئة التدريسية ومكان عمل الضحية. مبادرات أخرى نضجت لدرجة التشريع هذا العام هي تعديل قانون العقوبات، بشكل يوّسع فترة التقادم وإلزام التبليغ فيي جرائم جنسية ارتكبت بحق قاصر من قبل ابن عمها أو ابن خالها أو قريبها. تعديل القانون بالتعاون مع عضو الكنيست ميخال روزين، يحمل ابن العم أو الخال المسؤولية تماما كأي فرد من العائلة الآخرين، الذين تسري عليهم مهلة التقادم الموّسعة السارية على القاصرين والقاصرات. كما أنه تم هذا العام المصادقة على قانون منح المساعدة القضائية مجانًا لضحايا الاعتداءات الجنسية داخل العائلة والعاجزات. بادرت الى القانو أعضاء الكنيست شولي موعالم، ميراف ميخائيلي وأورلي ليفي أبوكسيس، وقد ساعد الاتّحاد على إدماجه في الحقل عبر خلق واجهة بيئة عمل مناسبة وملائمة وتأهيل لأعضاء طاقم المساعدة القضائية. إلى جانب هذه القوانين، بادر الاتحاد ودفع مشاريع قوانين إضافية معدّة لتحسين حالة ضحايا الاعتداءات الجنسية وتوسيع الحماية لهم. ومن بين مقترحات القوانين الجاري العمل عليها: مساواة وموازاة مهلة التقادم على التحرش الجنسي في الجيش لفترة التقادم المدنية؛ مبلغ أدنى كتعويض في الدعاوى القضائية المدنية بخصوص المخالفات الجنسية؛ فرض الإمكانية بالتوصل لاتفاق أو صفقة في محكمة شؤون العائلة في المخالفات الجنسية أيضًا؛ توسيع المخالفات والجرائم التي بحسبها يجب تقديم تقرير ضحية وإعفاء من الرسوم في الدعاوى المدنية على الجرائم الجنسية.

٢. **هذا العام شارك الاتحاد بعشرات جلسات اللجان في الكنيست المعدة لدفع معالجة والوقاية في ظاهرة العنف الجنسي.** من بينها: دفع وتشجيع خطة قومية للوقابة من العنف الجنسي لدى الأطفال والشبيبة؛ إستغلال نزلاء ونازلات المساكن الجماهيرية، وبلورة قانون للوقاية من ايذاء هذه الجماعة؛ نقص في الرد على الأولاد والرجال ضحايا الاعتداءات الجنسية؛ تعامل السلطات مع ظاهرة سموم الاغتصاب؛ العلاج الممنوح للضحايا في الغرف الهادئة بالمستشفيات؛ تشجيع تقديم مساعدة قضائية مجانًا لضحايا العنف الجنسي؛ جلسات ونقاشات حول التحرش الجنسي ضمن إطار السلك العام في الدولة، في الجليشن في الشرطة الإسرائيلية، وفي مؤسسات التعليم العالي.

٣. **في العام الماضي شغّل الاتحاد مشروعًا لوضع خارطة وفحص الغرف الهادئة، بهدف تحسين العلاج الممنوح في إطارها.** تشكل الغرف الهادئة في المستشفيات الخط الأمامي للعلاج الطبي الممنوح لضحايا الجرائم الجنسية، ويتم فيها جمع أدلة فيزيولوجية (عضوية جسدية) للجريمة. قد اجرينا مقابلات عميقة مع ضحايا استعن بخدمة الغرف الهادئة،

ومع متطوعات رافقن الضحايا من قبل مراكز الدعم، وفهمنا منهن المشاكل المنظومية الآلية والمحددة التي تتطلب تحسين. في المقابل، زرنا خمسة غرف هادئة منتشرة بالبلاد: بني تسيون في حيفا، بات عام في هداسا عين كارم، فولفسون في حولون، مركز طنا في طبريا، وسوروكا ببئر السبع. التقينا مع الطواقم الطبية والعاملات الاجتماعيات، وأجرينا مسحًا للاحتياجات والقضايا المركزية الهامة بالنسبة لهم. من بين المستجدات الأساسية اتضح ان: هناك حاجة في تنظيم ووضع معايير شاملة في نشاط الغرف الهادئة؛ حاجة بتأهيل مهني ملاءَم وإرشاد شامل للطواقم في مجال العلاج بالصدمة الجنسية؛ حاجة بتمديد المهلة الزمنية التي تُحفظ خلاله الأدلة القضائية، والمحددة اليوم بثلاثة أشهر فحسب. تم عرض المستجدات في طاولة مستديرة عقدت بالتعاون مع وزارة الصحة، وبمشاركة مندوبات عن الغرف الهادئة، الشرطة الإسرائيل، ومعهد الطب العدلي. قدمنا توصياتنا لوزارة الصحة، وفي الأشهر الماضية قامت الوزارة برفع ميزانية الغرف الهادئة، وهي تعمل الآن على تذويت التوصيات وبلورة أنظمة محدثة تمدد فترة التحفظ والحفاظ على الأدلة. إننا نقوم بمتابعة شاملة ومستديمة لتطبيق التوصيات والاستنتاجات.

٤. **هذا العام حرّك الاتحاد مشروعًا لفحص عملية الاستيطاح للتحرشات والمضايقات الجنسية في المؤسسات التجارية. في عملنا اليومي مع شركات ومؤسسات، التقينا في العديد من الأحيان الموكلات عن الوقاية من التحرش الجنسي واللواتي أفدن بوجود صعوبة في تنفيذ عملية استيضاح واستجواب بسبب ضبابية القانون.** لذلك قمنا باستطلاع شامل شمل 50 من المسؤولات الموكلات بالوقاية من التحرش الجنسي، واللواتي أطلعننا على طريقة تنفيذ هذا الاجراء في شركاتهن، وبذلك تنبهنا الى عدم وجود إجراء موّحد يتم في المؤسسات المختلفة، والحاجة من قبل الموكلات ببلورة بُنية أوضح لهذا الاجراء. بعد استعراض النتائج دعونا لطاولة مستديرة بمشاركة الموكلات من قبل الشركات الكبرى في السوق، وبمحضور عضو الكنيست ميخال روزين. في العام المقبل سنخطو نحو المرحلة المقبلة بهذا المشروع، ونصدر توصيات، تعليمات وأدوات تكون متوافرة للموكلات.

٥. **أصدرنا ورقة حقوق أولى من نوعها لضحايا الاعتداء الجنسي.** أصدرنا كرّاسة تشمل معلومات شاملة عن كافة الخدمات القائمة المقدمة للضحايا- مساعدة، مرافقة بالاجراءات القضائية، رد طبيّ أوليّ، رد علاجي وعاطفي ومطلب تعويض من التأمين الوطني، الى جانب شرح عن الاجراء الجنائي والاجراء المدني. تم نشر وتوزيع ورقة الحقوق على كافة مراكز الدعم في البلاد، في الغرف الهادئة وفي محطات الشرطة. النسخة الأولى نفذت، وها نحن نعمل على إصدار النسخة المحتلنة والمحدثة على أن تصدر وتُنشر في الأشهر التالية.

٦. **الاتحاد، بالتعاون مع مؤسسة «بزخوت» وبدعم من وزارة الصحة، أجرى دورات تأهيلية للطواقم الطبية وأفراد الطواقم العاملة في الصحة النفسية.** إنها السنة الرابعة على التوالي التي يعمل فيها الاتحاد بتعاون من هذا القبيل، الهادف الى مهننة القوى العاملة في المستشفيات الصحية النفسية والمجتمع. ورغم أن نسبة ضحايا الاعتداء الجنسي كبيرة في صفوف المعالَجون والمُعالَجات في الأطر النفسية، الا أن معظم أفراد الطواقم المهنية المتواصلين معهن/م لا يتلقون تأهيلًا مخصصًا. لذلك، يعتبر الاتحاد هذا المجال مجالًا استراتيجيًا ذو أهمية عظمى بالنسبة للضحايا الموجودون/ الموجودات في نقطة حساسة وعرضة للمس بحياتهم/ن. أجرت الدورات التأهيلية كل من مركزي الدعم في حيفا وتاير.

٧. **واصل الاتحاد تشجيع الكود الطوعي للوقاية من التحرش الجنسي، الذي أطلق العام الماضي.** أول مؤسستين تبنتا الكود الطوعي أنهتا هذا العام عملية تذويته بنجاح، ومؤسسات أخرى، بينها

بلدية بئر السبع ومنظمة نجمة داود الحمراء، باشرتا بهذه العملية. هذا العام أيضًا صادق المجلس العمومي لمعهد المقاييس والابتكارات أن يحدد مقياسا لمنع التحرش الجنسي في العمل، وأجريت لقاءات عمل مع موظفي وموظفات المعهد لأجل دفع وتشجيع تحديد الكود كمقياس.

٨. **يواصل الاتحاد للسنة الثانية على التوالي التعاون مع جمعية «أنوش». بهدف تأهيل طاقمها المهني للعمل الملاءم مع مجابهين ومجابهات ذوو/ ذوات خلفية اعتداء جنسي.** يأتي ذلك استمرارًا لإدراك ورؤية جهاز الصحة النفسية كمجال استراتيجي. في المرحلة الأولى، قمنا بتأهيل عميق يتناول العلاقة بين الاعتداء الجنسي والمواجهة النفسية، الجنسانية الصحية وتشخيص والتعرف على المقومات والمواصفات المميزة للاعتداء الجنسي لدى المجابهين والمجابهات لنحو 20 مهنيّ ومهنيّة. في المرحلة الثانية، قدّم المشاركون/ المشاركات الذين قمنا بتأهيلهم محاضرات داخل المؤسسة، وتواصلوا مع جمهور أكثر من ثلاثمائة مهني ومهنيّة يعملون/ تعملن مع مجابهين/ مجابهات، ومع جمهور المجابهين/ المجابهات بأنفسهم/ن. يُجري التأهيل مركز الدعم تاير.

٩. **أنهى الاتحاد السنة الثالثة والأخيرة لمشروع تشجيع المساواة بين الجنسين والوقاية من العنف في حركة الكشافة.** المشروع، الذي أنجز بالتعاون مع قسم الإرشاد في حركة الكشافة ومراكز الدعم في الشارون وتل أبيب، أعد لخلق خطاب عن المساواة بين الجنسين، الجنسانية الصحية، ومنع الاعتداء الجنسي في الحركة الكشفية. وبضمنه أجريت دورات مستفيضة لوكلاء التغيير داخل الحركة، ونوقشت خلالها شؤون مميزة وفريدة عن الاعتداء الجنسي لدى الشباب، وتم تطوير ثلاثة منظومات عمل بموضوع المساواة بين الجنسين لمرشدي الطبقة البالغة. في أعقاب نشاط خلية الشحذ الذهني التي أقيمت، أتممنا المشروع بوضع أنموذج لخلق مساحة آمنة في الكشافة، وأنموذج للتعامل التربوي مع التحرش الجنسي.

١٠. **إنها السنة التالية على التوالي للعملية المستفيضة التي يُديرها الاتحاد مع مركز الدعم تاير في سلاح الجو، والهادف الى خلق برامج شاملية لمنع والوقاية من التحرش الجنسي في سلاح الجو.** تنفذ البرنامج مراكز الدعم في كافة أنحاء البلاد، وقد وُضعت بحسب مواصفات مميزة لسلاح الجو، حتى الآن شمل البرنامج محاضرات وعمليات محاكاة للقادة والجنود، الى جانب تأهيل مركّز للموّكلات بالوقاية ومنع التحرش الجنسسي في معسكرات سلاح الجو المنتشرة في أنحاء البلاد.

١١. **هذا العام أيضًا نفّذ الاتحاد دورات تأهيل لأفراد سلطات إنفاذ القانون، وخلق شراكات قضائية جديدة.** بضمن ذلك، أجرينا دورات تأهيل لمحققي المخالفات الجنسية، تأهيل لمحققي وحدات التحقيق مع رجال الشرطة، تأهيل للحقوقيين في السلك العام، يوم دراسي بموضوع لغة القضاء ولغة الاعتداء في نقابة المحامين ودروس لطلاب وطالبات القانون في الجامعات والكليات؛ كما أنتجنا شراكات مع قسم المساعدة القضائية في وزارة القضاء ووحدات المساعدة التابعة للنيابة العامة.

١٢. **حصل الاتحاد على وسام الشرف والتقديم من قبل الوزيرة للمساواة الاجتماعية في مجال مناهضة العنف ضد النساء.** "لأجل مساهمته الفريدة والبارزة في مناهضة العنف ضد النساء، لأجل الخير العام، المجتمع والجماعة، بإخلاص وتفاني وكد واجتهاد".

معطيات اتحاد مراكز دعم ضحايا الاعتداءات الجنسية 2016 [1]

معطيات اتحاد مراكز دعم ضحايا الاعتداءات الجنسية 2016

عدد التوجهات لمراكز الدعم

1 سيتطرق فصل المعطيات أيضًا بشكل جزئي أيضا لمعطيات 2011 – وهذا كي يتيح الانطباع من النزعات والميول التي طرأت في السنوات الخمس الأخيرة.

2 توّجه جديد – توّجه يُحصى مرّة واحدة في أول مرة يطلب فيها المتوجه مساعدة في ذاك العام. معظم التوجهات لها تتمة بمحادثات أخرى لاتُعدّ.

صفات الضحية[1]

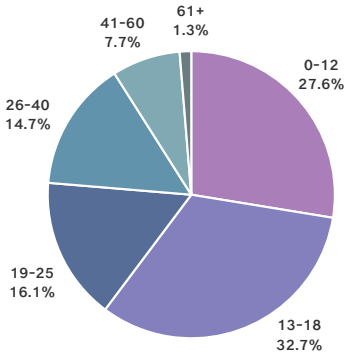
جنس الضحية

90.5% فتاة أو امرأة

منهن **0.5%** نساء متحوّلات جنسيًا[2]

9.5% فتى أو رجل[3,4]

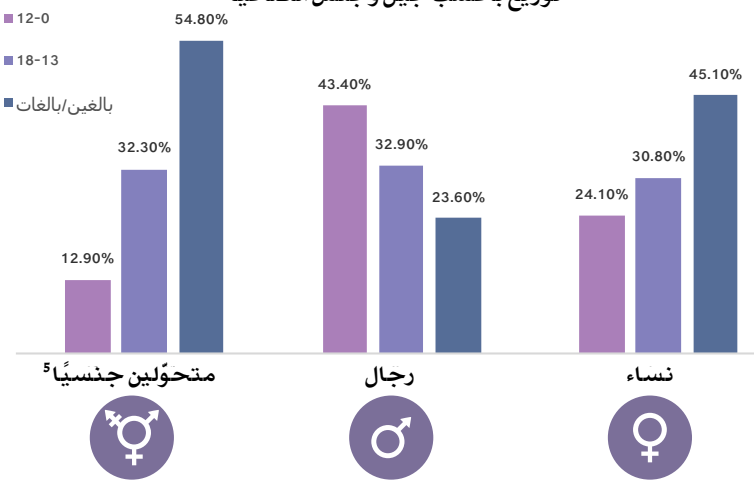
السن عند الاعتداء



60.3% الضحية قاصر

39.7% الضحية بالغ/ة

توزيع بحسب جيل وجنس الضحية



1 المعطيات مقسمة بحسب عدد التوجهات الجديدة في ذات العام.

2 سيدّة اعتبرت في ولادتها ذكرًا

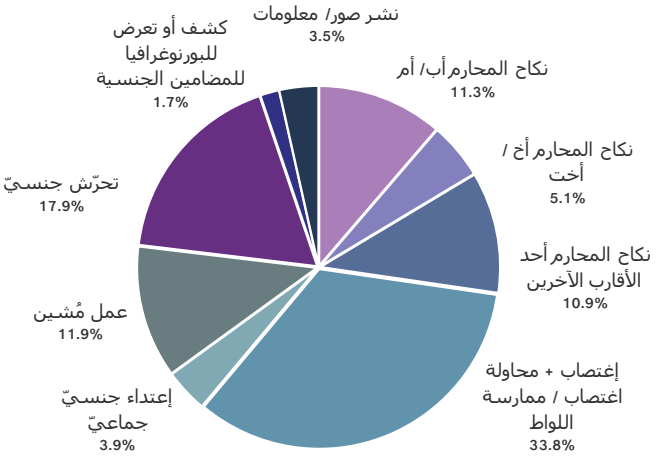
3 بسبب مشاكل تقنية، لم تحتسب توجهات الرجال المتدينين للخط الساخن للمساعدة في الاحتساب العام. عمليًا، عدد الرجال المتوجهين لتلقي الدعم أعلى بكثير.

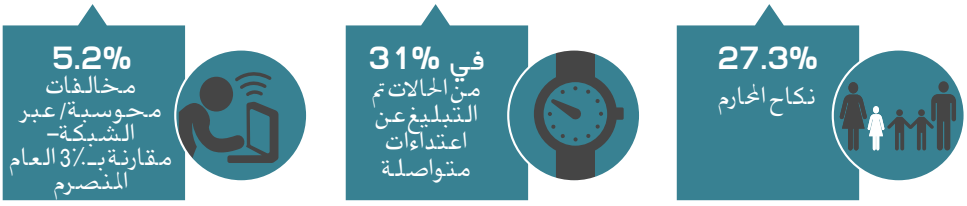
4 نسبة الرجال المتحوّلين جنسيا أقل من 0,1٪ من مجمل التوجهات.

5 اختيار عرض مجموعة المتحوّلين جنسيًا بمجموعة منفردة غير مجموعات النساء والرجال العامة في هذه المرحلة، ينبع من القوالب الديمغرافية المميزة التي تنعكس في هذه المعطيات.

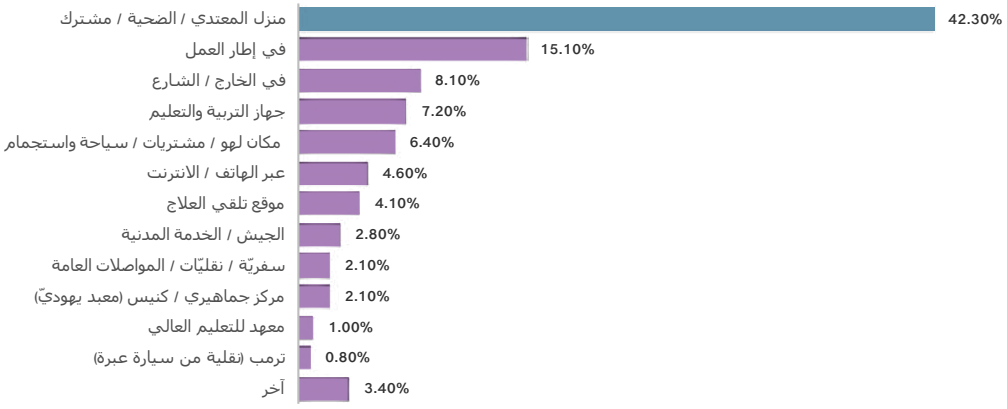
ميزات الإعتداء

توزيع بحسب نوعية الاعتداء



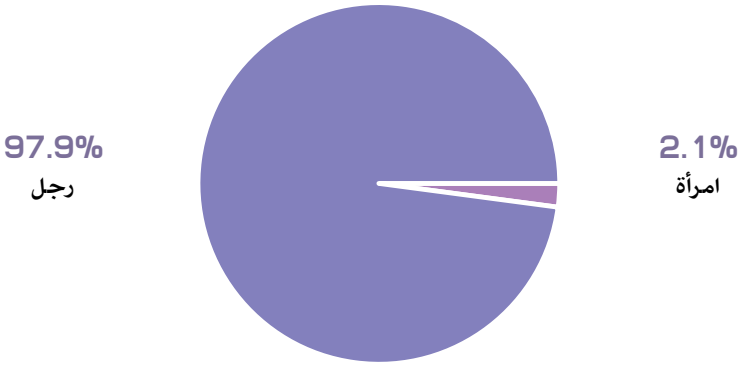


مكان الاعتداء

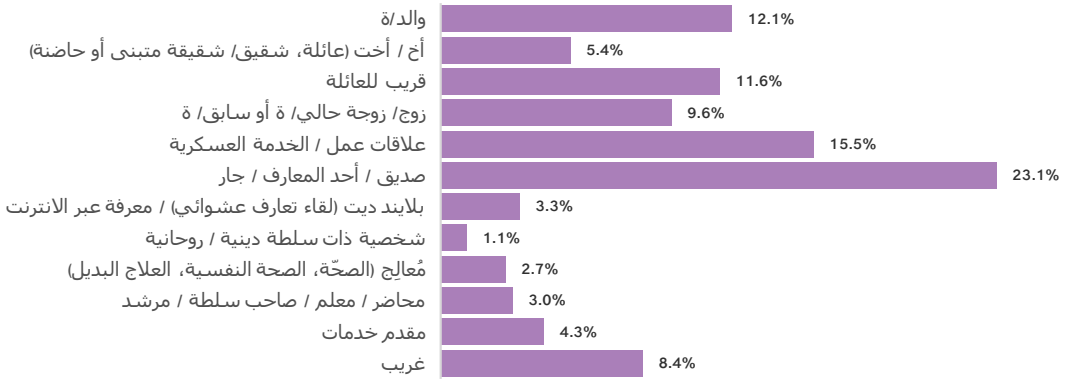


صفات المعتدي

جنس المعتدي/ة



العلاقة بين المعتدي والضحية



الاعتداء والصحّة

توجيه لتلقي العلاج

15% من المتوجهين والمتوجهات طلبوا الحصول على معلومات عن العلاج

توجهات مُعالِجين ومُعالِجات

628 من التوجهات وصلت من مُعالِجين/ات طلبوا استشارة إزاء إحدى الضحايا: **373** معالِجًا ومُعالِجة نفسيّ/ة و**225** من أفراد الطاقم الطبي توجهّوا لمراكز الدعم بغية الحصول على استشارة حول معالجة الضحية

إستخدام مخدّر الاغتصاب

في **67** من التوجات تم التبليغ أن الضحية كانت تحت تأثير مخدّر الاغتصاب

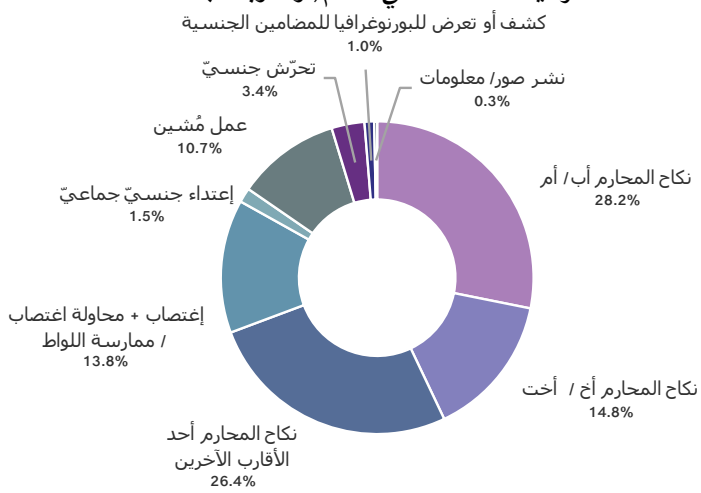
مزايا الاعتداء لدى الأطفال (0-12)

جنس

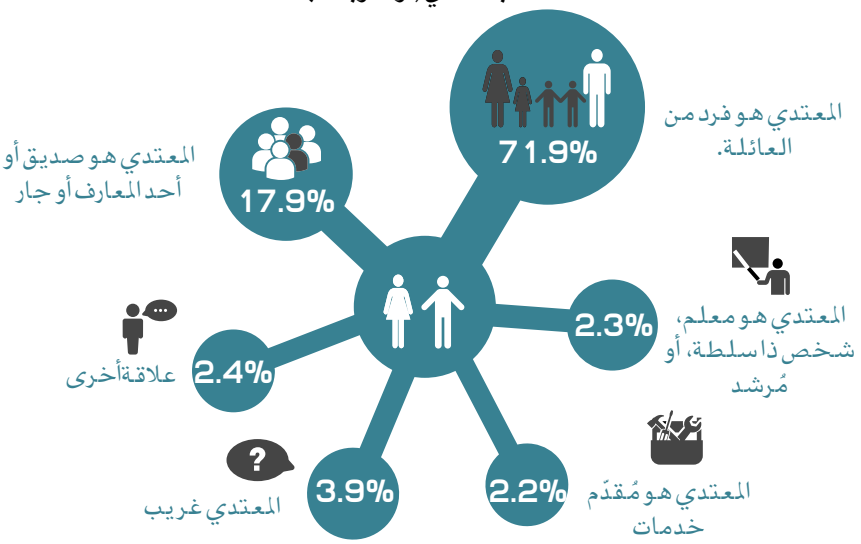
43.4% من الرجال الذين توجهوا لتلقي الدعم تعرضوا للاعتداء قبل سن 12 عامًا.

هذا بالمقارنة مع **24.1%** من النساء و**12.9%** من النساء والرجال المتحوّلين جنسيًا الذين توجهوا لتلقي الدعم.

نوعية الاعتداء لتلقي الدعم (أولاد وبنات)



العلاقة بالمعتدي (أولاد وبنات)



توّجه للعلاج (أولاد وبنات)

10

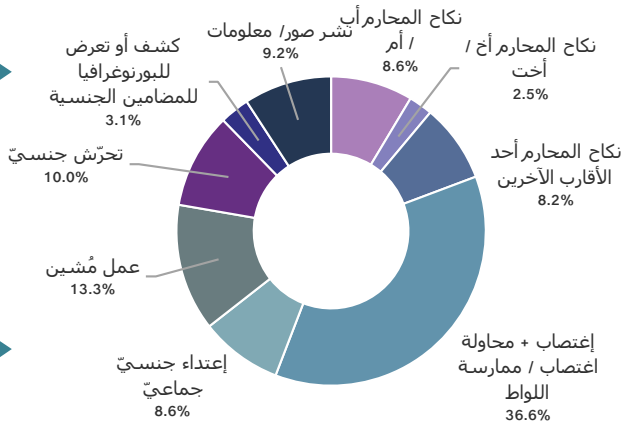
نحو **47.5%** من المتوجهات والمتوجهين الذين اعتدي عليهم حتى سن 12 عامًا توجهوا للمرة الأولى لتلقي الدعم بعد مرور عقد أو أكثر.

مزايا الاعتداء على القاصرين (13-18)

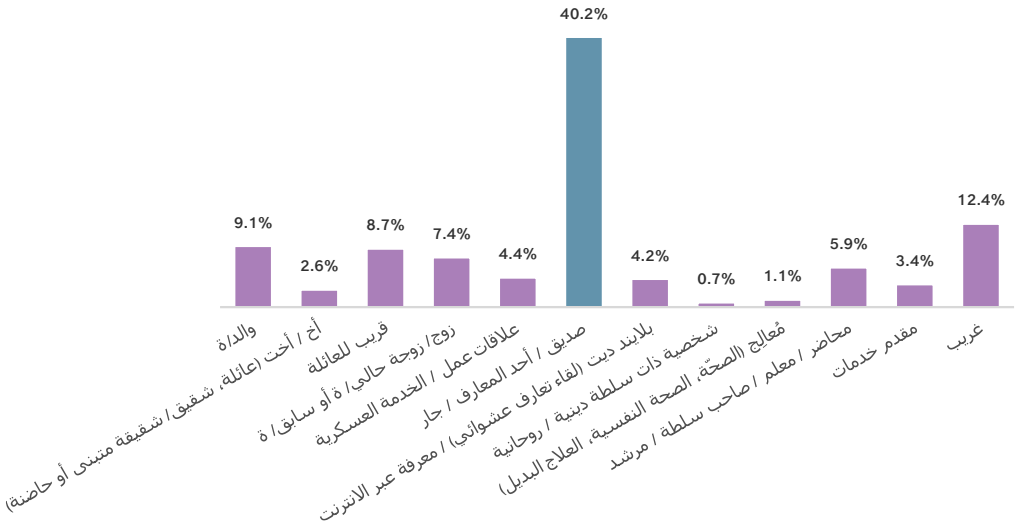
نوعية الاعتداء (شبيبة)

9% بلّغوا أنهم تعرضوا لاعتداء جنسي جماعيّ. مقارنة بنحو **3%** من اعتدي عليهم كبالغين/ بالغات.

9.3% بلّغوا أنهم تعرضوا لمخالفة نشر صور ومعلومات. هذا بالمقارنة مع نحو **2.9%** لدى البالغين/ البالغات

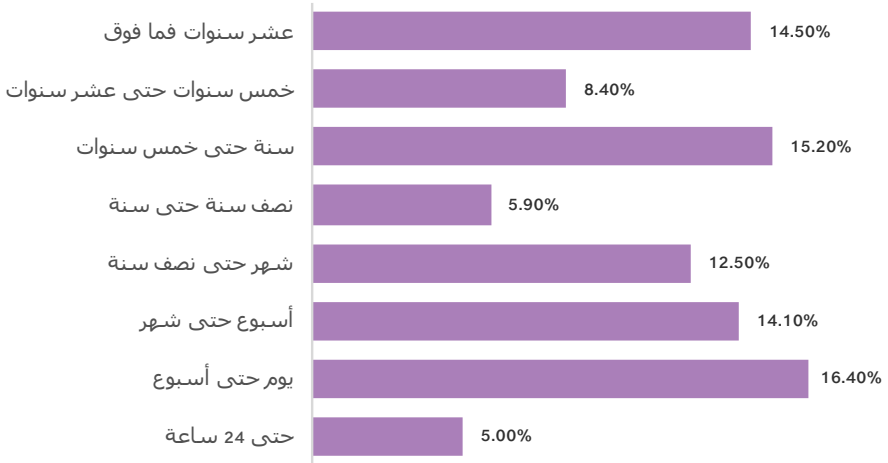


معرفة المعتدي (شبيبة)



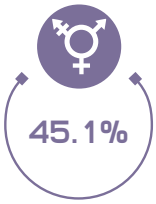
40.2% من المعتدين هم أصدقاء، معارف أو جيران الضحية - مجموعة المتساوين.

توّجه لتلقي الدعم (شبيبة)



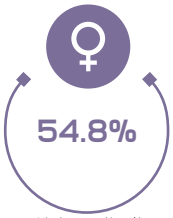
مزايا الإعتداء الجنسي عند البلوغ

جنس (البالغون والبالغات)



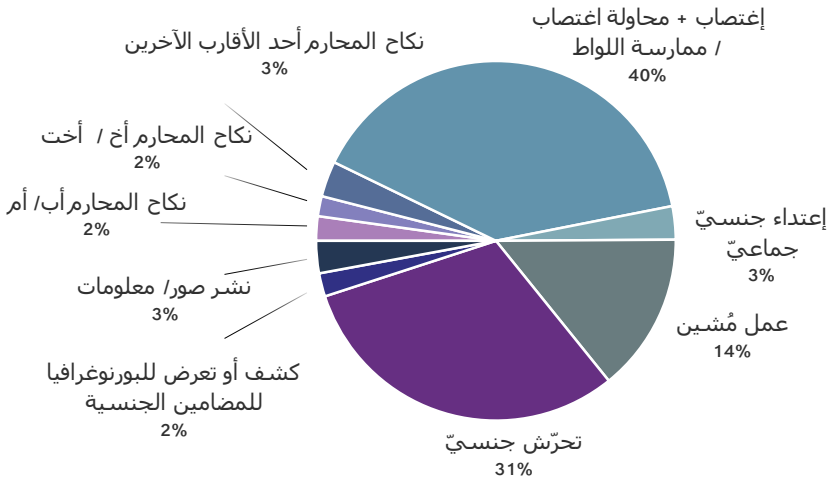
من النساء الذين توجهوا للتلقي الدعم عقب الاعتداء الذي تم في البلوغ.

من الرجال الذين توجهوا للتلقي الدعم عقب الاعتداء الذي تم في البلوغ.

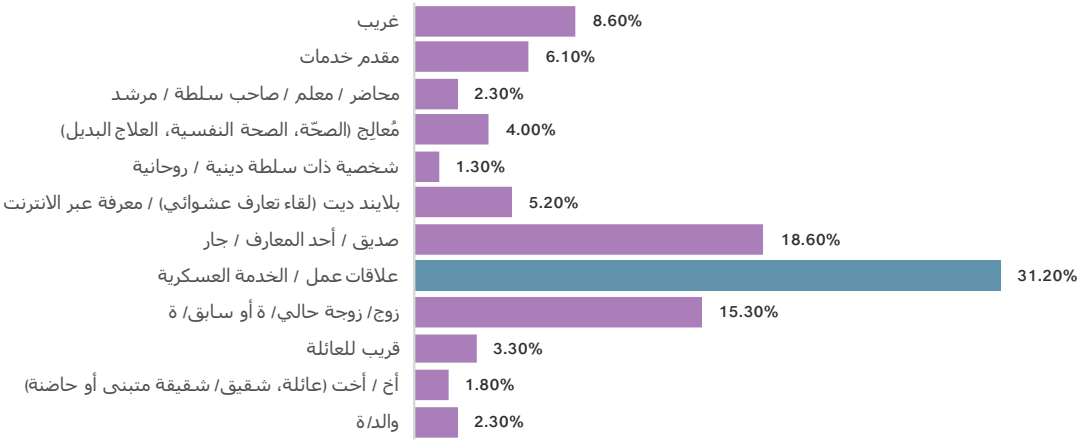


من الرجال والنساء المتحوّلين **جنسيًا*** الذين توجهوا للتلقي العلاج تعرضوا للاعتداء قبل سن البلوغ.

