

نار تحت الرّماد

الصحة العقلية والنفسية للسوريين وتأثيرات النزاع الوطني

آدم موصللي

تهدف هذه الدراسة الى توفير معلومات عن الجوانب المتنوعة للصحة النفسية للسوريين. تعتمد الدراسة على مراجعة للأدبيات المتوافرة حول الصحة النفسية والدعم النفسي في سياق النزاع الحالي.

تتضمن الدراسة إضاءة على العوامل الأساسية التي ساهمت في تدهور الصحة النفسية للسوريين على المستوى السياسي (الاستبداد) والمستوى الاقتصادي (الفقر والحرمان)، ودور كل المستويين، من حيث ارتباطهما عضوياً، في تعميق أزمة الرفاه النفسي لدى اللاجئين والنازحين والسوريين على العموم.

تعرض الدراسة عرضاً مفصلاً لأنواع الاضطرابات النفسية المسجلة لدى السورييين وكيف يتم التعامل معها، وتأثير عنف النزاع على تفاقمها. وتبيّن الدراسة كذلك إعادة الرعاية الصحية النفسية وأهميتها في إعادة بناء سوريا.

أولاً-الاستبداد والصحة النفسية

الإكراه النفسي كأسلوب في إدارة حكم الاستبداد

ظهرت الدول الاستبدادية مع ظهور الدولة كظاهرة اجتماعية سياسية. فالدولة إبداع جديد في سياق التطور البشري. تم اختراع شكل حديث وخبث من الطغيان خلال القرن العشرين على شكل دولة شمولية totalitarianism. تستخدم دولة الطغيان الإكراه الجسدي والنفسي كأسلوب أساسي في الحكم. وهذا سيكون له عواقب صحية نفسية على كل من الحكام والمحكومين. يتم استكشاف الجذور النفسية للأنظمة الاستبدادية ومناقشة بعض الآثار الاجتماعية والنفسية المحتملة. كان نظام البعث السوري منذ استيلائه على الحكم عام 1963 وما زال يشكل نموذجاً لدولة شمولية.

تسبب الاستبداد على مدى القرن العشرين بحروب مدمرة وفضائح لا توصف. علاقة الاستبداد وتأثيره على صحة الناس العقلية ورفاههم مسألة غير مفهومة تماماً.

باعتبار الدولة ظاهرة اجتماعية - سياسية فإن الاستبداد الحقيقي لا يمكن أن يوجد إلا في مجتمعات الدولة. [1,2]. عرف ماكس ويبر Max Weber الدولة على أنها "علاقة بين الرجال الذين يسيطرون على الرجال"، واعتبر ماركس Marx الدولة أداة للطغيان الطبقي. [3]

حتى مجيء الديمقراطية الليبرالية الغربية، كانت الدول كلها، مع استثناءات قليلة، دولا استبدادية بدرجات متفاوتة من حيث أن الحكام يحوزون سلطة مطلقة وكان للمحكومين رأي ضئيل أو معدوم في كيفية حكمهم، وتمتعوا بحماية قليلة أو معدومة ضد سلطة الدولة. وبالتالي، أدت الممارسة المفرطة للسيطرة القسرية عاجلاً أم آجلاً إلى الثورة، وهي ظاهرة متكررة على مدار تاريخ الدولة.

اعتقد أرسطو أن الطغيان tyranny حالة إنسانية غير طبيعية وعرّفها على أنها نوع من الملكية التي تأخذ في الاعتبار مصالح الملك فقط. [3]. تُعرّف الفيلسوفة حنة أرندت Arendt الطغيان على أنه "سلطة تعسفية، غير مقيدة بالقانون، تُمارس لصالح الحاكم ومعادية لمصالح المحكومين". [4]

الاستبداد وإرهاصات خلق الأزمات النفسية

شهد القرن العشرون ظهوراً جديداً وشكلاً خبيثاً من الاستبداد، وهو الشمولية. هذا الشكل من الحكم يختلف في نواح مهمة عن الأنواع الأخرى من الاستبداد.

تختلف تجربة المواطن الفرد في ظل النظام الشمولي اختلافاً جذرياً عن تجربة أشكال أخرى من الاستبداد، وقد يؤدي ذلك إلى عواقب نفسية اجتماعية متميزة. [4,5]

تميل أنظمة الاستبداد القديمة والأنظمة الاستبدادية الأكثر حداثة إلى إقامة دولة تقع على قمة نظام اجتماعي قائم وراسخ. تُظهر النخبة الحاكمة القليل من الاهتمام بتغيير الوضع الاجتماعي والاقتصادي الراهن إلا بقدر ما يُسهّل ذلك عملية الحكم. من الأمثلة على الأنظمة الاستبدادية الحديثة إسبانيا فرانكو والحكم العسكري في الأرجنتين وتشيلي في السبعينيات والثمانينيات.

تقوم الأنظمة السلطانية [6,7] بتخريب جزئي لقطاعات المجتمع المدني والاقتصاد، وتخصّص بعض مؤسسات الدولة لخدمة مصالح النخبة الحاكمة. [8]. ومن الأمثلة على هذه الدول إيران تحت حكم الشاه وهايتي تحت حكم دوفالبيه. [8]

في ظل الأنظمة السلطانية تظل قطاعات كاملة من المجتمع سليمة أو متأثرة قليلاً. في ظل الأنظمة الشمولية نشهد تخريباً هائلاً لمؤسسات المجتمع المدني من أجل خلق واقع اجتماعي جديد في خدمة أيديولوجية الدولة. في ظل الأنظمة الشمولية تتم إعادة التفكير في المجتمع وفقاً لأيديولوجية الدولة (الشيوعية، والقومية، والأصولية، وما إلى ذلك) في عملية تؤدي في كثير من الأحيان إلى معاناة شديدة، وقتل جماعي وانتهاكات جسيمة مختلفة لحقوق الإنسان. يقوم النظام الشمولي على عزلة الفرد، وبتفتت المجتمع إلى أفراد منعزلين غير فاعلين، وتفرض الدولة أيديولوجيتها، وتستخدم الإرهاب الممنهج أداة فعالة للحكم والسيطرة. [4]

يقود الحكم الشمولي إلى اختفاء أي مظهر من مظاهر الحماية القانونية للفرد، وهذا يشعره بحالة ضعف مستمرة وعجز شبه كامل، فيتحوّل إلى فرد سلبي. عندما يُحرم الفرد، بشكل ممنهج، من اتخاذ القرار في حياته، يمكن أن يؤدي هذا إلى إحساس ضعيف بالمسؤولية الشخصية وميل إلى إلقاء اللوم على القوى الخارجية في جميع الأحداث السلبية.

يستخدم الحكم الشمولي الإرهاب كأداة روتينية للحكم وليس فقط كرادع أو كعقاب لخصوم النظام. ويستند على استراتيجيات تنفيذية من قبيل الاختطاف والاختفاء ومصادرة الممتلكات والترحيل والتعذيب والقتل خارج نطاق القضاء ومجموعة متنوعة من العقوبات الجماعية. وتُظهر الدولة الشمولية قدرة فريدة على تنفيذ مثل هذه الانتهاكات على نطاق لم يكن من الممكن تخيله من قبل.

تدمر الأنظمة الشمولية الثقة بين الأفراد بما يجعل كل مواطن مُخبراً محتملاً للدولة. وتقع المجتمع المدني، وبالتالي تخنق أي احتمال للعمل الجماعي العفوي من قبل الأفراد دفاعاً عن مصالحهم الجماعية، مهما كانت عادية وغير ضارة. وتعمل الأنظمة الشمولية على تخريب القواعد الأخلاقية، وتعيش حالة تطبيع مع التجاوزات الأخلاقية والإجرام في مجالات الحياة الاجتماعية بأكملها من خلال السماح بالعنف ضد " أعداء الدولة ". يؤدي تدمير الثقة بين الأفراد وقمع المجتمع المدني إلى قمع أوسع للسلوك التعاوني وربما إلى قمع السلوك الإيثاري تجاه الآخرين.

تنشغل الأنظمة الشمولية بالسيطرة على الإعلام، وتبذل كل جهد لضمان منع السكان من الوصول لمصادر " معلومات دخيلة ". تضخ وسائل الإعلام التي تسيطر عليها الدولة الشمولية سيلاً مستمراً من الأكاذيب التي تمزج بين الخيال الكامل وأنصاف الحقائق. بينما لا أحد يصدق ما تقوله وسائل إعلام النظام الشمولي، قد لا يكذبها تماماً. يظل السكان محاصرين في عالم غريب

حيث لا يوجد شيء معروف على وجه اليقين وحيث يبدو أي تفسير، مهما كان سخيلاً، معقولاً. هذا يخلق مزيجاً غريباً من السخرية والسذاجة. [4]

بحسب الفيلسوفة أرندت، لا تستخدم وسائل الإعلام في ظل الاستبداد للإعلام بل للتنظيم. [4]. تلقن وسائل إعلام الأنظمة الشمولية السكان أيديولوجية الدولة. ويصبح التلقين تقنية مفهومة مكونة من عناصر أساسية مثل التخويف والتحكم في المعلومات والولاء وطقوس الكراهية " للعدو". [9]

ظاهرياً، تتم جميع أعمال النظام الشمولي باسم أيديولوجية الدولة. ولأن الدولة الشمولية غير مقيدة تماماً بالحسابات التقليدية للربح والخسارة، يمكن أن تنخرط في سياسات غير نفعية قد تسبب في النهاية، ضرراً لمصالح الدولة نفسها. [4,5]

كيف تضرّ الدولة الشمولية بالصحة النفسية؟

تسبب سياسات الدولة الشمولية ضائقة نفسية شديدة، وتخلق ضحايا يبغون غير مرئيين وغير معترف بهم خلال حياة النظام وقد يبغون كذلك بعد سقوطه.

إضافةً لشرعية وجودها، تخرع الدولة الشمولية أعداءً داخليين وخارجيين، حقيقيين وهميين، ولهذا يصبح تعزيز القوات المسلحة وقوات القمع الداخلي أولوية قصوى. في هذا السياق تنتهك حقوق الانسان، وتتحوّل موارد الدولة بعيداً عن تقديم الخدمات الصحية والاجتماعية بما في ذلك الصحة العقلية.

