الثقافة والسياق والصحة العقلية و المعافاة لدى السوريين

مراجعة للصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي للموظفين العاملين مع السوريين المتضررين من الصراع المسلح

2015

بتكليف من المفوضية السامية لشؤون اللاجئين UNHCR
وُضعت النسخة الالكترونية من هذه الوثيقة بتكليف من المفوضية السامية لشؤون اللاجئين ونُشرت على الموقع الالكتروني الخاص بالمفوضية . الآراء الواردة في هذا المقال تعبّر عن أصحابها و لا تعبّر بالضرورة عن وجهة نظر المفوضية أو غيرها من المؤسسات التي يعمل لصالحها المؤلفون .

اتّخذ المؤلفون كل الاحتياطات المعقولة للتحقّق من المعلومات المتضمنة في هذا المنشور .

على أية حال ، المادة المنشورة ستُوزّع دون أي ضمانة من أي نوع ، علنية كانت أم ضمنية.

شكر وتقدير 5
قاموس المصطلحات 6
المقدّمة 7
لمَ هذه الوثيقة ؟ 7
هيكلية الوثيقة .....
استراتيجية البحث .....
.2 نبذة عن الخلفية الثّقافية الاجتماعية 9
التنوع العرقي واللغة 9
الدين 10
اللاجئون في سورية 10
.3اللاجئون من سورية والأشخاص النازحون داخلياً في سورية 11
العنف والنزوح في الصراع السوري 11
لاجئون من سورية 11
.4 الصّحة العقلية و المعافاة النّفسية الاجتماعية للسوريين المتأثرين بالأزمة :
نبذة عن الاختصاصيين في الصحة العقلية و المجال النفس الاجتماعي 12
شمولية التأثيرات النفسية الاجتماعية للصراع والنزوح..... 12
اضطرابات الصّحة العقلية و الكرب النّفسي الاجتماعي عند السوريين
المتأثرين بالصراع 12
الاضطرابات الانفعالية 13
الكحول و العقاقير 14
تحديات الدراسات الوبائية.....14
التكيف مع الكرب النفسي الاجتماعي .....
الصحة العقلية و الكرب النفسي الاجتماعي :التنوع والهشاشة.....
أدوار النوع الاجتماعي وقضايا الصحةالعقلية والدعم النفسي
الاجتماعي .....
الناجون من العنف ضد جنس محدد أو العنف ضد توجه
جنسي.....
الناجون من التعذيب 17
المثليون، المتحولون جنسياً أو ثنائيي الجنس في سوريا 17
اللاجئون المسنون واللاجئون ممن لديهم حاجات معينة.....
الصحة العقلية و المعافاة النفسية الاجتماعية للأطفال السوريين 18
5. الأطر الثقافية للصّحة العقلية و المعافاة النّفسية الاجتماعية 20
أعراض الصحة العقلية المحدّدة ثقافياً وتعابير الكرب النفسي.....
تعابير و مصطلحات خاصة في السياق السوري ..... .
الكرب العام .....
الخوف والقلق التّرقبي.....
الشعور بالعصبية أو التوتر.....
الحزن وصعوبة التكيف مع عوامل الضغط الحادة.....
الاكتئاب.....
نقص الموارد والعجز.....
الأعراض المعرفية.....
الجنون.....
الانتحار.....22
المفاهيم السورية عن الشخص.....25
المفاهيم الإسلامية عن الشخص.....
التّنوع.....
نماذج تفسيرية عن الأمراض العقلية والمشاكل النفسيةالاجتماعية.....
النماذج التفسيرية الدينية 26
النماذج التفسيرية الخارقة (مافوق الطبيعة) .....
ممارسات علاجية ثقافية ودينية محدّدة 27
الدّين وصنع المعنى.....28
6. مضامين تصميم خدمات ملائمة للسياق في الصحة العقلية والدعم النفسي
الاجتماعي.....29
إطار مفاهيمي لتعزيز الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي.....
خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في سياق الصراع في سوريا.....31
خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي ضمن سوريا.....
خدمات الدعم النفسي الاجتماعي للاجئين من سوريا.....
توقعات العملاء من خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي . .....
تحديات تقديم خدمات صحة عقلية ودعم نفسي اجتماعي ملائمة للسياق 32
اللغة. .....
النوع الاجتماعي وسلوك طلب المساعدة. .....
قضايا السلطة والحياد 33
الوصمة حول الكرب النفسي الاجتماعي و المرض العقلي. .....
ضمان السلامة الثقافية والكفاءة الثقافية في برامج الصحة العقلية والدعم النفسي
الاجتماعي.....34
أهمية التحضير . .....
خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي للناجين من العنف الجنسي ضد جنس محدد
أو التوجه الجنسي. 35
ضمان الوصول إلى ضحايا التعذيب.....35
ENSURING ACCESS FOR LGBTI REFUGEES إمكانية الوصول إلى اللاجيئن.....
7. الخاتمة.....37
ملحق أ : وثائق مرجعية لبرمجة شاملة للصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي إضافة الارتباطات
التشعبية لا حقا.....39