نوعيّة الاعتداء (البالغون والبالغات)



معرفة المعتدي (البالغون والبالغات)



15.3% زوج/زوجة حالي/ة أو سابق/ة **5.2%** في موعد غرامي

31.2% ضمن إطار علاقات العمل/الخدمة العسكرية

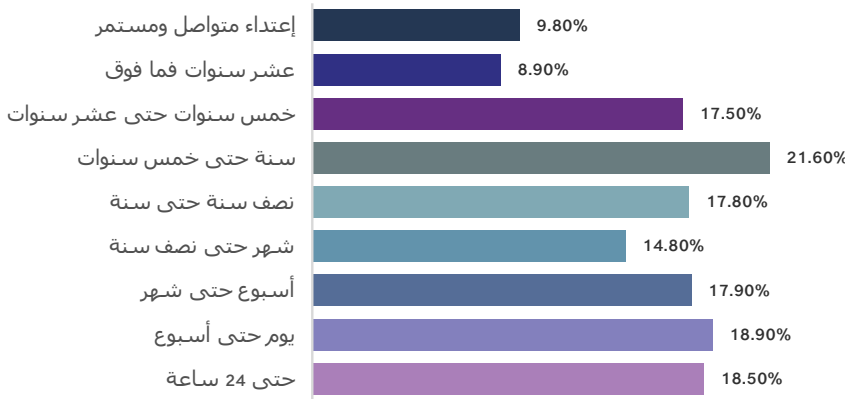
4% معالج (الصحّة، الصحة النفسية، العلاج البديل)

توجه للشرطة

تقديم شكوى

13.7% قُدمت شكوى للشرطة في 1458 من التوجهات لمراكز الدعم

نسبة تقديم الشكاوى بحسب زمن التوجه لتلقي الدعم:



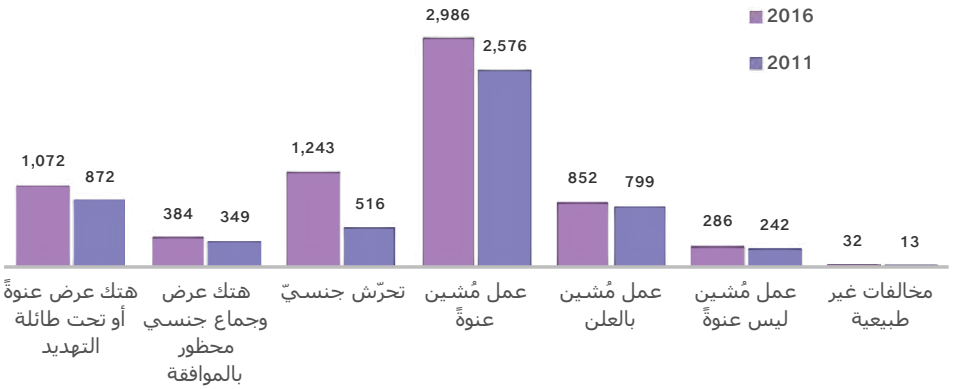
معطيات الشرطة الإسرائيلية 2016 [1]

في عام 2016 فُتح في الشرطة
5,686 ملفًا بشبهات الاعتداء الجنسي والتحرش الجنسي

22.5%
+
زيادة بنسبة 22,5% مقارنة بعام 2011، التي فُتح فيها 4,791 ملفًا

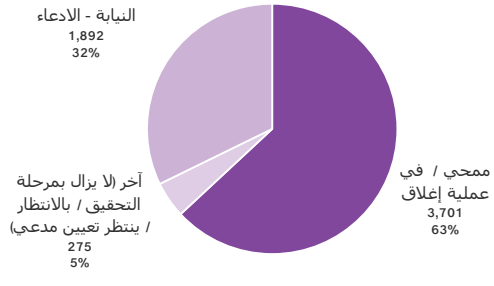
الملفات التي فُتحت في عام 2016 وفي 2011

ملفات بحسب نوعيّة الاعتداء في 2016 و2011

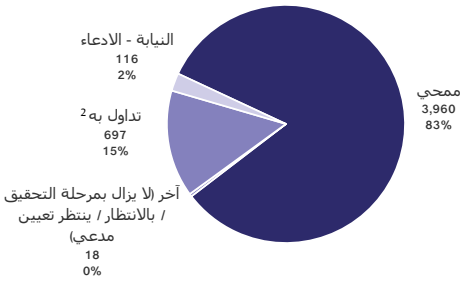


وضعيّة الملفات التي فُتحت

في 2016



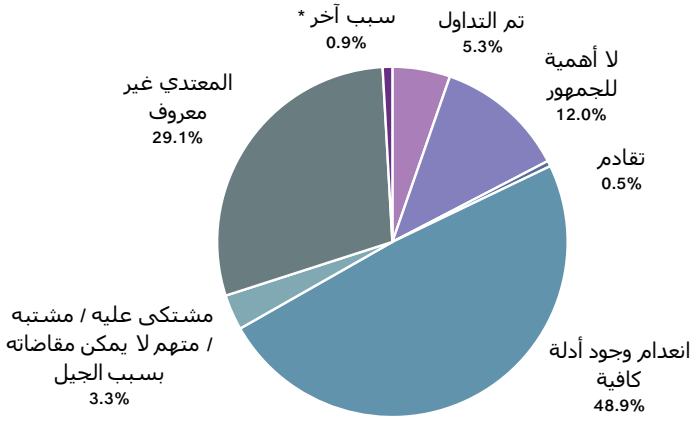
في 2011



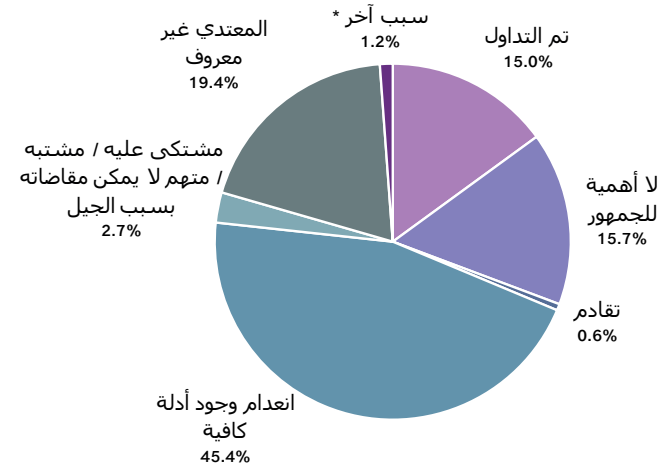
1 مصدر: المسؤول عن قانون حرية المعلومات في شرطة إسرائيل.
2 تداول: أي مرّ بإجراءات قضائية.

أسباب إغلاق الملفات في 2016 و2011

محو ملفات في 2016



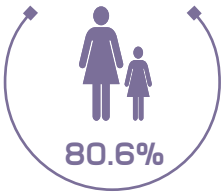
محو ملفات في 2011



* حد الأسباب: نقل لسلطة أخرى، تشغيل موظفي الجيش – عدم العثور على المشتكى عليه / مشبته / متهم، وفاة المشتكى عليه / مشتبه / متهم، مشتكى عليه / مشتبه / متهم لايمكن مقاضاته بسبب عدم أهليته للمثول أمام القضاء (مريض نفسيا).

مزايا الضحية

جنس الضحية[2,1]

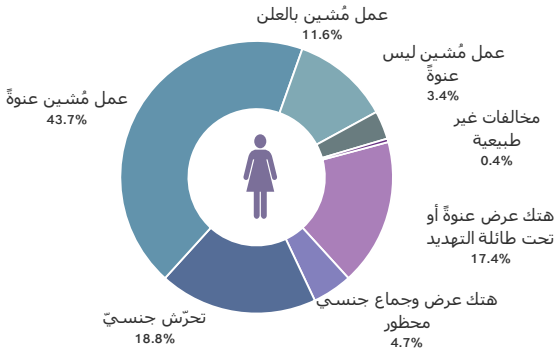


الضحية هي بنت أو امرأة

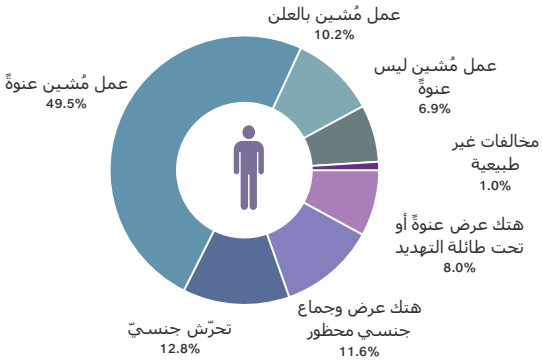
الضحية هو ولد أو رجل

توزيع بحسب نوعيّة الاعتداء وجنس الضحية

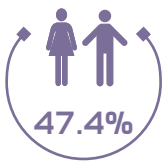
نوعيّة الاعتداء – نساء



نوعيّة الاعتداء – رجال



العمر عند الاعتداء[3]



في **2,743** ملفًا الضحية هي قاصر

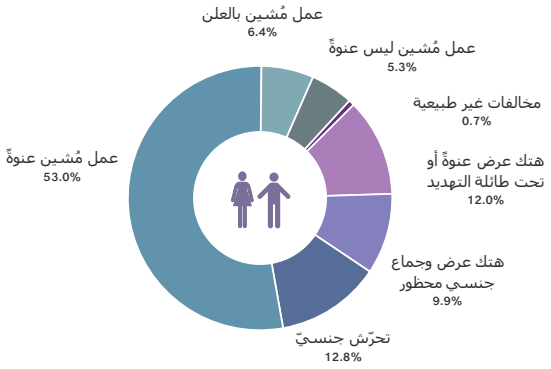
في **2,674** في 2,674 ملفًا الضحية بالغ/ة

في **68** ملفًا الضحية عجوز/ة

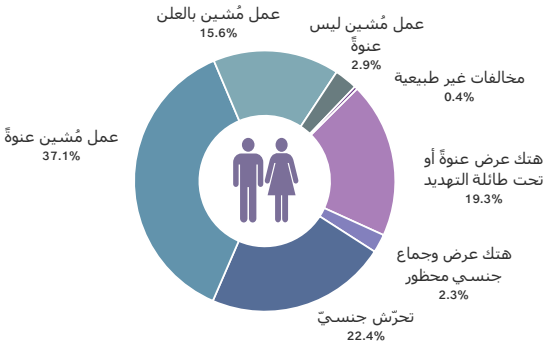
1 من مجمل الملفات التي أفيدت معلومات حولها.
2 لم تُفاد معلومات إزاء نسبة النساء والرجال المتحوّلين جنسيًا من بين الضحايا.
3 من مجمل الملفات التي أفيدت معلومات حولها.

توزيع بحسب نوعية الاعتداء وعمر الضحية

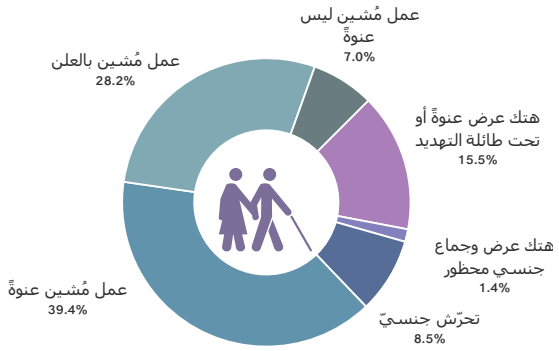
نوعيّة الاعتداء – قاصر/ة



نوعيّة الاعتداء – بالغ/ة

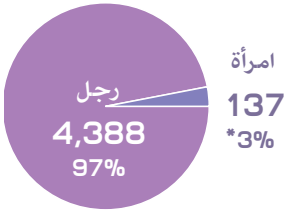


نوعيّة الاعتداء – عجوز/ ة



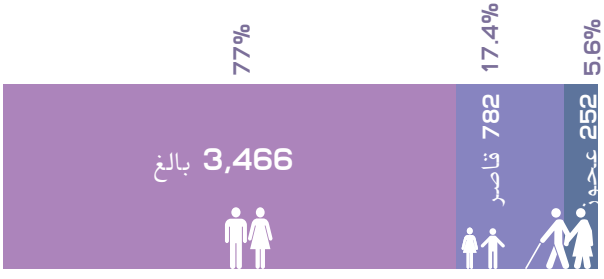
مزايا المعتدي

المشتبه/ المشتكى عليه بحسب الجنس

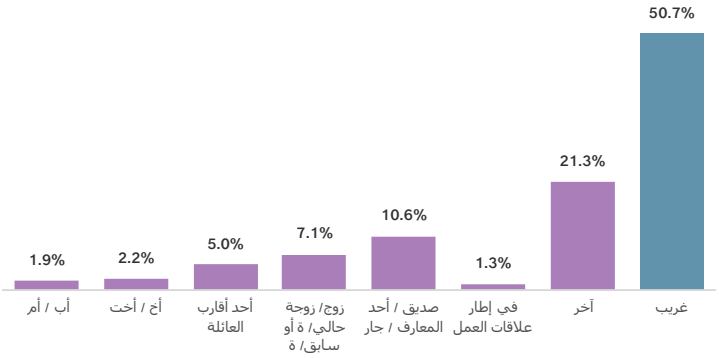


* 45% من النساء المشتبهات/ المشتكى عليهن متهمات بالتحرّش الجنسيّ

مشتبه/ مشتكى عليه بحسب العمر



العلاقة بالمعتدي

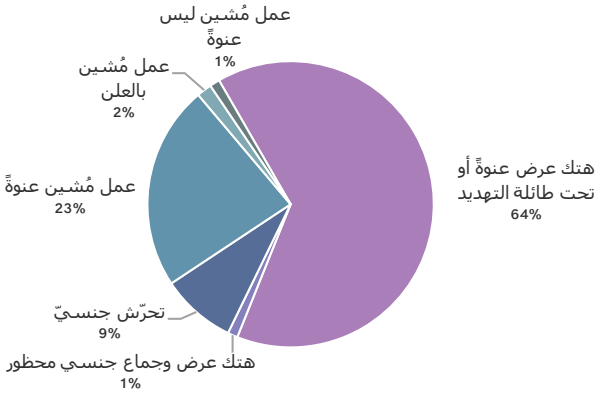


إعتداءات جنسية داخل العائلة

948 ملفّ اعتداء جنسيّ داخل العائلة

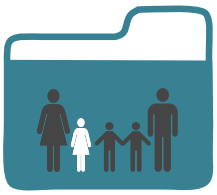
مخالفات جنسية من الزوج/ة

مخالفات جنسيّة بين الأزواج – بحسب نوعيّة المخالفة



معطيات النيابة العامة لعام 2016 [1]

في عام 2016 فُتح **4,039** ملفًا بشبهة ارتكاب مخالفات جنسية وتحرش جنسي

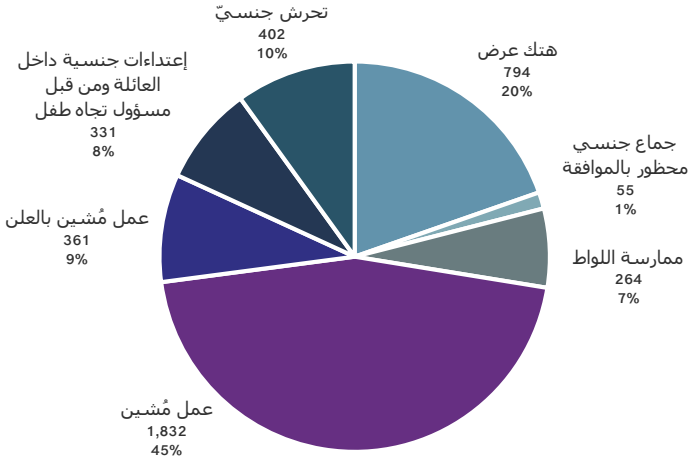


35% +

زيادة مقارنة بعام 2011, فُتح فيه 2,987 ملفًا.

وضعية معالجة ملفات الاعتداء الجنسي والتحرش الجنسي في النيابة العامة

* الفصل بين ملفات التحرش الجنسي وبقية ملفات المخالفات الجنسية سن من أن التحرش الجنسي يقع تحت طائلة قانون خاص، وليس تحت قانون العقوبات كبقية المخالفات الجنسية.



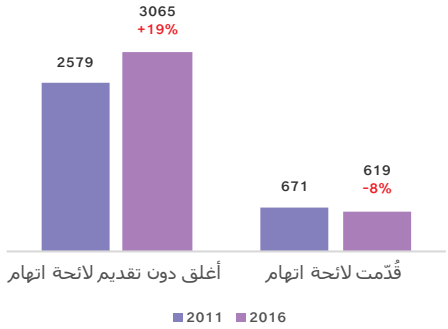
لائحة اتهام قُدّمت في ملفات الاعتداء الجنسي والتحرش الجنسي عام 2016 [2]

ملف اعتداء جنسي وتحرش جنسي أغلقت عام 2016 [3]

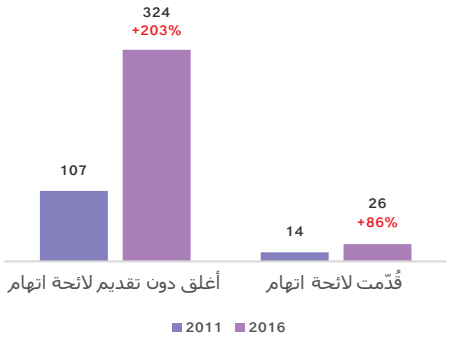
1 مصدر: المسؤول عن قانون حرية المعلومات في النيابة العامة.
2 ملفات النيابة العامة التي فيها تم تقديم لوائح اتهام لم تُفتح بالضرورة في عام 2016
3 ملفات النيابة العامة التي أغلقت لم تُفتح بالضرورة في عام 2016

في عام 2016 أغلقت ملفات أكثر منه في العام 2011، وعدد الملفات التي تقدم فيها لائحة اتهام – انخفض. هذه المعطيات تعكس اتجاه عام – رغم أنه في السنوات الاخيرة عدد الملفات التي تفتح بالنيابة العامة ينمو ويزداد بشكل سنوي، عدد لوائح الاتهام لم يرتفع بالتناسق. رغم ذلك، وبفضل الحقيقة أن لائحة الاتهام لاتقدم بالضرورة في العام الذي يُفتح فيه ملف التحقيق، لايمكننا التزويد بمعلومات بيانات موثوقة إزاء نسب إغلاق الملفات وتقديم لوائح الاتهام من الملفات التي فُتحت في كل سنة.

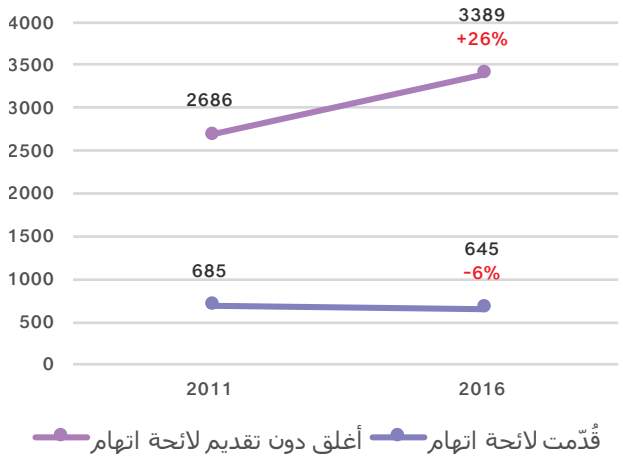
ملفات الاعتداء الجنسي – 2016 و2011



ملفات التحرش الجنسي – 2016 و2011

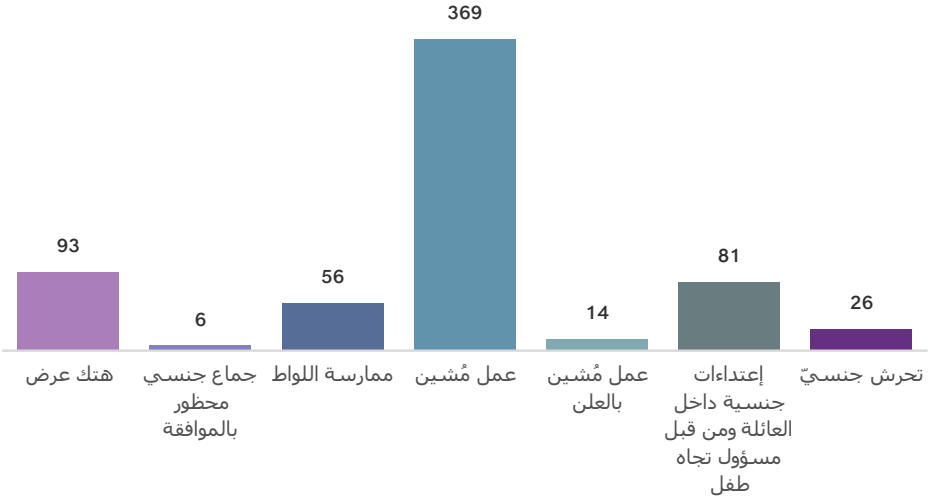


وضعية معالجة ملفات الاعتداء الجنسي والتحرش الجنسي في – 2016 و2011



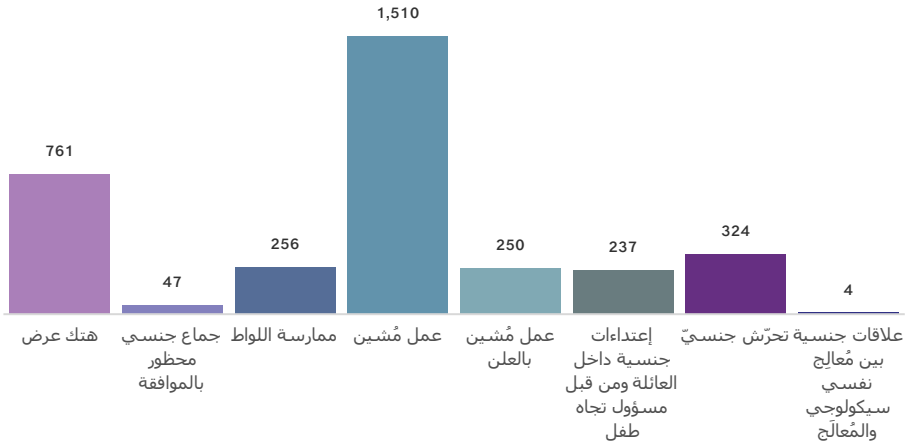
تقديم لائحة اتهام عام 2016

في عام 2016، قدمّت النيابة العامة **619** لائحة اتهام إزاء مخالفات جنسية. ونحو **26** لائحة اتهام بشبهات التحرش الجنسي.



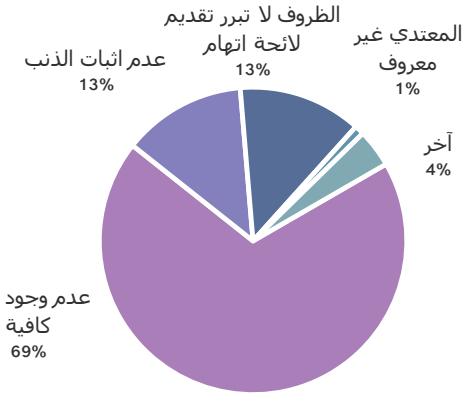
ملفات أغلقت في النيابة العامة دون تقديم لائحة اتهام

في عام 2016 أغلقت في النيابة العامة بدون تقديم لائحة إتهام **3,065** ملف مخالفات جنسية وتحرش جنسي[1] بحسب التقسيم التالي:

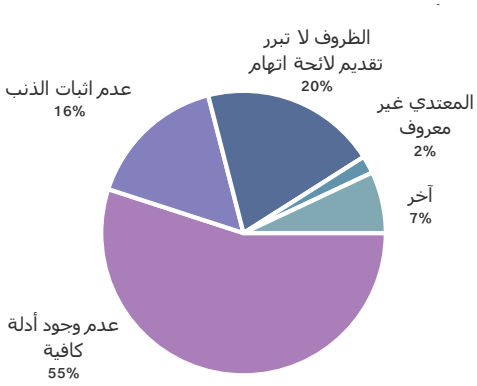


1 ملفات النيابة العامة التي أغلقت في عام 2016، وليس بالضرورة أن تكون قد فُتحت في العام ذاته.

أسباب إغلاق الملفات: مخالفات جنسية – 2016

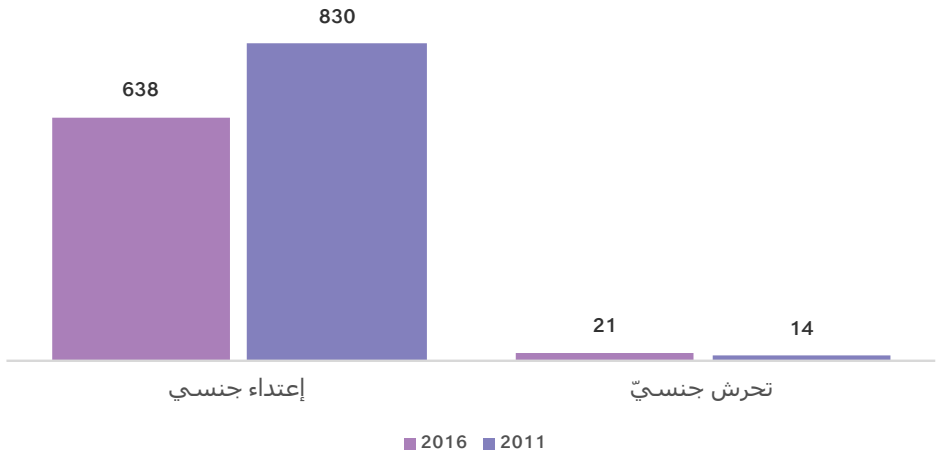


أسباب إغلاق الملفات: تحرش جنسيّ – 2016



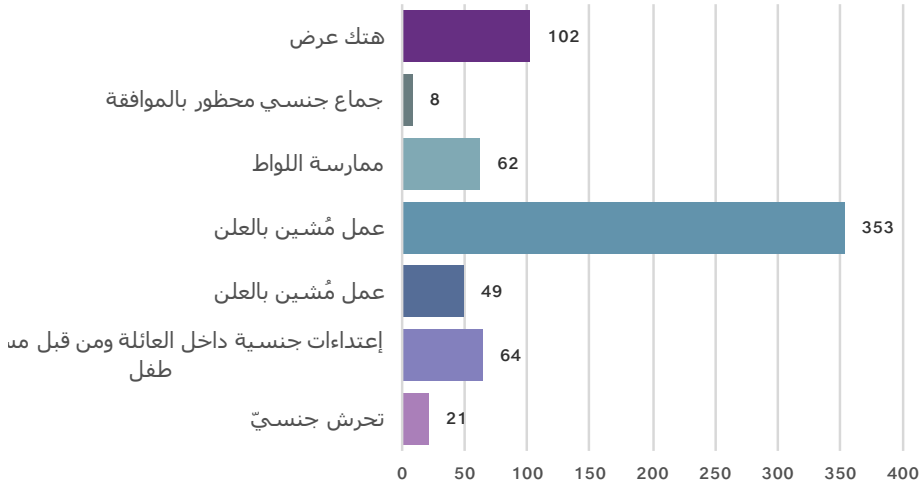
ملفات انتهت بعد تداولها قضائيًا

ملفات انتهت بعد تداولها قضائيًا – 2016 و2011 [1]



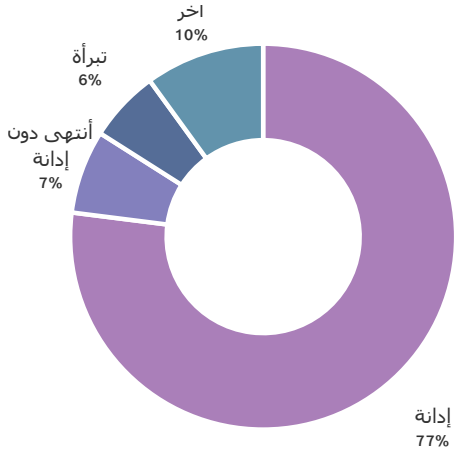
1 الملفات التي انتهت بعد إجراءات قضائية وليس بالضرورة أن تكون فُتحت في العام ذاته. كما أنه، ليس بالضرورة أن تكون لوائح الاتهام قد فُتحت في السنوات ذاتها.

ملفات انتهت بعد تداولها قضائيًا في 2016 – بحسب نوعية المخالفة

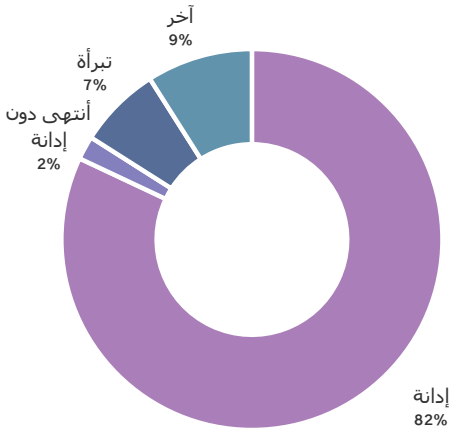


نتائج الإجراءات القضائية التي انتهت عام 2016

نتائج الاجراءات القضائية – 2016

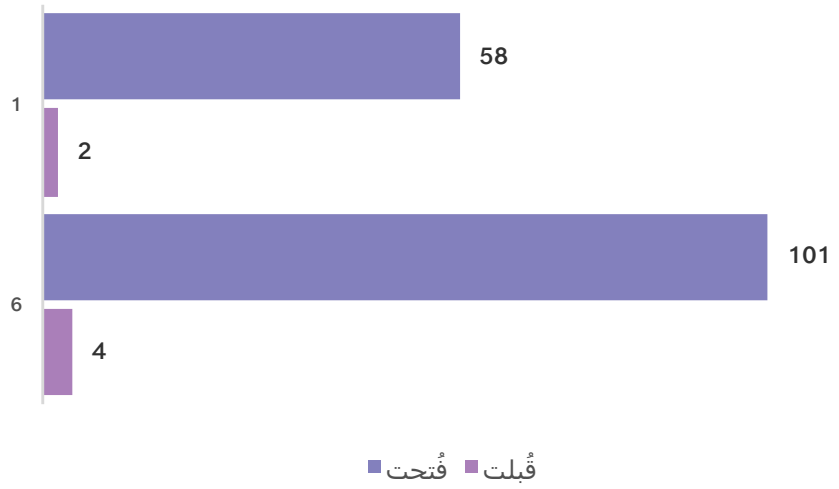


نتائج الاجراءات القضائية – 2011



استئنافات على اغلاق ملفات الاعتداء الجنسي

رغم أن عدد الاستئنافات المقدم في 2016 – يضاهي قرب ضعف عدد الاستئنافات المقدم في 2011 – فإن هذه القيمة النسبة للاستئنافات حوفظت – ولازالت هامشية.



معطيات قسم التحقيق مع رجال الشرطة (ماحاش) لعام 2016 [1]

ملفات اعتداء جنسي ضد رجال الشرطة – 2016

في عام 2016 فُتح في قسم التحقيق مع رجال الشرطة **57** ملفًا للاشتباه بارتكاب مخالفات جنسية من قبل رجال شرطة

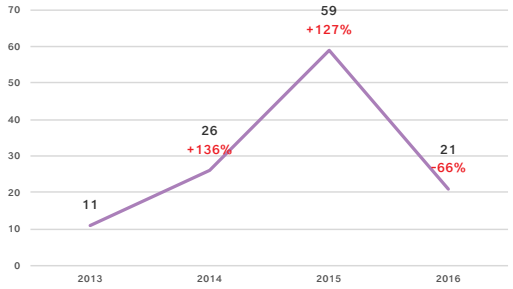
21 ملف اعتداء جنسي ضد شرطيات

36 ملف اعتداء جنسي ضد مدنيات

ميول بتقديم شكاوى ضد رجال الشرطة

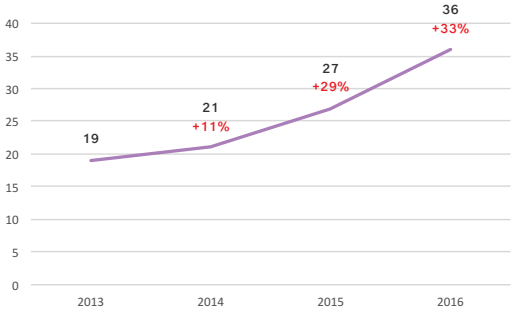
شكاوى حول الاعتداء على الشرطيات

في عام 2016 طرأ انخفاض بنسبة 66٪ في عدد ملفات الاعتداء الجنسي ضد شرطيات مقارنة بالسنة السابقة:



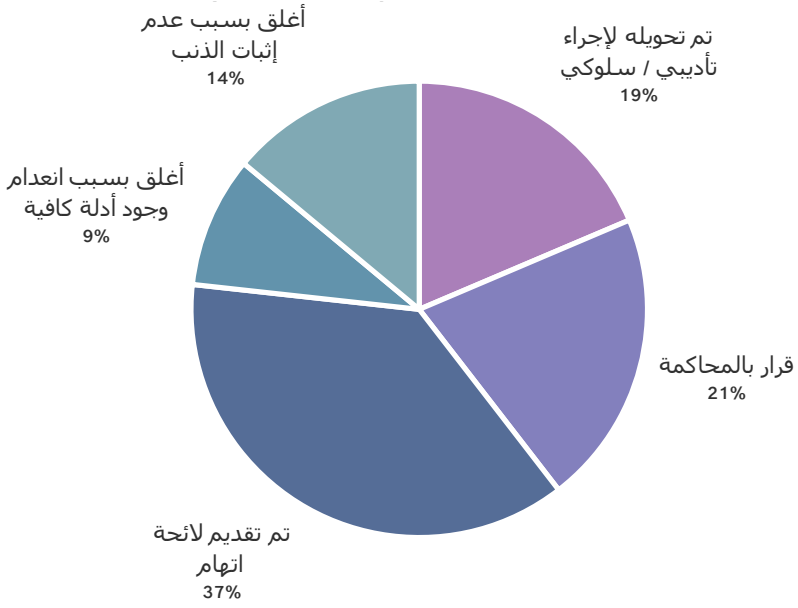
شكاوى حول الاعتداء على المدنيات

في المقابل، في عام 2016 تواصلت نزعة النمو في عدد ملفات الاعتداء الجنسي ضد المدنيات:



1 مصدر: المعطيات التي عرضتها وحدة التحقيق مع رجال الشرطة في لجنة مكانة المرأة والمساواة الجندرية في الكنيست 13.06.2017

وضعية معالجة ملفات الاعتداء الجنسي – 2016

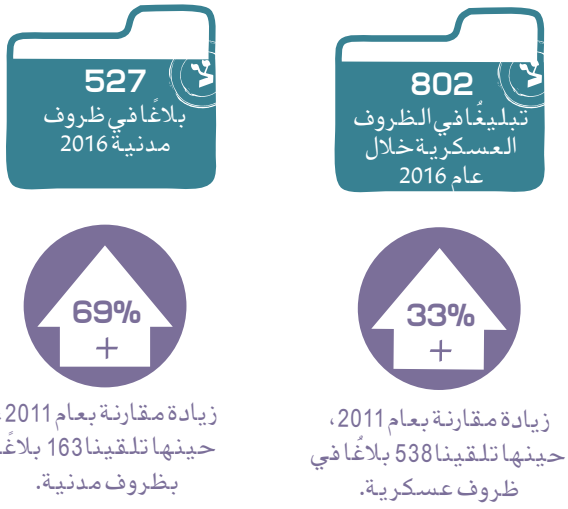


معطيات الجيش الإسرائيلي لعام 2016 [1]

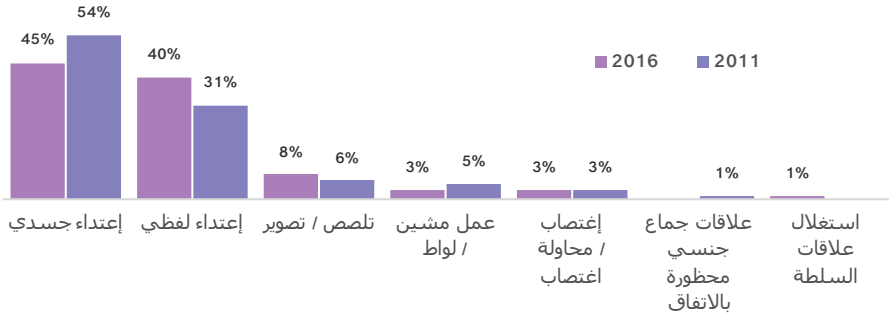
معطيات (يوهلام) – مستشارة رئيس الأركان للشؤون الجندرية، وحدة ماهوت مركز المواجهة والدعم، الشرطة العسكرية، والنيابة العامة العسكرية

توجهات ليوهلام – مستشارة رئيس الأركان للشؤون الجندرية [2] ووحدات ماهوت – مركز المواجهة والدعم [3]

في عام 2016 تلقينا بالمجمل **1,329** توجهًا، مقارنة بـ 701 توجهًا في عام 2011



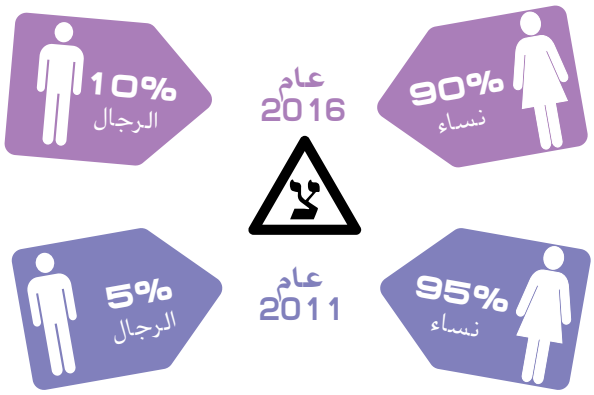
توجهات بحسب نوعية الاعتداء – 2016 و2011



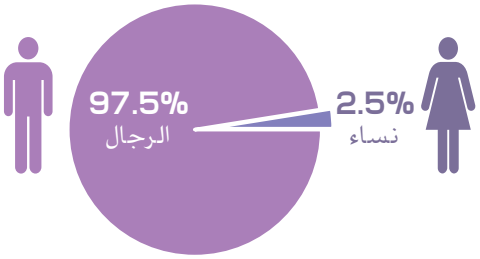
1 مصدر: المسؤول عن قانون حرية المعلومات في الجيش الإسرائيلي
2 يوهلام: مستشارة رئيس الأركان للشؤون الجندرية
3 ماهوت: مركز المواجهة والدعم، مركز لمساعدة وعلاج يهدف لتقديم العلاج العاطفي، المساعدة الطبية والمرافقة القضائية للجنديات والجنود في الخدمة العسكرية الإلزامية.