لا تتكوّن الدولة الشمولية من الضحايا فقط، إنما من أشخاص راغبين في خدمتها رسمياً وغير رسمي، علناً وسراً، فيتحوّل عدد منهم بطريقة أو بأخرى إلى مرتكبي انتهاكات. رغم ذلك، لا يهرب الجناة أنفسهم بالضرورة من آثار أفعالهم، بل يمارسون، روتينياً، المعاملة الوحشية عندما يجردون ضحاياهم من إنسانيتهم. [10]

تؤدي مثل هذه العملية، مع الزمن، إلى تآكل المعايير الاجتماعية المقبولة للسلوك، وينسجم العنف مع العواقب النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تستمر إلى ما بعد عمر النظام.

سوريا وإعادة ميلاد الاستبداد

جاء حزب البعث (المعنى الحرفي بالعربية: إعادة الميلاد) إلى السلطة في سوريا عام 1963 عبر انقلاب عسكري، وشرع في التخريب التدريجي للدولة السورية والقضاء على المجتمع المدني.

تقوم إيديولوجية البعث على نوع متطرف من القومية العربية التي تدعو إلى دور أبدي وعالمي للأمة العربية في تاريخ العالم.

منذ عام 1970 انخرط نظام البعث، في عهدي الأسد الأب والابن، في عملية قمع، مادي ومعنوي، لمعارضيه، وصولاً إلى الاغتيال والاعتقال بدون محاكمة خارج نطاق القضاء. وبدأ المجتمع المدني بالتآكل، ولم يسمح للأحزاب السياسية بممارسة نشاطاتها إلا ضمن حظيرة النظام، ولم يُسمح لأي نقابة مهنية أو جمعية أو منظمة بالوجود ما لم تخضع بالكامل لسيطرة الحزب الحاكم. انتهج نظام البعث سياسة العسكرة الجماعية للمجتمع السوري. وعملت السلطة في سوريا وما زالت تعمل بشروط كئيبة السرية.

عواقب نفسية للاستبداد

أخذ التعذيب في سوريا طابعاً مؤسسياً، وهذا من سمات الدولة الشمولية. عدد ضحايا التعذيب في سوريا، عبر حكم الأسدين، غير معروف ولكن من المرجح أن يصل عددهم إلى مئات الآلاف إن لم يكن أعلى. التعذيب والقتل والاختفاء والاختطاف والاحتجاز كرهائن هي عمل ممنهج ازداد حدة مع بدء النزاع الوطني في العام 2011. إن أحد مظاهر دور الدولة السورية، من خلال أجهزتها الأمنية، كان في إفساد المعايير الأخلاقية والمعنوية عندما شجعت الأطباء وأكرهتهم على المشاركة في انتهاكات حقوق الإنسان.

اللاجئون والناجون من الاستبداد

يعاني ضحايا الاستبداد من اللاجئين أضراراً نفسية نتيجة للصدمات التقليدية المتمثلة في الاحتجاز والتعذيب وفقدان الأحباء والتهجير. ومن الممكن أن يعاني بعضهم من أضرار نفسية إضافية أو حصرية بفعل تأثير العيش تحت سيطرة الدولة المستبدة. [11]

إن الآثار الدقيقة للدولة الاستبدادية يمكن أن تتحدى في كثير من الأحيان الفهم الواضح. [11]

ومع ذلك، يبدو من المرجح أن الفهم الأساسي لنظام الدولة الذي هرب منه لاجئ ما سيساعد في عملية الفهم العاطفي لمأزق الضحية. قد لا يكون لدى الطبيب العادي أكثر من فهم أولي للأنظمة السياسية وتأثيراتها المحتملة على الصحة النفسية، وقد يكون هذا عائقاً كبيراً أمام كل من عملية التشخيص والعلاج لأولئك الذين يتعاملون بانتظام مع اللاجئين.

الجدور النفسية للاستبداد

لقد ظهر الطغيان مراراً وتكراراً في أجزاء مختلفة من العالم أينما تشكلت الدول. الأنظمة الشمولية، على الرغم من ندرة ظهورها وظواهرها الحديثة، نشأت أيضاً بشكل متكرر في مجموعة متنوعة من المجتمعات. بالإضافة إلى ذلك، نشأت ظاهرة جديدة تماماً مؤخراً، أي ظهور تنظيمات استبدادية عالمية غير حكومية كاملة مع أيديولوجية وبرنامج سياسي يستخدم الإرهاب كاستراتيجية رئيسية لها. لذلك من المهم أن نفهم ما يدور حول بنية العقل البشري التي تجعل البشر عرضة لأنواع معينة من الأيديولوجيات التي تدفعهم إلى الخضوع لأنظمة الاستبداد التي تخلق معاناة بشرية على هذا النطاق الواسع. بما أن أنواعاً معينة فقط من الأيديولوجيات هي التي أوجدت الظروف للاستبداد، من المهم أيضاً اكتساب فهم أفضل لخصائص الأيديولوجيات التي تمتلك مثل هذه الإمكانيات.

الأنظمة الاستبدادية هي مثال متطرف على التقسيم الطبقي الاجتماعي حيث تحتفظ النخبة رفيعة المستوى بوضعها في المقام الأول من خلال استخدام القوة. ومع ذلك، بمجرد تشكيل الدولة، ذهبت التسلسلات الهرمية للهيمنة إلى حد كبير دون رادع، ولم يتم اكتشاف إجراء مضاد فعال للاستبداد في شكل الدولة الديمقراطية الحديثة حتى ظهور الديمقراطية الليبرالية الغربية الحديثة.

العواقب النفسية ما بعد سقوط الاستبداد

إن عواقب العنف الجماعي الذي ترتبه الدول الاستبدادية أو الشمولية لها آثار تتجاوز الضرر النفسي للأفراد وتدمير البنية التحتية المادية للبلد. وكثيراً ما يؤدي هذا العنف الجماعي المستمر إلى تدمير نسيج المجتمع. [12]. ومع ذلك، إن الافتراض أن كل الذين كانوا يتعرضون لصدمة معينة لأضرار نفسية وبالتالي يحتاجون إلى تدخل نفسي غير صحيح بشكل واضح ويتجاهل عوامل المرونة. [13,14]

يجب أن يأخذ أي برنامج نفسي اجتماعي مخطط يستهدف الضحايا الأفراد في الاعتبار عوامل ثقافية واجتماعية محددة تتعلق بالمجتمع المعني، ولكن حتى ذلك الحين يجب أن يُنظر إليه على أنه جزء من برنامج أكبر للإصلاح الاجتماعي. [12]

يجب أن تتناول العناصر الأساسية لمثل هذه البرامج في نهاية المطاف القضايا الأساسية للعدالة والديمقراطية والازدهار الاقتصادي والمصالحة.

إذا كان التركيز في بلد ما سينصب على المحاكمات الجنائية أو لجان الحقيقة، فإنه سيعتمد على العديد من الاعتبارات الثقافية والاجتماعية والسياسية بالإضافة إلى العوامل الدولية. هناك نقص في الأدلة التجريبية لدعم أي استراتيجيات للإصلاح الاجتماعي. ثم، هناك حاجة إلى مزيد من التعاون الدولي وتعزيز دور وولاية الأمم المتحدة من خلال وكالاتها المختلفة، بما في ذلك منظمة الصحة العالمية، في عملية الإصلاح الاجتماعي بعد العنف الجماعي والاستعداد بحيث يمكن تخطيط الاستجابات بشكل أفضل وفهم العمليات الاجتماعية المعقدة المعنية بشكل أفضل.

ثانياً- الفقر والصحة النفسية

تدهور الصحة النفسية وتجربة الفقر والحرمان

تتزايد الأدلة على وجود علاقة، رغم أنها معقدة، بين سوء الصحة العقلية وتجربة الفقر والحرمان. نناقش المعطيات الوبائية حول المرض النفسي بين المجموعات الاجتماعية والاقتصادية المختلفة، وننظر في الجدل بين السبب والأثر حول الفقر والمرض النفسي وطبيعة الكرب/الضيق النفسي واضطراباته المرتبطة بالفقر. يتم عرض القضايا المتعلقة بالفقر وتأثيره على الصحة العقلية للرجل والمرأة والطفل. تتناول هذه المراجعة كذلك العوامل المرتبطة بالفقر والصعوبات في قياس الصحة والمرض النفسيين ومستويات / تأثير الفقر.

تمت دراسة العلاقة بين تدهور الصحة النفسية وتجربة الفقر والحرمان بشكل جيد، وتم إنشاء ارتباط بين هذين العاملين. يشير تقرير منظمة الصحة العالمية عن الصحة العقلية إلى أن الاضطرابات العقلية تحدث لدى الأشخاص من جميع الأجناس والأعمار والخلفيات. لا توجد مجموعة محصنة ضد الاضطرابات النفسية، ولكن الخطر أعلى بين الفقراء والمشردين والعاطلين عن العمل وذوي التعليم المنخفض، ومع ذلك، فإن الارتباط معقد ويتأثر بعوامل عدة.