جدول المحتويات

الجداول والأرقام

الجدول 1 : التعابير و المصطلحات العربية الشائعة للكرب لدى السوريين
الجدول 2 : التعابير باللغة الكردية (اللهجة الكرمانجية)
الصندوق 1 : خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي متعدد الطبقات

شـكـر وتـقـديـر

صياغة المفاهيم والتحرير

غيداء حسن (جامعة كيبيك ، كندا)، **لورانس ج. كيرماير** (جامعة ماكغيل ، كندا)، **بيتر فينتيفوغل** (UNHCR ، سويسرا)

المؤلفون المساهمون

عبد الواحد مكي- برادة (جامعة لافال ، كندا)، **كونستانز كيوش** (UNHCR ، السودان)، **ربيع الشامي** ، (وزارة الصحة ، لبنان)، **جان بينوا ديفيل-ستويتزل** (جامعة مونتريال ، كندا)، **أحمد يوسف** (كندا)، **حسام جيفي-بهلول** (جامعة ييل ، الولايات المتحدة الأمريكية)، **أندريه بركيل - أوتيو** (جامعة ييل ، الولايات المتحدة الأمريكية)، **آدم كوتس** (مدرسة لندن للصحة والطب الاستوائي ، المملكة المتحدة)، **سوزان سونغ** (مدرسة جورج واشنطن للطب و علوم الصحية ، الولايات المتحدة الأمريكية)

المراجعون والمساهمون الآخرون (بالترتيب الأبجدي)

ديب عبارة (معهد التدريب والخدمات النفسية الاجتماعية ، مصر)، **مُحَمَّد أبو صالح** (جامعة لندن ، المملكة المتحدة)، **مُحَمَّد أبو هلال** (سوريا مستقبل مشرق ، الأردن)، **نديم المشمش** (نورث هامبتون مؤسسة الرعاية الصحية **NHS** ترست ، المملكة المتحدة)، غيدا عناني (أبعاد ، لبنان)، همام مصري عرفة (**UNHCR** ، سوريا)، **نجيب جورج عوض** (هارتفورد ، الولايات المتحدة الأمريكية)، **ناز أحمد بابان** (مستشفى الطب النفسي أربيل ، العراق)، **ماري جو باكا** (الهيئة الطبية الدولية ، الأردن) ، **علاء بيروتية** (معهد التدريب والخدمات النفسية الاجتماعية ، مصر)، **أحمد باوينة** (الهيئة الطبية الدولية ، الأردن)، **عمار بيطار** (**UNHCR** ، سوريا)، **ماريا بورنيان** (اليونيسيف ، لبنان)، **بوريس بودوسان** (مالتسر الدولية ، كرواتيا)، **آن بورتون** (**UNHCR** ، الأردن)، **ادريان كارتر** (مركز ضحايا التعذيب ، الأردن)، فجر شطي (مركز دراسة اللاجئين في جامعة أكسفورد ، المملكة المتحدة)، الكسندرا **تشن** (الأونروا ، لبنان)، **روني .ن أبو ضاهر** (لبنان)، **باولو فيو** (الامم المتحدة بونتي لكل ، إيطاليا)، **إيلونا فريكر** (**CVT** ، الأردن)، **موريل جينو** (المنظمة الدولية للمعوقين ، الأردن)