خصائص ديمغرافية

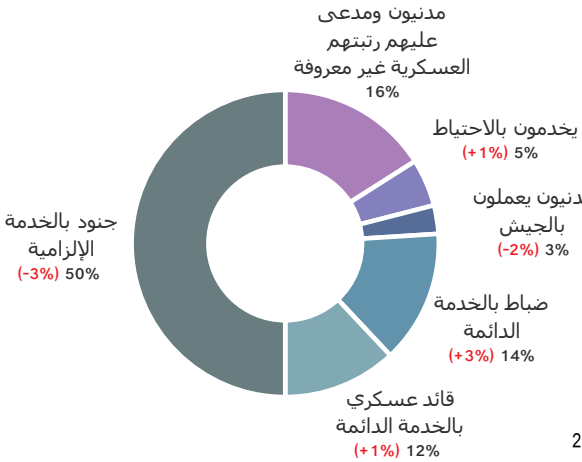
جنس المعتدى عليه/ا



صفات المعتدي



هوية المشتكى عليهم (بحسب الرتبة)[1]



1 بالأحمر: نسبة التغيير مقارنة بمعطيات 2011

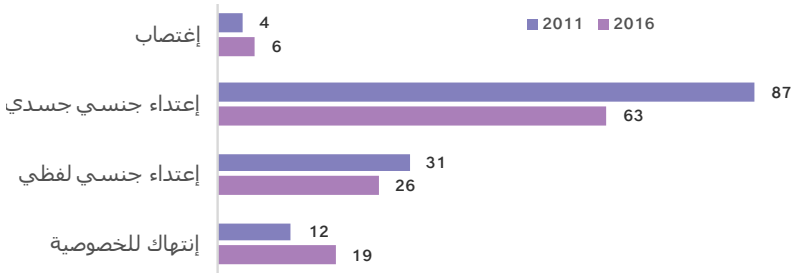
الشرطة العسكرية

ملفات الاعتداء الجنسي التي تم التعامل معها في الشرطة العسكرية

144 ملفًا للاعتداء الجنسي عولجو عام **2011**

ملفًا للاعتداء الجنسي عولجو عام **2016**

ملفات الشرطة العسكرية بحسب نوعية الاعتداء



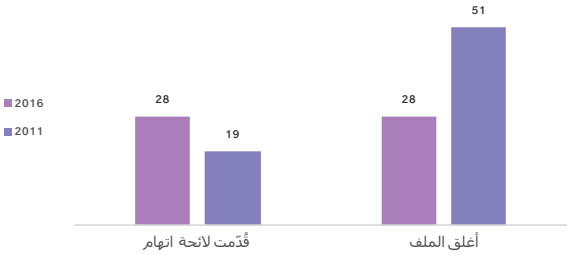
النيابة العامة العسكرية

ملفات اعتداء جنسي عولجت بالنيابة العسكرية

ملفًا للاعتداء الجنسي عولجو عام **2011**

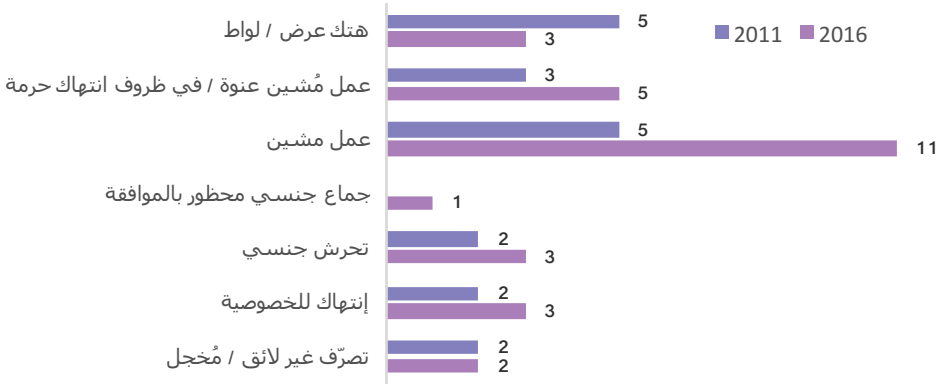
ملفًا للاعتداء الجنسي عولجو عام **2016**

وضعيّة ملفات الاعتداء الجنسي في النيابة العسكرية[1]

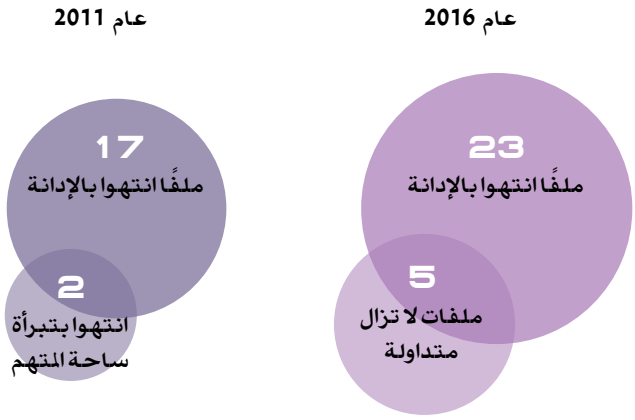


1 لم تنقل أية معلومات إزاء اتخاذ اجراءات سلوكية.

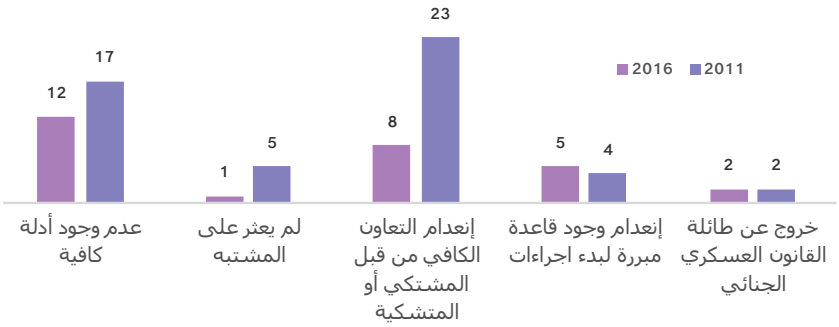
لوائح اتهام بحسب نوعية المخالفة



وضعية معالجة الملفات التي قدمت فيها لوائح اتهام



أسباب إغلاق الملفات في النيابة العسكرية



الإعتداءات الجنسية وتداعياتها في جهاز الصحة

د. شير دافنا تكوع، د. هيلا ليفوفيتش دياماانت، ود. أنا بادو ا

في العقود العشر الماضي، يزداد التعارف والاعتراف العام بظاهرة الاعتداءات الجنسية في فترة الصبا كمشكلة اجتماعية واسعة النطاق في إسرائيل والعالم أجمع. معها، يزداد الالتفات والتنبه البحثي لتداعيات الاعتداء على صحة ضحاياه الجسدية والنفسية.[1] تقدّر نسبة الاعتداءات الجنسية في الصبا بنحو ٪45-٪25 لدى الاناث، ونحو ٪30-٪15 لدى الذكور.[2]

بحسب هذه المعطيات، والتي تم التبليغ عن معظمها بأثر رجعي، أي أنهم بالغون بلّغوا عن تاريخ الاعتداء الجنسي في صباهم، واحدة من كل أربع نساء وواحد من كل ست رجال، عانوا اعتداءً جنسيًا في فترة الصبا والبلوغ.[3] مبادرة تريانا، التي أجريت في اسرائيل بالسنوات 2014-2011، فحصت 12,035 فتىً وفتاةً بسن 12 حتى 17 عامًا. سُئل الأولاد والبنات خلال البحث، وبشكل مباشر، عن نوعية وحجم العنف تجاههم، وتبيّن أن نسبة الاعتداء الجنسي في إسرائيل شبه مطابقة لدى الصبيان والفتيات. تشير أبحاث طبية الى أن ظاهرة الاعتداء الجنسي في الصبا تتم في كافة الشرائح المجتمعية دون تفرقة بالدين، الثقافة، القومية، المكانة الاجتماعية، مستوى ال تعليم أو مستوى الدخل.[4,5]

يعرّف الاعتداء الجنسي من قبل DSM-V[6] كحادثة صادمة قد تؤدي الى عوارض جسدية وعوارض نفسية على حد سواء. معظم الاعتداءات الجنسية تتم في فترة الصبا والبلوغ، ومع ذلك فإن الأضرار لا تنتهي عند انتهاء فترة الصبا والطفولة، وقد تستمر طوال العمر.[7] المسّ الجنسي هو حادثة صادمة بيو- نفسية- جسدية [8] تشكل عبءً جليلًا على الجسد.[9] هذا العبء يؤدي الى مستوى مرتفع من الضغط والنشاط الاستثنافي المتواصلين على الجهاز الجسدي، والتي تؤثر على حصانة جهاز المناعة، وعلى المدى البعيد حتى قد تؤثر على اندلاع أمراض عصيبة وتطوّر امراض مزمنة خلال الحياة. يصف الأدب المهني الطريقة التي يؤدي فيها الاعتداء الجنسي الى عبء وضغط على الجهاز الجسدي والنفسي سويّة كـ Toxic Stress (توتر سام).[10]

الاعتداء الجنسي والصحة في حلقة الحياة

الاعتداء الجنسي في الصبا هو مسّ بجسد وروح (نفس) الولد/ البنت المتضرر/ة، ويشكل عامل ضغط ذو ميزات صدمة تعرض المصاب أو المصابة الى نطاق واسع من التأثيرات الأوليّة والتداعيات المتواصلة.[11] يصف الأدب المهني العلاقات بين الاعتداء الجنسي في الصبا وتطوّر أمراض مزمنة معيّنة،[12] وبضمنها اضطرابات في الجهاز الهضمي،[13] السكري،[14] السرطان،[15] الألم المزمن،[16] ومشاكل في مجال التناسل (أمراض نسائية)، عوارض التوتر والمعاناة النفسية والجسدية خلال الحمل والولادة، حمل بعرضة كبيرة للخطر وولادات كهربائية.[17,18] هذا إضافة الى أن الناجين والناجيات من الاعتداء الجنسي في الصبا يبّلغون عن مشاكل بالأداء الجنسي.[19,20]

مجال واحد تبرز فيه تداعيات الاعتداءات الجنسية

من فترة الصبا على وجه التحديد هو اضطرابات الأكل: اليوم، معلوم أن نسبة كبيرة من النساء اللواتي يعانين من اضطرابات الأكل والاضطرابات الهضمية عانوا في الماضي من اعتداء جنسي في الصبا، إذ أن أبحاث معيّنة أثبتت أن نسبتهم تصل الى ٪80.[21] تشكل تجويع ذاتي واضطراب الأكل لدى النساء أو الشهية غير الطبيعية (بوليميا)، استراتيجية تعامل ومجابهة الصعوبات التي تمرّ على ضحايا التنكيل الجنسي في الصبا، وبضمن ذلك تقييم ذاتي متدني، شعور بالذنب، كراهية للذات، الإعياء، وفقدان السيطرة.[22] العقاب الذاتي، المتمثل باضطراب الأكل معد لتخفيف وطأة هذه المشاعر.

في معظم الأطر العلاجية المرتبطة بجهاز الصحة النفسية، لا يتم التمييز بين النساء والرجال، وفي معظمها أيضا لا توجد أقسام ومحاضر مخصصة للنساء والرجال ذوي ماض من الاعتداءات الجنسية.[23] تخلق هذه الأطر إنقطاعًا عن الآخرين، وفي العديد من الحالات تُجبر المُعالَجات على تناول الطعام بأساليب كالزوندا (أداة إدخال الطعام عنوة عبر المريء)، الربط والعقاب، اذ أن العلاج منوّط بتقبل الممنوعات وتقييدات صارمة. هذا التدخل ينزع القوة من المعالَجات ويضرب ضعورهن بالسيطرة، إذ أنها معتدى عليها أصلًا، وبالتالي فهي لاتساعد على إشفائها. في أحيان، تستعيد أشكال التدخل هذه الصدمة، وتعيدها لذهن المعالَجة، وقد تدهور وضعها النفسي والجسدي. المعرفة البحثية، المعنية بتداعيات الاعتداء الجنسي بعيدة الأمد، تشير الى أن المعتدى عليهم/ن يلجأون بشكل أكبر الى خدمات الصحة من المجتمع العام. نسبة التوجه الى الطبيب المعالِج بسبب الجسدنة أو الإحباط أكبر بكثير.[24] كما أن عدد التوجهات الى قسم الطوارئ (الطب العلاجي المستعجل)، والإخضاع للعلاج الطبي أعلى بكثير لدى ضحايا الاعتداءات الجنسية منها لدى المجتمع عموما،[25,26] يتعامل جهاز الصحة في البلاد والعالم مع التداعيات العامة لعلاج أمراض الضحايا طوال الحياة.[27]

يعبّر ضحايا الصدمة، عن مجموعة كبيرة وواسعة من الشكاوى الجسدية وأعراض المحن العاطفية، التي تتطلب اهتمامًا طبيًا وموارد جهازية كبيرة. رغم العلاقة الواضحة بين الاعتداء الجنسي وأمراض معيّنة، في العديد من الأحيان يصل التفهم الطبي الى درجة الإشباع عندما يتضح أن التمرّض والشكاوى الجسدية لا تتناسب التشخيص لمرض معيّن.[28] في حالات كهذه، يتم تشخيص المعالِجين والمعالَجات كمصابين باضطراب التعبير عن الجسد – الجسدنة، دون ايجاد حلّ عضوي. هذا الاضطراب المعرّف في الـ V-DSM كوجود عوارض جسدية تؤدي الى الهلع أو لاضطراب بالأداء اليوميّ وتشمل أفكار، مشاعر، وتصرفات نابعة من الحالة النفسية. الأدب القائم حاليًا عن ضحايا الاعتداء الجنسي في الصبا، يصف التقارير عن أعراض جسدية بدون أي بيانات عضوية كـ: نوبات تشبه النوبات الابيلبسية (الصرع)، آلام عند التبوّل، صعوبة بالابتلاع، حساسية لروائح وأطعمة معيّنة، انعدام الشعور بأعضاء الجسد، وغير ذلك. كما أن الضحايا يبلغون عن عوارض المحنة النفسية كـ: الاحباط، عوارض ما بعد الصدمة، اضطرابات النوم ومحاولات انتحاريات، اضطرابات هلع، ايذاء ذاتي وإدمان على المخدرات والكحول، وقد يشكل الاعتداء محفّز لاندلاع أمراض نفسية لدى المراهقين والمراهقات.[29,30,31]

كما أن البحث يوثق العلاقة المتينة بين الصدمة الجسدية والتفكك. تستخدم آلية التفكك، التي تُفعّل كرد فعل للمحفزات المزمنة أو المتراكمة للصدمة، لتخفيف نسبة الهلع خلال الصدمة وما بعدها. قد ينعكس التفكك في أعراض سيكولوجية نفسية أو عوارض جسدية، اذ أن التعبير الجسدي للتفكك يعرّف كـ"التفكك الجسدي".

على الطاقم الطبي أن يعترف بأنه خلال اجراءات طبية كثيرة توجد سيناريوهات والتي من شأنها أن تشكل محفّز لفيض ذكريات الاعتداء أو مشاعر وتجارب عدم السيطرة.[32] سنعرض أمثلة لحالات شكّل فيها الفحص الطبي، العلاج الطبي، أو الحالة الطبية الراهنة، أو اعتبر كنوع من فقدان السيطرة، اعياء أو حالة مذلة ومهينة مهددة بالنسبة للضحايا وبالتالي قد تتحوّل الى

صدمة مستحدثة:

فحص في حالة مشابهة لتلك التي كانت خلال الاعتداء وبالأخص فحص لدى طبيب نساء، ربط الأيدي خلال العملية الجراحية، الاستلقاء أو الجلوس عند الشخصية الموثوقية السلطوية، الطبيب/ة أو الممرض/ة، تثبيت من فوق، إدخال أنبوب لنقل السوائل، استخدام الجيل (الساخن على وجه الخصوص) لغرض إجراء فحص US، نزع الملابس في غرفة الفحص أو إقفال الباب. على وجه التحديد، في مجالات طب الأسنان، طب الأنف، الأذن والحنجرة، تُخلق صعوبة بالفحص، اذ أنه في العديد من الحالات، المواضع المفحوصة ترتبط بالاعتداء وتشكل محفّز.

هذه الحالات قد ترتبط بشكل مباشر بالاعتداء ويحتمل أن تؤدي الى إعادة اختبار الصدمة (إعادة الصدمة). قسم من الضحايا قد يفضّلوا ألا يختبروا من جديد الشعور بانعدام السيادة والسيطرة على الجسد، ولذلك يمتنعون وتمتنعن عن إجراء هذه الفحوصات حتى لو كان الثمن إهمال الصحة.[33] قد يفسّر الطاقم الطبي، الامتناع عن الفحوصات، التفكك، والاستجابة الضعيفة للعلاج، كانعدام الرغبة للتعاون، ويوّسعون الفجوة وانعدام التفهم بين الطاقم الطبي والضحية. وبذلك فهم لا يقدمون الرد اللائق والمناسب للمُعالَج/ ة ويتخذون نيابة عنه/ا، في ظل الظروف الراهنة، قرارات قد لا تناسبه/ا. تنبع بعض هذه الظواهر، عند اللقاء بين ضحايا الاعتداء الجنسي والجهات الطبية، من الوعي بأنها غير كافية، وفي العهد الراهن معظم أفراد الطاقم الطبي في إسرائيل لا يستجوبون المُعالَج بشكل اعتيادي حول ماضي الاعتداء الجنسي كجزء من الاستجواب الطبي.

لذلك، في المقابل لاستخدام معدل ضحايا الاعتداء الجنسي العام في خدمات الصحة، هناك ظاهرة عبارة عن الامتناع من العلاج الطبي (Noncompliance). هذا الامتناع قد ينعكس أيضًا في الرفض بتناول أدوية، بكل ما للكلمة من معنى؛ تبّلغ الضحايا أيضًا عن صعوبة في تنفيذ الفحص الذاتي لتشخيص كتلة بالثدي، وهناك أيضا من يمتنع منهن عن إجراء فحص سرطان عنق الرحم – PAP SMEAR، الأمر الذي قد يؤدي الى نقص بالتشخيص المبكرة لسرطان عنق الرحم.[26]

كما استعرضنا أعلاه، فإن نسبة الضحايا في المجتمع العام مرتفعة جدًا، وتتميّز مجموعة الضحايا في الحياة البالغة بالاحتياج الأعلى من المعدل لخدمات جهاز الصحة. في المقابل، الفحص، الخضوع للعلاج أو عملية جراحية قد تؤدي لإنتاج واقع يُفهم ويعتبر أنه عودة الضحية لحالة الإعالة وشعور بإعياء الجسد. في هذه الحالة، قد تتضرر القدرة على الاحتكام والحكم بشأن الحاجة الموضوعية في طلب المساعدة من الطاقم الطبي، النقل، تخفيف الآلام، واستخدام أدوية للمساعدة على النوم وما شابه. هذه الحالة قد تمدد وتعرقل عملية التعافي والإشفاء وقد تؤدي الى خضوع مطوّل وغير ناجع للعلاج.

استخدام الخدمات الطبية من قبل ضحايا الاعتداءات الجنسية في إسرائيل

مثل كافة مواطني ومواطنات دولة إسرائيل، يستخدم ضحايا الاعتداء الجنسي خدمات جهاز الصحة طوال حياتهم. مع زيادة الوعي للتداعيات الصحية للاعتداء الجنسي، ترتفع الحاجة بالتعامل ومواجهة الاحتياجات الخاصة الفريدة لضحايا الاعتداء بشكل بنيوي. اليوم، فإن الانتباه البنيوي (في جهاز الصحة) موّجه للقاصرين والقاصرات والأطفال العاجزين. تم في السنوات الأخيرة، وبمبادرة من وزارة الصحة، تأهيل أطباء/ طبيبات، ممرضين/ ممرضات، عمال وعاملات اجتماعيين، للتعامل مع موضوع الاعتداء الجنسي على القاصرين وأنشئت مراكز تقييم طبيّة للأطفال الضحايا.

ولكن جهاز الصحة في إسرائيل، كما في معظم أجهزة الصحة في أنحاء العالم، غير مُلاءم لمواجهة والتعامل مع الاحتياجات الطبية الخاصة بالضحايا في مراحل حياتهم المؤخرة: في مراحل البلوغ، الحمل والولادة، وبسن الكهولة، والشيخوخة. بما أن نسبة ضحايا الاعتداءات الجنسية في المجتمع مرتفعة جدا، هناك حاجة بإنشاء جهاز مخصص للمعالجة النفسية

والجسدية للنساء والرجال الذين عانوا صدمة الاعتداء الجنسي في الصبا. أسباب إنشاء جهاز كهذا كثيرة ومتعددة: كما فصّلنا في القسم السابق، فإن هذه المجموعة المجتمعية تحتاج خدمات جهاز الصحة أكثر من المعدل، وقد تعاني صعوبات ومحن خلال الفحوصات والعلاجات الطبية بل وتختبر إجراءات طبية معيّنة كصدمة مستحدثة.

الشرط الأساسي في منح علاج مُلاءم ومناسب هو المعرفة والضلوع بعلاج الضحايا، ولكن معظم أفراد الطاقم الطبي في إسرائيل لا يستجوبون بالعادة عن ماضي الاعتداء الجنسي كجزء من الاستجواب الطبي التقليدي. أظهرت أبحاث فحصت أسباب امتناع الطاقم الطبي من الاستجواب حول الموضوع، أنه في غالب الأحيان تنبع الصعوبة من خشية الحصول على رد ايجابي إزاء الاعتداء الجنسي وعدم المعرفة أو الفهم حول كيفية الاستمرار بالعلاج. [24] هذا الامتناع يعكس للمُعالجون والمُعالَجات انعدام شرعية بالكشف عن ماضي الاعتداء بل ويخلق شعور بالإسكات من قبل الطاقم الطبي وجهاز الصحة.

في أحيان عدّة، وبسبب نقص المعرفة المسبقة، شكاوى جسدية أو عوارض تفكك جسدي (جسدنة) لا تُفهم وتُعالج بناء على الخلفية التاريخية الصدماتية. في أعقاب ذلك، لا تحظى المعاناة الجسدية بحل، ويواصل المُعالَجون والمُعالَجات باستهلاك خدمات الصحة بدون رد مناسب، ويُضاف عبء غير ضروري على جهاز الصحة، وتُفوّت الفرصة لكشف السوابق المرضية وملاءَمة العلاج الطبي والنفسي الأمثل للمُعالَج/ة.

كجزء من المنظومة المخصصة لعلاج ضحايا الاعتداء الجنسي هناك حاجة بزيادة الوعي، بتعليم وتثقيف الطواقم الطبية حول التطرق للحوادث الصدماتية من عنف واعتداء في ماضي المُعالَجين والمُعالَجات وبإجراء كشف شامل للسوابق المرضية، مع أخذ هذه الأحداث بعين الاعتبار كجزء من اعتلالهم/ن، ولذلك فهناك أهمية قصوى لتذويت هذه المضامين في كافة مؤسسات التمريض، الطب، والطب المساعد في إسرائيل: بدءًا بالدراسة الأكاديمية (الجامعية)، مرورًا بالتأهيل المهني وحتى بالدراسات المكملة. في المقابل، يتوجب إنشاء طواقم متعددة المهن واسعة قدر الامكان تشمل طواقم أطباء/ طبيبات، ممرضون/ ممرضات وعمال وعاملات اجتماعيين/ اجتماعيات، حاصلين على تأهيل مخصص لعلاج ضحايا الاعتداء الجنسي وأن يوّفروا لمجموعة المُعالَجين هذه علاجًا مخصصًا في إطار جهاز الصحة.

على وجه التحديد، مطلوب إنشاء منظومة علاجية مُتناسبة وملاءَمة لعلاج ضحايا الاعتداءات الجنسية اللواتي تعانين من اضطرابات أكل، والتي رغم الوعي والمعرفة بنسبتهن المرتفعة، غير قائمة حتى الآن. تعتمد أسس العلاج المتناسب والملاءَم على إرجاع القوة للضحايا، تخفيف حدة وحدتهن وتقليص الحالات المسببة لشعور بالاعتلال بواسطة توسيع مجال الاختيار بين أيديهن. هناك أهمية كبيرة في دمج المعرفة من مجال علاج الاعتداءات الجنسية في العلاج باضطرابات الأكل، بغرض إتاحة علاج ناجح ومناسب للمُعالَجة، وتقليص احتمالات التضرر من العلاج بحد ذاته. عدا عن الحاجة بتغيير فكرة العلاج لنساء ضحايا الاعتداء الجنسي في جهاز الصحة النفسية القائم، يفضّل إنشاء أطر علاجية في المجتمع على نطاق قطري، والتي تشكل الخيار المفضل للنساء اللواتي يعانين من اضطرابات الأكل لأجل الخضوع للاعلاج، وتقلّص الحاجة بإخضاعهن للعلاج في مؤسسات للأمراض النفسية.

مهم جدًا بناء بيئة علاجية طبية آمنة قابلة للاستيعاب ومحمية من ناحية جسدية ومن ناحية حسّية عاطفية للضحايا، وبضمن ذلك أن يُتاح للمُعالَجة أن تطلب وجود شخص مقرب منها خلال اجراء الاستجواب الطبي أو الفحص او الكشف عن السوابق المرضية. يجب الامتناع عن أسئلة وفحوصات في غنى عنها غير المواتية أو الضرورية للعلاج أو للتشخيص، وبالأخص يجب الامتناع عن أسئلة خلال الفحص الجسدي على سرير الفحص. قبل إجراء الفحص الجسدي يفضّل أن تشرح عضوة في

الطاقم الطبي للمُعالَجة تفاصيل الفحص: أن تعرض السبب للفحص، تصف الإجراء وتعرض الأدوات المستخدمة خلال الفحص. من شأن هذه التفاصيل أن تهوّن على المُعالَجة وتسمح لها بسيطرة وملاءمة التوقعات. إضافة الى ذلك، يجب أن يُعرض، بقدر الامكان، وضعية بديلة للفحص، رفع السرير كي تتمكن المُعالَجة من مشاهدة ما يجري ومنحها الشعور بالسيطرة، وفي بعض الفحوصات كالفحص لدى طبيب نساء، التي تتطلب أدوات ومعدات يمكن أن يُعرض على المُعالَجة أن تساعد بالاجراء.

كما، بالإمكان أن تُسأل المُعالَجة مسبقًا، اذا كان هناك أمر ما من شأنه أن يصّعب عليها إجراء الفحص، ويوصى بتذكيرها أنه بالإمكان ايقاف الفحص في أي لحظة ترغب.

يجب أن تكون الخدمة لمعالجة ضحايا الاعتداء الجنسي في الصبا معروضة على الجمهور أيضا في صناديق المرضى والعيادات الخارجية في المستشفيات، مع التشديد على منالیتها في كل أنحاء البلاد. الى جانب ذلك، وكجزء من الإصلاحات في جهاز الصحة النفسية، هناك حاجة بأن يُخصص، في كل عيادة، طاقم مهني وخبير لعلاج ضحايا الاعتداء الجنسي في الصبا والبلوغ. يوصى أيضا بإنشاء طواقم مخصصة تؤهل لتقديم علاج طبي لضحايا الاعتداء الجنسي، ويُفّضل أن تُعرض في غرف الانتظار في العيادات وأقسام الطوارئ أوراق معلومات (نشرات وبيانات)، مقالات، وحتى أشرطة فيديو إعلامية تتطرق للإجراء الطبي المتوقع وبذلك التسهيل على المُعالَجات ومنحهن شعور بالسيطرة خلال الإجراءات الطبية. هناك حاجة أيضًا بالتعاون بين جهاز الصحة وبين أجسام أخرى ذات مهنية وخبرة بالتعامل بالباقيات والباقين على قيد الحياة (الناجون) كمراكز الايواء والمساعدة وأجهزة الرفاه الاجتماعي، وغيرهم.

شير دافنا – تكوع (Ph.D) كليّة العمل الاجتماعي – الكلية الأكاديمية أشكلون، خدمة العمل الاجتماعي في المركز الطبي كابلان

هيلا ليفوفيتش – ديامانت (MD) قسم النساء والولادات، المركز الطبي كابلان

أنا بدوا (MD) قسم النساء والولادات، المركز الطبي يتسحاق شامير، الحرم الجامعي أساف هروفيه

الاعتداء الجنسي والصحة النفسية

د عنبال بريبر

الآثار النفسية للاعتداء الجنسي

تعتبر ظاهرة الاعتداء الجنسي واسعة الانتشار بحيث يُقدّر بأن **1 من كل 4 نساء** تتعرض للاغتصاب أثناء حياتها البالغة، و1 من كل 3 نساء تتعرض لاعتداء جنسي يشمل ملامسة خلال فترة البلوغ. وللأسف، تعتبر ظاهرة الاعتداء الجنسي على الأطفال (Child Sexual Abuse – CSA) أيضاً واسعة الانتشار، حيث تُقدّر نسبتها بحوالي ٪25 بين البنات و15 – ٪20 بين الصبيان. وتتعرض 1 من كل 7 نساء و1 من كل 10 رجال للاعتداء الجنسي داخل الأسرة.[1-3] تتشابه معدلات الإصابة بين البنات والصبيان حتى سن الثانية عشرة، ومع تقدم السن تزداد نسبة الاعتداءات على البنات مقارنة بالصبيان. معظم المعتدين هم من الرجال، ولكن هناك أيضاً نساء معتديات جنسياً. تعتبر هذه الظاهرة مشتركة لجميع القطاعات والمجتمعات وجميع الطبقات الاجتماعية والاقتصادية. تشير الدراسات التي أجريت في إسرائيل إلى أن معدل انتشار حالات الاعتداء الجنسي على الأطفال في إسرائيل مشابه لمعدلات انتشاره في أجزاء أخرى من العالم.[4,5]

للاعتداء الجنسي، سواء حدث في مرحلة الطفولة أو مرحلة البلوغ، خصائص فريدة التي يمكن أن تترك آثار نفسية واسعة النطاق. يعتبر الرجال والنساء الناجين من الاغتصاب أو الاعتداء الجنسي خلال مرحلة البلوغ عرضة أكثر لخطر الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD). تعاني حوالي ٪94 من النساء اللواتي تعرضن للاغتصاب خلال سن البلوغ من أعراض اضطراب الضغط النفسي الحاد خلال أول أسبوعين بعد التعرض للاعتداء.[6] يعتبر الاغتصاب الحدث النفسي الصادم الوحيد الذي يعرض الناجية لخطر تطوير أعراض PTSD بنسبة عالية جداً (بالمقارنة مع الأحداث النفسية الصادمة الأخرى مثل التعرض لحادث، الكوارث الطبيعية، الحروب أو التعرض لسرقة، حيث خطر الإصابة بأعراض PTSD هو أقل).[7] وتشير التقديرات إلى أن ما يقرب من ٪50 من النساء اللواتي تعرضن للاغتصاب خلال سن البلوغ يعانين من أعراض PTSD بعد الاغتصاب.[8] الافتراض هو بأن الصدمة النفسية التي يسببها الإنسان لإنسان آخر وتؤثر على الثقة والسيطرة وتحدث معظمها ضمن إطار علاقة معينة وبوجود معرفة مسبقة بين الناجية والجاني، بالإضافة إلى النظرة الاجتماعية التي لا تزال في كثير من الأحيان تلقي اللوم على الناجية وتجد صعوبة في التعاطف مع معاناتها، تساهم في زعزعة القدرة على إعطاء معنى للأمور وللشعور بالخجل وبالذنب ومحاولة الإخفاء وتطور أعراض PTSD الشائعة جداً بين الأشخاص الذين تعرضوا لاعتداء الجنسي في مرحلة البلوغ.