[15]

حالة انتشار الأمراض النفسية

أشارت الدراسات الاستقصائية الوبائية النفسية منذ أواخر الثلاثينيات في القرن المنصرم إلى ارتفاع معدلات الأمراض العقلية في المجتمعات منخفضة الدخل. [16]. وأظهرت الدراسات المبكرة هذا الأمر في الأمراض العقلية الرئيسية مثل الفصام. وتشير الأدلة الحديثة إلى أن هذا هو الحال مع مجموعات أخرى من الاضطرابات النفسية أيضاً. [17]

الفصام

أظهر العمل الأول لفارس ودينهام Faris et Dunham في عام 1939 أن حالات الأعراض المبكرة لمرض انفصام الشخصية تركزت في المناطق منخفضة السوية اجتماعياً واقتصادياً. تم دعم ذلك من خلال الدراسات الأخرى التي تلت ذلك. [17]

ومع ذلك، أفادت بعض الدراسات اللاحقة أن الإصابة الفعلية بمرض انفصام الشخصية لا تختلف باختلاف الطبقة الاجتماعية، بل أن الحالة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة كانت ثانوية بالنسبة للمرض الذهاني. [18]

اضطرابات المزاج

أفادت دراسة استقصائية مجتمعية كبيرة في الولايات المتحدة [19] أنّ مجموعة اجتماعية ذات دخل منخفض أظهرت ضعف خطر الإصابة باضطراب الاكتئاب الشديد من المجموعة ذات الدخل الأعلى. خلص المسح الوطني أن الأفراد من ذوي الوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض يظهرون مخاطر أعلى للإصابة بالاضطرابات الذهنية مقارنة بالأفراد الميسورين اقتصادياً. [20]. من ناحية أخرى، يُقال أنّ الاضطراب العاطفي ثنائي القطب يحدث بشكل أكبر في الطبقات الاجتماعية والاقتصادية العليا. [21]

الاضطرابات النفسية الشائعة

بينما ركزت الدراسات السابقة التي تبحث في القضايا الاجتماعية والاقتصادية حول مرض انفصام الشخصية، إلا أنّ المؤلفات الحديثة ركزت على ما يسمى " الاضطرابات النفسية الشائعة"، وتشير التقارير إلى أنها أكثر انتشاراً بين أولئك الذين لديهم أدنى مستوى معيشي مادي، خاصة بين أولئك الذين يعانون من الفقر على المدى الطويل. [17,22]

النماذج التفسيرية للأشخاص الذين يعانون من الاضطرابات النفسية الشائعة تم وصفه في عدد من الدراسات، حيث تم الاستشهاد بالفقر والمشاكل الاجتماعية والاقتصادية كأحد أهم العوامل المسببة للاضطراب العاطفي. [23,24]

على الرغم من أن التصورات الفردية للمرض ليست دليلاً على وجود علاقة سببية، إلا أنها تدعم النتائج الوبائية.

الفقر والانتحار

للانتحار أسباب عدّة. في حين أن المرض العقلي هو عامل ودافع خطر للانتحار، لاحظ باحثون، في البلدان النامية، أنه غالباً ما يكون السياق النفسي والاجتماعي للفرد والكرب/الضيق هما الأكثر

شيوعاً في الانتحار. وشكلت الضائقة المالية وانخفاض التعليم وعدم تلبية التوقعات في العمل، عوامل إضافية للانتحار. [25,26]

تم تفسير ارتفاع معدلات الانتحار بين العاطلين عن العمل والمهمشين، الذين يخضعون لتغير اجتماعي عميق وسريع، ليس فقط على أنه بداية يأس ولكن أيضاً وسيلة للتعبير عن إحساس عميق من تعرضهم للظلم. [27]. وبالتالي قد يُنظر الى الانتحار على أنه خيار لأولئك الذين يرون أنهم يمتلكون القليل من القوة لإجراء تغيير. [28]

بينما يُفهم الفقر بسهولة على أنه عامل خطر على المستوى الفردي، فإن المنظور البيئي ecological perspective للانتحار الذي يحلل المشكلة على مستوى المجتمع يشير أيضاً إلى أن مناطق الفقر والحرمان والبطالة والتعليم الضعيف مرتبطة بارتفاع معدلات الانتحار. [29].

قضايا الصحة النفسية المرتبطة بالفقر

الارتباط بين الفقر والصحة النفسية يمكن استكشافها تحت عناوين مختلفة:

الضيق والكرب نتيجة الفقر

يقال الفقر الفرص، ومن إمكانية الوصول الى الموارد. قد يأخذ الكرب/الضيق مظاهر متنوعة كالحالات العاطفية مثل الحالة المزاجية السيئة والحزن، الإحباط أو السخط. عند سؤاله، غالباً ما يعزو الفرد مشكلاته إلى حالة الفقر وما يصاحبها من صعوبات. أوضح استقصاء بريطاني أنّ صعوبات في العلاقات مع الأصدقاء والعائلة، والشعور بالملل، والشعور بالفشل أو الاحتقار، بالإضافة إلى الشعور بالاكتئاب، كانت وراء شعورهم بالكرب/الضيق. [30]

الفقر كعامل خطر للإصابة بالأمراض العقلية

من المرجح أن يسبب الفقر، الناتج عن ضغوط اقتصادية، الاكتئاب والقلق، مما يجعله عامل خطر مهم للإصابة بالأمراض العقلية. [31]

التشخيص النفسي والفقر ونظرية " الانجراف "

إحدى الصعوبات في البحث في العلاقة بين الفقر والصحة النفسية هي مسألة " الانجراف/ drift ". منذ ثلاثينيات القرن الماضي، أفادت العديد من الدراسات أن انتشار مرض انفصام الشخصية أكبر لدى الأشخاص، من ذوي السوية المنخفضة اجتماعياً واقتصادياً، ناتج عن اضطراب نفسي وليس بسبب الفقر.

اقترح الباحثون " فرضية الانجراف " القائلة بأن الاضطراب يسبب تدهوراً في الأداء لدرجة أن الفرد ينجرف إلى حالة اجتماعية واقتصادية متدنية. تشير هذه النظرية إلى أن النسبة الأكبر من الأعراض النفسية المرصودة هي نتيجة الهجرة الداخلية للأشخاص الذين يعانون من مشاكل الصحة العقلية الذين يجذبون إلى هذه المناطق إما بسبب انخفاض الدخل أو بسبب "التفكك / disintegration". يتم وصف هذه الفرضية بشكل شائع لمرضى الفصام.

العبء الاقتصادي للاضطرابات النفسية

يؤدي وجود مشكلات الصحة النفسية إلى عبء مالي ضخم على الأفراد وأسرتهم والمجتمع ككل، بالإضافة إلى العبء العاطفي الذي يتحملونه. يؤثر المرض العقلي على قدرة الشخص المريض على الحصول على عمل. في المملكة المتحدة، كشفت دراسة استقصائية أجريت عام 1995 أن أكثر من نصف المصابين بالذهان صُنّفوا على أنهم غير قادرين على العمل بشكل دائم، وحوالي خمسهم في وظائف، وثمانهم عاطلون عن العمل. بالنسبة لأولئك الذين كانوا يعملون سابقاً ويعملون، بعد البداية من المرض، هناك فقدان في الإنتاجية نتيجة التغيب أو سوء نوعية العمل. [15].

الحالات النفسية مثل الاضطرابات المزاجية والفصام تحمل أيضاً خطراً مستقلاً عندما تسبب الإصابة بالأمراض الجسدية الثانوية بفعل نمط الحياة والإهمال. [32]

تؤثر المصاعب الاقتصادية على قدرة الأفراد المصابين بمرض عقلي على الاندماج من جديد في المجتمع، لأنّ الفقر يعيق قدرتهم على المشاركة في النشاط الإنتاجي، ويساهم في خلق وصمة عار كبيرة، ويعيق قدرتهم على بناء العلاقات الاجتماعية والحفاظ عليها. [33]

العلاقة بين الفقر والمرض العقلي، على الأقل، ثنائية الاتجاه، حيث أن الفقر هو عامل خطر لبعض الأمراض العقلية التي يمكن أن تؤدي بدورها إلى تفاقم الظروف الاقتصادية للفرد وأسرتهم.

ترابطات الفقر المؤثرة على الصحة النفسية

الارتباطات المادية للفقير

يرتبط الفقر بمجموعة متنوعة من المشكلات، سواء كانت ناتجة عن الحرمان، ونقص الفرص، وقلة الوصول إلى الموارد وتوافرها، والظروف الاقتصادية السيئة. عوامل مثل التعليم والتوظيف لها علاقة ثنائية الاتجاه مع الفقر. ويؤدي الافتقار إلى العمالة إلى صعوبات مالية ويؤدي الفقر إلى انخفاض فرص العمل بأجر. الأشخاص العاطلون عن العمل والذين يفشلون في الحصول على عمل لديهم أعراض اكتئاب أكثر من الأفراد الذين يجدون وظيفة [34]. ثم إن الأشخاص العاملين الذين فقدوا وظائفهم هم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب بمرتين من الأشخاص الذين يحتفظون بوظائفهم. [35]

تؤدي الموارد المحدودة إلى انخفاض فرص التعليم مما يمنع بدوره الوصول إلى معظم الوظائف الجيدة، ويزيد من الضعف وانعدام الأمان ويساهم في انخفاض رأس المال الاجتماعي باستمرار. من المعروف أن انتشار الاضطرابات النفسية الشائعة أعلى بين الأفراد ذوي المستويات التعليمية المنخفضة. [31]

يؤدي الفقر إلى تقليل فرص الحصول على سكن معقول يؤثر على الرفاهية العاطفية. غالباً ما يرتبط الفقر المزمن بانخفاض مستويات الأسرة والمجتمع الدعم والإدمان على الكحول، وكذلك الخوف من الجريمة والعنف وسوء المعاملة ومعدلات عالية من التفكك الأسري.

الارتباطات النفسية للفقير

يتخلل التأثير النفسي للعيش في فقر وصمة العار والعزلة الاجتماعية والإقصاء وإذلال الفقر [31]. الأشخاص الذين يعانون من الفقر لديهم مستويات أعلى من اليأس، والقدرية، وانعدام السيطرة على ظروفهم، والتوجه نحو الحاضر بدلاً من المستقبل، ومستويات أقل من الرضا عن الحياة. هذه الخصائص ليست سائدة فقط، ولكنها أيضاً تديم نفسها وتديم الفقر الذي يحقها. وهذا يجعل من الصعب على الفقراء تغيير حالتهم الاجتماعية والاقتصادية بشكل فعال.

ليس الفقر المدقع هو العامل الوحيد الذي يساهم في اعتلال الصحة العقلية. الفقر النسبي - عدم الرضا عن الكثير في الحياة مقارنة بالآخرين - يظهر في كل مجتمع ويبدو أنه يرتبط بالضيق العاطفي.