هاغوب غاريبيان (الهلال الأحمر العربي السوري ، سوريا)، **أودري جيبيوكس** (**MSF** ، لبنان)، **أمبر غراي** (مركز ضحايا التعذيب ، الولايات المتحدة الأمريكية)، **مُحَمَّد حرفوش** (**UNHCR** ، إثيوبيا)، **آرام حسن** (سنتروم '45 ، هولندا)، **ميساء حسن** (**IOM** ، سوريا)، **تيسير حسون** (**WHO** ، سوريا)، **زينب حجازي** (الهيئة الطبية الدولية ، الولايات المتحدة الأمريكية)، **ليا جيمس** (**CVT**، الأردن)، **وسام حمزة محاسنة** (منظمة التعاون الإسلامي ، تركيا)، **كوزيت مايكي** (الأونروا ، لبنان)، **تمارا مارسيلو** (**ARDD** المساعدة القانونية ، الأردن)، **مأمون مبيض** (مركز السلوك الصحي ، قطر)، لوكا مودينيسي (**CVT**، الأردن)، **أماندا ملفيل** (المكتب الإقليمي للمفوضية ، عمان)، **ريدار مُحَمَّد** (**UPP** ، العراق)، **مارك فان أومبرن** (**WHO**، جنيف)، **بسمة الرحمن** (الهيئة الطبية الدولية ، تركيا)، **راويشت رشيد** (جامعة سوران ، العراق)، **خالد سعيد** (**WHO** ، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط)، **جوسي سالم** (مؤسسة حماية بالإضافة القاعدة ، الأردن)، **ماريان سكيلبيروود** (**UNHCR** ، جنيف) **غولييلمو سكينينا** (**IOM**، سويسرا)، **مُحَمَّد الشاذلي** (الهيئة الطبية الدولية ، تركيا)، فريق من الامم المتحدة بونتي بير دهوك ، العراق (**رمزية إبراهيم أمين، ريزان علي إسماعيل، ديار فايق عمر، وسام جبرائيل، برادوست قاسم**)، **روث ويلز** (جامعة سيدني ، استراليا)، **غابرييلا ونغرت** (**UNHCR** ، الأردن)، إياد يانس (منظمة الصحة العالمية ، سوريا).

تحرير اللغة

ميندي ران (هولندا)

الترجمة العربية

تيسير حسون (سوريا)

قاموس المصطلحات

CBO	منظمة مجتمعية
IASC	اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات
IDP	الأشخاص النازحون داخلياً
LGBTI	المثليون ، المثليات ،مزدوجو الجنس (ثنائيو الجنس) المتحولون جنسياً.(م.م.م.م)
MHPSS	الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي
NGO	منظمة غير حكومية
SGBV	العنف ضد جنس محدد أو التوجه الجنسي
UNHCR	مفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين
UNRWA	وكالة الأمم المتحدة لإغاثة وتشغيل اللاجئين الفلسطينيين في الشرق الأدنى
UN	الأمم المتحدة
WHO	منظمة الصحة العالمية

1. مقدمة

لم هذه الوثيقة ؟

يهدف هذا التقرير ، بتفويض من المفوضية السامية لشؤون اللاجئين ، إلى تقديم معلومات عن الخلفية الثقافية والاجتماعية للسكان السوريين والجوانب الثقافية للصحة العقلية والمعافاة النفسية الاجتماعية المتعلقة بالرعاية والدعم. وهو يقوم على مراجعة شاملة للأدبيات المتوفرة في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) في سياق الصراع المسلح الراهن في سورية.

تهدف هذه الوثيقة في المقام الأول إلى توفير معلومات لموظفي الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) مثل المعالجين النفسيين ، المستشارين النفسيين الاجتماعيين ، العاملين الاجتماعيين ، الأطباء النفسيين ، والممرضين النفسيين والآخرين المنخرطين في تقديم استشارات فردية أو جماعية, علاج نفسي ، أو علاج طبي نفسي للسوريين. كما قد يجد العاملون الإنسانيون الآخرون ، مثل مقدمي الخدمات الصحية العامة العاملين مع السوريين أو الموظفين المنخرطين بالحماية المستندة إلى المجتمع ، التعبئة المجتمعية ، حماية الطفل ، العنف -الجنسي و العنف القائم على دوافع جنسية ، قد يجدون هذه الوثيقة مفيدة بالرغم من أنها لم تكتب لهم في الأساس.