قد يسبب التعرّض للاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة آثار نفسية واسعة وبعيدة المدى، خاصةً إذا كان الاعتداء متواصلاً و/أو وقع في سياق علاقة مبنية على الثقة (على سبيل المثال – اعتداء من قبل قريب/ة بالغ/ة، أو من قبل شخصية التي تمثل السلطة مثل معلم/ة، حاخام، مرشد/ة) حيث يتم استغلال الثقة وسلطة الجاني/ة على الطفل،

واستغلال الاعتماد الجسدي والعاطفي للطفل على الجاني. يستمر الاعتداء الجنسي على الأطفال عادةً لعدة أشهر أو سنوات وعادةً تزداد درجة الاعتداء تدريجياً. **في بعض الأحيان يرافق** الاعتداء أيضاً العنف الجسدي واللفظي، ولكن أحياناً يرافقه أيضاً شعور بالتقارب والحنان، بحيث يكون اعتماد الطفل على الجاني/ة وثقته بهم كافية من أجل السماح باستمرار الاعتداء.

تشير البحوث والتجارب السريرية إلى أن الأطفال الذي تعرضوا للاعتداء الجنسي يعانون من مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية ومعرضون أكثر بكثير من غيرهم للإصابة بأمراض نفسية شديدة: PTSD الذي يتم التعبير عنه بواسطة الأفكار المتكررة والمفصلة عن الاعتداء، اضطرابات النوم، استرجاع ذكريات من الماضي، الحذر العاطفي، تجنّب العواطف والمواقف التي قد تُذكّر بالاعتداء، شعور مستمر بعدم الراحة، وحالات من التفارق والانفصال العاطفي التي قد تكون عابرة أو قد تكون عميقة وتستمر لفترات طويلة. يعاني جزء كبير من الناجين من اضطرابات نفسية أخرى مرافقة مثل الاكتئاب، الاضطرابات الفصامية، اضطرابات القلق، وصعوبات في التنظيم والسلوك العاطفي الذي يمكن التعبير عنه من خلال إيذاء النفس المتكرر واضطرابات الأكل وتعاطي الكحول والمخدرات.[9,10] تعتبر كل هذه وسائل لإخفاء الواقع المؤلم أو كتعبير عن الشعور بالذنب وكراهية الذات الشائعة بين الناجين من الاعتداءات الجنسية خلال مرحلة الطفولة. إلى جانب هذه التعابير السلوكية، هناك مشاعر العار، الذنب، سلوكيات غريبة وصعوبة كبيرة في خلق الثقة والتواصل مع الآخرين.

ولقد ثبت أيضاً وجود علاقة بين التعرض للاعتداء الجنسي خلال مرحلة الطفولة وبين محاولة الانتحار. فعلى سبيل المثال، خلصت دراسة استقصائية وطنية أجريت في بريطانيا إلى أن النساء اللاتي أبلغن عن تعرّضهن للاعتداء الجنسي خلال الطفولة كنّ معرضات لخطر الانتحار خلال حياتهن بمعدل **9.6 مرة أكثر من** غيرهم من النساء.[11] وبالإضافة إلى ذلك، تشير الدراسات إلى أن ثلث إلى ثلثي الناجين من الاعتداءات الجنسية خلال مرحلة الطفولة يتعرضون لاعتداءات جنسية متكررة من قبل معتد/ين آخر/ين (إعادة التعرض للاعتداء) **في وقت لاحق من** حياتهم.[12] وأشارت العديد من الأبحاث خلال العقد الأخير إلى وجود علاقة بين التعرّض للاعتداء الجنسي خلال مرحلة الطفولة وبين تطور الاضطرابات الذهانية، وثبت وجود معدل أكبر من الإصابة بالاضطرابات الذهانية بين الذين تعرضوا للاعتداءات الجنسية في مرحلة الطفولة، وأن تحديد الأعراض السريرية لهؤلاء المرضى هو أصعب بكثير مقارنة بالمرضى الذين يعانون من اضطرابات ذهانية ولم يتعرضوا لاعتداء جنسي خلال مرحلة الطفولة.[13-15]

ويمكن وصف هذه الأعراض المعقدة النموذجية لدى الناجين من الاعتداءات الجنسية في مرحلة الطفولة باضطرابات ما بعد الصدمة المعقدة ((Complex-PTSD. لايشير هذا المصطلح، الذي وضعته الطبيبة النفسية الأمريكية جوديث لويس هيرمان في تسعينات القرن الماضي، حصراً للأشخاص الذي تعرضوا للاعتداءات الجنسية في مرحلة الطفولة، بل على حد وصف هيرمان لجميع الأشخاص الذين يعانون من «تاريخ طويل من التعرّض للهيمنة الاستبدادية».[16] ولاحظت هيرمان وجود اختلافات بين الأعراض السريرية النموذجية لدى الأشخاص الذين تعرضوا **لصدمة نفسية مستمرة**، والأعراض السريرية لدى الأشخاص الذين تعرضوا لحدث صادم واحد.

بحسب هيرمان، هناك تداعيات نفسية واسعة الآثار للصدمة النفسية المستمرة، خاصة عندما تحدث في سياق علاقة المبنية على الثقة وفي سن مبكرة عندما تكون شخصية الطفل لم تنضج بعد، وهي تداعيات التي قد تؤثر وتنعكس على العديد من الأصعدة، وليس فقط كاضطرابات ما بعد الصدمة العادية «النموذجية» لدى الأشخاص الذين عانوا من حدث صادم واحد مهما كان صعباً وأليماً. ما يحدث في الواقع هو أن شخصية الطفل/ة الضحية تتشكل في ظل ذلك الاعتداء المستمر. وتشمل هذه المتلازمة، بالإضافة إلى أعراض PTSD الرئيسة، ثلاث مجموعات من الأعراض ذات الصلة: صعوبات في التنظيم العاطفي والسلوكي، تصور ذاتي سلبي

متواصل، ومواجهة صعوبات في العلاقات. **وعلى الرغم من أن المصطلح** Complex PTSD لايزال حتى اليوم غير مدرج كفئة في مراجع تصنيف الأمراض النفسية المتبعة مثل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM)، إلا أنه مقبول كمصطلح طبي ومعترف به على نطاق واسع في الخطاب العلاجي، ويبدو أن هذه الفئة قد تُدرج في الطبعة القادمة من الدليل التشخيصي ونظام تصنيف منظمة الصحة العالمية (The International Classification of Diseases، ICD-11).

ونظراً للآثار العاطفية الشديدة للاعتداءات الجنسية، وخاصة تلك التي تحدث خلال مرحلة الطفولة، فإنه ليس من المستغرب أن نسبة انتشار الحالات حيث يوجد تاريخ من التعرّض للاعتداء الجنسي بين الأشخاص الذين يحتاجون إلى الخدمات النفسية هي أعلى من بين عامة السكان، وتصل إلى ما بين ٪36 و٪70 في العيادات الخارجية وأقسام الاستشفاء.[17,18]

العلاج النفسي للصدمة الجنسية

يمكن أن يساعد العلاج النفسي للصدمة الجنسية في تخفيف المعاناة وتحسين الأعراض وتحسين نوعية الحياة، حتى لو تم بعد سنوات عديدة من الاعتداء.

علاج Complex PTSD هو في الأساس علاج إسعافي مستمر (**في العيادة**) الذي يتم استناداً إلى المبادئ التوجيهية المقبولة.[19] يتطلب العلاج مهارة في التعامل مع حالات التفارق (الانفصال العاطفي)، حالات إيذاء النفس، التعرض مرة أخرى للاعتداء واضطراب الجسدنة، ويتطلب هذا المجال من العلاج تخصصاً.

يشمل هذا العلاج مرحلة العلاج النفسي الفردي وفقاً لنموذج علاج من ثلاثة مراحل:[16,19,20] **1.** خلق تواصل وتهدئة الأعراض- وهي المرحلة التي تشمل تشكيل بيئة محمية، إعطاء تفسيرات نفسية تربوية لآثار الاعتداء الجنسي، تعلّم واكتساب مهارات التنظيم العاطفي والسلوكية وإنشاء علاقة علاجية آمنة وداعمة **2. مرحلة الحداد ومعالجة الذكريات الصادمة 3. النمو** من جديد وتعميق المهارات الشخصية والفوائد التي تحققت من العلاج.

إذا لزم الأمر، يتم إلى جانب العلاج الفردي وصف علاج بالأدوية (**المعدة لموازنة وعلاج الأعراض - مثل اضطرابات النوم والقلق والاكتئاب**)، **العلاج** النفسي الجماعي، الإحالة إلى برامج إعادة التأهيل وبرامج الدعم في المجتمع المحلي. يتم اللجوء إلى خيار الإحالة لتلقي العلاج في مؤسسة طبية نفسية فقط في الحالات شديدة الصعوبة، في حالات انهيار المعاوضة الشديدة (التدهور الوظيفي لجهاز من أجهزة الجسم وعدم القدرة على التعويض عنه)، خطر الانتحار أو الحالات الانفصالية الشديدة الخطيرة. **وعادة ما تكون التوصية** باستشفاء مركّز لفترة قصيرة من أجل منع الانتكاسات ومن ثم العودة إلى العلاج في المجتمع.[21]

غالباً ما يتم علاج الناجين من الاعتداءات الجنسية التي حدثت مرة واحدة خلال فترة البلوغ المصابين باضطراب ما بعد الصدمة بواسطة العلاجات النفسية المركزة مثل Prolonged Exposure) PE) أو EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing (للمزيد من المعلومات، انظروا).[22] يعتبر العلاج باستخدام مثل هذه الأساليب فعال أيضاً في علاج المرضى الذين يعانون، بالإضافة إلى اضطراب ما بعد الصدمة، من اضطرابات نفسية شديدة مثل الفصام أو الاضطرابات الفصامية العاطفية.[23,24]

أهمية التشخيص والعلاج وتطوير الاستجابات المصممة خصيصاً للناجين من الصدمات الجنسية في نظام الرعاية الصحية النفسية

على الرغم من الانتشار الواسع لحالات التعرّض للاعتداء الجنسي بين مستهلكي خدمات نظام الرعاية الصحية النفسية، وعلى الرغم من العلاقة القوية بين التعرض للصدمات الجنسية وبين الإصابة بالأمراض النفسية، وعلى الرغم من وجود علاجات محددة للصدمات الجنسية المستندة إلى أدلة، إلا أنه لايزال هناك أوجه قصور كثيرة في تشخيص وعلاج الناجين من الصدمات الجنسية من بين مستهلكي خدمات نظام الرعاية الصحية النفسية في إسرائيل. وبالإضافة إلى ذلك، هناك أوجه قصور كبيرة في توفير العلاجات المخصصة لهذه الفئة من السكان.

من المعروف بأنه ليس هناك تشخيص كاف لوجود تاريخ من التعرض للاعتداء الجنسي بين مستهلكي خدمات نظام الرعاية الصحية النفسية. لا يوجد حتى الآن ما يلزم بإجراء استجواب حول تاريخ الصدمة الجنسية في نظام الرعاية الصحية النفسية في إسرائيل. وبالإضافة إلى ذلك، فإن جزء كبير من طواقم العلاج في أطر الرعاية النفسية (مستشفيات الأمراض النفسية والعيادات والمستوصفات الحكومية والصحية العقلية وصناديق المرضى) **يفتقرون إلى المعرفة والأدوات الأساسية للاستعلام وتحديد وعلاج** الناجين الصدمات الجنسية، وهذا لأنه وعلى الرغم من ارتفاع معدل انتشار الاعتداءات الجنسية وآثارها النفسية الشديدة، لم يتم حتى الآن إدراج دراسة هذا الموضوع في المناهج والتدريبات المهنية المطلوبة في دراسة مواضيع الصحة – الطب النفسي، علم النفس، العمل الاجتماعي، التمريض النفسي والعلاج بالتعبير والإبداع. ويُعرب العديد من مقدمي الرعاية عن خوفهم من التعامل مع هذا الموضوع ومن الاستعلام والعلاج لأنهم يشعرون بأنهم لا يملكون الأدوات الكافية للقيام بذلك.[25]

نتيجة للنقص في المعرفة والتدريب والأدوات لدى الطواقم العلاجية، غالباً ما تقع أخطاء في التشخيص. على سبيل المثال، ثبت أنه بالكاد يتم تشخيص الإصابة بالاضطرابات الانفصالية، والتي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالتعرض لصدمة نفسية، الجنسية على وجه الخصوص. أشارت دراسة للمرضى في مختلف أقسام الطب النفسي في إسرائيل أن 12٪ من المرضى لديهم أعراض الإصابة بالاضطراب الانفصالي، ولكن هذا التشخيص لم يتم توثيقه في السجلات الطبية لأي منهم.[26] في كثير من الأحيان يتم إعطاء تشخيص خاطئ بوجود اضطرابات أخرى (نفسية أو شخصية)، وغالباً ما يكون العلاج الخاطئ الذي يُعطى في أعقاب التشخيص الخاطئ جزئي أو ناقص في أحسن الأحوال، ويمكن في أسوأ الأحوال أن يسبب الضرر. يقضي الكثير من المرضى الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة والاضطرابات الفصامية المركبة سنوات عديدة في نظام الرعاية الصحية النفسية ويحصلون على العديد من التشخيصات المختلفة ولا يستجيبون للدواء أو العلاج النفسي المخصص بسبب عدم إعطاء تشخيص صحيح.[27]

لقد ازداد خلال السنوات الأخيرة مستوى الوعي للعلاقة بين الصدمات الجنسية والأمراض النفسية. وفي محاولة للحد من الفجوات القائمة بين المعرفة لدى المعالجين وبين الاحتياجات على أرض الواقع، أصدر قسم الصحة النفسية التابع لوزارة الصحة في شهر تموز (2016) وثيقة مبادئ توجيهية لكيفية إجراء المقابلات والعلاج المناسبة للناجين الاعتداءات الجنسية في مراكز الصحة النفسية.[28]

بالإضافة إلى ذلك بدأت إدارة القسم بتنظيم تدريبات مهنية للمتدربين والمتخصصين في العلاج النفسي في مراكز الصحة النفسية التي تهدف إلى إكسابهم أدوات لتشخيص آثار الاعتداء عند استيعاب المرضى للاستشفاء وحول المعاملة الملائمة خلال مرحلة الاستيعاب والاستجواب والعلاج خلال كل مرحلة الاستشفاء. وفي شهر أيار 2016 نُشر تقرير لائتلاف مراكز دعم الناجين الاغتصاب والاعتداءات الجنسية ومنظمة بزخوت -**مركز** لحقوق الإنسان للأشخاص ذوي المحدوديات، حول موضوع الاعتداء الجنسي والعلاج النفسي.[25]

وفيما يتعلق باستجواب المرضى الذين يعانون من مرض نفسي حول الصدمة الجنسية، أوصى التقرير بوضع مبادئ توجيهية مهنية للتحقيق حول احتمال وجود تاريخ من التعرض للاعتداء الجنسي عند التقدم بطلب للحصول على خدمات الصحة النفسية أو عند الإحالة للاستشفاء. وتم في عام 2016 تعيين لجنة استشارية في المجلس الوطني للصحة النفسية من أجل صياغة توصيات لإدخال الاستجواب حول الصدمات الجنسية كتدبير لقياس جودة في المستشفيات النفسية. وعلى الرغم من توصيات اللجنة بشمل الاستجواب كتدبير لقياس جودة العلاج النفسي بحيث يتحول إلى خطوة ملزمة في كل عملية استيعاب للاستشفاء في أقسام الصحة النفسية في إسرائيل،[28] إلا أن هذه العملية لم تكتمل بعد حتى تاريخ كتابة هذه السطور.

وبالإضافة إلى ذلك، هناك أوجه قصور كبيرة في مجال التنمية وتوفير الحلول العلاجية للناجين من الصدمات الجنسية في نظام الرعاية الصحية النفسية.

لدى الناجين من الصدمات الجنسية احتياجات فريدة خلال العلاج في المستشفيات النفسية.[25] على سبيل المثال، قد تؤدي الممارسات المتطرفة مثل وضع القيود والاحتجاز في عزلة إلى الشعور بفقدان السيطرة وإعادة عيش الصدمة الأصلية. لهذه الأسباب تم خلال السنوات الأخيرة تطوير عدد من الممارسات الخاصة الملائمة للناجين من الصدمات الجنسية في مستشفيات الأمراض النفسية، يشمل برامج تدخّل خاصة، تدريبات مهنية للعاملين حول الصدمات الجنسية والانفصال، وتم تطوير استجابات بديلة التي لا تُجبر الناجية على إعادة عيش تجربة الرضوخ للسلطة والسيطرة، مثل استخدام تقنيات التأريض واستخدام بطانية لف ثقيلة بدلاً من القيود.[21]

على الرغم من هذا التطور المبارك، لا يزال عدد الأسرّة المخصصة للناجين من الصدمات الجنسية في جميع المستشفيات النفسية الإسرائيلية يبلغ حالياً 12 **سريراً** فقط، وقوائم الانتظار طويلة ولا تسمح بتقديم استجابة فورية لعدد كبير من الناجين من المحتاجين إلى الاستشفاء بسبب حالات الانهيار العصبي أو التعرّض للخطر. يضطر هؤلاء المرضى في كثير من الحالات إلى المكوث للاستشفاء في أقسام الطب النفسي العادية والتي عادةً لا يحصل الموظفون فيها على أي تدريب مهني حول علاج الصدمات الجنسية، وعلى الرغم من جهود ومحاولات الموظفين الصادقة للتعامل مع المرضى، إلا أنه ونظراً لنقص المعرفة والأدوات الملائمة، تكون تجربة العلاج في المستشفيات صعبة جداً بالنسبة للمرضى وقد تؤدي إلى إعادة عيش الصدمة.[25]

لا يوجد حتى الآن أي استجابات طبية مخصصة في نظام الرعاية الصحية المصممة للتعامل مع آثار العنف الجنسي على صحة الناجين من النفسية. تعالج المراكز القليلة الموجودة بعشرات حتى مئات الناجين من في السنة، وعادةً ما تكون قوائم الانتظار للعلاج من الصدمة الجنسية في معظم هذه المراكز طويلة بشكل غير معقول، وقد تتراوح بين سنة حتى سنتين منذ التحويل وحتى بداية العلاج. هناك أهمية قصوى لإيجاد حلول علاجية ملائمة واتاحتها الناجين من الصدمات الجنسية في نظام الرعاية الصحية النفسية خلال جميع مراحل العلاج: استجابات ضمن صناديق المرضى، عيادات الصحة النفسية، مراكز متخصصة في علاج حالات اضطراب ما بعد الصدمة المعقدة والاضطرابات الفصامية المعقدة، والرعاية النهارية والاستشفاء الخاص. وفي نفس الوقت من المهم تطوير أطر إعادة تأهيل الملائمة لهذه الفئة من السكان (يشمل أطر للسكن والعمل والترفيه) من المؤهلين/ات للحصول على خدمات سلة إعادة التأهيل.

وكنتيجة لازدياد الوعي للنواقص العديدة في هذا المجال، قام العديد من المهنيين الملتزمين في هذا المجال مؤخراً بتشكيل منتدى لتعزيز علاج الناجين من الاعتداء الجنسي في نظام الرعاية الصحية. ولقد وضع هذا المنتدى لنفسه عدداً من الأهداف، من بينها: وضع إجراءات عمل منظمة في مجال الرعاية الصحية والرعاية الصحية النفسية فيما يتعلق بالاستجواب والتشخيص وعلاج الناجين، إدخال التدريب المهني والتعلّم عن الآثار الصحية والنفسية للصدمات الجنسية كجزء من برنامج التعليم الإلزامي والتطبيق العملي في المهن الصحية والعلاج في إسرائيل. ويهدف كل هذا إلى زيادة وتوسيع عدد الحلول العلاجية المتوفرة الملائمة للناجين من في نظام الرعاية الصحية. **نحن** نؤمن أنه فقط من خلال التغيير في السياسات يمكننا أن ننتج التغيير المطلوب منا كمجتمع من خلال خلق استجابة علاجية ملائمة ومتاحة ومناسبة للرجال والنساء الذين تعرضوا لتجارب شخصية قاسية وهم بحاجة الآن إلى علاج من أجل التعامل مع آثارها

د. عنبال برينر هي طبيبة نفسانية أخصائية، تدير وحدة معالجة المصابين/ المصابات بصدمة جنسية، عيادة البالغين نتانيا، في المركز الطبي للصحة النفسية "ليف هشارون". كما تعمل كطبيبة نفسانية في المركز متعدد المجالات "بنفشينو بايت حام بني براك" (في نفسنا بيت دافئ – بني براك) لعلاج المصابين/ المصابات بالصدمة الجنسية في المجتمع الحاريدي لليهود المتزمتين. كما أنها مدرّسة ومحاضرة في أطر شتى بمجال تشخيص، استجواب وعلاج الصدمة الجنسية واضطرابات ما بعد الصدمة المعقدة

عن الجهل: شهادة

ليون غاي مئير

أنا ليون. أنا، من بين أمور أخرى، باقية حيّة بعد إعتداء جنسي في الطفولة. سمعت يومًا أحد ما يقول إنه ليس ناجيًا من المحرقة النازية وإنما شخص بقي حيًا بعد المحرقة، إذ أن الناجي هو من نجح بالهرب قبيل الحرب. لذا فأنا أيضا هكذا، عشت جهنم، وبفضل التحطم نجحت بتفادي استشعار الحريق. اليوم، بت بعد نحو سبع سنوات علاج مُلاءَم – عمل شراكة شجاعة بين الاختصاص المهني والاختصاص الذاتي– أنجح بأن أشعر باللهيب الحار وأعتاد على وجوده كجزء من ماضيي.

قبل نحو خمسة سنوات باشرت بالعمل في مجال الصحة النفسية، المجال الذي هربت منه كثيرًا كمتعالجة. أدير منذ نحو عامين برنامج «زملاء خبراء» في مركز الصحة النفسية «مزور» من قبل جمعية «ليشما». يتم تمويل البرنامج من قبل صندوق المشاريع الفريدة التابع للتأمين الوطني ووزارة الصحة. برنامج البايلوت الحداثي هذا، يؤهل أشخاص اختبروا الإخضاع للعلاج النفسي وعملية الإشفاء، على مرافقة ومساعدة ودعم المرضى وعائلاتهم، كجزء من الخدمات التي يمنحها المستشفى. نحن نستخدم المعرفة والخبرة الحياتية التي عشناها في التعامل مع أزمة نفسية أيضا في الحوار الجاري مع الطاقم متعدد المهن الذي نعمل الى جانبه. بهدف إبراز الأمل بأن إحتمال العيش حياة جليلة بعد أزمة نفسية قائمة وأن عملية النمو ممكنة.

جهل. هذا ما دفعني الى العمل في المجال. لذلك فكرت أن أقصّ عليكم قليلًا عن الجهل:

خلال استخدامي خدمات العلاج وإعادة التأهيل في عملية الإشفاء شعرت أنه حولي خبراء مهنيين كُثر، أطياب ولطفاء والذين كنت على ثقة منذ اللحظة الأولى أنهم يطلبون بخيري وحسن صحتي ويرغبون بمساعدتي، ولكن الشعور هناك كان بأنهم لم يتمكنوا من التقرب، ولم ينجحوا بالمس بالنقطة الحساسة.

لفّني الجهل في كل مكان وصلت إليه وسرعان ما تواردت الى خاطري جملة واحدة وتكررت: «لا يوجد مكان في العالم يفهم ويعرف كيف يساعدني». إنها مقولة أسمعها مرارًا وتكرارًا من نساء تواصلن الحياة بعد اعتداء جنسي، التقيت بهن في مسرتي. تشخيص اضطراب التفكك في حالات صدمة متواصلة، الذي كان يلازمني، لم يكن معروفا، واضطررت في ذروة الأزمة، أن أشرح حالتي وأثقف المهنيين الذين التقيتهم بمعالمها. اضطررت أن أشرح لهم الفجوة غير المفهومة بين قدراتي الذهنية وأدائي وبين الفراغ العاطفي والقطيعة عن الحياة التي عشتها.

أذكر على وجه التحديد، اللحظة خلال مكوثي العلاجي التي باشرت فيها بالاعتراف أني أنقطع عن الحياة. فهمت أن كثير مما صنعته خلال اليوم معدٌ لمساعدتي على التعامل مع المشاعر غير المحتملة التي شكلت جزءًا كبيرًا جدًا من حياتي اليومية.

كما كانت الحياة بحد ذاتها صدمة بالنسبة لي كطفلة، فقد تحوّلت الى محفّز عند بلوغي. شعرت أنني أدور مع ذات مقهقرة مكسّرة ومحطّمة، وبالتالي لاأستطيع أن أكون حقيقية في أي مكان. ذاتي الحقيقية كانت عبارة عن ذات غاضبة وساخطة وحزينة بدرجة لا يستطيع استيعابها الناس العاديون من حولي.

عشت صراعًا عملاقًا، كانت لدي ذكريات بأنني طفلة ناجحة، كل ما لمسته تحوّل ذهبًا، متميّزة في تعليمها، في الدورات، في العمل، وفي لحظات كثيرة شعرت بأنني مريضة، مضطربة أو غير طبيعية.

من ناحية كانت تجول فيّ مشاعر مرتبكة ومحيّرة: إستمتاع تخالجه المعاناة، وفي أحيان تستبدله المعاناة والمعاناة تتحوّل الى متعة، وبلحظة خليط من مشاعر الذنب، الكراهية والخجل لمجرد الوجود، بتّ امرأة لاتستطيع مسّ مشاعرها ذاتها. ما إن بلغت مشاعري لوهلة حرقني الألم، وهدد باستباحتي ودفعني نحو الهرب مجددًا.

لم يفلح النظام العلاجيّ الذي يتحدث بلغة «الأمراض» و «العوارض» بمساعدتي. ورغم أنني التقيت هناك اشخاصًا طيّبون، الا أنه لم يبدو لي السياق صحيحًا. إنشغل المعالجون بتحليل تصرفاتي وملاءمتها للكتب التيَ قروها حول التشخيصات القائمة. بدا لي أنهم قرأوا الكتب أجمع إلاكتابي – والذي لم يحاولوا قراءته البتّة. لم أحصل على الأجوبة الانسانية التي سعيت اليها جاهدةً. كنت أوّد لو أن شخصًا ما يتواجد معي عندما أبكي ويقول لي إنه متأسف أنني مررت بهذا وأنني لست بمجنونة، إنني ببساطة طبيعية في عالم مجنون! أن هناك سبب لتصرفي الغريب وأنه هناك علاج يناسبني.

عندما عشت أول علاقة ضارّة في صباي، أصبى الامتناع الكليّ عن العلاقات مستقبلًا أمرًا لايمكن تفاديه. وزاد هذا الشعور وتعزز ووجدت نفسي أتحوّل رويدًا رويدًا من طفلة حولها الأصدقاء والصديقات فتاة وحيدة تواصل التمثيل بمسرحية الحياة وتفسد من الداخل. لأن هذه الوحدة المقفرة تأكلك من الداخل.

وبعد حين، تصبح وحيدًا كليًا، ولم تبقَ أي عائلة خلفك بحق وحقيقة. جسدي، الذي لم يأنجح بالدفاع عنه في البلوغ بدأ ينطق، يصيح، ويصرخ. تحوّلت الكلمات والشهدات الى أمراض إضافية ولم يكن واضحا اذا كان الامتناع عن رؤية طبيب أمر صحيّ أم مدمّر لي. ومع كل شيء، وعلى رغم المنطق قررت البقاء على قيد الحياة. قررت مواصلة تسديد الدين من العهد الذي تمددت فيه على السرير بوزن الريشة وأتقاضى مخصصات، وجدت عملا وأفادني العلاج النفسي قليلًا وحتى أنني نجحت بالنوم في بعض الليالي وبدأت أفكر بالحياة الزوجية والتعليم الأكاديمي.

حينها بالتحديد قالت لي موظفة إعادة التأهيل في مصلحة التأمين الوطني «إنه لن يكون أخلاقيًا أن نسمح لك بدراسة عاملة اجتماعية» في ظل ماضيك. وبعدها، خلال المقابلة لدى المشخّصة التشغيلية، سُئلت: «لم أفهم، من اعتدى عليك، بأي سنّ؟» وكأن التفاصيل هي التي ستحدد اذا كان بوسعي العمل أو أن أدرس مستقبلًا.

وفهمت، أن النضال لم يتم بعد...

يخشوننا، نحن الباقيات على قيد الحياة. يخافون المس بالألم الذي نجرّه معنا. يخشون أن تحرقهم نار الذكريات. أتفهم ذلك.

عندما أتحدث اليوم، بضمن عملي، مع المهنيين حول وجود الصدمة في ماضي إحدى النساء الخاضعات للعلاج، أسمع مجددًا عن الخوف العميق لدى المهنيين من الخوض في الحديث عن الاعتداء: «ولكنها محطمّة، وهذا سيزيد تحطيمها»، يقولون ويكررون. وإنهم لمخطئون.

إنعدام التواصل وانعدام منح الشرعية لوجود اعتداء ومسّ هما ما تسببا بتحطيم ذاتي شظايا صغيرة. كل من كان حولي تفادى الحديث عما كنت أحاول إخفائه سرًا وكأن الجميع شجعوني على مواصلة احتضانه وحمايتهم من المعرفة. إدخال الاعتداء في سياقها، عندما لا تكون تفاصيل القصة مهمة، تعني منح الامرأة الامكانية أن تحرر الذنب الملتصق بها في لحظة الاعتداء الأولى.

أسمع كثير من الأقاويل عن التوّقع بأن تصل الباقية على قيد الحياة (ناجية) الى العلاج من بداية الطريق وبجعبتها قصة متجانسية، أن تشرح بالتفصيل ما حدث، من اعتدى عليها ومتى. حبّذا لو أن الواقع كهذا. في الواقع، الصورة العلاجية السريرية التي ستكتشفها هي خليط شظايا الذكريات الفوضوية التي تطفو الى سطح بحر من التفكك وفوضى الوقائع المتوازية من الماضي.

إنها حُطام وكسور تلك الطفلة.

لذا، فاعلموا، أنها عندما تؤذي ذاتها، عندما تكون مناورة ومخادعة، عدائية ولا تتعاون. لا يهم ما حدث بالضبط. المهم أنه حدث! صدّقوا! حدث، تم! في هاوية الإحصائيات العميقة، على الأقل اعلموا أنه محتمل وقد حدث، العديد من النساء لا «يجن جنونهن» سدى. إذا طلبت عند بلوغها مرارًا وتكرارًا التقرب عن طريق ممارسة الجنس مع كل رجل تلتقيه. لاتقولوا أن الاعتداءات والأضرار الإضافية المستبقية جلبتها على نفسها «بخيارها» أو «بمبادرتها»، إذ أن ما تعلمته كطفلة كان أنه بدون رجل وجنس لا وجود لها بحد ذاتها.

المختلف محتمل! هناك علاج مناسب! نستحق حياة أخرى!

كان يهمني أن أقصّ عليكم شيئًا عن الجهل. فقط لأنه لم يعُد يُطا

ليون غاي مثير تعمل في السنوات الأخيرة في مجال إعادة التأهيل النفسي في المجتمع والمستشفى. إنها تعمد الى شرح أهمية استخدام المعرفة من خبرة ذاتية، بهدف تشجيع الإشفاء من حالة أزمة نفسية وتحسين الخدمات الممنوحة في مجال الصحة النفسية. الى جانب ذلك، فهي تخدم كمحاضرة في موضوع التفكك في حالات صدمة متواصلة من خلال روايتها الشخصية.

الصوت الشبيه

حول النقص في تشخيص الرجال ضحايا الاعتداءات الجنسية في الحديث عن الصدمة في إسرائيل

أوري فريد

قبل 50 عاماً، وكثمار لنضال الحركة النسوية الدؤوب، بدأ سياق الحديث عن الاعتداءات الجنسية ضد النساء في الاتساع والتطور بعد سنوات من تنكّر وتجاهل وسط علم النفس لاستنتاجات فرويد الأصلية في «دراسات حول الهستيريا».

ولقد شكّلت بداية الحديث عن الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة ثورة هائلة في عالم العلاج – العودة من «نظرية الجنسانية الطفولية» إلى «نظرية الإغواء»، من العالم «الرمزي» إلى العالم «الملموس». وللمرة الأولى كان من الممكن التعبير عن «الصوت المختلف» للنساء التي لم يتم سماعهنَّ من قبل في خطاب نسوي يتحدى الخطاب الذكوري.

ومنذ ذلك الحين تحول الحديث عن عالم الصدمة الجنسية إلى أحد المواضيع في الخطاب العلاجي المعاصر، ولكن مع مرور الوقت ظهرت جدلية جديدة التي استبعدت صوت «مختلف» واحد من الحديث عن الاعتداء الجنسي، وهو صوت الصبيان والرجال ضحايا الاعتداءات الجنسية.

وتقترح زيف في أعقاب هومي ك. بابا شرحاً لهذا الاستبعاد الاجتماعي عن طريق استخدام التعبير «شفافية الطاغية»، أي آليات التجاهل التي تخلق نقطة عمياء تعجز عن رؤية الصدمات التي يتعرض لها الأشخاص المنتمون إلى المجموعات القوية.[1] والسبب في هذا العمى وفقاً لزيف هو هيكلي، كونه «يستند إلى الهيكل الثنائي لعلاقات القوى الذي لا يسمح بالإحالات المتبادلة والازدواجية التي يمكن فيها للظالم أن يكون أيضاً مظلوماً». ويمكن رؤية ذلك، على سبيل المثال، في التقسيم الثنائي الذي غالباً ما يميز عالم الصدمة الجنسية، التقسيم النموذجي وغير المعلن بين الجنسين هو في الغالب «الرجال=المعتدين، النساء=الضحايا».