الفقراء العاملون

في حين أن البطالة عامل ضغط واضح، فإن العمل بأجر ليس حلاً إذا ظل الفرد فقيراً. ويرتبط فقر العمل، الذي يمثله العجز المالي ومستويات المعيشة المقيدة، بشكل سلبي مع الرفاه النفسي؛ كما يرتبط بزيادة مخاطر عدم تلبية احتياجات الصحة العقلية. [36]

الصحة النفسية على المستوى الفردي والجمعي

ربطت أبحاث ودراسات بين الصحة النفسية والوضع الاجتماعي والاقتصادي على مستوى المنطقة وليس على مستوى الفرد. أظهرت الدراسات معدلات أعلى للقبول النفسي للحالات الذهانية وغير الذهانية والسلوك الانتحاري في المناطق الجغرافية التي ترتفع فيها معدلات الحرمان والبطالة. [37,38,39]

وكشفت تلك الأبحاث والدراسات عن ارتباطات مهمة للغاية بين الأعراض النفسية لدى الأفراد والمناطق الأكثر حرماناً. تم تفسير تراكم الاضطرابات النفسية في المناطق الحضرية المحرومة من خلال انخفاض الوضع الاجتماعي والاقتصادي للسكان على مستوى الفرد بدلاً من تراكم المشاكل في المناطق المحرومة. [22]

وأظهرت تلك الدراسات، على مستوى الفرد، أن الفرد الذي يعيش في ضائقة اقتصادية، وخاصة على المدى الطويل، كان أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب السريري من الذي لا يعاني تلك الضائقة.

الفقر المزمن والصحة النفسية

قد يؤدي التغيير المفاجئ في الحالة الاجتماعية والاقتصادية للفرد إلى كَرْب/ضيق حاد وشديد وحتى أفكار ومحاولات انتحارية. ومع ذلك، إنَّ التعرض لخسارة اقتصادية مفاجئة يمكن أن يؤدي إلى إعادة هيكلة الموارد المالية والعلاقات لدى بعض الأفراد. [40]

غالباً ما يرتبط الحرمان المزمن بإحساس بالعجز المكتسب واليأس، وهو مرتبط دوماً بضعف الرفاه الاجتماعي والعاطفي. تشير الدراسات، التي أبلغت عن العلاقة بين مدة الفقر وتوقيتته بنمو الأطفال، إلى أن الأسر التي تعاني من فقر مزمن توفر بيئات تربية أطفال أقل جودة، وأنَّ الأطفال في هذه العائلات أظهروا أداءً إدراكياً أقل ومشاكل سلوكية أكثر من الأطفال الآخرين. [41]

الأطفال والفقير والصحة النفسية

يؤثر دخل الأسرة على صحة الطفل العقلية. يبدو أن الأطفال من الأسر منخفضة الدخل لديهم مستويات أعلى من الاكتئاب والسلوك المعادي للمجتمع مثل التمر. يظهر الأطفال في الأسر التي تعاني من فقر مزمن أداءً إدراكيًا منخفضاً. يؤثر التغيير في دخل الأسرة على صحة الطفل العقلية. يؤدي الانخفاض في الدخل إلى زيادة الاكتئاب والسلوك المعادي للمجتمع، في حين أن الخروج من الفقر والتحسين في يؤدي دخل الأسرة إلى تحسين الصحة العقلية للأطفال. [42]

المراهقون الذين يعانون من الفقر هم أكثر عرضة للانخراط في تعاطي المخدرات والكحول في سن مبكرة، وبدء النشاط الجنسي في وقت مبكر، وزيادة مشاكل الصحة العقلية، وانخفاض مستويات الإنجاز الأكاديمي. ترتبط التغييرات في الأسرة بسبب الضغوط الاقتصادية بالسلوكيات الخارجية (التي تتميز بالتحدي والاندفاع وفرط النشاط والعدوانية والخصائص المعادية للمجتمع) عند الأولاد، وبالسلوكيات الداخلية (يتضح من خلال الانطواء والارتباك والقلق) عند الفتيات. [43]

من الواضح أن الطفل الذي يعاني من الفقر قد يعاني أيضاً من محن أخرى في الحياة. [44]. يؤدي الفقر إلى بيئة أسرية أقل مؤاتة وتربوية نوعية رديئة. يقلل الفقر من قدرة الوالدين على تقديم سلوك داعم ومتسق وقد يجعل الآباء أكثر عرضة للآثار المنهكة لأحداث الحياة. تؤثر الصحة العقلية للوالدين وسلوكهم بدورهم على رفاهية الطفل. عوامل الخطر التي تؤثر بشكل إضافي على التكيف النفسي للطفل تشمل عمل الوالدين والحالة التعليمية، حجم الأسرة، الصحة العقلية للأم، طلاق الوالدين، بيئة معيشية غير آمنة، وسلوكيات الوالدين. [41,43]

المرأة والفقير والصحة النفسية

يُقال إن كونك أنثى هو بحد ذاته عامل خطر للإصابة بالاضطرابات النفسية الشائعة. أظهرت الدراسات أن الفقر والحرمان يرتبطان بشكل مستقل بخطر الإصابة باضطراب نفسي شائع لدى النساء يُضاف إلى مصادر الإجهاد المرتبط بالأنوثة. [45]

بين النساء اللواتي يعانين من الفقر، هناك علاقة قوية بين الصعوبات الاقتصادية وتقارير حول الكرب/الضيق النفسي بسبب قضايا مثل كونهن البالغات الوحيدات اللاتي ينجبن الطفل في الأسرة والأدوار المتعددة وعلاقات القوة غير المتكافئة مع الرجال والشعور بالعجز. [46]

الاكتئاب أثناء الحمل مشكلة شائعة ويرتبط بمؤشرات الحرمان الاجتماعي والاقتصادي بالإضافة إلى مشاكل أخرى مثل العنف وفقدان العلاقة الحميمة. [47]

من الواضح أن الفقر والاعتلال النفسي مرتبطان ببعضهما البعض بطريقة معقدة. بانعدام الأمان، وانخفاض المستويات التعليمية، والسكن غير اللائق، وسوء التغذية، وهي عوامل مرتبطة بالفقر، تساهم في الاضطرابات النفسية الشائعة.

تأخذ الاضطرابات العقلية في الاعتبار تكاليف العلاج على المدى الطويل وفقدان الإنتاجية. وهكذا فإن الاثنين مرتبطان ويؤثران على عدة أبعاد للتنمية الفردية والاجتماعية. في حين أن الاستثمار الكافي والمناسب في خدمات وبحوث رعاية الصحة النفسية أمر ضروري، فإن الجهود المبذولة للتخفيف من حدة الفقر هي عنصر أساسي للصحة العاطفية. يجب على واضعي السياسات الصحية والمخططين إدراك احتياجات المستضعفين والتركيز على الجوانب النفسية والاجتماعية من أجل أن تكون فعالة.

ثالثاً- كيف يتعامل السوريون مع الآثار النفسية

حالة الصحة النفسية في سوريا قبل الأزمة

لم يتعامل المجتمع السوري، على نطاق واسع، مع مفاهيم الصحة النفسية والطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي. تشكل حالة الاضطرابات النفسية وصمة عار الى حدّ ما. حتى عام 2011 لم يكن في سوريا أكثر من 120 طبيباً نفسياً. [132]

بالنسبة للطب النفسي psychiatry كانت هناك خدمات متنوعة:

أولاً- قدمت وزارة الصحة ثلاث مستشفيات كبيرة لعلاج الأمراض العقلية وتعاطي المخدرات (مستشفى ابن سينا في ريف دمشق، مستشفى ابن رشد بدمشق، مستشفى ابن خلدون في حلب)، بالإضافة إلى عيادات في عدة مراكز صحية أو مستشفيات عامة. اعتبرت هذه المستشفيات الثلاثة مراكز لتدريب الأطباء في الطب النفسي. فقط ابن سينا كان لديه جناح للأطفال.

ثانياً- قدمت وزارة التعليم العالي خدمة الصحة النفسية في مستشفى الأطفال بدمشق، مع عيادة نفسية للأطفال، وفي مستشفى المواساة الذي يضم قسماً للطب النفسي وعيادة خارجية للأمراض

النفسية. كما قدمت تدريبات لطلاب كلية الطب بجامعة دمشق وأطباء متخصصين في الطب النفسي.

ثالثاً- كان لدى وزارة الدفاع قسم للأمراض النفسية وعيادة نفسية خارجية في مستشفى تشرين العسكري في دمشق وقدمت تدريباً متخصصاً في الطب النفسي.

رابعاً- قدمت وزارة الداخلية عيادة خارجية للأمراض النفسية.

خامساً- القطاع الخاص، حيث يدير الأطباء النفسيون عياداتهم الخاصة. كما كان هناك مستشفيات خاصين بالأمراض النفسية في محافظة ريف دمشق، وهما مركز الطب النفسي الحديث في " المليحة " ومستشفى " البشر " في حرستا.

وأخيراً، قامت بعض المنظمات غير الحكومية بفتح مصحات نفسية -عيادات أو كانت تقدم خدمات الطب النفسي، مثل الهلال الأحمر العربي السوري، والمنظمة السورية للمعاقين.

بالنسبة لعلم النفس الإكلينيكي، لا يوجد أخصائيين نفسانيين مرخصين لأنّ المجال غير معروف في سوريا. فقط كان ما يصل إلى عشرة متخصصين تلقوا تدريباً في الخارج في علم النفس الإكلينيكي أو درسوه شخصياً. تقدم كلية التربية في الجامعات السورية دورات أكاديمية نظرية في الإرشاد النفسي وعلم النفس، لكن هذا لا يتبعه أي مهارات إكلينيكية أو تدريب علمي في علم النفس الإكلينيكي.

كان في سوريا 84 طبيباً نفسياً. [134]. على الرغم من هذا النقص الحاد، لم تكن الحاجة الفعلية ظاهرة للعيان بسبب وصمة العار وإنكار وسوء فهم المرض العقلي، حتى الأطباء كانوا يفتقرون إلى فهم الصحة العقلية.