المعلومات المحددة في هذه المراجعة تكمّل الإرشادات الأكثر شمولية ، مثل المبادئ التوجيهية الدائمة المشتركة بين الوكالات للصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ IASC، والدليل العملياتي لمفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين لبرامج الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في العمليات المتعلقة باللاجئين. يمكن أن يساهم هذا التقرير ، جنباً إلى جنب ، مع هذه المبادئ التوجيهية ، في تصميم وتنفيذ التدخلات لتعزيز الصحة العقلية والسلامة النفسية للسوريين المتضررين من الصراعات المسلحة والنزوح ، سواء داخل سوريا أو في البلدان التي تستضيف لاجئين من سوريا.

هيكلية هذه الوثيقة:

تتضمن الفصول الأولى من هذه الوثيقة معلومات أساسية عن السياق الثقافي الاجتماعي السوري (الفصل الثاني) ، وضع اللاجئين والنازحين من سوريا (الفصل الثالث), و مشاكل الصحة العقلية والنفسية الاجتماعية للنازحين السوريين(الفصل الرابع). تلخص هذه الفصول الأدبيات المتوفرة التي تتيح لممارسي الصحة العقلية والنفسية الاجتماعية ، العمل مع النازحين السوريين ، لكي يضعوا عملهم مع الأفراد والعائلات في منظور أوسع

تزود المراجع في هذه القسم الممارسين المهتمين بالحصول على معلومات أعمق بموارد رئيسية لمواصلة استكشاف القضايا ذات الصلة. يركز الفصل الأخير من هذه المراجعة بصورة خاصة على السياق والثقافة. ويقدم الفصل الخامس معلومات مفصلة عن دور العوامل الثقافية في طريقة تظاهر الاضطرابات النفسية والعقلية والنفسية والاجتماعية والتعبير عنها وكيف يرتبط ارتباطا وثيقا مع هذه المفاهيم الثقافية والدينية للأشخاص. يناقش الفصل السادس كيف يمكن أن يساهم الفهم الثقافي والسياقي للصحة النفسية والمشاكل والقضايا النفسية الاجتماعية في تصميم وتقديم خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS. للفصلين الخامس والسادس أهمية خاصة بالنسبة لأولئك المنخرطين في تقديم خدمات الصحة العقلية والنفسية والاجتماعية للعملاء السوريين. وتقدم الخلاصة (الفصل السابع) ملخصاً موجزاً عن القضايا الرئيسية التي نوقشت في هذه الوثيقة.

استراتيجية البحث

تم تصميم استراتيجية البحث لسبر أدبيات العلوم السريرية والاجتماعية ذات الصلة بالجوانب الاجتماعية والثقافية للصحة النفسية لدى السكان السوريين. وقد تم البحث في قواعد البيانات الرئيسية للعلوم الطبية والنفسية والاجتماعية (النشرات الطبية ، PsycInfo) للحصول على المعلومات ذات الصلة ، حتى أيار 2015. بالإضافة إلى ذلك ، تم إجراء البحث اليدوي في قوائم المراجع والأوراق والكتب أو المواد الرئيسية ذات الصلة بالصحة العقلية التي طبقت في سوريا وقد شملت المراجع باللغة العربية والإنجليزية والفرنسية.

واستُكمل البحث في قاعدة البيانات مع عمليات البحث ضمن وسائل الإعلام على شبكة الإنترنت باللغات العربية والإنجليزية والفرنسية ، وكذلك الباحث العلمي منGoogle غوغل لاستخراج الكتب الرئيسية والأدبيات غير الأكاديمية ذات الصلة بالحالة السورية. تم العثور على معلومات هامة عن النازحين السوريين في تقارير التقييم و أيضا من االتقييمات ، من خلال المنظمات غير الحكومية) (NGOS والمنظمات بين الحكومية الدولية ، ووكالات الأمم المتحدة. وجرى استخراج العديد من هذه المعلومات من خلال بوابة المشاركة بالمعلومات بين الوكالات حول الأزمة في سوريا ، الذي استضافته المفوضية. قدمت استراتيجية البحث هذه العديد من المصادر المفيدة ، ولكن ينبغي ألا تؤخذ على أنها مراجعة شاملة لجميع القضايا المتعلقة بالصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي للسوريين بسبب عدم خضوع العديد من التقارير غير المنشورة والتقييمات للمراجعة

تنويه: تم تكليف إجراء هذه المراجعة من قبل المفوضية وشاركت مجموعة واسعة من الخبراء في صياغة المسودة. الآراء الواردة في هذه الوثيقة لا تمثل بالضرورة وجهات نظر وسياسات وقرارات أرباب عملهم.