من المهم بالطبع الإشارة إلى خوف عالم النسوية من استيلاء الرجال على عالم الصدمة الجنسية – الخوف من إمكانية طغيان «الهيمنة الذكورية»[2] على فئة الخاصة بالنساء ومحاولة ربطها بالسلطة الذكورية التي تشكل مصدر تهديد.

ولكن يمكن استبعاد الفتيان والرجال من عالم الصدمة الجنسية في عمق الخطاب حول هذه الظاهرة. على سبيل المثال، تطرح جوديث لويس هيرمان في كتابها المؤسس "الصدمة والشفاء"[3] تقسيم جندري لعالم الصدمة – عند الحديث عن الصدمة النفسية لدى النساء، تتحدث لويس هيرمان عن الصدمة الجنسية. وعند الحديث عن الصدمة النفسية لدى الرجال – فهي تتحدث عن عالم الحرب، «مكافحة الإجهاد» لدى قدامى المحاربين في حرب فيتنام على وجه التحديد. وبهذا عبرت لويس هيرمان نفسها أيضاً، وربما بشكل غير واعي، عن أمر «من المعروف أنه لا يُحتسب»[4] إضافي إلى الحديث عن الصدمة – تتعرض النساء للصدمة نتيجة للعنف الجنسي، والرجال نتيجة للحرب.

عالم التداع لدى الرجل الذي تعرض لصدمة أثناء الحرب يرتبط مع الفرضيات الاجتماعية القائمة لدينا حول «الرجولة المهيمنة التقليدية» – الرجل الذي يعاني من صدمة نفسية هو مقاتل، بطل، يحمل السلاح، لديه لديه حس Agency واضح والذي يقاتل ضد عدو معروف. هذا النوع من الصدمة لدى الذكور يؤكد ويعزز الأسس الاجتماعية القائمة بما يتعلق بوهن وضعف الذكور – التي تفضل بشكل واضح «الفعل» على «الاستسلام». وهي تقوض الشرعية الاجتماعية المنقوصة أصلاً حول الرجال الذين تعرضوا لصدمات نفسية – التي لا تقوم على فكرة «البطولة». تلك هي الصدمة الجنسية لدى الرجال، ولهذا لا يمكننا رؤيتها. ولذلك فإن الرجال ضحايا الاعتداءات الجنسية هم «الفئة الاجتماعية شفافة» في عالم الصدمات الجنسية. لذلك، وكما كتبت تانر[5] – من أجل التفكير بالاعتداءات الجنسية ضد الرجال، يجب التفكير بعالميّ محتوى – عالم الصدمة وعالم «الرجولة».[6]

كما يسهم «التسلسل الهرمي للصدمة الإسرائيلية» في «شفافية» ظاهرة الذكور ضحايا الاعتداءات الجنسية – يجب علينا أن نسأل من يشمل ومن يستبعد «خطاب الصدمة» الإسرائيلي، من يحق له في إسرائيل الحصول على "لقب" الضحية، وما هي الفئات التي لايحق لها الحصول على هذا اللقب؟ وبهذا السياق أيضاً يقوض الرجال الضحايا النظام الاجتماعي الذي تعترف فيه الروح الصهيونية فقط بصدمة «المحارب الذي لا يعرف الخوف».[7] الرجل المصاب بالصدمة يمكن أن يكون فقط رجل بطل حرب. الصدمات الأخرى لدى الرجال (العنف الأسري، الهجرة، خسارة العمل، حالة وفاة في العائلة، الطلاق، الإدمان وما إلى ذلك)، غالباً ما يتم استبعادها من خطاب الصدمة الإسرائيلي.[8]

ولذلك، فليس من المستغرب أنه غالباً ما يتم تحويل ظاهرة الاعتداء الجنسي على الأولاد والرجال إلى مناطق اللاوعي الاجتماعي لدينا على الرغم من انتشارها وآثارها الواسعة والكبيرة جداً.

ولقد وجد مسح أجري مؤخراً في إسرائيل[9] أن معدل الضحايا بين الفتيان حتى سن 17 عاماً يشبه معدل الفتيات في نفس الفئة العمرية. هذا بالإضافة إلى النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة، والتي تفيد بأن معدل تعرّض الأولاد والبنات للاعتداء الجنسي حتى سن الثانية عشرة متطابق. ولكن هناك فجوة هائلة بين هذه المعطيات وبين نسبة الرجال الذين يتوجهون للحصول على علاج في مراكز الدعم ووفقاً للبيانات الواردة في الجزء الأول من هذا التقرير، فإن 9.5٪ من الذين توجهوا لمراكز الدعم خلال عام 2016 كانوا من الفتيان/الرجال.

صورتين سريريتين

وفي سياق نفس الحديث عن «العمى الاجتماعي» الذي ذكرته سابقاً، أود الإشارة إلى صورتين سريريتين نموذجيتين تميزان الاعتداء الجنسي على الرجال وتمران دون ملاحظة تحت «رادارنا الاجتماعي» ، ويمكن أن تفسرا لنا لماذا يتوجه الرجال الذين تعرضوا لاعتداءات جنسية للحصول على علاج بنسبة أقل بكثير من نسبتهم النسبية بين السكان: «الاكتئاب الخفي لدى الرجال» و«سمات شخصية معادية للمجتمع».

ا. الاكتئاب الخفي لدى الرجال: هؤلاء هم الرجال الذين تسمح لهم الأعراض السريرية بأداء المهام الحياتية بشكل طبيعي أو «شبه طبيعي»، ولكنهم غالباً ما يكونون بمثابة «الحاضرين الغائبين». ولقد وصفتهم باريتون[10] بأنهم لديهم «جلد سميك»، يتميزون بالموضوعية الزائدة، منفصلون عاطفياً ولا يمكن الوصول إليهم، يفتقرون إلى الإحساس المباشر بالرغبة أو النفور وهو ما يمنعهم من القدرة على التعاطف أو خوض علاقة حميمة. في كثير من الأحيان، قد لا يدرك هؤلاء الرجال تعرضهم للصدمة أو قد يدركون ذلك ولكن يفتقرون إلى الشرعية الاجتماعية لمشاركة الاعتداء أو طلب المساعدة،[11] وبالتالي يعيشون حياتهم «الطبيعية» في ظل الإصابة. ريل يدعو هذه الظاهرة «بالاكتئاب الخفي لدى الرجال».[12] غالباً ما يتطور هذا الاكتئاب نتيجة

للاعتداء ولا يتم تشخيصه أو معالجته، وهو سائد أيضاً بين مجموعات السكان التي تبدو «طبيعية».

"نحن نميل إلى عدم الاعتراف بالاكتئاب لدى الرجال"، يقول ريل، «لأن الظاهرة نفسها تبدو غير رجولية، ولأن الرجال يميلون إلى التعبير عن الاكتئاب بشكل مختلف عن النساء. بالنسبة للكثير من الرجال يصاحب الاكتئاب وصمة مزدوجة للمرض العقلي ووصمة العار الأنثوية».

ويوضح ريل بأن المؤشر الأول على «الاكتئاب الخفي لدى الرجال» هو في الواقع الغياب وعدم الحضور، عدم وجود عاطفة تجاه الذات. يشير الرجل المكتئب إلى نفسه بطريقة تعكس وتكرر ديناميكيات تعرضه للاعتداء كطفل. ودعا ريل هذه الظاهرة ب"الانعكاس التعاطفي" الذى ينبع من آلية «التماهي مع الاعتداء» ويشكل حلقة الوصل بين الصدمة والاكتئاب.

في الترجمة إلى لغة الصدمة يمكننا أن نرى، على سبيل المثال، كيف تعبّر آلية «التفارق» للدفاع التي غالباً ما يستخدمها ضحايا الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة كوسيلة للتعامل مع وضعهم، بشكل «ظاهري» تقريباً عمّا وصفه[13] ب»فرضية فقدان العواطف النموذجية لدى الذكور»، والتي تفترض بأن العديد من الرجال يعانون من شكل من أشكال فقدان العاطفة (ما يسمّى باللامفرداتية، الصعوبة في تحديد المشاعر والتعبير عنها) نتيجة للتنشئة الاجتماعية التي تعيق التعبير عن الضعف والتعلّق العاطفي. يمكن للتفارق (الانفصال العاطفي) أن يتحول بسهولة إلى آلية التعامل العاطفي الأقوى والأكثر استخداماً لدى الرجال ضحايا الاعتداءات.

وأحد الأعراض السريرية الأخرى «للاكتئاب الخفي لدى الذكور» هو في الواقع الانجراف إلى فضاء «خيالي» والذي غالباً ما يتم التعبير عنه في تشخيصات سريرية خطيرة على المحور الأول، وبعبارة أخرى، فإن هذا هو بالضبط «ضغط الأدوار الجندرية»[14] الذي يدفع الذكور للتصرف بشكل طبيعي، وهو ما يتنافى مع الصعوبات في أداء المهام اليومية التي غالباً ما يعاني منها ضحايا الاعتداءات الجنسي، بحيث نشهد تراجع من الواقع إلى عالم الخيال – يشكل الذهان وسيلة للدفاع ضد التعامل مع الرجولة المصابة.

في " Forces of Destiny" كتب بولاس ما يلي: «عندما تتحقق فانتازيا جنسية طفولية فهي لا تكون متوافقة مع الواقع بالطبع. وهناك احتمال با لانجراف إلى عالم الواقع (لأن احتمال تحقيق ال فانتازيا في المستقبل لا يطاق)، أو الانجراف إلى عالم من الخيال. (لأن الواقع لا يطاق)».[15] هذا «الانفصام» يميز عادة الضحايا من الرجال ويقدم صو رتين سريرتين محتملتين – رجل يؤدي المهام المطلوبة منه بشكل طبيعي ومنفصل عاطفياً، او رجل «متصل» عاطفياً الذي يعيش كما قلنا في عالم من الخيال. ومع ذلك، وكما قلنا سابقاً، فإن الصلة بين التعرّض للاعتداء الجنسي خلال مرحلة الأطفال وتشخيص الرجال على المحور الأول لا تتم على الإطلاق. معظمنا لا يفكر بالرجال الذين يتم تشخيصهم على المحور الأول بلغة الصدمة الجنسية في مرحلة الطفولة، في مؤسسات الصحة النفسية وفي مختلف العيادات.

وهناك صورة سريرية بديلة تشكّل قطب آخر من «التشخيص الشفاف» للرجال ضحايا الاعتداءات الجنسية، وهي مجموعة الرجال الذين يتلقون العلاج، ولكن دون التركيز على الصدمة الجنسية. وتنتمي هذه إلى المجموعة إلى المجال الرئيسي حيث يتم التعامل مع عدد أكبر بكثير من الرجال مقارنة مع النساء – سلطات تطبيق القانون.

II. سمات شخصية المعادية للمجتمع: في حين يتم التعامل غالباً مع النساء في سلطات تطبيق القانون من منظور حساس للصدمة، فإن هذه الرؤية معدومة إلى حد كبير خلال التعامل مع الرجال الجانحين. ووفقا لرونيت ماتسلياح، مديرة دائرة إعادة التأهيل والعلاج في مصلحة السجون، يشكل الرجال ٪98.2 من السجناء الجنائيين في إسرائيل،[16] وتشير الدراسات إلى أن نظام إنفاذ القانون يعامل المرأة بمزيد من التساهل.

"يختلف جنوح المرأة اختلافاً جوهرياً عن اختلاف الرجال، معظم النساء الجانيات تعرضّن في الماضي إلى اعتداء جنسي، جسدي أو نفسي ... ولذلك فإن العمل معهم يتم «بحساسية» ... ويختلف هذا عما يحدث في سجن الرجال.»

وأضافت أن نحو 60٪ من السجينات يعانين من اضطرابات شخصية ونسب عالية من محاولات إيذاء النفس، وأشارت إلى دراسة التي وجدت بأن 60٪ من النساء في سجون نيويورك تعرضن للاعتداء الجنسي قبل بلوغهن سن الثامنة عشرة. إن علاج السجينات، استناداً إلى تاريخهن المعقد، تضيف ماتسليح، ليست قاطعاً. على سبيل المثال في الجرائم التأديبية، في حين يتم إدانة ونقل الأسير الجنائي الذكر الذي أدين بارتكاب مخالفة تأديبية إلى الحبس الانفرادي، فلدى الأسيرات الجنائيات، وخاصة اللواتي يعانين من اضطرابات في الشخصية، يُشكّل الحبس الانفرادي «الخطوة الأخيرة».

وتختتم ماتسليح بالقول بأن مصلحة السجون تتعامل مع السجينات والموقوفات مع التأكيد على مبدأ إعادة التأهيل وليس مبدأ العقاب، وهذا يؤكد في الواقع موقف العقاب في التعامل مع السجناء الذكور.

هل من المعقول بأن عشرات الآلاف من الرجال الذين يقضون عقوباتهم في السجن، وعلى عكس النساء، ليسوا «ضحايا» الذين تحولوا إلى «معتدين»؟ لماذا من الأسهل علينا الانتباه إلى كون النساء ضحايا خلال التعامل مع مسألة مخالفتهن للقانون، وتصنيفهن على أنهن يعانين اضطراب ما بعد الصدمة المعقد وأن نقترح عليهن منظور» إعادة التأهيل» وليس منظور «العقاب» بدلاً من التعامل مع الجوانب المؤلمة الكامنة وراء اضطرابات الشخصية التي تميز الرجال في ظل القانون؟ «إن المفتاح لفهم الوضع يكمن، ربما، في تسمية وتشخيص المشكلة لدى الرجال مقارنة بتسميتها لدى النساء. فعلى سبيل المثال، يتم تشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع المرتبط بالسلوك الإجرامي لدى الرجال 3 مرات أكثر من النساء، في حين يتم تشخيص اضطراب الشخصية الحدية المرتبط بالضحايا بنسبة عكسية البالغة 1:3 للنساء مقابل الرجال.

تكمن فعالية «العنف الرمزي»، بحسب بورديبيه2 في أنه» مُضمّن في الهيئات» ويتحول إلى لغة «سابقة للفظ»، ويؤدي إلى استيعاب هذه التصنيفات في المجتمع «بشكل طبيعي». هذه هي الآلية التي تميز نقص التشخيص لدى الرجال وتؤدي إلى وصف الرجال على أنهم مجرمون ويستحقون العقاب، ووصف النساء بالضحايا اللواتي يجب التعاطف معهن.

ليس من المستغرب، على سبيل المثال، أنه على الرغم من الأبحاث العديدة والواسعة في مجال تأثير الاعتداء الجنسي على الأطفال على الأنماط الشخصية لدى البالغين، فإن وجود علاقة بين CSA (الاعتداء الجنسي على الأطفال) وسمات الشخصية المعادية للمجتمع موجود في بعض الأبحاث الفرعية فقط.[17] وهكذا، فإن فئة البحث حول السمات الشخصية المميزة للرجال ضحايا الاعتداءات الجنسية في مرحلة الطفولة هي فئة شفافة ويتيمة.

على سبيل المثال، الافتراض السائد في مجال أبحاث الصدمة الجنسية هو أن نسبة الضحايا بين النساء المدمنات تقترب من 100٪[18] – وهذا المعطى يُشكّل مصداقية لإعطاء علاج حساس للصدمة للنساء المدمنات. ومع ذلك، في حين أن دراسات أخرى من العالم[19] لم تجد أي فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في العلاقة بين التعرّض للاعتداء الجنسي خلال مرحلة الطفولة وجنس الطفل والإدمان في فترة البلوغين، نحن بالكاد نطبق على الإطلاق نفس المعرفة العملية حول علاج النساء المدمنات في العمل مع الرجال المدمنين في إسرائيل.

هذا يؤدي إلى أن تكون الشرعية الاجتماعية للرجل الضحية الذي «يطلب» المساعدة العلاجية غالباً مرهونة بكونه يشكل خطرا على سلامة الجمهور وأسرته وأبنائه ونفسه (بترتيب تنازلي).[20] ولقد شرح ذلك وينيكوت: إن «الميل المعادي للمجتمع» يتميز بعنصر يجبر البيئة على أن تكون مهمة، على النقيض من «الحرمان»

الذي يعاني منه الطفل في مرحلة الطفولة.[21] بمعنى أن المعالجة تحت ظل قانون أو مؤسسات «الصحة العقلية» هي الطريقة الوحيدة التي يمكن للضحايا الذكور أن يطلبوا فيها المساعدة.

ولكن وفقاً لماتسليح[16] فإن التعامل مع الرجال في سلطات تطبيق القانون يتم غالباً باستخدام أدوات «العلاج السلطوي» التي قد تكون إشكالية جداً في العمل مع ضحايا الصدمة الجنسية. قد يؤدي هذا النوع من العلاج إلى خلق «إعادة للصدمة» لدى الرجل الضحية (خلاف حول مناطق السيطرة، استخدام القوة، وغياب شعور الAgency)، وهذا يدعم ظاهرة «الباب الدوار» التي تميز المدمنين / السجناء المتكررين.

ويمكن شرح تطور سمات شخصية المعادية للمجتمع بين الضحايا الذكور بعدة طرق:

أولاً، يسعى الرجال الذين «يختارون» موقف «مناهض للمجتمع ومفرط الذكورية» إلى استعادة «النظام الاجتماعي» الذي تم انتهاكه عند تعرضهم للاعتداء الجنسي الذي قوّض رجولتهم. نحن نشجع كمجتمع الرجال على أن يكونوا «رجوليين للغاية» ونضطهد الرجال الذين نشتبه في كونهم «أنثويين». وإذاً «الحل الطبيعي لهذه الحالة غير الطبيعية» للاعتداء الجنسي ضد الرجل هو إثبات «فرط الذكورة»، في كثير من الأحيان بواسطة العنف والعدوان. كما يسمح فرط الذكورة بالبقاء على اتصال مع المعتدي، ويرجع ذلك إلى حقيقة أن الاعتداء الجنسي ضد الرجال يحدث غالباً في سياق علاقة مع «المعتدي الجيد» – شخيصة المعتدي تدفع الضحية للاعتقاد بأنه يلعب «دور الأب» الغائب، من تجربتي، في حياة الكثير من الرجال الضحايا (غياب الأب الحقيقي أو العاطفي الرمزي). وهكذا، عندما يحدث هذا الإرتباك ويتحول المعتدي إلى شخص جيد، قد يصبح الطريق إلى تطوير سمات شخصية هجومية قصيراً. (انظروا لغة الحرباء لدى المنحرف/دانا أمير،[22] وارتباك اللغات – فيرينتسي).[23]

ولا يسعى الرجال الذين لديهم سمات شخصية معادية للمجتمع فقط إلى استعادة النظام الاجتماعي، بل أيضاً إلى استعادة نظامهم الجنساني الداخلي حيث «من المهم أولاً وقبل كل شيء أن تكون رجل وليس امرأة».[24]

ووفقاً لزيف: «اغتصاب الرجل ينتهك ذكورة الرجل المعرّفة ثقافياً على أنها أساس قدرته على حماية نفسه، أي النظرة إلى الرجال على أنهم غير قابلون للهزيمة وغير خاضعين، وكونهم حاملي الرغبة وليس هدفها، وكونهم ليسوا نساءً أو ليسوا انثويين. الاغتصاب ينتهك «رجولة» الرجال ويجعلهم يبدون كإناث»1

وبالإضافة إلى ذلك، غالباً ما يتم الربط بين المقاومة الذكورية و«العدوانية». وهكذا، على سبيل المثال، يرى Brannon، الذي يعدد خمسة جوانب للذكورة التقليدية أنه: «على الرجال أن يبحثوا عن المغامرة، إذا لزم الأمر، مع قبول احتمال العنف».[24] يصف جيرتنر الغضب بأنه «الاحساس الوحيد المسموح به لدى الرجل»، ويرجع ذلك جزئياً إلى أن الغضب يعزز الصفات الذكورية المرغوبة مثل الشعور بالقوة والسيطرة.[25] نحن نميل إلى رؤية الجانب العنيف للرجل، وإلى تجاهل كونه ضحية لنفس هذا العنف الذكوري، يضيف بوكوبزا.[26]

ولذلك فمن الممكن أن نرى في «فرط الذكورة» كآلية مقاومة غير تكيفية للقمع الجندري الكامن وراء الاعتداء الجنسي على الذكور.

يسعى ضحايا الاعتداء الجنسي من الرجال الذين «يغيرون جلدهم» ويتحولون إلى معتدين إلى الاندماج مرة أخرى في الرؤية المهيمنة في إسرائيل من خلال إظهار «الرجولة المفرطة».

نحو تشخيص جديد

"التشخيص السريري» كما أوضحت زيف لا يتواجد في حيّز اجتماعي فارغ، بل هو ذو طابع سياسي،[27] وبعبارة أخرى، عندما نصنف الضحايا من النساء من خلال تشخيص اصابتهم باضطراب الشخصية الحدي ونصنف الضحايا من الرجال من خلال تشخيص اصابتهم باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع، فنحن نعزز واقع اجتماعي معين، المخفي غالباً.

في كتابها الرائد «الصدمة والشفاء»،[3] تقول لويس هيرمان: «الاتجاه السائد هو ربط سلوك الضحية بعيوب في شخصيته أو صفاته الأخلاقية. هذا الاتجاه أثر بشكل كبير على اتجاه الدراسات النفسية».

وتضيف لويس هيرمان: «كثيراً ما يقع أخطاء في تشخيص ضحايا الاعتداءات الجنسية في مرحلة الطفولة وبالتالي في معاملتهم وعلاجهم في نظام الرعاية الصحية النفسية. في بعض الأحيان يجدون أنفسهم في علاقة مدمرة التي تتبنى وتعيد سلوك الأسرة المسيئة.»

وتشير لويس هيرمان إلى عدم وجود مفهوم تشخيصي دقيق وشامل للضحايا الذين عانوا من صدمة مستمرة في مرحلة الطفولة، وبالتالي تقترح شخيص جديد لضحايا الصدمة المزمنة. فهي تقترح دمج التشخيص التقليدي وجميع الأعراض والاضطرابات التي ترافقه في تشخيص جديد ومثير للتعاطف: «اضطراب ما بعد الصدمة المعقد» – وهو «مفهوم موسع» لاضطراب ما بعد الصدمة الذي يشير إلى تمركّز الشخصية حول تجربة الصدمة، ويترتب هذا أيضاً على صعوبات في التواصل وبناء الهوية. ولكن معايير التشخيص التي تقدمها لويس هيرمان تعاني من التحيز ضد المرأة وتميل إلى وصف اضطرابات أكثر المميزة للنساء (اضطرابات الطيف الهستيري) مقارنة بالرجال؛ وتعترف لويس هيرمان نفسها بأن هذا التشخيص ملائم بشكل عام للنساء. يمكنك أن نلاحظ بسهولة غياب مجموعة كبيرة من أعراض «فقدان العاطفة» و«العداء للمجتمع» من معايير التشخيص، وهي أعراض المميزة بشكل أساسي للذكور. يميل الرجال الذين تعرضوا إلى اعتداء غالباً إلى غالبا ما تميل إلى «التعبير بشكل مفرط» ولذلك غالباً ما يتم لديهم شخيص وجود أعراض التي تتراوح بين فرط التعبير والعدوانية والتي يتم تجاهلها سريرياً كأعراض ممكنة لاضطراب ما بعد الصدمة المعقدة. وتضيف لويس هيرمان بأن للسمات الشخصية المعادية للمجتمع أيضاً سياق اجتماعي مهين الذي يمكن انتقاده. ويمكن لدراسة التي تربط بين التعرّض لصدمة جنسية في مرحلة الطفولة لدى الرجال وبين الأعراض السريرية لاضطراب الشخصية المعادي للمجتمع أن توفر بديلاً للتشخيص القائم للضحايا من الرجال المشابه للتشخيص الذي اقترحته لويس هيرمان قبل ربع قرن للضحايا من النساء.

تستخدم لويس هيرمان مصطلح «العرض التمويهي» لوصف الفجوة بين الأعراض التي تظهر لدى المريض وبين والصدمة المعقدة الكامنة وراء هذه الأعراض. يبدو أن هذا المصطلح يصف بشكل جيد سمات «فقدان العاطفة» و«العداء للمجتمع» التي غالباً ما تظهر لدى الرجال ضحايا الاعتداءات الجنسية وتستعمل لإخفاء مشاعر العجز وفقدان الثقة بالنفس والخجل وارتباك الهوية وأكثر من ذلك.

ولذلك، أود أن أقترح وضع منظور تشخيصي مماثل ومراعي للاعتبارات الجنسانية على أساس خطوط لويس-هيرمان التشخيصية للرجال الضحايا. وكما تصف هرمان، فإن لفهم دور وتأثير الصدمة خلال مرحلة الطفولة في تطوير هذه الاضطرابات الخطيرة تأثير كبير على جعل الاستجابات العاطفية لدى الضحية طبيعية ووضع الأسس للتعاون خلال العلاج وللاعتراف بالتجارب العاطفية المعقدة التي يمر بها الضحية.

أوري فريد، عامل اجتماعي سريري (MSW)، مُعالج في "مركز تمار" – مركز علاج ضحايا الاعتداء الجنسي في القدس. محاضر ضيف في كلية العمل الاجتماعي، الجامعة العبرية

الماضي ليس بالضرورة محددًا للمصير

نظرة سريرية عن الحمل والولادة لدى نساء اعتدي عليهن جنسيًا في الصبا

ليهي غيفاع ليسر، ونعاما شفارتس

الجزء 1 - كيف يمكن للصدمة الجنسية أن تؤثر على تجربة الحمل والولادة

«أحاول الإصغاء لتوجيهات الطبيب، أن أنفذ وألا أفكر ولكن لا أستطيع ... يحاول رأسي أن يطفو أكثر وأن أنظر إلى نفسي من الجانب، وأنا خبيرة في ذلك، وعندها يقول لي بأني لست مسترخية. لقد فشلت مرة أخرى، ما الذي أفعله هنا على أي حال، ما الذي جعلني أعتقد بأنه يمكن لطفل أن ينمو بداخلي ... «

تجربة الحمل لدى الناجيات من الاعتداءات الجنسية

تعتبر ظاهرة الاعتداء الجنسي على الفتيات أثناء مرحلة الطفولة شائعة جداً ويُقدر بأنها تحدث لحوالي 20٪ من السكان. ومع ذلك لا تزال الدراسات التجريبية والسريرية لتأثير مثل هذا الاعتداء على النساء خلال مرحلة الحمل والولادة في مراحلها الأولية.[1] ترسم المعلومات المتوفرة حتى الآن صورة مثيرة للقلق والتي تُظهر بأن النساء ناجيات الاعتداءات الجنسية هن أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات الجسدية والنفسية أثناء الحمل والولادة مقارنة بغيرهن من النساء. تعاني النساء الناجيات من الاعتداءات الجنسية من الإجهاد، الاكتئاب، القلق، الخوف من الولادة، تعاطي مواد المسببة للإدمان، الأفكار الانتحارية، الخوف الشديد من الولادة وشكاوى نفسية وجسدية عديدة.[1-4] ما الذي يمكن أن يفسر هذه النتائج المثيرة للقلق؟

سنتحدث في هذه المقالة عن الصدمة الجنسية في سياق الحمل والولادة. سوف نصف في الجزء الأول من المقالة الطرق المختلفة التي يمكن أن تظهر بها الصدمة في سياق التجربة العاطفية الطبيعية لدى النساء الحوامل. وسوف نركز في الجزء الثاني بشكل خاص على طرق العلاج والتدخل التي يوصى بدمجها في عملية علاج النساء الناجيات من صدمات جنسية في مرحلة الطفولة والموجودات في هذه الفترة الحرجة والحساسة من حياتهن.

تسرب آثار الصدمة إلى حيز الحمل والولادة

تعتبر تجربة الحمل والولادة بمثابة مفترق طرق تنموي حيث يتخلخل التوازن السابق الذي تم تحقيقه في المجال الشخصي والزوجي والعائلي والمهني بطريقة التي تتطلب إعادة التنظيم العقلي. غالباً ما يصاحب فقدان التوازن على المستوى الجسدي تقلبات عاطفية شديدة، حيث تختلط مشاعر الفرح والفخر والامتلاء والرضا مع الشعور بفقدان السيطرة والتناقض.[5]

خلال عملية علاج الناجيات من الاعتداءات

الجنسية، يتحول المعالج إلى شاهد على شدة تأثير التمثيل الداخلي المتعلق بالصدمة في المراحل الأولى من اتخاذ قرار الحمل. في بعض الحالات، يثير غضب الناجية تجاه والدتها، الأم التي «لم ترى»، التي تجاهلتها وتركتها وحدها، الشكوك حول نوعية الأمومة التي يمكن أن تقدمها هي لأطفالها. أحد أكبر المخاوف لدى الأمهات اللواتي تعرضن للاعتداء في الماضي هو الخوف من أن يصبحن هن أنفسهن عامل خطر أو مصدر ضرر لأطفالهن.[6] وفي بعض الحالات، تشكل هذه الشكوك عاملاً سلبياً قوياً لدرجة أنها تؤدي إلى اتخاذ قرار بالتخلي عن الأمومة.[1]

لقد اخترنا الحديث عن تسرب آثار الصدمة إلى أربعة مجالات رئيسية التي تشغل النساء الحوامل:

1. آثار غزو المهاجم – الحمل كوضع يتواجد فيه اثنان في جسد واحد: في بداية الحمل يجب على المرأة الحامل التكيف مع ما يصفه رافائيل ليف (1996) بأنه وضع جسدي فريد من نوعه، «غير طبيعي»، الحالة الجسدية حيث «هناك اثنين في جسد واحد». تتوقف المرأة عن الإحساس بنفسها ككائن متفصل ومستقل وتبدأ في مشاركة جسدها ولحظاتها الأكثر حميمية مع شخص آخر. ولدى معظم النساء تكون هذه التجربة مصحوبة بشعور بفقدان السيطرة والحد من حرية الاختيار.[7]

قد يتحول الشعور بفقدان السيطرة الحصرية على الجسد لدى المرأة التي تعرضت للعنف الجنسي مرتبطاً بشكل لا يمكن السيطرة عليه مع العواطف المرتبطة بالاعتداء الجنسي والمعتدي.[8] وعندما تحدث هذه العملية قد تتلون تجربة المرأة الحامل الطبيعية بألوان مخيفة ويتم الاستعاضة عنها بتجربة نفور وشعور بالنبذ تجاه الجنين. قد تُثار لديها عواطف المرتبطة بالمعتدي، مثل الاشمئزاز والرفض والذعر بقوة غير قابلة للسيطرة، وتُنسب إلى الجنين أو إلى الجسد.

يمكن رؤية مثال آخر لآثار غزو المهاجم إلى الحيز الداخلي في الرباط الذي يتشكل بين المرأة وجنينها في استجابة الناجيات العاطفية عند اكتشاف جنس الجنين. في هذه المرحلة أيضاً «تنعكس» محتويات المأخوذة من عالم الصدمة على بشرى معرفة جنس الجنين. وهكذا، على سبيل المثال، تختلط فرحة المعرفة بأن جنس الجنين هو أنثى مع مشاعر الخوف والقلق من احتمال تعرضها للأذى في المستقبل. ويرافق هذا الخوف في كثير من الأحيان مخاوف وشكوك حول قدرة الناجية كأم في المستقبل على حمايتها من التعرض للاعتداء؛[9] في المقابل، عندما يكون جنس الجنين ذكراً، قد تختلط صورة المعتدي مع مشاعر الغضب والشعور بالعجز مع شخصية الجنين الذي سيُنظر إليه على أنه يشكل تهديد محتمل.[10,11]

2. الجسم كحاوية – الحمل والانشغال بصورة الجسد: تراود المرأة خلال فترة الحمل الكثير من الأسئلة حول قدرة الجسم على «إنتاج» جنين صحي مع الحفاظ على سلامتها وسلامته.[7] قد تشعر الناجيات من العنف الجسدي بأنهنّ فيما يشبه الفخ أيضاً عند هذه النقطة: فبينما يجب عليهن استخدام أجسادهن لكي يصبحن أمهات، فإنهن في معظم الحالات لا يستطعن الاعتماد على جسمهن خلال محاولة خلق شعور بالأمان. وبالإضافة إلى ذلك، فهن ينظرن في بعض الأحيان إلى جسدهن على أنه مكان تالف. تصف النساء اللواتي تعرضن لاعتداء في مرحلة الطفولة في كثير من الأحيان أجسادهن بما يشبه الحاوية التالفة، وتذكار دائم بسوء المعاملة مشبع بالمشاعر السلبية والكراهية الذاتية. عندما يُنظر إلى الجسم على أنه منتهك ومكروه، كيف يمكن تجنيده لتأدية مهمة خلق حياة جديدة وصحية؟ في بعض الحالات تشعر المرأة الناجية بأن مجرد وجود الطفل في حيزها الجسدي، الذي تحول على مر السنين إلى مصدر لإيذاء النفس والإهمال، يمكن أن يسبب ضرراً حقيقياً لنموه.