الآثار النفسية للأزمة على السوريين

لم تكن هناك دراسات استقصائية حول معدلات انتشار الاضطرابات النفسية بين السوريين قبل النزاع، وثبّنت التقديرات وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، والتي تشير إلى أن انتشار الاضطرابات النفسية يتضاعف أثناء الأزمات.

بناءً لمنظمة الصحة العالمية، هناك حوالي مليون سوري (4٪ من السكان) يعانون من اضطرابات نفسية شديدة، بينما يعاني حوالي خمسة ملايين من اضطرابات نفسية متوسطة.

[134].

يقدر عدد الحالات التي يمكنهم متابعتها سنوياً ما يقرب من 10% من الحالات الشديدة. بمعنى آخر، لا تتم متابعة نحو 90% من الحالات الشديدة.

تشير تقديرات أخرى إلى ارتفاع معدل الاضطرابات النفسية. على سبيل المثال، وجدت الغرفة الفيدرالية الألمانية للمعالجين النفسيين أن نصف اللاجئين السوريين في ألمانيا يعانون من مشاكل نفسية. [135]. وقدمت السلطات التركية نتائج مماثلة حول اللاجئين في تركيا. [136]

أظهر اختبار أجراه المركز الطبي الدولي IMC من خلال المرافق الصحية المدعومة من قبل IMC للاجئين السوريين والنازحين داخلياً في سوريا والأردن ولبنان وتركيا، أنّ 54% من السوريين الذين يستخدمون المرافق يعانون من اضطرابات عاطفية، وأنّ 26.6% من الأطفال يعانون من اضطرابات نفسية، ومشاكل فكرية وتنموية. [137]

تشير أبحاث أخرى إلى أنّ 50% من الأطفال اللاجئين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة PTSD أو الاكتئاب، وأنّ المختطفين وعشرات الآلاف من المقاتلين من جميع الجوانب يعانون من أمراض نفسية، والنساء والفتيات معرضات بشكل خاص للانتهاكات مثل العنف المنزلي، والعنف الجنسي وزواج الأطفال والاستغلال الجنسي. [136]

كانت نتائج دراسة عن صحة الفم وانتشار اضطراب ما بعد الصدمة الحاد بين الأطفال أعلى من ذلك، حيث أظهرت أنّ 91.5% من الأطفال في مدينة دمشق يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة. [138]. وتتركز أعلى المعدلات في المناطق الشرقية والجنوبية الشرقية من دمشق، في الدويلعة ونهر عائشة والطبالة وجرمانا.

الآثار النفسية في السنوات الأخيرة

تضررت خدمات الصحة النفسية في سوريا بشدة خلال الأزمة. انخفض عدد الأطباء النفسيين إلى النصف تقريباً من 120 طبيباً في عام 2011 إلى 70 طبيباً فقط في عام 2016. ثم انخفض عدد الأطباء العاملين/المزاولين فعلياً في الطب النفسي بشكل حاد من 40 في عام 2011 إلى أقل من عشرة في عام 2016. [134]

تم تدمير مستشفيات خاصة مثل مشفى البشر ومستشفى الطب النفسي الحديث بالكامل. أما بالنسبة للمستشفيات الحكومية فقد كان ابن خلدون في حلب خارج الخدمة لعدة سنوات، وتعرض مستشفى ابن سينا لأضرار جسيمة.

رغم ذلك، قُدمت خدمات مثل الإسعافات الأولية النفسية والدعم النفسي والاجتماعي المركز. كان أحد أهم التدخلات برنامج عمل منظمة الصحة العالمية بشأن الفجوة الصحية، والذي يهدف إلى سد الفجوة في عدد الأطباء النفسيين من خلال تدريب الأطباء من جميع التخصصات العاملين في المراكز والعيادات الصحية على كيفية تقييم وإدارة عشرة من أكثر الأمراض العقلية شيوعاً: اضطراب ما بعد الصدمة، الاكتئاب، الذهان، الانتحار، وتعاطي الكحول والمخدرات، واضطرابات سلوك الطفل، واضطرابات النمو مثل اضطرابات طيف التوحد والصرع والخرف.

[139]

تم تدريب أكثر من 1500 طبيب من 400 مركز صحي في هذا البرنامج، ويتم الآن تغطية الأدوية النفسية من خلال التأمين الصحي في المراكز الصحية. وكان العنصر المحوري في البرنامج هو متابعة المدربين للأطباء من خلال الزيارات الميدانية إلى أماكن عملهم وجلسات المتابعة الجماعية.

كما قامت منظمة الصحة العالمية بتدريب أكثر من ستين من الأخصائيين في علم النفس على العلاج السلوكي المعرفي، بمساعدة مدربين من الخارج، وتابعت تدريبهم الميداني. كما قامت بتدريب ستين أخصائية نفسية على العلاج الأسري والإسعافات الأولية النفسية. ويجري تطوير برنامج للصحة النفسية في المدارس، حيث سيتم تدريب المستشارين والمعلمين النفسيين على كيفية التعرف على الاضطرابات النفسية الرئيسية في المدارس والتعامل معها. يتم تطوير دليل خاص حول الرعاية الذاتية وإدارة الإجهاد ومشاريع جديدة أخرى ليتم تسليمها في المناطق التي لا يوجد فيها أطباء. ودعمت اليونيسف تطوير دليل للصحة العقلية للأطفال في حالات الطوارئ وإنشاء أماكن صديقة للأطفال. [140]. في حين عملت المنظمة الدولية للهجرة على المستوى الأنثروبولوجي وأجرت تدريبات على التواصل اللاعنف وحل النزاعات وإدارة مراكز اللجوء. [141]. استخدم قسم العلاقات المسكونية والتنمية في بطيركية أنطاكية وسائر المشرق للروم الأرثوذكس طرقاً مختلفة للدعم النفسي. [142].

لعب الهلال الأحمر العربي السوري دوراً رئيسياً في الصحة النفسية - كان أول من افتتح عيادات متعددة الاختصاصات مع طبيب نفسي ومعالج نفسي ومعالج النطق، بالإضافة إلى فرق الدعم النفسي والاجتماعي المتنقلة التي سافرت بين الأماكن الأكثر تضرراً وقامت بتقييم أنشطة الدعم النفسي والاجتماعي للأطفال. [143]

استكشفت هيئات أخرى طرقاً مختلفة، مثل المسرح التفاعلي والعلاج باللعب والدمى، ولكن على نطاق أصغر. كما بدأت IMC في إنشاء مراكز للأسرة والأطفال تقدم الدعم للأمهات والأطفال، وخاصة ذوي الإعاقة. [144]

فتحت معظم هذه المنظمات الدولية والجمعيات المحلية مساحات صديقة للأطفال بعد تدريب مئات الشباب المتطوعين على الدعم النفسي والاجتماعي للأطفال في حالات الطوارئ، كيفية تصميم وتنفيذ الأنشطة المناسبة لتخفيف الضغط العاطفي أو تعديل السلوك وحماية الطفل. في حين أن هذا قد عزز ثقافة حقيقية لحماية الطفل بين الفئات المستهدفة على المستوى المحلي، إلا أن هذه الثقافة للأسف لم تنتشر على الصعيد الوطني.

كان لطبيعة المجتمع السوري وثقافته وعاداته أثر كبير في سرعة شفاء الجروح النفسية. أحد العناصر الأساسية للدعم النفسي والاجتماعي للأشخاص المصابين بصدمات نفسية هو أنهم لا يدخلوا دائرة العزلة، وهو ما تحقق بسهولة في مراكز الإيواء المزدحمة أو المنازل التي تستأجرها عدة عائلات. خلقت هذه البيئات مجالات اتصال وثقافة التعارف العاطفي تعززها حقيقة أن الجميع كانوا يعيشون الأزمة معاً، مما دفع كل منهم إلى التعرف على مشاعر الآخر ومحاولة مشاركة استراتيجيات المواجهة. تعمل العديد من المنظمات حالياً على تطوير طرق للوصول إلى الضحايا عن بُعد باستخدام وسائل التواصل الاجتماعي والتكنولوجيا الحديثة.

على الرغم من الوضع الكارثي في سوريا، يبدو أنه قد تم إحراز تقدم في مجال الصحة النفسية خلال الأزمة. ربما يكون الإنجاز الأكثر أهمية هو إنهاء، أو على الأقل التقليل، من وصمة العار المتعلقة بالمرض النفسي: لقد تحول السوريون من وصف أي شخص يذهب إلى عيادة نفسية بأنه "مجنون" إلى إدراك أن الجميع تحت ضغط وبحاجة إلى استشارة نفسية.

رابعاً- الصحة النفسية وإعادة البناء

تسببت الحرب المستمرة في سوريا بأضرار فادحة قد لا يتم فهمها لسنوات، لا سيما فيما يتعلق بثلاثة ملايين طفل سوري ولدوا منذ بداية الحرب. تشير البيانات المتاحة إلى أن ما يقرب من نصف الأطفال السوريين يظهر أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. [145]. وربعمهم يواجه تحديات ذهنية وتنموية. [146]. والنتيجة هي جيل كامل معرض لكل شيء من الاكتئاب والقلق إلى الخلل السلوكي والتطرف..

تشكل رعاية الصحة النفسية جزءاً لا يتجزأ من إعادة بناء الإنسان في سوريا، وإلا سيتم خلق "جيلاً ضائعاً من الأطفال" في المستقبل. [147].

يصبح الأطفال أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب والقلق وأشكال أخرى من الأمراض العقلية على المدى القصير عندما يعيشون في مناطق النزاع. [148]. غالباً ما تكون هذه التحديات بمثابة حواجز أمام الصحة البدنية والتعليم والاستقرار الاقتصادي. تشير الدلائل إلى أن الاضطرابات النفسية والسلوكية المرتبطة بالصدمات غير المعالجة قد تؤدي أيضاً إلى تعاطي المخدرات وخسائر كبيرة في الإنتاجية الاقتصادية. [149].