نهاية النص

2. نبذة عن الخلفية الاجتماعية والثقافية:

هناك تنوع واسع في الخلفيات الاجتماعية والاقتصادية والدينية بين السكان السوريين والتي تؤثر جنباً إلى جنب مع العمر و الجنس على علاقات الأسرة والعلاقات المجتمعية وديناميكيتها ، وعلى النماذج التفسيرية للمرض وآليات التكيف وسلوكيات طلب المساعدة. من المهم أن يكون الممارسون في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي على وعي بهذا التنوع ليقدموا الدعم المناسب للاجئين وغيرهم من الأشخاص المعنيين. [3]
تلعب الهوية الدينية والعرقية والقبلية دوراً مهماً في الهوية الفردية والولاء للمجموعة لدى العديد من السوريين. وقد تساهم هذه الهويات في خلق حدود للمجموعة وإبراز الخلافات التي تشكل تحدياً للصحة العقلية. [4] يجب على الممارسين أن يكونوا على وعي تام بهذه الهويات والولاءات المتغيرة وكذلك تأثيرها على خبرة الأشخاص النازحين وفهم الصراع والنزوح وهوياتهم الخاصة وشبكاتهم الاجتماعية وعلاقاتهم.

التنوع العرقي واللغة:

على مر القرون ، كانت المنطقة التي تمثل سوريا المعاصرة ، مأهولة بالسكان من مجموعة واسعة من الخلفيات العرقية والدينية وكانت بمثابة ملاذ آمن لمجموعات مختلفة هاربة من الاضطهاد والصراعات في أماكن أخرى بما في ذلك ، على سبيل المثال ، الأرمن والآشوريين والشركس. [5] ونظرا لعدم وجود إحصائيات دقيقة ، من الممكن فقط القيام بتقدير تقريبي للتركيبة العرقية والدينية للسكان السوريين الحاليين. وبينما تعتبر الغالبية العظمى من السوريين عربا ، فإن هذا المصطلح يستند إلى اللغة المنطوقة (العربية) وليس إلى العرق.
نحو 9 – 10 % من سكان سوريا هم أكراد ، أي ما يقارب مليوني شخص ، يليهم التركمان والآشوريين والشركس والأرمن. بالإضافة إلى ذلك ، هناك أيضا جاليات صغيرة من الدوم واليونانيين والفرس والألبان والبوسنيين والروس والشيشان والأوسيتيان. [5-7] العديد من هذه الثقافات " تعرَّبت" ، ونتيجة لذلك ، قد لا يحافظ هؤلاء بالضرورة على انتماء عرقي محدد. ويُنظر إلى المجموعات القبلية البدوية الناطقة باللغة العربية من قبل البعض كمجموعة عرقية منفصلة. [8]
في السنوات الأخيرة ، اكتسب الانتماء القبلي لدى السوريين أهمية كوسيلة لتحديد وتنظيم أنفسهم وتحقيق الشعور بالانتماء في بلد ضعُفت فيه مؤسسات الدولة. لا تزال الهوية القبلية والسلطة المتعلقة بالزعماء التقليديين ، (الذين تم تعيينهم في كثير من الأحيان من قبل الحكومة السورية في الماضي)، موجودة ، ليس فقط بين جماعات البدو بل أيضا بين السوريين الآخرين. [08/10]
يعتبر الدستور السوري أن العربية هي اللغة الرسمية ، دون أي ذكر للحقوق اللغوية للجماعات الأخرى. اللغة الثانية الأكثر شيوعا هي اللغة الكردية. حظر المرسوم 1958 نشر المواد باللغة الكردية ومنع كلا من المدارس الحكومية والخاصة من تدريس اللغة الكردية. ولذلك ، لا يجيد بعض الأكراد السوريين تحدث اللغة الكردية بطلاقة. [11 ، 12]
وفّرت التطورات في المناطق الكردية منذ منتصف عام 2012 الفرصة للأكراد السوريين لتأكيد الحقوق الثقافية التي قُمعت طويلاً . حيث بدأت المنشورات باللغة الكردية ، و محطات الإذاعة و التلفزيون بالظهور ، وأُعطيت القرى والبلدات أسماءها الكردية السابقة وأصبح بإمكان الأطفال تعلم اللغة الكردية في المدارس. [13-15] أعداد أقل من السوريين يمتلكون لغات أم أخرى كالأرمينية والسريانية / الآرامية. [16 ، 17].