ويمكن رؤية تعبير خارجي لعدم القدرة على الاعتماد على الجسم والثقة في قواه في زيادة الاضطرابات المصحوبة بشكاوى جسدية

متعددة والسعي المستمر للحصول على التأكيدات الطبية، والاستخدام المتكرر للاختبارات طوال فترة الحمل.[3،10]

هناك بالمقابل نساء اللواتي يتعاملن مع نفس الأزمة من خلال الاستخدام المكثف لآلية الفصل بين الجسم والعقل التي ساعدتهم على التعامل والصمود خلال التعرض للاعتداء في مرحلة الطفولة. قد تحاول تلك النساء في كثير من الأحيان زيادة الفصل بين العقل والجسد من خلال تقليل والحد من الفحوصات المطلوبة إلى أدنى حد[12] وتجاهل التغييرات التي تحدث في أجسادهن قدر الإمكان[10] وفي الحالات القصوى، يؤدي اختلاط التجربة على المرأة الحامل إلى استخدامها لمواد تسبب الإدمان مثل المخدرات والكحول.[1]

3. غزو الذكريات – اختبارات الحمل كمحفز لتذكّر الصدمة: غالباً ما تكون ذكريات الصدمة الجنسية غامضة ومجزأة، وتفتقر إلى تسلسل متماسك ومنطقي. يتم استخدام «التناسي» كآلية للحماية من الذكريات المؤلمة التي لا تطاق ومن تفكك الذات. ولكن قد تتغير هذه الحالة فوراً عند توفر المحفزات التي تذكر المرأة بخصائص تجربة سوء المعاملة (على مستوى التجربة النفسية أو الجسدية أو الشخصية).[12،13] عندما تدخل الضحية إلى فحص مراقبة حمل روتيني ويُطلب منها خلع ملابسها الداخلية والاستلقاء بوضعية التي تذكرها بالاعتداء، و«الاسترخاء» في حين يتم إدخال جسم غريب (مبدل) إلى مهبلها، هناك احتمال كبير بأن يؤدي هذا إلى إحياء ذكريات المرتبطة بالاعتداء.[13] يمكن أن يؤدي هذا الربط مع عالم الصدمة إلى تطور استجابة عاطفية حادة وسلبية من الذعر غير المبرر، والألم الحاد والشعور بالعجز. من المهم الأخذ في الاعتبار أنه على النقيض من الفترات الأخرى حيث يمكن للناجيات تجنب الفحوصات الطبية، فإن فترة الحمل تلزمهن بالخضوع لهذه الفحوصات التي قد تتحول إلى محفز محتمل لبدء أزمة عاطفية شديدة.[14]

4. الخوف من «المجهول» – عملية التحضير للولادة: مع تطور وتقدم الحمل، يزداد التفكير بلحظة الولادة وتحتل المخاوف المتعلقة بعملية الولادة مكان مركزي في الحالة الذهنية للمرأة الحامل. وفي هذا السياق، قد تجد الناجيات من الاعتداءات الجنسية في مرحلة الطفولة أنفسهن في مواجهة تحدي معقد جداً: بالإضافة إلى التعامل مع مستوى مرتفع من القلق أثناء الحمل،[2] فإن قدرتهن على الاعتماد على الآخرين والاستعانة بهم تكون محدودة بسبب التجارب المخيبة للأمل والضرر الذي تسبب لهن في سياق العلاقات الشخصية المقربة في الماضي. وهكذا، يمكن أن تؤدي المشاركة في دورة التحضير للولادة، المصممة للحد من عدم اليقين، في الواقع إلى تذكّر الصدمة[10] يمكن لإرشادات مثل الاسترخاء عن طريق الاستلقاء، أو إرشادات بالاسترخاء والهدوء والتنازل عن السيطرة، أو تلقي إرشادات متعلقة بالجسد من مصدر خارجي – أن تتحول كلها إلى عوامل التي تُعيد المرأة الحامل إلى مشهد الصدمة والعلاقة مع المعتدي.

غرفة الولادة كحقل ألغام محتمل لإحياء الصدمة

إذا كانت عملية التحضير للولادة يمكن أن تكرر تجربة فقدان السيطرة والهلع لدى اللواتي تعرضن لصدمة جنسية، يمكن للمرء أن يتصور أي تحدي تشكله لحظة الولادة نفسها بالنسبة لهن. ويمكن أن تؤدي كثرة المحفزات التي تُذكّر بالصدمة إلى تحويل غرفة الولادة إلى ما يشبه «حقل ألغام» محتمل لإحياء وإعادة عيش الصدمة نفسها[1] الجسد المكشوف، ملامسة الأعضاء التناسلية، الإحساس ب فقدان السيطرة على الجسد، الألم في منطقة الأعضاء التناسلية خاصة في مراحل الولادة النهائية – كلها يمكن أن تكون بمثابة محفزات للتذكير بالاعتداء حتى بعد سنوات من الكبت.[9،12]

تتطلب عملية الولادة من كل امرأة الاعتماد بشكل كبير على طاقم غرفة الولادة. قد تكون الناجيات من الصدمات الجنسية في مرحلة الطفولة حساسات بشكل خاص لهذا الوضع، ويرجع ذلك إلى تجربة الخيانة وانعدام الثقة من قبل أولئك المسؤولين عن أمنهن وسلامتهن خلال

مرحلة الطفولة. بشكل مشابه للمعتدي، يتواجد أعضاء الطاقم الطبي في موقف «متفوق» كأصحاب السلطة والمعرفة. فالطاقم يعطيها «الأوامر» وعليها «الخضوع» للفحوصات التي سيقومون بإجرائها. يقف أفراد الطاقم فوقها وهم يرتدون الملابس في حين تستلقي هي وعضوها التناسلي مكشوف، وتكون الملامسة غازية وأحياناً مؤلمة. أحياناً يحضر طلاب الطب أو القابلات أثناء الولادة مما يمكن أن يزيد من تجربة الاغتراب وفقدان الخصوصية. يمكن لغرفة الولادة أن تتحول إلى مكان مهدد ومربك جداً الذي قد يؤدي في بعض الأحيان إلى إعادة عيش الصدمة بالكامل.[1] وقد تتأثر استجابة الضحية مع ما يحدث خلال الولادة بالعناصر المرتبطة بالعلاقة مع المعتدي: الذعر، عدم القدرة على الكلام، البكاء والشلل الجسدي.[12]

تشير معظم الأبحاث في هذا الموضوع إلى دخول المرأة التي تعرضن لاعتداء جنسي في الماضي إلى حالات انفصالية أثناء الولادة. تتحدث بعض النساء عن الشعور كما لو أنهن يراقبن الأحداث من الجانب أثناء الولادة، وكأنهن «ليس» هناك وأجسادهن حاضرة فقط. آلية البقاء النفسية التي نشأت عن الحاجة إلى التعامل مع الإجهاد الحاد المرتبط بالاعتداء تخلق الآن حاجزا بين «عقل وجسد» الأم، وبينها وبين طاقم غرفة الولادة. يمكن أن تؤثر هذه الانفصالات على تواصل وتعاون المرأة مع الطاقم وإلى تصعيد الازمة العاطفية.[1,11,12]

الجزء 2 – التركيز على العلاج أثناء الحمل والولادة مع النساء الناجيات من الاعتداءات الجنسية

يلعب الجنين الذي ينمو في جسد امرأة تعرضت للعنف الجنسي في طفولتها في الواقع دوراً مزدوجاً. يوقظ وجوده الفعلي المادي الذي يحفز سلسلة من التغيرات السريعة في جسد المرأة المشاعر والأحاسيس ويؤدي إلى استرجاع أجزاء من تجربة اللقاء مع المعتدي والتواصل معه. ولكن من المهم أن نلاحظ أن وجود الجنين لا يشكّل عاملاً مهدداً ومخيفاً فقط. لدى العديد من النساء اللواتي تعرضن لصدمات جنسية في الطفولة يشكّل التوجه للعلاج خلال هذه الفترة المضطربة، بالإضافة إلى الدافع خلال عملية العلاج نفسها، تعبيراً عن رغبتهن الشديدة «بألّا يمر طفلي بما مررت أنا به.» ترغب هؤلاء النساء بكل جوارحهن تعلّم كيفية الاهتمام بأنفسهن بشكل أفضل لكي يقدموا للجنين الاستقرار والحماية التي يحتاجها، وهن يتجهن إلى العلاج سعياً للحصول على المساعدة في خلق تجربة أمومة المختلفة عن تجربتهن في طفولتهن.

وبالتالي، فإن العلاج النفسي خلال هذه الفترة يشكل فرصة في تاريخ حياة المرأة الشخصية، كونها فترة التي تنطوي على إمكانية للتغيير والابتعاد عن طرق التعامل غير المتكيفة والاتجاه نحو أشكال تعامل جديدة (في كثير من الأحيان: التقليل من إيذاء النفس، الالتزام بأخذ الدواء بصورة مراقبة، والبحث عن سبل جديدة لحماية النفس والرعاية الذاتية).

العمل العلاجي للتعامل مع غزو «الأشباح» إلى حيّز الحمل والولادة: كما أوضحنا سابقاً فإن غزو المحتوى المؤلم إلى حيز الحمل والولادة أمر لا مفر منه. يُشكّل العمل العلاجي في هذه المرحلة فرصة للتعرف على آثار الصدمة في القصة الحالية والتعامل معها. هناك في هذه المرحلة فرصة لتحديد مشاعر العجز المتعلقة بالجسم، الإحساس بعدم السيطرة على ما يحدث، الألم

العاطفي، ومشاعر الذنب والخجل. تساهم مراقبة هذه المشاعر في السياق الأصلي وتقبلها وفهم معانيها في جو علاجي متعاطف الذي يعطي معنى واحترام للتجربة السابقة في القدرة على الفصل بين الماضي والحاضر.

يساعد التمييز بين المحتويات التي تنشأ نتيجة للماضي الصادم والمحتويات التي تنتمي إلى الحاضر على خلق طبقة إضافية في الحاوية الداخلية التي تساعد على التنظيم. يمكن من خلال ذلك التفكير بشكل مشترك بالمحفزات المحددة التي ظهرت خلال الفحص المهبلي وكيف يمكن الاستعداد بشكل مختلف للفحوصات القادمة من أجل الحد من قوة تأثيرها (على سبيل المثال، الطلب من مجري/ة الفحص أن يخبرها قبل إدخال المسبار في جسدها، أن تطلب احترام رغبتها بإيقاف الفحص في أي مرحلة، وما إلى ذلك).

التحضير النفسي للولادة: كما سبق وقلنا، هناك في غرفة الولادة العديد من العناصر التي يمكن أن تصبح محفزات لذكرى الصدمة، ولذلك يجب التطرق خلال العلاج إلى هذا الحدث الهام. تنطوي كل قصة اعتداء على محفزات الخاصة بها بحسب تفاصيلها. من المهم اكتشاف هذه التفاصيل مع المريضة من خلال قصتها الشخصية من جهة، ومن معرفة وفهم العملية الطبيعية التي تحدث في غرفة الولادة من جهة أخرى، وتحديد ما اهي المحفزات التي قد تؤدي إلى «غزو روح المعتدي» من الماضي. تُشكّل هذه فرصة نادرة للتعبير بالكلمات عن المخاوف الحالية في ضوء إدراك ما حدث في الماضي.

ومن المهم في هذا السياق أيضاً تحديد المحفزات التي تذكر بسوء المعاملة المتعلقة بسلوك الطاقم في غرفة الولادة والحديث عن الصعوبة في إعطاء الثقة للطاقم والاعتماد عليه. يجب التطرّق مع الناجية لمعضلة الكشف مقابل عدم الكشف عن تفاصيل الاعتداء الذي حدث أثناء الطفولة لطاقم غرفة الولادة، وينبغي اختيار الخيار الأفضل لكل امرأة. غالباً ما يُضطر المعالج في هذه المرحلة إلى لعب دور أكبر وترك مساحة العلاج التقليدية والاتجاه نحو تقديم الدعم الشامل، وبشكل أساسي الحاجة في بعض الأحيان إلى لعب دور الوسيط بين المرأة الحامل وبين طاقم غرفة الولادة عندما تختار الناجية مشاركة هذه المعلومات الشخصية. هذا الإعداد مهم جداً من أجل تمكين المرأة من الخروج من الموقف السلبي الذي يميز العلاقة بين الضحية والمعتدي، والانتقال إلى لعب دور شريكة فعالة في حماية مصلحتها ومصلحة طفلها.

العمل مع التفارق: خلال علاج الناجيات من الصدمة الجنسية في مرحلة الطفولة، يتعرف مقدم العلاج بالتعاون مع الناجية على آلية التفارق التي مع الإشارة الأساسية إليها باعتبارها آلية فعالة للصمود في ظروف التعرّض لسوء المعاملة غير الطبيعية. تنجح الناجية تدريجياً في التوصّل إلى نوع مختلف من الفهم وتنجح في إيجاد نوع من المنطق في السلوك الذي غالباً ما نظرت إليه في السابق على أنه دليل على أمر سلبي وغير طبيعي في شخصيتها. ويجب بالإضافة إلى الإدراك وإيجاد معنى لظهور هذه الآلية أيضاً النظر إلى الثمن الذي تدفعه الناجية في حالات مختلفة في حياتها. ومن هذا المنطلق يمكن أن تبدأ الناجية بالتفكير في طرق جديدة للتأقلم.

ومن المهم أيضاً تعريف النساء بالتغييرات النفسية الطبيعية التي تحدث أثناء الحمل والولادة. تستجيب العديد من الناجيات بدهشة المصحوبة بالراحة عندما يدركن، على سبيل المثال، أن تجربة عدم السيطرة على الجسم في بداية الحمل ترافق معظم النساء ولا تشير إلى مستوى قدرتهن أو صحتهن. يمكن للإدراك بأن هذه المشاعر الأساسية قد يتم تحميلها بمعاني أكثر إثارة للخوف من خلال ربطها مع قصة الصدمة الشخصية أن تغير نظرتها تجاه نفسها إلى نظرة أكثر تماسكاً وأقل سلبية.

وأخيراً

تناول هذا المقال معالجة التجارب العاطفية الناشئة أثناء الحمل، وكيفية إعادتها إلى السياق الأصلي للاعتداء الجنسية. يمكن للمراقبة المشتركة أثناء العملية والمعالجة العاطفية والتعامل مع حالات التفارق (الانفصال العاطفي)

مساعدة النساء اللواتي تعرضن للاعتداء في الماضي على الشعور بالتحسن وبقدر أكبر من السيطرة أمام التحديات التي يطرحها الحمل. ما يبدأ كرحلة «من أجل الطفل» غالباً ما يتحول إلى رحلة تنمية ذاتية التي تسمح بالتغلب على استرجاع الذكريات غير الواعي وتحويل فكرة «الماضي ليس مصير» إلى واقع حي.

ليهي غيفاع ليسر، عاملة اجتماعية سريرية (MSW)، مُعالِجة نفسانية، تعالج البالغين والشبيبة، مختصة في علاج ما بعد الصدمة الجنسية.

نعاما شفارتس، عاملة اجتماعية سريرية (MSW)، مُعالِجة ومُرشدة في مجال علاج ما بعد الصدمة.

وتحولت إلى طائر العنقاء: شهادة

ياعيل

لقد ولدت في الولايات المتحدة وهاجرنا إلى إسرائيل عندما كان عمري 6 سنوات. استقرينا في حي سكني ممتاز، ارتدت مدرسة ثانوية ممتازة، تعلمت الباليه، البيانو، اللغات والعديد من الدورات. كان والدي بروفيسور مرموق الذي يظهر على أنه شخص رائع، محاضر موهوب ويتم تقديره في جميع أنحاء العالم، بينما كان داخلياً شخص دون أية حدود أخلاقية أو احترام الذي اعتدى على أشخاص القريبين منه.

تعرضت طوال فترة طفولتي إلى الاعتداء والاستغلال الجنسي المستمر من عمر صغير جداً وحتى بلوغي ال12 تقريباً. ولقد استمريت في التعرض للاستغلال أيضاً بعد ذلك من قبل أشخاص آخرين، خلال فترة المدرسة الثانوية والجيش. لقد تشوه أمر ما في طفولتي المبكرة بسبب الاعتداء الأولي وسمح للاعتداءات الأخرى بأن تحدث وتسبب لي الكثير من الضرر دون امتلاكي لأي قدرة دفاعية ضدها.

■■■

أواخر سنوات التسعينات، أنا حامل وأكاد لا أصدق حدوث هذه المعجزة؛ سوف أصبح أماً. كنت متحمسة للغاية لهذا الاكتشاف المثير. صفحة جديدة في حياة جديدة. كانت فرحتي غامرة.

أتذكر خروجي من المنزل لرغبتي في استنشاق بعض الهواء، ومن ثم تحولت فجأة السعادة ببطء إلى ما يشبه اختناق في الصدر وإحساس بالثقل الذي عجزت عن فهم مصدره. ما هو سبب شعوري بالحزن؟

كان عمري وقتها 27 عاماً، سنوات قليلة فقط بعد انتهاء الاعتداءات المتكررة التي توقفت أخيراً، وشعرت مثل مريض نجى من السرطان – لقد أنتهى الأمر، قلت لنفسي بصوت عال، لقد أنتهى الأمر، لقد أصبح كل ذلك ورائك. الآن ستبدأ مرحلة الأمومة الجديدة، عالم جديد، هذا ما حاولت إقناع نفسي به. ولكن بدأ الحزن كظل ثقيل في القضاء على إحساسي بالسعادة.

أنا أعرف الآن ما لم يكن بإمكاني معرفته في السابق، عندما كانت الاعتداءات لا تزال عبارة عن كابوس الذي أردت فقط أن أقفل عليه في خزانة ورميه في البحر. شعرت غريزياً بأن هذه التجربة ستغمرني بشكل الذي بدأ يخيفني بالفعل: الأطباء، الفحوصات، الانكشاف.

لقد زرت خلال فترة الحمل الطبيب النسائي عدة مرات لغرض إجراء الفحوصات والمراقبة، وهو أمر الذي امتنعت عن فعله سابقاً لأن الزيارات جعلتني أشعر وكأنني في كابوس مستمر. شعرت بأن ملامسة الطبيب لجسمي العاري حولته فوراً إلى معتدي مُحتمل. وعندما تحدّث بعد ذلك بنبرة آمرة، سرعان ما تحول في نظري إلى مصدر تهديد. امتنع جسدي عن تقبل اللمس وانتقل دماغي إلى حالة من التجمد والركود. جسمي لا يميز بين يد وأخرى وقد اتخذ على الفور موقفاً دفاعياً الذي جعل الفحوصات أكثر إيلاماً بكثير. كنت أخرج من غرفة الطبيب خائفة ومرعوبة كشخص الذي رأى شبحاً، ولم أستطع أبداً أن أفهم ما الذي كان يحدث هناك بالضبط، ففي عقلي انتقلت دائماً إلى مكان آخر.

مرت أشهر ووصلت إلى الشهر التاسع، آلام المخاض، هرعنا إلى غرفة الولادة.

اختلطت لدي في غرفة الاستقبال مشاعر الفرحة الشديدة والخوف الشديد من الفحوصات الغازية الحساسة. شعرت بالألم والخوف وبأنه ليس لدي من يمكنني التحدث اليه، لا أحد يعرف، لاأحد يسأل. هذا السر يعيش في داخلي، يلتهمني، ينفجر بشكل عنيف، يؤلمني، يقودني إلى الجنون. نفس الوحدة التي فُرضت عليّ على مر السنين تسيطر الآن مرة أخرى، أنا أغرق مرة أخرى ببطء في تلك الهاوية، أعيد عيش التجربة وليس لدي في هذه المرحلة القوة أو المعرفة للتعامل معها ولحماية نفسي منها.

تم نقلي إلى غرفة الولادة، جلست على السرير وعلى جسدي مثبتة أحزمة شاشة المراقبة، وتمر الساعات دون أن أتمكن من التحرك. لاأجرؤ على الكلام، أعجز عن الكلام، آلام المخاض، الاحتجاز على السرير، العلاج عن طريق الوريد، شخص ما آخر هنا يتخذ القرارات عني، يحتجزني على السرير، يضع أشياء على جسدي، لم يشرح لي ولم يسألني؟ هل يلائمك هذا، هل أنت بخير؟ أعجز عن الكلام، قدرات التفكير تُمحى تدريجياً من دماغي، أعضائي تتجمد، الأصوات من حولي آمرة وباردة، والقلوب مغلقة – أنا أعيش التجربة من جديد. الهاوية. الظلام.

يوم عمل روتيني آخر بالنسبة للقابلة في المستشفى.

أدرك اليوم بعد مرور سنوات عديدة أنا تلك التجربة كانت محفز قوي جداً لعيش الصدمة من جديد. تماماً مثل ما حدث في الماضي، ففي غرفة الطبيب أيضاً أحداً لم يسألني أو يلاحظ المؤشرات، لم ينتبه أحد لمعاناتي أو يستمع إلى ما في قلبي. لقد تحولت مرة أخرى إلى دمية خشبية أو بلاستيكية يتصرفون بها كما يريدون دون أن تستطيع الرد.

اللحظة الحاسمة في حياة كل امرأة– لحظة الولادة، تحولت إلى هاوية مظلمة. أردت الاختفاء. ألا أكون. مجرد الاختفاء.

■■■

الولادة الأولى. الطفل الأول.

لماذا؟

وبعد مرور عام ونصف توجهت إلى المستشفى لولادة طفلي الثاني حين رافقتني قابلة تُدعى «جيلا». ناديتها بمجرد بدء التقلصات. كان لديها ابتسامة وعيون ملاك. نظرت «جيلا» إليّ وقالت بهدوء وبنبرة لطيفة وناعمة: أنظري في عيني وأمسكي بيدي. كل شيء سيكون على ما يرام، لا تقلقي. ولقد كان كل شيء كان حقاً على ما يرام.

شكراً «جيلا» على تفهمك ودعمك، شكراً لإدراكك دون الحاجة إلى سماعي أقول الكلمات. شكراً لأنك اكتفيت بلغة العيون والجسد، شكراً لأنك كنت ذكية. بفضلك أن متأكدة الآن بأنه هناك وجهان لكل عملة.

■■■

كان يلزم القليل فقط لتحويل تجربة الصدمة إلى تجربة مُمكنة. هذا القليل ينطوي في الواقع على الكثير من المعرفة – تدريب مهني جدي وشامل للقابلات والأطباء حول موضوع الاعتداءات الجنسية، يشمل كيفية التعامل مع الضحايا. تفتح هذه المعرفة نافذة على عالم الضحايا وتوضح كيفية التوجه والحديث وتقديم العلاج بشكل الذي يُمكّن الأم من خوض تجربة الحمل والولادة كتجربة سعيدة تساعد على الشفاء:

تجربة تخلق الحياة– حرفياً.

ياعيل متطوّعة في منتدى الوجودية في مركز الدعم في القدس – منتدى ناشطين ينشط في مركز الدعم بالقدس منذ 16 عاما، ويضم نساء بالغات ومجموعات دعم للضحايا. هؤلاء النسوة عبّرن عن حاجة ورغبة بالعمل في إطار يسمح الاستعانة بخبرتهن الأليمة، واستخدامها للعمل المجتمعي بهدف توسيع المعرفة وزيادة الوعي لمسألة الاعتداء الجنسي.

الإدماج المهني كوسيلة وهدف في عملية التعافي من الصدمة الجنسية

عشر سنوات على برنامج «الإدماج المهني» في المركز متعدد التخصصات في مستشفى بني تسيون، حيفا

نعاما تماري لابيد وكيرين ليفين فاينشطاين

تال (اسم مستعار)، 25 عاماً، حاصلة على لقب أول، وتتلقى العلاج في المركز متعدد التخصصات لعلاج الصدمة الجنسية الناتجة عن اعتداء جنسي الذي تعرضت له في طفولتها، أرسلتها معالجتها الشخصية للاشتراك في برنامج «الإدماج المهني» في المركز، ولقد عملت تال كسكرتيرة بوظيفة جزئية. لقد أدت الفجوة بين قدراتها الفكرية ومستواها التعليمي وبين عدم قدرتها على تنظيم عواطفها إلى أن ينتهي بها الأمر بالعمل في مكان الذي لم يتناسب مع قدراتها وجعلها تشعر بعدم الرضا وخيبة الأمل. عندما كانت تتوجه إلى مقابلات عمل في أماكن الملائمة لتأهيلها المهني كانت تصاب بنوبات هلع شديدة، بحيث تعجز عن النوم في الليل وتتقيأ وتبكي وتعجز عن التركيز. ظنت تال بأنه لا يمكنها التوجه إلى برنامج الإدماج المهني – «أنا لا أستحق الاشتراك، فأنا أعمل، وفشلي في المقابلات هو مشكلتي أنا لأنني لست جيدة بما فيه الكفاية للعمل في الأماكن التي أذهب إليها». لقد عملت تال ولكن ليس فيما يتوافق مع قدراتها وتأهيلها؛ الشعور بأنه عليها «الاكتفاء بالقليل» و«الامتنان لأنها تعمل أصلاً» منعها من التوجه لطلب المساعدة في مجال العمل على مدى سنوات، وبالتالي عزز لديها هذا أنماط تفكير وسلوك التي تدفعها للشعور دوماً بالإحباط، بالإضافة إلى معاناتها من الضائقة الاقتصادية.

عند انضمامها إلى البرنامج، حصلت تال على توجيهات فردية من منسقة توظيف وشاركت في الوقت نفسه في مجموعة توظيف. ولاحظت خلال مشاركتها في هذه المجموعات لاحظت أنها كانت مدفوعة بالخوف من أن يتم قبولها ولكن أن تعجز عن الوفاء بتوقعات البرنامج. لقد ركز العمل خلال البرنامج على فهم أنماط التفكير التي تديرها والاعتراف بها من جهة، واكتساب مهارات للتنظيم العاطفي، التعامل بكفاءة مع الآخرين والقدرة على الصمود في وجه المواقف الصعبة من ناحية أخرى. عند انتهاء البرنامج تحدثت تال عن شعورها بالقوة والقبول والأمان التي طبقتها على أرض الواقع وبدأت في التوجه إلى مقابلات العمل بطريقة منظمة وفعالة. وخلال العلاج النفسي، استطاعت تال الاستمرار في معالجة الجوانب الأخرى التي لم يتم تناولها بعد مثل الخوف من تخييب الأمل والشعور بخيبة الأمل.

الخلفية لإقامة برنامج الإدماج المهني في المركز متعدد التخصصات

المركز متعدد التخصصات لعلاج ضحايا الاعتداء الجنسي هو مركز علاج خارجي الموجود في المركز الطبي بني تسيون في حيفا، والذي تأسس عام 2002 بتمويل من قسم خدمات الشباب في وزارة الخدمات الاجتماعية وبلدية حيفا. ويقدم المركز

حالياً برامج العلاج النفسي، الفردية والجماعية، طويلة المدى والاستشارة النفسية وبرنامج يومي وبرنامج الإدماج المهني. ولقد تم تطوير برنامج الإدماج المهني بعد أن اتضح خلال السنوات الأولى لعمل المركز أن المعطيات عن عمل مُتلقيات العلاج تشير إلى مواجهتهن للعديد من الصعوبات:

ارتفاع معدلات التسرب من أماكن العمل والدراسة، صعوبة في التكيف في الأطر والأماكن الجديدة، عدم القدرة على الالتزام وصعوبات في التركيز والانتباه، وهي صعوبات التي تضر بقدرتهن على بناء وسلك مسار حياة طبيعي نحو الاستقلال المادي وتحقيق الذات. وبالإضافة إلى ذلك، كان من الواضح أن برامج العمل المتاحة في السوق لاتنجح في تقديم الدعم اللازم لمتلقيات العلاج وبأن معدلات التسرب منها عالية. وفي ضوء هذه العوامل ارتأى الفريق المعني في المركز أن الضرر الذي يحل بالمكونات الأساسية التي تمكّن الأشخاص من العمل والتعلّم لدى الأشخاص الذين تعرضوا لصدمة جنسية يجعل من الضروري بالإضافة إلى تقديم العلاج النفسي على المدى الطويل للتعامل مع الصدمة، التركيز على مسألة التوظيف ووضع طرق استجابة الملائمة لكل متلقية علاج ودمجها كمواصلة استمرارية للعلاج وإعادة التأهيل كجزء من خدمات المركز.

وتوجهت مديرة المركز في تلك الفترة، السيدة رونيت سادجار، إلى صندوق المشاريع الخاصة التابع لمؤسسة التأمين الوطني مع اقتراح لمشروع تجريبي في مجال الإدماج المهني للناجيات من الصدمات الجنسية. وتمت الموافقة على خطة البرنامج وبدأ تطبيقها في شهر آذار (مارس) 2007. خلال العامين الأولين رافقت البرنامج دراسة تقييمية بإشراف كلية بيت بيرل الأكاديمية، والتي سنعرض بعضاً من نتائجها في هذا المقال.

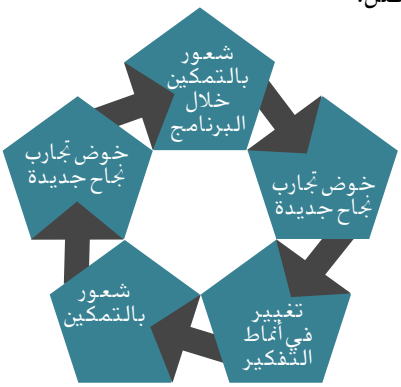
لقد أشرفت عاملتين اجتماعيتين الحاصلتين على لقب ثاني على تركيز تشغيل البرنامج. لإحداهما خبرة في بناء المشاريع والأخرى متخصصة في توجيه المجموعات. واستمرت كلا المنسقتين خلال عملهما في تلقي التوجيهات والتعليمات في مجال معالجة الاعتداءات الجنسية وفي مجال التأهيل المهني. وكجزء من دراسة التقييم التي رافقت البرنامج، تم إرسال استبيانات إلى المشاركات في البرنامج التي فحصت توقعاتهم من البرنامج، ولقد أثرت هذه التوقعات بشكل مباشر على تعريف أهداف البرنامج. برز من ردود المشاركات اتجاهان رئيسيان حول توقعاتهن من البرنامج:

- في المجال المهني العملي: اكتساب مهارات للعثور على عمل، التقدّم في العمل، الاستمرار في مكان العمل، التوجيه المهني، وما إلى ذلك.
- في المجال الشخصي والعاطفي: تعزيز الشعور بالأمان، رفع الثقة بالنفس، إيجاد المعنى والانتماء الاجتماعي، وما إلى ذلك.

وبناءً على ذلك، تم تحديد هدفين رئيسيين مترابطين للبرنامج:

- الإدماج المهني/التعليمي
- تمكين متلقيات العلاج وتحسن في أعراض ما بعد الصدمة

ويرى المفهوم الكامن وراء البرنامج وجود صلة دائرية بين هذين الهدفين: التمكين وتحسين الأعراض سيؤديان إلى إحراز تقدم في إدماج المشاركات في مجالات الدراسة والعمل المناسبة، وسيساهم بالتالي هذا الاندماج السليم في التعليم والعمل في تمكينهم، بالإضافة إلى تحسين وضعهم المادي. وبعبارة أخرى، يُنظر إلى الإدماج المهني والتعليم كهدف وكوسيلة على حد سواء لإعادة متلقيات العلاج إلى مسار حياة أفضل.



تراجع القدرة على العمل والتعلّم لدى الناجيات من الصدمة الجنسية

تعرضت معظم متلقيات العلاج في المركز للاعتداء الجنسي المستمر طوال مرحلة الطفولة والمراهقة. تعاني معظمهن من اضطرابات ما بعد الصدمة المعقدة (Complex PTSD). لقد تبلورت حياتهن وشخصياتهن في ظل الصدمات الجنسية، ومن الصعب عليهن الفصل بين الحياة كشخص بالغ وبين الأحداث الصادمة التي مروا بها. للصدمة في مثل هذه الحالات طابع مزمن ومستمر، وتأثير واسع الانتشار الذي ينعكس في جميع المجالات، يشمل في مجالات العمل والدراسة:

على الصعيد العاطفي: صعوبة في تنظيم المشاعر – عندما تسيطر المشاعر المتطرفة في شدتها مثل الشعور بالرعب، الغضب، القلق والعدوان على الناجية، فهي تواجه صعوبة في كبح مشاعرها والتصرف بطريقة مستقرة ومتوازنة. وبالإضافة إلى ذلك، فإن عدم القدرة على إعطاء معنى والإيمان والرغبة فعل الأشياء يسبب مشاعر اليأس والاكتئاب واليأس التي تعوق الدافع لبذل المجهود والتخطيط وإنجاز الأمور كما هو مطلوب خلال الدراسة والعمل.

"كان كل ما طلبته هو ألّا أعمل يوم الجمعة، ولكن مديرة المناوبة لم توافق على طلبي .. هي لا تلحظ وجودي على الإطلاق ... لذلك غادرت ... لم أقل وداعاً حتى.. لقد سئمت، كل مرة يتكرر نفس الشيء ولا أحد يراني حقاً»

على الصعيد الإدراكي: التغيرات في الوعي مثل فقدان الذاكرة للأحداث، أو تكرار عيش مواقف معينة، تبنّي أنماط تفكير غير صحية، اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وبطبيعة الحال، التفارق، الذي يحدث خلاله انفصال عقلي وجسدي عن الذات. كل هذه العوامل تقوض القدرة على الالتزام بالحضور وتلبية المتطلبات الأكاديمية أو المهنية بطريقة متماسكة ومستمرة.

"شعرت خلال قيامي بالعرض التقديمي بالشرود ... شعرت بأني منفصلة عن جسدي ... عجزت عن الاستمرار ... وسألني المحاضر إذا كان كل شيء على ما يرام ولكني لم أكن حاضرة هناك على الإطلاق ...»

على صعيد السلوك: تغيرات في التصوّر الذاتي وفهم الذات التي تؤدي إلى الشعور بالعجز والخجل والذنب وبالاختلاف الذي يعزل الضحية. كل هذا بالإضافة إلى السلوكيات المتطرفة مثل العزلة مقابل الثوران، صعوبات مع تقبّل السلطة، وفي الحالات القصوى التعرض للاعتداء مرة أخرى وحتى محاولة الانتحار، التي تعيق القدرة على العمل بشكل طبيعي والقدرة على الاندماج في الأطر المختلفة.

"ذهبت إلى مدير المدرسة وطلب مني الجلوس وسألني لماذا لا أنجح في السيطرة على الصف ... لقد شعرت مثل طفلة محرجة ... لم أستطع اخباره أو أن أشرح له ... لقد فشلت مرة أخرى ... لن أصبح معلمة ناجحة أبداً»

على صعيد العلاقات الشخصية: القدرة على التصرّف في سياق العلاقات الشخصية متضررة بشكل كبير وتؤدي إلى الشعور بالوحدة والغربة وعدم القدرة على الثقة بالآخرين والخوف منهم، أو قد تؤدي بدلاً من ذلك إلى الاعتماد على الآخرين بشكل مفرط الذي لا يتلاءم مع الوجود في إطار العمل أو الدراسة.