على المدى الطويل، يمكن أن تؤدي أحداث العنف الصادمة إلى خلل سلوكي وجنوح الأحداث: يتحدث المرسلون الذين يزورون سوريا عن حيوانات " تم تشويبهها من قبل الأطفال الذين تعلموا قسوة لا توصف ". [150]

تشير الأبحاث التي أجريت على الشباب داخل نظام العدالة الجنائية في الولايات المتحدة إلى أن التعرض المتكرر للعنف يرتبط بارتفاع معدلات السلوك المنحرف. [151]

إنّ من يشهدون بانتظام على عمليات القتل المستهدفة والعنف القائم على النوع الاجتماعي، والأطفال اللاجئين الذين تعرضوا إلى مظاهر النزاع، تظهر معدلات متزايدة من العنف المنزلي. قد تلعب مشاكل الصحة النفسية والصدمات أدواراً خطيرة في تعرض الأطفال للتطرف. وبسبب الحرمان الاجتماعي والاقتصادي المستمر، ارتبط التعرض للصدمات السابقة بضيق وغضب ما بعد النزاع. [152]. عندما لا يتم توفير أي تدخل نفسي اجتماعي، فإن الصدمة المستمرة قد تسبب حالة مظالم بشأن الظلم والتهديدات المتصورة، وكلاهما عامل خطر للتطرف.

لا يوجد تفسير "مقاس واحد يناسب الجميع" لسبب كون بعض الأشخاص أكثر عرضة لهذه العملية من غيرهم. ولكن نظراً للعلاقة بين الصحة النفسية والمتغيرات المرتبطة عموماً بالتطرف، ينبغي اعتبار خدمات الرعاية الصحية النفسية مكونات أساسية لجهود بناء الدولة المستقبلية في سوريا.

على الرغم من أن مقدمي الخدمات الطبية الإنسانية في سوريا، [153] حاولوا توسيع نطاق رعاية الصحة النفسية، إلا أن العديد من الأطفال لم يحصلوا ولن يتلقوا الرعاية الكافية. في بعض مناطق سوريا، قال عمال الإغاثة إن هناك طبيب نفسي محترف واحد فقط لأكثر من مليون شخص. [154]. وبالتالي، يجب على الوكالات الإنسانية التي تقدم خدمات الطوارئ أن تتعاون مع منظمات التنمية التي لها وجود ثابت في مناطق النزاع لضمان استمرارية نظام صحة نفسية

أكثر قوة. يوفر هذا النوع من التعاون رعاية فورية وحساسة ثقافياً للمناطق التي هي في أمس الحاجة إليها.

تواجه سوريا نقصاً حاداً في العاملين في مجال الصحة النفسية خارج الطب النفسي الذين يركزون على تدخلات الإرشاد النفسي، والتي تساعد على تعزيز العوامل الوقائية للتطرف مثل الدعم الاجتماعي والتماسك.

ولأجل بناء الدولة المستدامة، هناك حافز اقتصادي كبير للاستثمار في رعاية الصحة النفسية: خلصت دراسة أجرتها منظمة الصحة العالمية إلى أنّ هناك نسبة عالية من الفائدة مقارنة بالتكلفة لعلاج الاكتئاب والقلق المتزايد في جميع فئات الدخل في البلدان.

قبل النزاع، كانت سوريا دولة متوسطة الدخل ذات مؤشرات صحية جيدة نسبياً. منذ اندلاع النزاع، أدى الاستهداف المتعمد للمرافق الطبية، إلى تدمير نظام الرعاية الصحية.

بغض النظر عن سيكون في السلطة، سيؤدي إنشاء بنية تحتية قوية للصحة النفسية إلى معالجة المخاطر طويلة الأجل التي تهدد التماسك الاجتماعي والاستقرار، ولن يحدث هذا بدون جهود منسقة من قبل الحكومة السورية ومنظمات التنمية الإنسانية.

عندما يكون يتركز هم السوريين على البقاء على قيد الحياة، يصبح من الصعب التركيز على النمو الصحي للأطفال، لكن هؤلاء الأطفال هم مستقبل سوريا، لذلك من الضروري إعطاء الأولوية للصحة النفسية للأطفال السوريين اليوم قبل الغد.

الخلاصة

يشكل اللاجئون من سوريا والنازحون داخلياً في سوريا مجموعة متنوعة من الخلفيات الدينية والعرقية واللغوية والاجتماعية والاقتصادية. كان للصعوبات والعنف المستمر المرتبط بالنزاع آثار واسعة النطاق على الصحة العقلية والرفاه النفسي الاجتماعي للبالغين والأطفال السوريين.

عانى السوريون، رجالاً ونساءً وأطفالاً، من العنف المرتبط بالنزاع بشتى أشكاله، إن في سوريا أو بلدان اللجوء. القضايا المركزية بالنسبة السوريين عموماً هي الفقد والحزن، ومصدر الدعم الأول لهم هو دائرة العائلة والأصدقاء. لكن اللجوء والنزوح والعنف وديناميكيات النزاع عطلت بنى الدعم الاجتماعي وتغير الشبكات الاجتماعية وأدوار الجنسين، مما ساهم في تقويض القدرة على المجابهة الفعالة.

في الأزمة الحالية التي طال أمدها، مع عدم وجود نهاية تلوح في الأفق، وزيادة مستويات الفقر، والافتقار إلى خيارات لكسب الرزق، هناك شعور باليأس ينتشر بين السوريين. قد يؤدي هذا إلى استراتيجيات مجابهة سلبية في التعامل مع الكرب/الضيق، بما يؤثر على إعالة أنفسهم وإحساسهم بكرامتهم.

تلعب أنظمة القيم الثقافية والدينية دوراً مهماً في إدراك وفهم المشكلات النفسية والاجتماعية وطرق علاجها. وبالتالي، من المهم فهم واستكشاف التعبيرات الثقافية لضحايا النزاع على الصعيد النفسي والعقلي من أجل تطوير استراتيجيات المجابهة. فالمفاهيم الثقافية لدى السوريين تؤثر على كيفية تجربتهم والتعبير عن المعاناة، وكيف يفسرون المرض والمصائب، وكيف يطلبون المساعدة.

يجب فهم الصعوبات الصحية واستراتيجيات المجابهة للاجئين السوريين وإدماجها في برامج وممارسات تعزيز الصحة. من الضروري لجميع الفاعلين الإنسانيين استخدام نهج الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي وأن يكونوا مدركين لتأثيرات أفعالهم ومواقفهم على رفاهية اللاجئين والنازحين النفسية والاجتماعية.

إنّ إعادة بناء الدولة السورية على أساس ديمقراطي عنوانه المواطنة، من شأنه أن يقود البلاد الى تحسين ظروف الحياة وسبل العيش، وعندها يمكن أن تكون أفضل من أي تدخل نفسي.

قائمة المراجع والمصادر

- 1- Rubin PH (2002) *Darwinian Politics: The Evolutionary Origins of Freedom*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- 2- Diamond J (1997) *Guns, Germs and Steel*. London: Jonathan Cape.
- 3- Boesche R (1996) *Theories of Tyranny from Plato to Arendt*. University Park, PA: Pennsylvania University Press.
- 4- Arendt H (1968) *The Origins of Totalitarianism*. San Diego, CA: Harcourt.
- 5- Curtis M (1979) *Totalitarianism*. New Brunswick, NJ: Transaction Books.

- 6- Weber M. (1978) *Economy and Society: An Outline of Interpretive Sociology* (eds Guenther Roth and Claus Wittich). Berkeley, CA: University of California Press.
- 7- Linz JJ, Stepan A (1996) *Problems of Democratic Transition and Consolidation: Southern Europe, South America and Post-Communist Europe*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- 8- Chehabi HE, Linz JJ (1998) *A theory of sultanism*. In Chehabi HE, Linz JJ (eds) *Sultanistic Regimes*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- 9- Salter F.K. (1998) *Indoctrination as institutionalized persuasion: Its limited variability and cross-cultural evolution*. In Eibl-Eibesfeldt I, Slater FK (eds) *Ethnic Conflict and Indoctrination: Altruism and Identity in Evolutionary Perspective*. New York: Berghahn Books.
- 10- Browning CR (1992) *Ordinary Men*. New York: Harper Perennial.
- 11- Farmer P (2005) *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley, CA: University of California Press.
- 12- Fletcher LE, Weinstein HM (2002) *Violence and social repair: rethinking the contribution of justice and reconciliation*.
- 13- Basoglu M, Mineka S, Paker M, Aker T, Livanou M, Gok S (1997) *Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture*. Psychol Med.
- 14- Summerfield D (2000) *War and mental health: a brief overview*.
- 15- World Health Organization. *Investing in mental health*.2003.
- 16- Faris REL, Dunham WW. *Mental disorders in urban areas*. Chicago: University of Chicago Press; 1939.
- 17- Weich S, Lewis G. *Poverty, unemployment, and common mental disorders: population based cohort study*.
- 18- Goldberg TE, Morrison SL. *Schizophrenia and social class*. Br J Psychiatry 1963.
- 19- Regire DA, Farmer ME, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, et al. *One-month prevalence of mental disorders in the United States and*

sociodemographic characteristics: The Epidemiologic Catchment Area study. Acta Psychiatr Scand 1993.

20- Blazer DG, Kessler KC, McGonagle KA, Swartz MS. *The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey.* Am J Psychiatry 1994.

21- Lenzi A, Lazzerini F, Marazziti D, Raffaelli S, Rossi G, Cassano GB. *Social class and mood disorders, clinical features.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1993.

22- Reijneveld SA, Schene AH. *Higher prevalence of mental disorders in socioeconomically deprived urban areas in the Netherlands: community or personal disadvantage?* J Epidemiol Community Health 1998.

23- Patel V, Gwanzura F, Simunyu E, Lloyd K, Mann A. *The explanatory models and phenomenology of common mental disorder in Harare, Zimbabwe.* Psychol Med 1995.

24- Patel V, Pereira J, Mann, A. *Somatic and psychological models of common mental disorders in India.* Psychol Med 1998.