الدين:

غالبا ما يجري تصنيف السوريين وفقا انتماءاتهم الدينية (السنية ، العلوية ، المسيحية وغيرها)، ولكن هذا لا يعني بالضرورة أن الفرد متدين أو حتى ممارس دؤوب للشعائر الدينية. قبل الصراع الحالي شكّلت الطائفة السنية ما يناهز ثلاثة أرباع السكان. و كما تشكل الجماعات الإسلامية الأخرى ، بما في ذلك العلويين والاسماعيليين والشيعة الاثني عشرية ، ما يقارب 13 في المئة من السكان ؛ تشكّل مختلف الطوائف المسيحية حوالي 10 في المئة. يمثل الدروز 3 في المئة. هناك أيضا عدد قليل من الطائفة اليزيدية يقارب 80،000 شخص ، الذين يعتبرون عرقيا ولغويا أكراداً ، ويعتنقون ديناً متميزاً. [3 ، 18-20]
يمكن أن يكون المسيحيون عربا وأيضاً غير عرب (مثل الأرمن أو السريان) . ينتمي السوريون المسيحيون إلى الكنائس الأرثوذكسية (السريان ، اليونان ،الأرمن ،الكلدان والنسطوريون). والكنائس الكاثوليكية (الملكيين الكاثوليك ، الكلدان ، الموارنة ، والسريان ، وكلها ذات صلة بكنيسة روما الكاثوليكية العالمية ، لكنها تتبع شعائر عبادة شرقية متميزة). كما أن هناك مجموعات صغيرة من البروتستانت.

الدين:

غالبا ما يجري تصنيف السوريين وفقا انتماءاتهم الدينية (السنية ، العلوية ، المسيحية وغيرها)، ولكن هذا لا يعني بالضرورة أن الفرد متدين أو حتى ممارس دؤوب للشعائر الدينية. قبل الصراع الحالي شكّلت الطائفة السنية ما يناهز ثلاثة أرباع السكان. و كما تشكل الجماعات الإسلامية الأخرى ، بما في ذلك العلويين والاسماعيليين والشيعة الاثني عشرية ، ما يقارب 13 في المئة من السكان ؛ تشكّل مختلف الطوائف المسيحية حوالي 10 في المئة. يمثل الدروز 3 في المئة. هناك أيضا عدد قليل من الطائفة اليزيدية يقارب 80،000 شخص ، الذين يعتبرون عرقيا ولغويا أكراداً ، ويعتنقون ديناً متميزاً. [3، 18-20]

يمكن أن يكون المسيحيون عربا وأيضاً غير عرب (مثل الأرمن أو السريان). ينتمي السوريون المسيحيون إلى الكنائس الأرثوذكسية (السريان ، اليونان ،الأرمن ،الكلدان والنسطوريون). والكنائس الكاثوليكية (الملكيين الكاثوليك ، الكلدان ، الموارنة ، والسريان ، وكلها ذات صلة بكنيسة روما الكاثوليكية العالمية ، لكنها تتبع شعائر عبادة شرقية متميزة). كما أن هناك مجموعات صغيرة من البروتستانت.