"أنا لا أثق بأي شخص، لا في حياتي الخاصة ولا في العمل، كل مرة كنت لطيفة فيها تم استغلالي في النهاية... لن أتبادل المناوبات معه ... فليتدبر أموره وحده، لن أقوم بأي خدمات ولا أحتاج معروف من أي أحد»

على الصعيد الجسدي-الصحي: تعاني بعض الضحايا أيضاً من الإدمان، اضطرابات الأكل، إيذاء النفس، الأمراض المزمنة وآلام جسدية الناتجة عن أعراض نفسية، مما يصعّب عليهن الاندماج في سوق العمل ويخلق ردة فعل رافضة ومشكّكة من جانب أرباب العمل.

وإلى هذه الصورة المعقدة يمكن إضافة عنصرين الناجمين عن الطابع المزمن للصدمات النفسية ويزيدان هما أيضاً من تعقيد عملية إعادة التأهيل ويضيفان تحدياً آخر في سياق العمل والدراسة:

عدم اليقين: الذي يتضح في عدم القدرة على إعطاء معنى للأحداث، ويحدث في الحالات التي لا يمكن فيها أن تعزى أية قيم واضحة لأشياء أو أحداث و/أو عدم القدرة على توقع النتائج بدقة. يتطرق هذا إلى الإدراك المعرفي والتصور العاطفي لدى الناجية. لقد وصف المرضى المزمنين عدم اليقين بأنه تجربة المسببة للألم العاطفي.1 يستمر عدم اليقين الذي رافق الناجيات خلال طفولتهن بمرافقتهن خلال مرحلة البلوغ. إنه أمر مؤلم ويصعّب عليهن خلق واقع المستند إلى اليقين كما هو مطلوب في عالم العمل.

تصوّر الوقت: مرور الوقت، وقيمته ومعناه تتغير في الحالات المزمنة. العلاقة مع الماضي تتغير مّما كان من الممكن أن يكون خزان غني من الذكريات إلى تمثيل لغياب التجارب وكل ما لم يعُد ممكناً. الحاضر مشبع بالصعوبات والمعاناة، ولا يمكن التفكير في المستقبل.1 ولقد كتبت جوديث لويس هرمان2 في وصفها لمفهوم الوقت لدى ضحايا سوء المعاملة: «يكمن في المستقبل الأمل والشوق الكبيرين لدرجة أنهما لا يطاقان، كونهما يخلقان الضعف وخيبة الأمل واليأس. ولذلك هناك تقليص عاطفي وتركيز على أهداف محدودة للغاية ويتقلص بالتالي المستقبل إلى ساعات وأيام.» من الصعب التخطيط والالتزام بالمهام طويلة الأجل خلال العيش في ظل التقليص والبقاء من لحظة إلى أخرى.

الأساس الأهم في عملية الشفاء، وفقاً لجوديث لويس هيرمان، هو التمكين واستعادة السيطرة وخلق علاقات جديدة. يستهدف البرنامج هذه المكونات في عملية الشفاء.

مكونات برنامج الإدماج المهني

الأساس المنطقي للبرنامج: في ضوء الآثار المترتبة على الصدمة الجنسية وتأثيرها على القدرة على العمل والدراسة، هناك حاجة إلى مجموعة خدمات خاصة التي تتطرق إلى جوانب العمل والدراسة تتم ملاءمتها في خطة شخصية خاصة لكل متلقية علاج وتعطى باعتبارها سلسلة متصلة- موازية لعملية العلاج النفسي.

مجموعة الهدف: ناجيات من الاعتداءات جنسية فوق سن 18 عاماً اللواتي يحتجن إلى المساعدة في الاندماج في مجالات الدراسة والعمل. شاركت في البرنامج خلال العامين الأولين شاركت 71 امرأة، معظمهن لم يحصل على أي تأهيل مهني، وفي وقت الانضمام إلى البرنامج، أكثر من ٪60 من المشاركات لم يعملن من قبل على الإطلاق. وأشارت معظم المشاركات في البرنامج إلى عدم توفر أو محدودية نظم الدعم الأسري أو الزوجي أو الاجتماعي المتوفرة لديهن. وبالنسبة للنساء بينهن اللواتي تتوفر لديهن مثل هذه النظم، فهي توفر أحياناً الدعم، ولكنها في بعض الأحيان تشكّل عاملاً مدمراً ومزعزعاً للاستقرار. حالياً تشارك حوالي 20-30 امرأة في البرنامج للحصول على المساعدة في أمور المتعلقة بالدراسة والعمل.

سلة الخدمات المُقدّمة في إطار البرنامج:

مرافقة شخصية المصممة بشكل فردي ومخصصة لاحتياجات كل امرأة، تشمل تقديم المعلومات والمساعدة في كتابة السير الذاتية، النظر في الخيارات الشخصية المتاحة، البحث عن وإيجاد فرص للعمل والدراسة، تحليل المشاكل والمعضلات في عالم العمل والمساعدة في إيجاد الحلول وسبل التعامل معها، التواصل الدائم حتى عن طريق الهاتف وتقديم الدعم الشخصي للمشاركة بالشكل والوتيرة الملائمين لها طوال فترة البرنامج. ينبغي التوضيح بأن هذا ليس علاجاً نفسياً، بل مرافقة من قبل منسقة توظيف التي تنضم إلى العلاج النفسي بالتزامن أو في وقت لاحق.

ورشات عمل للتحضير لعالم العمل تم تنظيم العديد من ورشات العمل حول موضوع العمل والتوظيف بصيغ مختلفة وبمحتوى مختلف، وتستمر المحتويات في التغيّر والتنوع حسب تنوع المشاركات واحتياجاتهن. ويشارك في ورشات العمل أحياناً محاضرين من الخارج، ولكنها تتم عادةً بتوجيه من منسقي البرنامج.

وساطة لتوفير الخدمات في المجتمع: تُعقد خلال

البرنامج العديد من الاجتماعات مع جهات تقديم الخدمات المختلفة في مجالات العمل والدراسة في المدينة، التي تتناول موضوع الحقوق والواجبات والمعلومات والتعرّف بشكل مباشر وآمن إلى بيئة العمل والأطر والمتطلبات في العالم العمل. إتاحة الخدمات في مؤسسة التأمين الوطني، مركز التوظيف في المدينة، المؤسسات الأكاديمية، وما إلى ذلك، حيث يصل ممثلو هذه المؤسسات إلى المركز متعدد التخصصات ويجتمعون في بيئة مألوفة وفي جو مريح مع المشاركات. وبالتالي، يتم تقليل عنصر عدم اليقين في المواجهة مع العوامل الخارجية.

مجموعة تعلّم المهارات بطريقة DBT: يتم تنظيم مجموعتين كل عام، بمشاركة 10 نساء في كل مجموعة، وتشكّل هذه المجموعات مساحة إضافية لمعالجة المعضلات والصعوبات في عالم العمل واكتساب مهارات التنظيم والتعامل.

مجموعة العلاج الوظيفي التي تعمل على تحسين الأداء وإنجاز المهام اليومية. توجه المجموعة معالجة وظيفية ومدربة.

خلال السنة الأولى للبرنامج، تم التشديد على انتهاء فترة المشاركة بالبرنامج بالاندماج في إطار عمل/دراسة كمؤشر رئيسي لنجاح البرنامج. وبحلول نهاية السنة الأولى تم توسيع مؤشرات نجاح البرنامج لتعكس العملية العاطفية والمهارات المكتسبة خلال جميع مراحله، وتم وضع أربعة مؤشرات إضافية:

الأداء الوظيفي خلال التنسيب: الحضور إلى المقابلات، التواصل مع المشرفين والزملاء، الالتزام بالجداول الزمنية للاجتماعات، إنجاز المهام، العثور على عمل بشكل مستقل.

التنظيم العاطفي والمعرفي: تغيير في أنماط التفكير، تركيز الرقابة الداخلية، القدرة على التعامل مع النزاعات، إدارة الغضب، الثقة واحترام الذات، والحزم.

التدابير السلوكية: المبادرة والاستقلال في العلاقة مع فريق البرنامج والجهات الخارجية.

الالتزام بالبرنامج: حضور لقاءات المرافقة، حضور ورش العمل والوفاء بالمهام، الالتزام بجدول البرنامج الزمني.

أجرت الكلية الأكاديمية في بيت بيرل خلال السنوات 2007-2009 دراسة تقييمية جمعت بيانات من جميع الأطراف في البرنامج – المشاركات والمركزات ومقدمي الرعاية والمدراء. وأشارت النتائج إلى شعور المشاركات بحصولهن على استجابة الملائمة خصيصاً لكل القضايا الأساسية المتعلقة بالتوظيف والدراسة، وأيضاً فيما يتعلق بالتمكين المعرفي والعاطفي والاجتماعي. لقد شبهوا تجربة المشاركة في البرنامج كتجربة الوجود في «منزل دافئ» الذي قدم لهم الدعم والتوجيه. تم التعبير عن نجاح البرنامج في العديد من عمليات التنسيب في العمل/الدراسة، ولكن أكثر من ذلك في الإنجاز من الناحية العاطفية المتمثل بالتمكين وتحسّن الحالة النفسية لدى المشاركات.

وتشير النتائج إلى أنه خلال عامين من تنفيذ البرنامج اندمجت 45 من ال 71 المشاركات في سوق العمل، و3 منهن بدأن بالدراسة أيضاً. اندمجت معظم المشاركات في عمل بوظيفة جزئية ي مجال الخدمات. وبالإضافة إلى ذلك كان هناك تغيير وتحسين واضحين أيضاً في المؤشرات الأربعة الأخرى المحددة. وتحدثت المركزات والمشاركات في البرنامج أيضاً عن اثنين من منتجات البرنامج التي أثرت على جوانب هامة في حياة المشاركات: تنمية الوعي والقدرة على إدارة الميزانية وتحسّن في مستوى العناية الشخصية والاهتمام بالمظهر الخارجي.

حالياً تم إدراج البرنامج كجزء من خدمات العلاج وإعادة التأهيل في المركز – التغيير الرئيسي الذي حدث في البرنامج كان انتقال التركيز إلى مختلف عناصر البرنامج. إذا كان تركيز البرنامج في البداية هو على توفير أدوات عملية لتحقيق الاندماج في العمل والدراسة بحيث تم قياس نجاح البرنامج بشكل أساسي من خلال نسبة التنسيب في التوظيف/الدراسة، يتم التركيز اليوم على عملية التمكين واكتساب المهارات كهدف وكمقياس لنجاح البرنامج.

ملخص

الدراسة والعمل هما مفتاح للمشاركة والمساهمة في المجتمع، الشراكة، الاشتراكية، المساواة، الكرامة، الشعور بالكفاءة، ويوفران إطار مرجعي ويساعدان على الاندماج الطبيعي، ولاسيما في مجتمع اليوم.

لم تكن تال، المريضة التي تحدثنا عنها في بداية المقال، تعتقد أنه يمكنها أن تحدث تغييراً في هذا الجانب من حياتها، وتحدثت عن شعورها بأنها ليست كفؤة وليست جيدة بما فيه الكفاية وقبلت الإحباط والتنازل والمعاناة الناتجين عن وضعها.

العمل مع أدوات التوظيف وحدها غير فعال إذا كان الشخص العامل في مجال إعادة التأهيل لا يفهم معنى الصدمة ولا يتواجد بشكل داعم من أجل المشاركة. ويركز نوع الحضور "how to be" بحسب بيكر3 في العمل مع ضحايا الاعتداء الجنسي في الطفولة، على المهارات الأساسية للتعاطف والاحتواء والانسجام (congruence) والمعاملة الإيجابية (positive regard). دور المعالج هو توفير شعور بالأمان والثقة وقيادة الطريق من خلال أداء دور الأهل من جديد (limited re-parenting)، وتعزيز الاستقلال الذاتي للمريض من خلال النمو الشخصي (personal growth). هذا هو النهج الذي يقوم عليه البرنامج، وبالتالي تمكنت تال من الانضمام إليه على الرغم من أنها شعرت بعدم الجدوى وواجهت صعوبة في الايمان بقدرتها على النجاح.

هناك تأثير وأهمية قصوى لكون البرنامج يعمل في الحيز الاجتماعي ويخرج إلى المجتمع ويشارك مختلف الهيئات البلدية والخدمات الاجتماعية، ولهذا تأثير إيجابي كبير على عملية شفاء المشاركات. جنباً إلى جنب مع الحيز العاطفي الذي ينفتح في إطار عملية العلاج النفسي داخل غرفة العلاج، والعلاقة الحميمة بين المريضة ونفسها والمعالجة؛ يفتح برنامج الإدماج المهني مساحة إضافية في الواقع الخارجي، بين المرضى والأطر المختلفة والعالم الاجتماعي.

ويمكن القول بشكل عام أن تركيز البرنامج تغير خلال سنوات تطبيق البرنامج- من برنامج الذي يركز على الإدماج المهني كهدف، إلى برنامج الذي يركز على تمكين الضحية نفسياً بحيث يُشكّل الإدماج المهني وسيلة لتحسين وتغيير وضعها.

ملاحظة: استخدمنا في هذا المقال لغة المؤنث لأنه تم توسيع خدمات المركز منذ حوالي العامين فقط لتشمل أيضاً علاج الرجال. وفي فترة إنشاء البرنامج، وخلال معظم سنوات تطبيقه، كُنّ المشاركات من الإناث فقط.

شجرة الحياة

عنبار خريّجة برنامج الدمج التوظيفي والتشغيلي في المركز متعدد المجالات بني تسيون

"مع اقتراب انتهاء العملية التأهيلية التشغيلية، الجماعية والفردية في المركز متعدد المجالات، وبعد سنين من الركود والرسوخ، تملكني الشعور بالحاجة القوية للرسم. رسمت شرجرة مندليونا التي زرعها جديّ في المنزل الذي سكنت به مع أولاد. كانت هذه اللحظة الأولى التي وافقت فيها على العودة الى جذوري العميقة جوّاي، بشتى أشكالها وأطيافها، وعبّرت عن ذلك بالفعل بترددات ألوان القوس قزح العلاجية، كما هي تنعكس مع التقائها بأشعة الشمس. لاتزال المسألة التشغيلية تشكل تحديًا بالنسبة لي، ولكني أشعر أنني مستعدة وجاهزة لمواجهتها من جديد. حانت اللحظة التي باتت فيها مخاطرة البقاء في القوقعة أكبر وأكثر إيلامًا من احتمال الازدهار".

الكلفة الاقتصادية: ثمن الاعتداءات الجنسية

محادثة مع أستاذ دكتور أوري يناي

استعرضنا في هذا التقرير الآثار المختلفة للاعتداءات الجنسية التي تطال مجموعة واسعة من مجالات الحياة: مشاكل متعلقة بالصحة، الصحة العقلية، مرحلة الحمل والولادة، احتمال الإصابة بمختلف الأمراض واضطراب الجسدنة (أي حين تصبح العلاقة بين المرضين النفسي والجسدي فائقة التعقيد)، بالإضافة إلى التأثير على الحياة اليومية، مهارات التعلّم والقدرة على الاندماج في سوق العمل. لكل من هذه الآثار، بطبيعة الحال، ثمن: التكلفة الاقتصادية الفعلية المتمثلة في النفقات وخسارة الدخل التي تقع بالطبع على الناجي/ة ويتحمل جزءاً منها أيضاً نظام الرعاية الصحية.

وفقاً للتقديرات التي نشرها مؤشر العنف الصادر عن وزارة الأمن الداخلي (2014)، هناك حوالي 84 ألف حالة تعرّض لعنف الجنسي في إسرائيل في السنة، ويتم الإبلاغ عن 6٪ منها فقط للشرطة. وأشار تقرير حساب الضرر الاقتصادي الذي قامت به وزارة الأمن الداخلي إلى أن التكاليف الحكومية والعامة للجرائم الجنسية في إسرائيل تُقدر بأكثر من مليار دولار سنوياً. ويبلغ متوسط الضرر الناتج عن الجرائم الجنسية بالتالي حوالي 0 4 ألف شيكل للضحية – ثاني أعلى تكلفة بعد حالات القتل فقط (لتفاصيل عن طريقة الحساب – أدناه).

قام بروفيسور أوري يناي بإعداد دراسة فريدة من نوعها في إسرائيل التي فحصت النفقات التي يتحملها ضحايا الجرائم الجنائية في أعقاب الجريمة. ولقد بادرت إلى إجراء هذه الدراسة اللجنة المشتركة بين الوزارات لحقوق ضحايا الجرائم، برئاسة نائبة المدعي العام، المحامية يهوديت كاريف. ولقد تحدثنا معه عن بحثه وعن الثمن الاقتصادي الذي تدفعه الضحية في أعقاب الاعتداء الجنسي، والتكاليف المرتبطة بهذا الاعتداء – وكذلك الآليات والحلول المتوفرة لمثل هذه الحالات في العالم الغربي.

ويقول يناي: " غالباً ما تكون الاحتياجات الاقتصادية لدى ضحايا الاعتداءات الجنسي حساسة وشاملة ومتواصلة أكثر مقارنة بضحايا الجرائم الجنائية «العادية». عندما يتعرض شخص ما للهجوم- إذا لم يكن الاعتداء خطيراً جداً، فمن المرجح أن يشفى الشخص من آثار الاعتداء بسرعة نسبياً. ولكن قد يكون الشفاء من آثار الاعتداء الجنسي معقداً للغاية، وخاصة إذا كان الشخص المعتدي هو من أقارب أو معارف الضحية. بدلاً من الحديث عن الاحتياجات، يجب أن نتحدث عن التوقعات – ما هي المساعدة التي تتوقع الضحية الحصول عليها».

يُقسّم يناي التوقعات إلى أربع دوائر:

- **الدائرة الأولى: الإصابة الجسدية وعلاجها.** «ويتطرق هذا أساساً إلى العلاج الفوري الذي يحتاج إليه الشخص – سواء كان علاج جسدي أو نفسي. إذا كان هناك استخدام للعنف الجسدي وإصابات شديدة خلال

الاعتداء، قد تحتاج الضحية أيضاً إلى العلاج الجراحي او التجميلي، وأحياناً حتى علاج الأسنان. يجب أن نتذكر بأن الاعتداء الجنسي يمكن أن يترك آثاراً واضحة على الجسم خاصة إذا كان عنيفاً. هذه الأضرار صعبة وتتطلب اهتماماً خاصاً والعلاج الفوري. من المرجح الاعتقاد أنه إذا وصلت الضحية إلى غرفة الطوارئ فهي ستحصل على الرعاية الصحية الأولية كجزء من التأمين الصحي. ولكن الدولة لن تمول علاج الأسنان، وإذا قدمت أي علاج نفسي فإنه سيكون محدود جداً».

- **الدائرة الثانية: الأضرار التي تلحق بالأغراض والأدوات الشخصية وتسلسل النفقات.** «هناك من ناحية الضرر للممتلكات: الضرر للملابس، فقدان أو تلف الهاتف المحمول في أعقاب الاعتداء، فقدان أو تلف المحفظة والأغراض الشخصية. ومن ناحية أخرى هناك تكاليف العلاج والتغيير في روتين الحياة: يتم نقل الضحية إلى المستشفى، تتوجه إلى مراكز الدعم، الشرطة، للحصول على المشورة القانونية. ينطوي كل علاج وكل توجّه على خسارة أيام عمل وفقدان السيطرة على الوقت الشخصي: لا يمكن للضحية فعل ما تشاء، بل ما ينبغي عليها القيام به. تتطلب عملية الشفاء استثمار الوقت. يجب على الضحية أن تتغيب عن العمل من أجل الذهاب لتلقي العلاج الجسدي والنفسي ومن أجل الامتثال بناءً على طلب من الشرطة أو النيابة العامة وهذا يؤدي إلى خسارة وقت وأيام عمل - ناهيك عن إمكانية فقدان القدرة على العمل و/أو إنتاجية العمل بسبب الاعتداء وفي أعقابه. النتيجة هي: فقدان الدخل».
- **الدائرة الثالثة: بيئة منفتحة وداعمة:** «إذا كان لدى الضحية أصدقاء وأفراد من العائلة الذين شاركت معهم تعرضها للاعتداء، فمن المرجح أن يرافقوها في مختلف الإجراءات الطبية والجنائية. هذا يعني أنهم هم أيضاً قد يخسرون أيام عمل وقد ينفقون أحياناً المال لمساعدة الضحية مادياً، وفي محاولة دعمها ورفع معنوياتها. إذا تراكمت الديون والمدفوعات على الضحية من قبل، قد تعجز عن الوفاء بهذه الالتزامات المادية او جزء منها بعد تعرضها للاعتداء، وقد يضطر الأقارب والأصدقاء إلى تغطية بعض من هذه الديون والالتزامات.
- **الدائرة الرابعة: التغيير في الروتين وطريقة الحياة.** يشير يناي إلى أن الإصابة يمكن أن تسبب تغيراً في السلوك والعادات الشخصية على العديد من المستويات، وقد تنطوي هذه التغييرات أيضاً على تكاليف مادية. وتطرق يناي إلى عدد من الأمثلة البارزة التي تؤدي إلى تكاليف مالية كبيرة بالغة الأهمية بالنسبة لضحية الاعتداء الجنسي:

تغيير الملابس وخزانة الملابس: تشير الدراسات إلى أن النساء اللواتي يتعرضن للاعتداء الجنسي يقمن عادة بتغيير خزانة ملابسهن بسرعة لاعتقادهن بأن ارتدائهن لنوع معين من الملابس كان السبب أو ربما شجع تعرضهن للاعتداء. تقوم بعض النساء بتغيير طريقة اللباس للحصول على شعور بالأمان عند ارتداء الملابس الجديدة، على أمل أن تقلل الملابس الجديدة من خطر التعرض للاعتداء مرة أخرى.

تغيير أنماط التنقل: تفضّل النساء اللواتي أصبن في منطقة أو مكان عام الحد من التجول فيه ويمتنعن عن استخدام وسائل النقل العام، وخاصة في ساعات المساء، ويفضلن ركوب سيارات الأجرة أو شراء سيارة اعتقاداً منهن بأن ذلك سيحول دون «التورط» مرة أخرى. وفي الواقع تقوم العديد من الضحايا بتغيير روتين الحياة اليومي أيضاً: فهن لن يغادروا المنزل في ساعات معينة، وإذا فعلن ذلك، سيبحثن عن مرافقة وقد يطلبن في كثير من الأحيان من أحد ما أن يقلهّم. هذا التغيير هو نموذجي لدى جميع ضحايا الجريمة، ولكن بشكل أساسي لضحايا الاعتداء الجنسي.

التغيير في أنماط التواصل: الوعي لدى الضحية لنوعية «للأشخاص الذين تتحدث معهم»،

وما الذي تتحدث عنه، وكيف تتحدث وأين – وكل ذلك بهدف السيطرة على الأحداث وزيادة الشعور بالأمان. قد يكون الثمن لهذا في بعض الأحيان فقدان العفوية، وأحياناً فقدان اللطافة التي ميزت الضحية في الماضي.

تغيير منطقة أو مكان السكن: تشعر الضحية في بعض الأحيان بأنه من الأفضل ترك بيئة السكن السابقة، وربما تغيير شقة السكن لأنها تذكرها بما حدث ولذلك هي لم تعد تشعر أنها «في المنزل» بعد الآن.

ويضيف يناي: «تنتقل هذه الدوائر الأربع من الضحية إلى محيطها الاجتماعي والجغرافي. تعبّر كل واحدة من هذه الدوائر عن الاحتياجات جنباً إلى جنب مع التوقعات:» إذا نجحت في حل هذه المشكلة، سوف أحمي نفسي في المستقبل». هذه الدوائر صحيحة بالنسبة للضحية التي تسكن بمفردها، ولكن قد تكون الضحية أم وحيدة أو ضمن علاقة زوجية أو شريكة لشخص ما. تقوم الضحية بنقل هذه الدوائر إلى دوائرها العائلية والاجتماعية وهذا يؤدي إلى عواقب كبيرة وعديدة التي لا يمكن التنبؤ بمعظمها.

ويطرح التعامل مع ثمن الإصابة مسألة المشاركة في التكاليف: هل هناك طرف مشارك في تمويل النفقات؟ يمكن في إسرائيل شراء تأمين على الحياة، وتأمين ضد الحوادث الشخصية وغير ذلك – ولكن لا يمكن شراء تأمين شخصي ضد الإصابات الجنائية. في إسرائيل، توجه الدولة الضحية إلى رفع دعوى مدنية ضد المعتدي.

هناك نظامان حكوميان لمساعدة الناجين من الاعتداءات الجنسية. الأول هو نظام الرعاية الصحية الذي يقدم مساعدة شاملة وفورية للضحية في غرفة الطوارئ والعلاج، ولكن ليس هناك ما يضمن أن تكون هذه المساعدة شاملة ومضمونة بمرور الوقت. والثاني هو مؤسسة التأمين الوطني التي تقدم الدعم إذا وقع الاصابة أثناء العمل أو نتيجة له، يشمل في الطريق نحو العمل وطريق العودة منه، بحيث تعتبر هذه الإصابة «إصابة عمل» يشمل الحقوق الناتجة عن ذلك. وبدلاً من ذلك، إذا نجحت الضحية في إثبات خسارة كبيرة في القدرة على العمل، يحق لها الحصول على مخصصات العجز العام. لا يلزم هذان النظامان الضحية بتقديم شكوى إلى الشرطة، ولكن الأهلية للحصول على هذه المساعدة تتطلب من الضحية اتخاذ العديد من الخطوات.

ويقول يناي أن برنامج الرعاية والمساعدة المستمرة الشامل المتوفر للضحايا في إسرائيل مخصص فقط لضحايا الأعمال العدوانية، ولا يشمل على ضحايا الجرائم الجنائية. وبعبارة أخرى، فإن المعيار الشامل للدعم قائم بالفعل في إسرائيل، ولكنه يعتمد على هوية الجاني. في عام 2001، وقبيل صدور قانون حقوق ضحايا الجريمة، انضم ائتلاف مؤسسات دعم ضحايا الجريمة إلى مبادرة عضو الكنيست وقتها ياعيل ديان لإدراج دعم مماثل أو مشابه في قانون دعم لضحايا – ولكن باءت هذه المبادرة بالفشل. لم يتم قبول اقتراح الائتلاف بأن يتم تمويل تعويضات ضحايا الجرائم من أموال الغرامات ومصادرة الممتلكات التي تفرضها المحكمة على الجناة.

كيف تتعامل الدول الغربية في مثل هذه الحالات؟ تؤمن معظم البلدان المتقدمة بمصلحة الدولة في تشجيع ضحايا الجرائم بشكل عام، والجرائم الجنسية بشكل خاص على تقديم شكوى. يقول يناي: «الفكرة هي أن تقديم الشكاوى وتعاون الضحايا مع السلطات قد يساهم في منع الجريمة التالية ويقلل من احتمال تكرار الجرائم: إذا قدمت الضحية أكبر قدر من التفاصيل حول الاعتداء والمعتدي، يمكن للشرطة أن تنجح في منع الاعتداء التالي».

وواصل يناي بالقول بإن إحدى الطرق لتشجيع الضحايا على التوجه إلى السلطات هي منح تعويض مالي أو استرداد للنفقات المالية بهدف مساعدة ضحايا الجريمة على تغطية تكلفة الاعتداء المادية المباشرة وغير المباشرة. «إنكلترا، على سبيل المثال، تمنح الضحية التي تعاونت مع الشرطة تعويضات مالية التي قد تصل إلى عشرات الآلاف من الجنيهات اعتماداً على نوع وشدة الإصابة البدنية، هذا بالإضافة إلى الخدمات

الصحية والاجتماعية المتوفرة حالياً للمواطنين البريطانيين. وفي الولايات المتحدة، تمنح الولاية للضحية التي أبلغت عن الاعتداء وتعاونت مع السلطات دعم مادي لتغطية النفقات الطبية المتعلقة بالصحة الجسدية، الصحة العقلية، فقدان الدخل، تغيير مكان السكن، تنظيف مكان وقوع الحادثة وما إلى ذلك، ويتفاوت مبلغ التعويضات بين الولايات المختلفة. في كاليفورنيا، على سبيل المثال، يبلغ الحد الأقصى للدعم المالي حالياً 63 ألف دولار للضحية، ويحق أيضاً للضحية القاصر الحصول على تعويض، ولكن يتم دفع المبلغ فقط عند وصول الضحية إلى سن البلوغ.

هل التعويض المالي واسترداد النفقات مشروط بالقبض على الجاني وإدانته؟

"لا، على الإطلاق. في المملكة المتحدة والولايات المتحدة يتم تقديم الدعم مقابل تقديم شكوى والتعاون مع السلطات. ومن المهم أن يكون تاريخ تقديم الشكوى قريباً من تاريخ الاعتداء وذلك، كما ذكر آنفا، من أجل منع ارتكاب جريمة أخرى؛ ولكن يمكن أن تتم المطالبة بالتعويض وتسديد النفقات حتى بعد مرور فترة من الزمن التي تتضح خلالها النفقات ويتم الحصول على تأكيدات ووصولات. لا يوجد ما ينص على شرط أن يؤدي تقديم الشكوى إلى القبض على مرتكب الجريمة أو محاكمته؛ يكفي بمجرد تقديم الشكوى حتى يخق للضحية الحصول على هذا التعويض. في الواقع لا يتم في كثير من الأحيان القبض على الجاني. وعادة ما ينتظر الضحايا لفترات طويلة نسبياً بين تقديم شكوى ومطالبة بالتعويض، وذلك بسبب الوقت اللازم لتجاوز الموانع والعقبات، لا سيما عندما يكون الاعتداء تم من قبل أحد معارف أو أقارب الضحية. عندما تتقدم الضحية بشكوى ومعلومات تحصل على الدعم حتى لو لم يتم القبض على الجاني أو ادانته».

وفي إسرائيل

كما ذكرنا سابقاً، ليس هناك في إسرائيل سياسة تعويض التي تهدف إلى تشجيع الضحايا على تقديم شكوى. لا يوجد جهة أو آلية مركزية التي يمكن للضحية التوجه اليها بطلب للحصول على تعويضات أو دعم، كما يقول يناي؛ الاستجابات القائمة المحدودة – مؤسسة التأمين الوطني على سبيل المثال – مناسبة فقط للحالات في نهاية السلسلة، وهي غير ملائمة للضحايا الذين يتكبدون نفقات كبيرة.

يمكن للضحية التقدم بدعوة مدنية للتعويض عن الأضرار، ولكن في الواقع يصل عدد قليل جداً فقط من الشكاوى إلى مرحلة المحاكمة– وحتى لو تمت المحاكمة، فإن الإجراءات المدنية ذاتها تتطلب موارد مالية ونفسية كبيرة وليست مناسبة دوماً للضحايا.

ويضيف يناي إنه من المهم أن نتذكر أن المادة 77 من قانون العقوبات تخول المحكمة بمنح تعويض لضحية الجريمة كجزء من الحكم الصادر في القضية الجنائية، التعويضات كجزء من الإجراءات الجنائية. قد يصل مبلغ هذه التعويضات إلى 258 ألف شيكل– ولكن في الواقع نادراً ما يتم استخدام هذه المادة من القانون في المحكمة.

وهذا يعني في الواقع أن تقديم الشكوى والتعاون مع السلطات لن يمنح الضحية أي مقابل– مادي أو في شكل خدمات. وبما أن التوجه للسلطات ينطوي على ثمن إضافي غير التكلفة الاقتصادية – النفسية والاجتماعية والمهنية، وما إلى ذلك – لماذا التوجه إلى السلطات والإبلاغ عن الاعتداء، لماذا تقديم الشكوى؟

وخلاصة القول، يخلص يناي إلى أن إسرائيل يجب أن تفي بالمعايير الدولية الغربية فيما يتعلق بمعاملة وعلاج الرجال والنساء ضحايا الجرائم الجنائية. واجب الدولة هو حماية كل واحد منا، وإذا أصيب شخص ما هذا يعني أن الدولة فشلت في حمايته وعليها تعويضه، أو على الأقل تغطية النفقات المتكبدة نتيجة للاعتداء. واليوم، للأسف، إسرائيل لا تفي بهذه المتطلبات الأساسية لضمان أمننا الشخصي.

حول حساب الأضرار الاقتصادية.

تشير البيانات الواردة في تقارير الأضرار الاقتصادية لوزارة الأمن الداخلي إلى أنه في حين أن مستوى الأضرار الاقتصادية الناجمة عن الجريمة في إسرائيل آخذ في الانخفاض منذ عام 2010، فإن الأضرار الاقتصادية الناجمة عن الجرائم الجنسية آخذة في الارتفاع.

ولقد بدأت الوزارة التحقيق في الاضرار الاقتصادية الناجمة عن الجريمة عام 2001 ونشرت البيانات للمرة الأولى عام 2004. ولقد قال داني كاريبو، رئيس دائرة التخطيط والموازنة في وزارة الأمن الداخلي السابق: «لقد توصلنا الى نتيجة مفادها انه يجب ان نترجم هذا إلى أموال على خلفية تطور العديد من النظريات في العالم حول تكلفة الجريمة التي أدت إلى تطوير منهجيات مصممة لقياس الأضرار الاقتصادية للشركات والأفراد على أرض الواقع».

المرحلة الأولى هي التحقيق في مدى انتشار الجريمة. «لا يتم الإبلاغ عن كل الجرائم للشرطة، نسبة الإبلاغ عن سرقات السيارات، على سبيل المثال، مرتفعة جداً بسبب التأمين، بينما يتم الإبلاغ عن القليل جداً فقط عن الجرائم الجنسية. ولذلك فإن التحدي الأول هو ترجمة معطيات الابلاغ للشرطة: إذا تم الإبلاغ عن حالة واحدة، ما هو عدد الحالات التي لم يتم الإبلاغ عنها؟ وبعد أن نصل إلى هذا التقييم، يجب أن نترجمه إلى أموال. في بلدان مثل بريطانيا وأستراليا أجريت دراسات تقييم استقصائية واسعة النطاق التي تم استمداد التقديرات منها. استخدمنا هذه المسوح مع الأخذ في الاعتبار مستوى الأسعار والخدمات وما إلى ذلك، وإضافة العوامل المناسبة».