25- Manoranjitham S, Abraham S, Jacob KS. *Towards a national strategy to reduce suicide in India.* Natl Med J India 2005.

26- Prasad J, Abraham VJ, Minz S, Abraham S, Joseph A, Muliyl JP, et al. *Rates and factors associated with suicide in Kaniyambadi Block, Tamil Nadu, and south India, 2000-2002.* Int J Soc Psychiatry 2006.

27- Vijayakumar L, John S, Pirkis J, Whiteford H. *Suicide in developing countries (2): risk factors.* Crisis 2005.

28- Pearson V. *Ling's Death: An Ethnography of a Chinese Woman's Suicide.* Suicide Life Threat Behav 2002.

29- Whitley E, Gunnell D, Dorling D, Smith GD. *Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide.* BMJ 1999.

30- Payne S. *Poverty, social exclusion and mental health: Findings from the 1999 PSE survey. Poverty and Social Exclusion Survey of Britain: Townsend Centre for International Poverty Research.* Bristol: University of Bristol; 2000.

- 31- Patel V, Kleinman A. *Poverty and common mental disorders in developing countries*. Bull World Health Organ 2003.
- 32- El-Mallakh P. *Doing my best: poverty and self-care among individuals with schizophrenia and diabetes mellitus*. Arch Psychiatr Nurs 2007.
- 33- Robert DW. *Poverty and mental health: A qualitative study of residential care facility tenants*. Community Ment Health J 2003.
- 34- Simon GE. *Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients*. Gen Hosp Psychiatry 2000.
- 35- Dooley D, Catalano R, Wilson G. *Depression and unemployment: Panel findings from the epidemiologic catchment area study*. Am J Community Psychol 1994.
- 36- Vetter S, Endrass J, Schweizer I, Teng H, Rossler W, Gallo WT. *The effects of economic deprivation on psychological well-being among the working population of Switzerland*. BMC Public Health 2006.
- 37- Gunnell D, Peters T, Kammerling M, Brooks J. *The relationship between parasuicide, suicide, psychiatric admissions and socioeconomic deprivation*. BMJ 1995.
- 38- Boardman AP, Hodgson RE, Lewis M, Allen K. *Social indicators and the prediction of psychiatric admission in different diagnostic groups*. Br J Psychiatry 1997.
- 39- Croudace TJ, Kayne R, Jones PB, Harrison GL. *Non-linear relationship between an index of social deprivation, psychiatric admission prevalence and the incidence of psychosis*. Psychol Med 2000.
- 40- Elder GH, Caspi A. *Economic stress in lives: Developmental perspectives*. J Soc Issues 1988.
- 41- National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network. *Duration and developmental timing of poverty and children's cognitive and social development from birth through third grade*. Child Dev 2005.
- 42- Strohschein L. *Household income histories and child mental health trajectories*. J Health Soc Behav 2005.

- 43- Goosby BJ. *Poverty and adolescent mental health: The role of maternal psychological resources*. Presented in the Annual meetings of the Population Association of America held at Los Angeles, USA during March 30-April 11, 2006.
- 44- Caan W. *Good for mental health-an academy for the social sciences*. J Mental Health 2000.
- 45- Patel V, Kirkwood BR, Pednekar S, Weiss H, Mabey D. *Risk factors for common mental disorders in women*. Populationbased longitudinal study. Br J Psychiatry 2006.
- 46- Patel V, Araya R, Lima M, Ludermir A, Todd C. *Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies*. Soc Sci Med 1999.
- 47- Lovisi GM, Lopez JR, Coutinho ES, Patel V. *Poverty, violence and depression during pregnancy: a survey of mothers attending a public hospital in Brazil*. Psychol Med 2005.
- 48- United Nations High Commissioner for Refugees. *Age, gender and diversity policy*. Geneva: UNHCR; 2011.
- 49- Rousseau E. *The construction of ethnoreligious identity groups in Syria: loyalties and tensions in the Syrian civil war*; 2014.
- 50- Chatty D. *Dispossession and displacement in the modern Middle East*. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
- 51- Quosh C, Eloul L, Ajlani R. *Mental health of refugees and displaced persons in Syria and surrounding countries: a systematic review*. Intervention 2013
- 52- Under-Secretary-General for Humanitarian Affairs and Emergency Relief Coordinator, Mark Lowcock Briefing to the Security Council on the humanitarian situation in Syria; New York, 29 July 2020
- 53- United Nations High Commissioner for Refugees. *International protection considerations with regard to people fleeing the Syrian Arab Republic*, Update III; October 2014.
- 54- Syrian Centre for Policy Research (SCPR). *Syria: Alienation and violence*; 2015.
- 55- Boss P. *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Cambridge: Harvard University Press; 2000

- 56- United Nations Human Rights Council. *Without a trace: enforced disappearances in Syria*, 19 December 2013
- 57- Thorleifsson C. *Coping strategies among self-settled Syrians in Lebanon*. Forced Migration Review 2014
- 58- Moussa I. *Identity crisis in the Syrian society during the crisis*. Beirut: Thesis for executive master in Psychosocial Support & Dialogue. IOM and Lebanese University; 2014.
- 59- Care Jordan. *Syrian refugees in urban Jordan. Baseline assessment of community-identified vulnerabilities among Syrian refugees living in Irbid, Madaba, Mufraq, and Zarqa*. Amman: Care Jordan; 2013.
- 60- Al Akash R, Boswall K. *Listening to the voices of Syrian women refugees in Jordan: Ethnographies of displacement and emplacement*. Refugee Voices Conference. Oxford University Refugee Studies Centre; 2014.
- 61- International Rescue Committee. *Are we listening? Acting on our commitments to women and girls affected by the Syrian conflict*. New York: IRC; 2014.
- 62- International Medical Corps, UNICEF. *Mental health / psychosocial and child protection for Syrian adolescent refugees in Jordan*. Amman, Jordan: IMC & UNICEF; 2014
- 63- International Rescue Committee. *Are we listening? Acting on our commitments to women and girls affected by the Syrian conflict*. New York: IRC; 2014.
- 64- International Rescue Committee. *Cross-sectoral assessment of Syrian refugees in urban areas of south and central Jordan*. Amman: IRC; 2013. data.unhcr.org/Syrian-refugees/download.php?id=2960.
- 65- Vukcevic M, Dobric J, Puric D. *Psychological characteristics of asylum seekers from Syria. Survey of the mental health of asylum seekers in Serbia*. Belgrade: UNHCR Serbia; 2014.
- 66- Acarturk C, Konuk, E., Cetinkaya, M., Senay, I., Sijbrandij, M., Cuijpers, P., & Aker, T., *EMDR for Syrian refugees with posttraumatic stress disorder symptoms: results of a pilot randomized controlled trial*. *European Journal of Psychotraumatology* 2015
- 67- de Jong JT, Komproe IH, van Ommeren M. *Common mental disorders in postconflict settings*. *Lancet* 2003.
- 68- Mollica RF, Cardozo BL, Osofsky HJ, Raphael B, Ager A, Salama P. *Mental health in complex emergencies*. *Lancet* 2004.

69- Momartin S, Silove D, Manicavasagar V, Steel Z. *Complicated grief in Bosnian refugees: Associations with posttraumatic stress disorder and depression. Comprehensive Psychiatry* 2004.

70- Almoshmosh N. *Highlighting the mental health needs of Syrian refugees. Intervention* 2015.

71- Bou Khalil R. *Where all and nothing is about mental health: Beyond posttraumatic stress disorder for Displaced Syrians. American Journal of Psychiatry* 2013.

72- Lama S, François K, Marwan Z, Sami R. *Impact of the Syrian crisis on the hospitalization of Syrians in a psychiatric setting. Community Mental Health Journal* 2015; E-published ahead of print.

73- Hijazi Z, Weissbecker I. *Syria Crisis: Addressing regional mental health needs and gaps in the context of the Syria crisis. Washington: International Medical Corps; 2015.*

74- Berns J. *Syrian refugee access to care study: medical service need among post-emergency Syrian refugees in Dohuk Governorate, Kurdistan Region, Iraq. Erbil: World Health Organization and Ministry of Health, Kurdistan Regional Government, Iraq; 2014.*

75- Rahim B-eE, Yagoub U, Mahfouz M, Solan YM, Alsanosi R. *Abuse of selected psychoactive stimulants: overview and future research trends. Life Science Journal* 2012.

76- Wells R, Wells, D., & Lawsin, C. *Understanding psychological responses to trauma among refugees: The importance of measurement validity in cross-cultural settings. Journal and Proceedings of the Royal Society of New South Wales* 2015.

77- Patel V. *Rethinking mental health care: bridging the credibility gap. Intervention* 2014.

78- Miller KE, Rasmussen A. *War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. Social Science & Medicine* 2010.

79- Miller KE, Rasmussen A. *War experiences, daily stressors, and mental health five years on: Elaborations and future directions. Intervention* 2014.

- 80- Rodin D, van Ommeren M. *Commentary: Explaining enormous variations in rates of disorder in trauma-focused psychiatric epidemiology after major emergencies. International journal of epidemiology* 2009.
- 81- Jordans MJ, Semrau M, Thornicroft G, van Ommeren M. *Role of current perceived needs in explaining the association between past trauma exposure and distress in humanitarian settings in Jordan and Nepal. The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2012.
- 82- Budosan B. *Mental Health and Psychosocial Report for Syrian Refugees in Kilis, Turkey. Unpublished report: Malteser International & International Blue Crescent*; 2014.
- 83- International Medical Corps, Jordan Health Aid Society. *Displaced Syrians in Jordan: A mental health and psychosocial information gathering exercise. Analysis and interpretations of findings. Amman, IMC and JHA*; 2013.
- 84- Al Akash R, Boswall K. *Listening to the voices of Syrian women refugees in Jordan: Ethnographies of Displacement and Emplacement. Intervention* 2015.
- 85- International Medical Corps, UNICEF. *Displaced Syrians in Za'atari camp: Rapid mental health and psychosocial support assessment analysis and Interpretations of findings. Amman*; 2012.
- 86- Care Jordan. *Syrian refugees in urban Jordan. Baseline assessment of community-identified vulnerabilities among Syrian refugees living in Irbid, Madaba, Mufraq, and Zarqa. Amman: Care Jordan*; 2013.
- 87- International Organization for Migration. *Self-help booklet for men in crisis. Beirut, Lebanon: International Organization for Migration*; 2015
- 88- International Medical Corps, Jordan Health Aid Society. *Displaced Syrians in Jordan: A mental health and psychosocial information gathering exercise. Analysis and interpretations of findings. Amman, IMC and JHA*; 2013.
- 89- UNICEF Lebanon, Save the Children. *Education rapid needs assessment for displaced Syrian children in schools, communities and safe spaces*;2012.
- 90- Skinner M. *The impact of displacement on disabled, injured and older Syrian refugees. Forced Migration Review* 2014.