ولقد قدرت دراسات مختلفة في جميع أنحاء العالم التكاليف الاقتصادية المترتبة على عواقب الاعتداء الجنسي وخلصت إلى أن الإنفاق الحكومي يتراوح بين 100،000 و 150،000 دولار في السنة. وفي إسرائيل، يُقدر متوسط الأضرار الاقتصادية الناجمة عن الجرائم الجنسية ب40 ألف شاقل جديد. ويوضح كاريبو أن المنهجية التي بموجبها تم جمع جميع الجرائم الجنسية تحت نفس الفئة لاتسمح بالتمييز بين نوع الجريمة وشدتها. وهذا يعني أن المبلغ يحسب الأضرار الناجمة عن التحرش الجنسي اللفظي وحتى الاعتداء الجنسي المستمر في مرحلة الطفولة، وهو ما يؤدي إلى انخفاض المتوسط إلى المستوى المنخفض نسبياً من الأضرار الاقتصادية. ويضيف كاريبو:»هناك جرائم جنسية خطيرة التي يقترب فيها الضرر الاقتصادي أو قد يصل إلى عتبة الضرر الناتج عن جريمة قتل، الذي يعتبر أكبر ضرر اقتصادي. وهناك جرائم أخرى التي يكون فيها الضرر صغير جداً، وبالتالي فإن متوسط قيمة 40 ألف شاقل لا يمثل بالضرورة الحالة الفردية».

بروفيسور أوري يناي هو أستاذ فخري في مدرسة الخدمة الاجتماعية والرفاه الاجتماعي في الجامعة العبرية في القدس.

التدهور الاقتصادي للعائلة في أعقاب الاعتداء الجنسي: شهادة

عبد

تعرفت على مريم عندما كانت فتاة. كانت بنت طيّبة، ولدت في عائلة معقدة – مثلي. ما كان ينقصني هو والدة، وفي العلاقة معها شعرت أنني حصلت على أم أيضًا. مريم بالنسبة لي ليست مجرد امرأة – إنها عالم بأكمله. هي ذكية جدًا ملؤها المحبة، قلبها يتسع للجميع. قبل ستة أعوام تزوّجنا ورُزقنا بولدين: ابن وبنت.

كنت مستقل اقتصاديا من جيل يافع. في البداية عملت بالبناء، بعدها أنشأت مصلحة تجارية. وقبيل عقد قراننا كنت قد خططت لإنشاء مصنعي الخاص، ودفعت زهاء 80 ألف شاقل مقابل ذلك. بعد الزواج تعرضت لانهيار اقتصادي وواجهت ديونًا. كان لدى مريم مصلحة تجارية صغيرة، ولكن بسبب الوضع باشرت العمل في شبكة كبيرة، لأن الترزق هناك أضمن. الأموال التي أدخلتها غطّت النفقات المعيشية الخاصة بنا، وما ربحته أنا – نحو 15 ألف شاقل شهريًا – ذهب لتسديد الدين. عشنا بمستوى معيشي جيد.

عملت مريم في فرع يقع في إحدى القرى بالمنطقة. وفي أحد الأيام عادت الى المنزل من العمل، وشعرت أن تصرفها كان غريبًا بعض الشيء، لكن لم أكن أعلم ما حدث. في اليوم التالي، عندما عدت الى المنزل تحدثت بالهاتف مع صديقتها، وما إن دخلت أقفلت المحادثة فجأة. بدت لي خائفة، ولكنها لم تنبس ببنت شفة. اتصلت بصديقتها التي كانت تُحادثها وسألت عما جرى، وقالت إن كل شيء عادي، أنهن تحادثن عن العمل. اهملت الموضوع. في اليوم الثالث تلقيت اتصالًا من الشرطة.

اكتشفت أنه قبل ذلك بيومين اعتدى عليها ربّ عملها جنسيًا، وقدمت شكوى ضده في الشرطة. أنا رجل عصبيّ، وأحيانًا لا أتمالك نفسي، ومريم لم تطلعني على ما جرى خشية أن أؤذيها. شقيقتها شرحت لي ما حدث.

عندما عدنا من الشرطة كانت مريم بحال يُرثى لها. أنا كنت أقرب البشر اليها وحتى أنا كرهتني. ابتعدت عن الجميع، انزت. نسيت أنها أم ووالدة، وطوال شهر ونصف مكث أولادنا لدى والديها. شخصيّتها رائعة، ولكنها بكل بساطة هربت من العالم. حتى اليوم هي لاتعتمد على أي شخص، ولا حتى على الأقارب. لن تجلس مع اشقائي على سبيل المثال الابوجوودي بقربها.

مكثت معها في المنزل أربعة أشهر. كانت فترة عصيبة. كانت تصرخ ليلًا في أحيان، تستفيق من النوم. وطوال أشهر لم تستطع الخلود الى النوم دون ادوية. لم نعش كزوجين وانما كشقيقين.

كي أكون بجانبها اضطررت للتوقف عن العمل. في البداية حصلت على مخصصات البطالة من التأمين الوطني، نحو 3500 شاقل شهريًا. لم أستطع تسديد ديون المصنع وفقدت كل الاستثمار الأوليّ الذي وضعته به. بدأنا بتكديس الديون. اليوم بتّ مدينًا بنحو 300 ألف شاقل.

عائلة رب عملها تتعامل مع الشاباك، وحاولوا إسكات الموضوع وانهائه بسرعة. بعد بضعة أيام من توجهنا الى الشرطة، لاحقوني في الشارع، استوقفني شخص في المفترق وقال لي «يجب أن تُنزل التهمة»، حرّك سيارته ومشى. بعدها بعثوا شخصا اليّ الى المنزل قال لي «اسمع عبد، دعنا ننهي الموضوع. خذ 50 ألف شاقل، واقلب الصفحة». ما قيمة 50 ألف شاقل اذا حدث لي أي شيء؟ ما قيمة مليون شاقل؟ لا أبحث عن تعويض لأجلي. أبحث عن العقاب لكي يعرفوا لماذا عوقب هذا الرجل. سيّما في المجتمع العربي.

كتحطم كأس

درست مريم تصميم الأزياء. أحبت دراستها الى درجة كبيرة، كانت ممتازة ورائعة في مهنتها. قبيل الحادثة كانت تتطلع للمستقبل، كانت ترغب بأن تفتتح وتوّسع المصلحة التجارية. بعد الحادثة أقفلت أبواب المتجر ولم تعد الى هناك. قبل شهر بدأت تستقبل بعض الصديقات في المنزل وتقدم لهن العلاج. هي تعمل ومقلتيها تدمعان.

اليوم أنا بعد ان كان قد تم حبس الرهن، ولاأستطيع أن أفتح مصلحة تجارية مرخصة. باشرت العمل كأجير ولكن طوال الوقت واجهت مشاكل. كان عليّ أن أكون متوافرًا في حال احتاجتني مريم. وكانت تتصل بي بشكل شبه يومي في وسط نهار العمل، «تعال الآن». كنت أترك عملي وأذهب. استطعت العمل بالكاد ساعتين، ثلاث ساعات، أربع ساعات. ولامرة يوم كامل، ولم يكن بوسعي أن أطلع أحد عن السبب. قلت فقط أنه علي التواجد في المنزل وأنني مضطر للذهاب. مشغليّ تحملوا ذلك. في احيان كانوا يعتقدون أنني أغادر لأنني لاأرغب بالعمل، لأنني كسول. لكن لم يكن بوسعي أن أتركها وحدها. خشيت أن تفقد صوابها، أن تقوم بايذاء نفسها. في نهاية المطاف قالوا لي «لاتأتِ غدًا». من ناحية مادية، أغلقت بوجهي العديد من الأبواب، والمال يؤثر على حال العائلة. ترى مريم أنني أحبها، ولكني غير مرتاح ماديًا.

كنت آخذها كل أسبوع للعلاج، ولا يوجد مكان قريب للعلاج واضطررنا للسفر بعيدًا. كل سفرية كهذه كلفتني نحو 600 شاقل – اذ أنه وبسبب الوضع الاقتصادي لم أعد أملك سيارة، وكنت أضطر لاستئجار واحدة، ويجب دفع تكاليف الوقود، الطعام طوال النهار. وأنا معطل عن العمل.

أنا مدين لشركة المياه، لضريبة المسكن (ارنونا)، وللكهرباء. أنا مدين على أثمان الطعام والأغراض في البيت. ألغى البنك (المصرف) لي أمر بنكي لتسديد أثمان الهاتف. مررت بحبس الرهن واجراءات التنفيذ. لم يكن بوسعي أن أدفع الـ900 شاقل الملزمة لجل تجديد رخصة سياقة مريم.

يسألني الناس لماذا لا أسدد ديوني. حسنٌ، كُسرت كمستقل، ولكن يرون أنني في كل مرة أباشر عملا جديدا– إذا لماسا لاأسدد؟ كيف أفسر لهم أنه لاأعرف من أين أجلب المال؟

أخجل أن أتحدث عن الموضوع مع الناس. يعروفنني كصديق مريم القوي الوفي. كنت أدير شؤوني الذاتية، عندما كنت شابًا، سددت ديون والدي في غضون أربعة سنين. أعمرت منزلًا بدون دين، الوحيد بسّني، الكل كانوا يحسدونني. كنت أقضي وقتا ممتعا، أعمل وأتدبر أموري بشكل جيد في الحياة، ولكن هذه الحادثة قضت علينا، دمرّتنا، كتحطم الكأس.

اليوم أعمل في ناد ليس بعيدًا عن المنزل، وعندما أرجع الى البيت يكُون أولادي نائمين. أشعر أنني أهرب من أبنائي. منذ هذه الحادثة لم نخرج الى رحلة واحدة كعائلة. بالنسبة لهم لست بوالد. أنا أقلق على مريم، أهتم بترزق العائلة، ولكني لست موجودًا هناك عندما يحتاجونني.

لا أحكم عليها، لا أعاقبها

في البداية كنت ألوم ذاتي على ما حصل لمريم. وصلت لحال اقتصادي صعب ولذلك اضطرت هي للذهاب الى العمل وتمت تلك الحادثة. في مركز الدعم في الناصرة قالوا لي أنه لا يجب أن ألوم نفسي، ولكن لدي مشكلة في الجلوس صامتا

وتلقي العلاج. عشت حياة صعبة، أقمت عائلة. لا أرغب الآن بالجلوس في المركز وتلقي العلاجات. أحب أن أهتم وأعالج نفسي بنفسي.

الكل يعرفونني في القرية. يعرفون أنني أقمت نفسي بنفسي، واتجهت بالاتجاه الخيّر. بعض أصدقائي توجهوا الى المخدرات – وحتى اليوم لا أعرف ما هي المخدرات، لم أجربها. بعد هذه الحادثة احتسيت الكحول للمرة الأولى، قنينة جعة (بيرة)، وثملت. لست خبيرًا بهذا الأمر، لكن هذه الحادثة غيّرتني. اليوم أنا مضطر أن أحتسي الكحول كي أنام.

كنت أتدرب في الصالة الرياضية وألعب كرة القدم، ومذ ذاك الحين تلاشى كل شيء. لا أملك وقتًا كافيًا، يجب أن أعمل. فقدت 24 كيلوغراما. في الماضي لم أكن أحتسي الكحول، اليوم أنا مضطر أن أشرب كي أنام. أستطيع أن أحتسي أربع قناني جعة (بيرة)، ربما هذا لا يعتبر كثيرًا، ولكن بالنسبة لي هذا «واو» لأنني لما كنت أحتسي الكحول.

في الماضي كنت شخصًا إجتماعيًا جدًا. كنت ضحوكًا، دائم الابتسامة، يمازح الجميع. كان لدي الكثير من الأصدقاء الذين يزورونني. اليوم لا يدخلون بيتي، وأنا لا أزورهم. يسألون الكثير من الأسئلة ولا أستطيع الإجابة. لا أحد يتفهّم، إذا كيف يمكن أن تطلب خدمة أو مساعدة. منذ الحادثة بدأت أهتم بالمعاملة تجاه النساء في المجتمع بقريتنا. اذا تم الطلاق على سبيل المثال أو أي شيء آخر يلومون الفتاة مباشرة. أي نوع عالم هذا؟ الذنب ليس ذنبها أبدًا. زوجتي ذهبت لطلب الرزق، للعمل، وهذا ما حدث لها.

أريد أن أقول لأبناء عائلتها الذين يقرأون هذه المقالة أن الثقة هي أهم شيء. لا تحكموا عليها. لا تنسوا كل الخير الذي صنعته. لا تعاقبوها، لا تؤذوا خير البشر. لا أريد أن أكذب – ولكن في اللحظة الأولى علت بفكري عدة أفكار، أنني ربما عاملته بطريقة جعلته يجرّب أمرًا ما. ولكن في نهاية المطاف عدت الى الأساس. وما هو الأساس؟ لماذا تزوّجتها. كيف تعرفت عليها. ماذا فعلته لأجلي، ومذ ذاك الحين أنا هادئ ومطمئن.

أخشى جدًا من المحاكمة. ماذا سيحدث لو لم تتم غدانته؟ لا يشعر القاضي بالكارثة التي حلت بعائلتنا بسببه. أخلي سبيله يوم واحد بعد اعتقاله. جنّ جنوني. لماذا أخلي سبيله؟ وأنا أشعر وكأنني حُبست لمدى الحياة من ناحية الوضع العائلي الخاص بي؟ لماذا يستمتع هو بحياته وأنا طوال الوقت أعاني من تصرفاته المقرفة؟ بالنسبة لي كل انسان ينظر الى امرأة بنظرة جنسية فحسب هو ليس إنسانًا. ما هو ذنبها؟ ماذا فعلت؟ أرادت العمل، الترزق، التقدم بالحياة؟

عبد (اسم مستعار) هو زوج مريم (اسم مستعار)، التي تعرضت لاعتداء جنسي من قبل مشغّلها

مصادر وملاحظات

الاعتداء الجنسي وتداعياته على جهاز الصحة

د. شير دافنا تكوع، د. هيلا ليفوفيتش ديامانت، ود. أنا بادوا

1 Felitti, V.J. & Anda, R.F (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare. In: Lanius, R. A., Vermetten, E., & Pain, C. (Eds.). (2010). The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic. Cambridge University Press.Pp: 77-87.

2 London, K., Bruck, M., Wright, D. B., & Ceci, S. J. (2008). Review of the contemporary literature on how children report sexual abuse to others: Findings, methodological issues, and implications for forensic interviewers. Memory, 16 (1),29-47.

3 Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. International journal of public health, 58(3), 469-483 2–11.

4 לב-ויזל, ר'. ואיזיקוביץ, צ'. (2016). דוח ממצאי טריאנה. אלימות כלפי ילדים ובני נוער בישראל: בין שכיחות לדיווח גורמים מעודדים מול גורמים מעכבים דיווח, דו"ח מחקר למשרד החינוך.

5 Lev-Wiesel, R., First, M., Gottfried, R., & Eisikovits, Z. (2017). Reluctance versus urge to disclose child maltreatment: the impact of multi-type maltreatment. Journal of interpersonal violence, 0886260516672938

6 American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. pp. 5–25. ISBN 978-0-89042-555-8.

7 Nijenhuis, E. R., & van der Hart, O. (2011). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. Journal of Trauma & Dissociation, 12(4), 416–445.

8 Daphna-Tekoah, S., Lev-Wiesel, R., & Ben-Zion, I. Z. (2016). Childbirth as Retraumatization of Childhood's Sexual Abuse. Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorders, 391-407

9 Scaer, R. (2014). The body bears the burden: Trauma, dissociation, and disease. Routledge

10 Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Grashow, R., Gal, G., Braehler, E., & Weisskopf, M. G. (2014). Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. International Journal of Public Health, 59(2), 359-372

11 Marchand, J., Deneyer, M., & Vandenplas, Y. (2012). Detection, diagnosis, and prevention of child abuse: the role of the pediatrician. European journal of pediatrics, 171(1), 17-23.

12 Arnow, B. A., Hart, S., Scott, C., Dea, R., O'connell, L., & Taylor, C. B. (1999). Childhood sexual abuse, psychological distress, and medical use among women. Psychosomatic Medicine, 61(6), 762-770.

13 Ålander, T., Heimer, G., Svärdsudd, K., & Agréus, L. (2008). Abuse in women and men with and without functional gastrointestinal disorders. Digestive diseases and sciences, 53(7), 1856-1864.Journal of Psychiatry in Medicine, 51(1), 84-103

14 Shields, M. E., Hovdestad, W. E., Pelletier, C., Dykxhoorn, J. L., O'Donnell, S. C., & Tonmyr, L. (2016). Childhood maltreatment as a risk factor for diabetes: findings from a population-based survey of Canadian adults. BMC public health, 16(1), 879

15 Kendall-Tackett, K. (2009). Psychological trauma and physical health: A psychoneuroimmunology approach to etiology of negative health effects and possible interventions. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 1(1), 35-48

16 Spiegel, D. R., Shaukat, A. M., Mccroskey, A. L., Chatterjee, A., Ahmadi, T., Simmelink, D., ... & Raulli, O. (2016). Conceptualizing a subtype of patients with chronic pain: the necessity of obtaining a history of sexual abuse. The International Journal of Psychiatry in Medicine, 51(1), 84-103

17 פדואה א. (2004). הגוף מדבר: נושאים בטיפול רפואי בשורדות בוגרות של התעללות מינית, בתוך צביה זליגמן וזהבה סולומון, הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות, 2004

18 Lev-Wiesel R, Daphna-Tekoah S, Hallack M. Childbirth as retraumatization: prenatal and postnatal posttraumatic stress symptomatology among women, survivors of childhood sexual abuse. Child Abuse Negl; 2009b;33:877–87

19 Devries, K. M., Mak, J. Y., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J., & Watts, C. H. (2014). Childhood sexual abuse and suicidal behavior: a meta-analysis. Pediatrics, peds-2013

20 Meston, C. M., Rellini, A. H., & Heiman, J. R. (2006). Women's history of sexual abuse, their sexuality, and sexual self-schemas. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74(2), 229

21 גור, ע. (2015). גוף זר: הפרעות אכילה, פגיעות מיניות בילדות וטיפול מותאם. הקיבוץ המאוחד, תל אביב.

22 Dworkin, E., Javdani, S., Verona, E., & Campbell, R. (2014). Child sexual abuse and disordered eating: The mediating role of impulsive and compulsive tendencies. Psychology of violence, 4(1), 21.

23 להרחבה על הצרכים הייחודיים של נפגעות ונפגעים בתוך מערכת בריאות הנפש, ראו מאמרה של ד"ר ענבל ברנר, פגיעה מינית ובריאות הנפש בדו"ח זה.

24 Lanthier, S., Du Mont, J., & Mason, R. (2016). Responding to delayed disclosure of sexual assault in health settings: a systematic review. Trauma, Violence, & Abuse, 1524838016659484

25 Widom, C. S., Czaja, S. J., Bentley, T., & Johnson, M. S. (2012). A prospective investigation of physical health outcomes in abused and neglected children: New findings from a 30-year follow-up. American journal of public health, 102(6), 1135-1144

26 Lechner, M. E., Vogel, M. E., Garcia-Shelton, L. M., Leichter, J. L., & Steibel, K. R. (1993). Self-reported medical problems of adult female survivors of childhood sexual abuse. Journal of Family Practice, 36(6), 633-639

27 Fang, X., Brown, D. S., Florence, C. S., & Mercy, J. A. (2012). The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. Child abuse & neglect, 36(2), 156-165.

28 United Nations Children's Fund. (2012). Measuring and monitoring child protection systems: Proposed core indicators for the East Asia and pacific region

29 Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. Child maltreatment, 16(2), 79-101

30 Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, et al. Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. Psychosom Med 2014; 76

31 Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., Sareen, J., & Boyle, M. H. (2016). Individual-and relationship-level factors related to better mental health outcomes following child abuse: results from a nationally representative Canadian sample. The Canadian Journal of Psychiatry, 61(12), 776-788

32 Peitzmeier, S. M., & Potter, J. (2017). Patients and Their Bodies: The Physical Exam. In Trauma, Resilience, and Health Promotion in LGBT Patients (pp. 191-202). Springer International Publishing.

33 Daphna-Tekoah S. Childbirth as retraumatization of child sexual abuse. Doctoral thesis, Ben-Gurion University of the Negev, Beer-Sheva; 2009

الاعتداء الجنسي والصحة النفسية

د. عنبال برينر

1. Gorey KM, Leslie DR.The prevalence of child sexual abuse: integrative review adjustment for potential response and measurement biases. Child Abuse Negl. 1997 Apr;21(4):391-8.
2. Barth J, Bermetz L, Heim E, Trelle S, Tonia T.The current prevalence of child sexual abuse worldwide: a systematic review and meta-analysis. Int J Public Health. 2013 Jun;58(3):469-83.
3. Holmes WC, Slap GB.Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. JAMA. 1998 Dec 2;280(21):1855-62.
4. Schein M. et al. The Prevalence Of A History Of Child Sexual Abuse Among Adults Visiting Family Practitioners In Israel. Child Abuse & Neglect, Vol. 24, No. 5, pp. 667–675, 2000.
5. לב ויזל ר, איזיקוביץ צ. אלימות כלפי ילדים ובני נוער בישראל: בין שכיחות לדיווח. גורמים מעודדים מול גורמים מעכבים דיווח. דו"ח מחקר למשרד החינוך, ינואר 2016.
6. National Center for Post Traumatic Stress Disorder. Epidemiological Facts About PTSD - A National Center for PTSD Fact Sheet. Retrieved April 1, 2005.
7. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry. 1995;52:1048–1060.
8. Creamer M, Burgess P, McFarlane AC. Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. Psychol Med. 2001;31(7):1237–1247.
9. Beitchman, J.H.; Zucker, K.J.; Hood, J.E.; daCosta, G.A.; Akman, D.; and Cassavia, E. A review of the long-term effects of child sexual abuse. Child Abuse and Neglect. 1992; 16:101-118.
10. Neumann, D.A.; Houskamp, B.M.; Pollock, V.E.; and Briere, J. The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: A meta-analytic review. Child Maltreatment. 1996; 1:6-16.
11. Bebbington P. et al. Suicide Attempts, Gender, and Sexual Abuse: Data From the 2000 British Psychiatric Morbidity Survey. American Journal of Psychiatry Volume 166, Issue 10, October, 2009, pp. 1135-1140.
12. Sorenson, S. B., Siegel, J. M., Golding, J. M., & Stein, J. A. (1991). Repeated sexual victimization. Violence and Victims, 6(4), 299-308.
13. Bebbington P, Jonas S, Kuipers E, et al. Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. Br J Psychiatry 2011; 199:29–37.
14. Cutajar MC, Mullen PE, Ogloff JR, et al. Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years. Child Abuse Negl 2010; 34:813–82.
15. Varese F. et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. Schizophr Bull 2012; 38 (4): 661-671.
16. Herman, J.L. Trauma and recovery. 1992. NY Basic books.
17. Jacobson et al, "Assualt Experiences of 100 Psychiatric Inpatients: Evidence of the Need for Routine Inquiry", American Journal of Psychiatry 144 (1987):1426-30.
18. Briere et al, "Sexual abuse histories and sequelae in Female Psychiatric Emergency Room Patients", American Journal of Psychiatry 146 (1989):1602-06.
19. Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J.L., Lanius, R., Stolbach, B.C., Spinazzola, J., Van der Kolk, B.A., Van der Hart, O. (2012). The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults.
20. Courtois, C. A. (1997). Healing the incest wound: A treatment update with attention to recovered memory issues. American Journal of Psychotherapy, 51, 464-496.
21. Hirschmann S., Lev-Ari L. Short-term focused inpatient treatment combined with sensory regulation of sexual trauma victims - Summary of 100 first hospitalizations. Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 2016;53(3):26-31.

22. Vickerman, K.A., Margolin, G. Rape treatment outcome research: empirical findings and state of the literature. Clin Psychol Rev. 2009 Jul;29(5):431-48.

23. Van den Berg, D.P.G et al. Prolonged exposure vs. Eye movement desensitization and reprocessing vs. waiting list for Post-Traumatic Stress Disorder in patients with a psychotic disorder. JAMA Psychiatry, march 2015.

24. Schafer, I., Fisher, H.L. Chidhood trauma and posttraumatic stress disorder in patients with psychosis: Clinical challenges and emerging treatments. Current opininons in Psychiatry, 2011. 24; 514-518.

25. רימון-גרינשפן, ה. (מאי, 2016). טראומה בטיפול: פגיעה מינית ואשפוז פסיכיאטרי: מיפוי שירותים ומדיניות בריאות. איגוד מרכזי הסיוע לנפגעות ונפגעי תקיפה מינית וארגון בזכות - המרכז לזכויות אדם של אנשים עם מוגבלות ירושלים.

26. Ginzburg, K., Somer, E., Tamarkin, G., & Kramer, L. (2010). Clandestine psychopathology: Unrecognized dissociative disorders in inpatient psychiatry. Journal of Nervous and Mental Disorders, 198, 378-381.

27. זומר, א. (2014). הפרעת זהות דיסוציאטיבית: עקרונות אבחון וטיפול. פסיכולוגיה עברית

28. ברגמן-לוי ט.„ ישראל, ח. האגף לבריאות הנפש, משרד הבריאות: מסמך מסכם לקראת דיון הועדה לקידום מעמד האשה ולשוויון מגדרי 2016-07-5.

29. הירשמן, ש.„ ברנר, ע.„ זליגמן, צ.„ סוליציאנו, א.„ קרבל-נסאגי, א.„ ישראל, ח. תשאול טראומה מינית כמדד איכות באשפוז פסיכיאטרי: עבודת הועדה המייעצת למועצה הלאומית לבריאות הנפש. (הוגש, תחת סקירה)

الصوت الشبيه: حول النقص في تشخيص الرجال ضحايا الاعتداءات الجنسية في الحديث عن الصدمة في إسرائيل

أوري فريد

1 זיו, א. (2012). גבריות תחת מתקפה: מבט מחודש על טראומה מינית בגברים. שיחות: כתב עת לפסיכותרפיה. כ"ז, 1 (עמ' 33-23).

2 בורדיה, פ'. (1998). השליטה הגברית. תל אביב: הוצאת רסלינג.

3 הרמן, ג'., ל'. (1994). טראומה והחלמה. תל אביב. עם עובד.

4 בולאס, כ'. (2000). צילו של האובייקט. תל אביב: דביר.

5 טנר, ד'. (In Press). פגיעות מיניות בבנים: שכיחות, השלכות, חשיפה והיבטים תרבותיים ייחודיים.

6 קונל, ר. (2009). גברויות. חיפה: פרדס הוצאה לאור.

7 גלזמן, מ. (2007). הגוף הציוני- לאומיות, מגדר ומיניות בספרות העברית החדשה. תל אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד.

8 באום, נ' (2006). המגדר הנאלם: התייחסות העבודה הסוציאלית אל הגבר כלקוח. חברה ורווחה, כו'ב. (עמ' 238-219).

9 לב-ויזל, ר'. ואיזיקוביץ, צ'. (2016). דוח ממצאי טריאנה. אלימות כלפי ילדים ובני נוער בישראל: בין שכיחות לדיווח גורמים מעודדים מול גורמים מעכבים דיווח, דו"ח מחקר למשרד החינוך.

10 בריטון, ר'. (2015). אמונה ודמיון. תל אביב: עם עובד.

11 Easton, S.D, Saltzman, L.Y., & Willis, D.G. (2014). "Would You Tell Under Circumstances Like That?": Barriers to Disclosure of Child Sexual Abuse for Men. Psychology of Men & Masculinity, 2014, Vol. 15, No. 4, 460-469.

12 ריל, ט'. (1999). אני לא רוצה לדבר על זה- על המורשת הסמויה של דיכאון גברי ואיך אפשר להשתחרר ממנה. תל אביב: עם עובד.

13 Levant, R. F., Allen, P. A., & Lien, M.-C. (2014). Alexithymia in men: How and when do emotional processing deficiencies occur? Psychology of Men & Masculinity, 15(3), 324-334.

14 Pleck, J.H. (1995). The Gender Role Strain Paradigm. In: A New Phycology of Men. Levant, R.F & Pollack, W.S.

15 Bollas, C. (1996). Forces of Destiny: Psychoanalysis and the Human Idiom. London: Free Association Books.

16 מצליח, ר'. (2014). עם נשמה. בטחון פנים: כתב עת המשרד לבטחון פנים. גיליון 5.

17 Cubellis, M.A., Peterson, B.E., Henninger, A.M., & Lee, D. (2016). Childhood Sexual Abuse and Antisocial Traits and Behaviors: A Gendered Examination of the Factors Associated With Perpetration of Intimate Partner Violence. Journal of Interpersonal Violence 1-37.

18 גור, ע'. (2008). מופקרות: נשים בזנות. תל אביב: הוצאת הקיבוץ המאוחד.

19 Tonmyr, L., & Shields, M. (2016). Childhood sexual abuse and substance abuse: A gender paradox? Child Abuse & Neglect 63, pp. 284–294.

20 באום, נ' (2006). המגדר הנאלם: התייחסות העבודה הסוציאלית אל הגבר כלקוח. חברה ורווחה, כר'ב. (עמ' 219–238).

21 ויניקוט, ד'ו'. (1956). הנטייה האנטי- חברתית. בתוך: עצמי אמיתי, עצמי כחב. תל אביב: עם עובד.(2010).

22 אמיר, ד'. (2013). תהום שפה. ירושלים: הוצאת י"ל מאגנס

23 פרנצי, ש'. (1933). בלבול השפות בין המבוגרים לילד. תל אביב: עם עובד. (2003).

24 Brannon, R. (1976). The Male Sex Role: Our Culture's Blueprint of Manhood, What It Is Done To Us Lately. In D. David, & R. Brannon (Eds.) The Forty Nine Present Majority: The Male Sex Role (pp. 1-49). Reading, MA: Addison- Wesley.

25 גרטנר, ר, ב. (1999). השלכות בינאישיות של פגיעה מינית בקרב גברים בוגרים שנוצלו מינית בילדותם. בתוך צ. זליגמן וז. סולומון (עורכות). הסוד ושברו: סוגיות בגילוי עריות (עמ' 125-164). תל-אביב: הקיבוץ המאוחד.

26 בוקובזה, ג'. (2017). הדרמה של הגבריות החדשה. תל אביב: מודן.

27 זיו, א'. (2012). טראומה עיקשת. מפתח 5 (2012).

اعتدي عليهن جنسيًا في الصبا
ليهي جيفاع - ليسر ونعاما شفارتس

1 Leeners, B., Richter-Appelt, H., Imthurn, B., and Rath, W. (2006). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. Journal of Psychosomatic Research, 61: (139-151).

2 Heimstad, R., Dahloe, R., Laache, I., Skogvoll, E. &Schei, B. (2006). Fear of childbirth and history of abuse: Implications for pregnancy and delivery. ActaObstetriciaetGynecologica. 85: 435-440.

3 Grimstad, H., Schei, B., Backe, B. & Jacobsen, G. (1999). Anxiety, Physical abuse, and low birth weight, Scan Journal of Public Health, 27: 296-300

4 Benedict, M., Pain,L.L., Paine, L.A., Brandt, D. & Stallings, R. (1999). The association of childhood sexual abuse with depressive symptoms during pregnancy, and selected pregnancy outcome. Child abuse & Neglect, 23 (7): 659-670.

5 Raffael-leff, J. (2005). Psychological processes of childbearing. London: the annafreud center.

6 Kitzinger, J.V. (1992). Counteracting, not reenacting, the violation of women's bodies: the challenge for perinatal Caregivers, Birth , 19 (4): 219-220.

7 רפאל –לב, י. (1996). הריון העולם הפנימי. ת"א: זמורה ביתן.

8 Seng, J.S., Hassinger, J.A. (1998). Improving maternity care with survivors of childhood sexual abuse. Journal of Nurse-Midwifery, 43(3): 287-294.

9 Parrot, J. (1994).the experience of childbirth for survivors of incest. Midvifery. 10: 26-39.

10 Heritage, C. (1998).Working with childhood sexual abuse surviviors during pregnancy, labor and birth. (JOOGNN, 27 (671-677).

11 Sperlich, M., &Seng, J.S. (2008). Survivor moms: women's stories of birthing, mothering and healing after sexual abuse. Eugene: Mothering Press.

12 Hobbins, D. (2004). Survivors of childgood sexual abuse: implications for perinatal nursing care, JOGNN, (33: (485-497).

13 Leeners, B., Stiller, R., Imthurn, B., & Werner, R. (2007).Effect of childhood sexual abuse on gynecologic care as an adult. Psychosomatics, 48 (5): 385-393.

14 פדואה, א. הגוף מדבר: נושאים בטיפול רפואי בשורדות בוגרות של התעללות מינית בילדות. בתוך: זליגמן, צ. וסולומון, ז. (עורכות). הסוד ושברו. ת"א: הקיבוץ המאוחד,2004, עמ' 483-497.

الإدماج المهني كوسيلة وهدف في عملية التعافي من الصدمة الجنسية: عشر سنوات على برنامج «الإدماج المهني» في المركز متعدد التخصصات في مستشفى بني تسيون، حيفا

نعاما تماري لابيد وكيرن ليفين فاينشطاين

1 .Royer, A. (1998). Life with Chronic Illness: Social and Psychological Dimentions. Praeger

2 הרמן, ג', ל., (1994) טראומה והחלמה , תל אביב, עם עובד

3 Baker, C. D. (2002). Female Survivors of Sexual Abuse. Brunner-Routledge

* לזובסקי, ר., היישריק, מ., יצחק-מונסונגו, ע., (2010) תוכניות תעסוקה עבור נפגעות תקיפה מינית בחיפה ובראשון לציון מינהל המחקר והתכנון והאגף לפיתוח שירותים, המוסד לביטוח לאומי

خطوط الطوارئ التابعة لمراكز المساعدة

تعمل خطوط الطوارئ القطرية على مدار 24 ساعة يوميًا:
1202 للنساء، 1203 للرجال

WWW.1202.ORG.IL

مركز المساعدة كريات شمونه، الجليل والجولان
04-6943996

مركز المساعدة حيفا والشمال
04-8641262

مركز المساعدة الناصرة – مركز مساعدة ضحايا العنف الجنسي والجسدي للنساء العربيات
04-6566813

مركز المساعدة الشارون
09-7747760

مركز المساعدة تل أبيب والمركز
03-5176176

مركز المساعدة "تائير" – الشفلاه الجنوبية
08-9496020

مركز المساعدة القدس
02-6255558

مركز المساعدة للنساء المتدينات، وباللغة الأمهارية
02-6730002

مركز المساعدة للرجال المتدينين
02-5328000

"مسلان" – مركز المساعدة لضحايا العنف والاعتداء الجنسي، النقب
08-6421313