- 91- United Nations High Commissioner for Refugees. *Woman alone: The fight for survival by Syria's refugee women*; 2014.
- 92- Salmeh S. *Wives of missing husbands and the consequences of the traumatic event due to the Syrian crisis*. Beirut: Thesis for executive master in Psychosocial Support & Dialogue. IOM and Lebanese University; 2014.
- 93- United Nations High Commissioner for Refugees. *Woman alone: The fight for survival by Syria's refugee women*; 2014.
- 94- El Masri R, Harvey C, Garwoo R. *Changing gender roles among refugees in Lebanon*. Beirut, Lebanon: ABAAD-Resource Center for Gender Equality and OXFAM; 2013.
- 95- Seferis L. *DRC experiences of cash assistance to non-camp refugees in Turkey and Lebanon*. Field Exchange 2014
- 96- MADRE, The International Women's Human Rights (IWHR) Clinic at the City University of New York (CUNY) School of Law, *The Women's International League for Peace and Freedom (WILPF). Seeking accountability and demanding change: A report on women's human rights violations in Syria before and during the conflict*; 2014.
- 97- Sexual and Gender Based Violence Sub-Working Group Jordan. *Syrian refugees in Jordan*; 2014.
- 98- Global Protection Cluster. *The hidden cost of war in Syria: Gender based violence*; 2013.
- 99- United Nations High Commissioner for Refugees. *Gender based violence*. Echoes From Syria (Protection Sector) 2014
- 100- UN Women. *'We just keep silent' - Gender-based violence amongst Syrian refugees in the Kurdistan Region of Iraq*; April 2014,
- 101- Global Protection Cluster. *The hidden cost of war in Syria: Gender based violence*; 2013.
- 102- United Nations High Commissioner for Refugees. *Syria. A year in review – 2013*.
- 103- Middle East Monitor. *Amidst Syrian refugees, domestic violence grows*, 9 October 2013.
- 104- International Rescue Committee. *Syrian women & girls: Fleeing death, facing ongoing threats and humiliation. A gender based violence rapid assessment. Syria refugee populations*. Beirut: IRC; 2012.

- 105- Masterson AR, Usta J, Gupta J, & Ettinger AS. *Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon*. *BMC Women's Health* 2014
- 106- United Nations Secretary General. *Sexual violence in conflict: report of the Secretary-General*, 14 March 2013
- 107- United States Department of State. *Syria country report on human rights practices for 2013*. 7 February 2014
- 108- Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. *Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study*. *Lancet* 2008
- 109- Usta J, Masterson AR. *Women and health in refugee settings: The case of displaced Syrian women in Lebanon*. In: Djamba YK, Kimuna SR, eds. *Gender-based violence*: Springer; 2015
- 110- War Child Holland. *Syria child rights situation analysis*. Amsterdam; 2014
- 111- Global Protection Cluster. *Child protection priority issues and responses inside Syria*, 1 February 2013
- 112- United Nations Human Rights Council. *Oral update of the Independent International Commission of Inquiry on the Syrian Arab Republic*, 26 June 2012
- 113- Gorst-Unsworth C, Goldenberg E. *Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile*. *British Journal of Psychiatry* 1998
- 114- El Sarraj E, Punamäki, R. L., Salmi, S., & Summerfield, D. . *Experiences of torture and ill-treatment and posttraumatic stress disorder symptoms among Palestinian political prisoners*. *Journal of Traumatic Stress* 1996
- 115- Bobseine H. *Out and down in Syria's civil war: Caught between the regime and Islamists, Syria's gay community just struggles to stay alive*. *Foreign Policy*, December 4; 2013.
- 116- Smith HL. *How jihadists are blackmailing, torturing, and killing gay Syrians*. *VICE*, 12 November 2013

- 117- Skinner M. *The impact of displacement on disabled, injured and older Syrian refugees*. Forced Migration Review 2014
- 118- Help Age, Handicap International. *Hidden victims of the Syrian crisis: disabled, injured and older refugees*. London/ Lyon: Help Age International and Handicap International; 2014.
- 119- Strong J, Varady C, Chahda N, Doocy S, Burnham G. *Health status and health needs of older refugees from Syria in Lebanon*. *Conflict & Health* 2015
- 120- United Nations High Commissioner for Refugees. *The future of Syria: Refugee Children in Crisis*. Geneva: UNHCR; 2014.
- 121- International Medical Corps. *Rapid gender and protection assessment report*. Kobane Refugee Population, Suruç, Turkey; 2014
- 122- James L, Sovcik A, Garoff F, Abassi R. The mental health of Syrian refugee children and adolescents. *Forced Migration Review* 2014
- 123- UNICEF. *Recruitment and use of children – the need for response in Jordan*. Presentation for Child Protection Sub-Working Group. 24 Nov 2014.
- 124- UNICEF. *Syria Crisis: monthly humanitarian situation report*. 12 June 2014.
- 125- United Nations Security Council. Report of the Secretary-General on the implementation of Security Council resolution 2139. 22 May 2014.
- 126- UNICEF. Infographic: *Syria's children under siege*, May 2014.
- 127- United Nations High Commissioner for Refugees. *Syria Crisis: Education interrupted*, 2013.
- 128- Mercy Corps. *Advancing adolescence: Getting Syrian refugee and host-community adolescents back on track*; 2014.
- 129- International Medical Corps, UNICEF. *Mental health / psychosocial and child protection for Syrian adolescent refugees in Jordan*. Amman, Jordan: IMC & UNICEF; 2014.
- 130- UN Women. *Inter-agency assessment on gender based violence and child protection among Syrian refugees in Jordan, with a focus on early marriage*; 2013.
- 131- United Nations High Commissioner for Refugees. *The future of Syria: Refugee Children in Crisis*. Geneva: UNHCR; 2014
- 132- According to the Syrian Arab Psychiatric Association, available at: www.psysyr.org/ (in Arabic).

- 133- For more information, see “*Syrian Brotherhood Family*”, Quenshrin, available at: www.qenshrin.com/details. (in Arabic).
- 134- Figures courtesy of the Syrian Arab Psychiatric Association, available at: www.psysyr.org/ (in Arabic).
- 135- Bundes Psychotherapeuten Kammer (German Chamber of Psychotherapists), *Psychotherapeutic Care for Refugees in Europe*, June 2017.
- 136- Omer Karasapan, “*Syria’s Mental Health Crisis*”, *Future Development*, 25 April 2016.
- 137- Zeinab Hijazi and Inka Weissbecker, *Syria Crisis: Addressing Regional Mental Health Needs and Gaps in the Context of the Syria Crisis*, International Medical Corps, Washington, DC, 2015.
- 138- Muhammad Bahaa Aldin Alhaffar, Khattab Mustafa, Samira Sabbagh, Kamal Yabrode, Ghalia Shebib and Chaza Kouchaji, “*Seven Years of War in Syria: The Relation between Oral Health and PTSD among Children*”, *Indian Journal of Oral Health and Research*, Vol. 4, No. 1, 2018.
- 139- See WHO Mental Health Gap Action Programme, “Mental Health”.
- 140- See UNICEF, “*Syrian Crisis*”, available at: www.unicef.org/emergencies/syria/.
- 141- See International Organization for Migration, IOM Regional Response to the Syria Humanitarian Crisis, 8– 21 July 2014.
- 142- See GOPA-DERD, “*About Us*”, available at: www.gopaderd.org/about-us/our-programs.
- 143- . See, e.g., SARC, “*Following-Up Visit to the Needs of the SARC’s Dispensary in Dwaitaa*”, reliefweb, 24 June 2014.
- 144- See IMC, “*Where We Work: Syria*”.
- 145- Selcuk R. Sirin and Lauren Rogers-Sirin, “*The Educational and Mental Health Needs of Syrian Children*,” Migration Policy Institute, October 2015,
- 146- Omer Karasapan, “*Syria’s Mental Health Crisis*,” Brookings Institution, April 25, 2016,
- 147- Maria Hawilo, “*The Consequences of Untreated Trauma: Syrian Refugee Children in Lebanon*.”
- 148- Patricio V. Marquez and Melanie Walker, “*Mental health services in situations of conflict, fragility and violence: What to do?*,” World Bank, November 11, 2016,

- 149- Dan Chisholm et al., “*Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis*,” *The Lancet Psychiatry* 3 (2016): 415–24,
- 150- Somini Sengupta, “*They Stayed Put, but Their City Disappeared*,” *New York Times*, November 21, 2017.
- 151- Daniel J. Neller, Robert L. Denny, Christina A. Pietz, and R. Paul Thomlinson, “*The Relationship between Trauma and Violence in a Jail Inmate Sample*,” *Journal of Interpersonal Violence* 21, no. 9 (September 2006): 1234–41.
- 152- Robert T. Brooks, Zachary Steel, Derrick Silove, and Susan Rees, “*Explosing anger in postconflict Timor Leste: Interaction of socioeconomic disadvantage and past human rights-related trauma*,” *Journal of affective disorders* 131 (February 2011),
- 153- World Health Organization, “*Addressing the silent impact of war: WHO expands mental health care services across Syria*,” March 27, 2017.
- 154- Save the Children, “*Invisible Wounds: The impact of six years of war on the mental health of Syria’s children*,” 2017.