ونتيجة للصراع الحالي ، نزح ما يقارب نصف مليون لاجئ فلسطيني مسجل لدى الأونروا في سوريا نزوحا داخلياً ، في حين تشتت 70،000 لاجئ فلسطيني آخر من سوريا في المنطقة وخارجها. جدير بالذكر أن لدى اللاجئ الفلسطيني من سوريا خيارات محدودة جدا للسفر كما أن الفلسطينيين ممنوعون من دخول البلدان المجاورة- الأردن ولبنان ، في حين يتطلب السفر إلى مصر تأشيرة و تصريحا أمنيا مقدماً. [22-25]

اللاجئون في سورية

قبل الصراع الحالي ، استضافت سوريا أعداداً كبيرة من اللاجئين وطالبي اللجوء في معظمهم من العراق وفلسطين ، ولكن كان يوجد أيضا مجموعات صغيرة من أفغانستان والسودان والصومال وغيرها من البلدان. [21] عموماً ، يقيم معظم اللاجئين غير الفلسطينيين في دمشق والريف المحيط بها ، وإلى حد أقل ، في حمص ودير الزور ودرعا. غادر العديد من اللاجئين وطالبي اللجوء سورية منذ بداية الصراع. ونزح آخرون داخل سوريا أو إلى بلدان أخرى. في نهاية 2014 ، كان ما يزال نحو 30،000 لاجئ وطالب لجوء مسجّل في المفوضية السامية لشؤون اللاجئين في سوريا UNHCR.

قبل الصراع ، استضافت سوريا أيضا أكثر من نصف مليون لاجئ فلسطيني ، وصلوا على موجات متتالية منذ عام 1948.

2. اللاجئون من سوريا والنازحون داخل سوريا

تَسبّبَ الصراع في سوريا بأكبر أزمة نزوح للاجئين في عصرنا. فقد نزح منذ آذار 2011 ، ما يقارب نصف السكان. ويشمل ذلك زهاء ثمانية ملايين شخص داخل سوريا وأكثر من أربعة ملايين لاجئ مسجل ، فروا إلى البلدان المجاورة. [26، 27] أكثر من نصف هؤلاء النازحين من الأطفال. ويعتبر النزوح المتكرر السمة البارزة للصراع في سوريا. فالخطوط الأمامية تتبدل باستمرار والمناطق التي كانت أكثر أمناً تزج شيئاً فشي~أفي الصراع.

العنف والنزوح في الصراع السوري

واجه كل من اللاجئين من سوريا والنازحين داخليا ، عنفا مرتبطا بالحرب ، على الرغم من اختلاف وضعهم الحالي من حيث الأمن وحقوق الإنسان والحصول على الحماية والمساعدة الإنسانية. وتشير التقديرات إلى أن أكثر من 210،000 شخص لقوا مصرعهم وأصيب 840،000 ، مما أدى إلى إعاقات طويلة الأمد في كثير من الأحيان —حيث انخفض متوسط العمر المتوقع عند الولادة من 75.9 سنة في عام 2010 إلى ما يقدر ب 55.7 عاما في نهاية عام 2014. [28] وقد ارتكبت جرائم حرب وجرائم ضد الإنسانية على نطاق واسع خلال أربع سنوات من الصراع.

لقد عانى كثير من السوريين من الانتهاكات والاعتداءات المتعددة من مختلف الجهات الفاعلة ، بما في ذلك المجازر والقتل والإعدام دون محاكمة عادلة والتعذيب وأخذ الرهائن والاختفاء القسري والاغتصاب والعنف الجنسي ، فضلا عن تجنيد الأطفال واستخدامهم في الأعمال الحربية. وقد خلف القصف العشوائي والقذائف سقوط عدد كبير من الضحايا المدنيين ونشر الرعب بينهم. وعلاوة على ذلك ، فقد فرضت أطراف الصراع الحصار على المدن والقرى والأحياء ، فحوصر المدنيون وحرموا الغذاء والرعاية الطبية وغيرها من الضروريات. كما تجاهلت أطراف الصراع الحماية الخاصة الممنوحة للمستشفيات والطواقم الطبية والإنسانية.

كان للمستويات المتزايدة من الفقر وفقدان سبل المعيشة وارتفاع معدلات البطالة ، ومحدودية فرص الحصول على الغذاء والماء والصرف الصحي والسكن والرعاية الصحية والتعليم ، تأثير مدمر على السكان. [29] و الوضع خطير بشكل خاص للأشخاص الموجودين في المناطق التي يصعب الوصول إليها (الذين يقدرون حاليا ب 4.8 مليون نسمة) ، وأولئك الذين يجدون أنفسهم عالقين في المناطق المحاصرة (حوالي 440،000 نسمة) و الذين عُزلوا عن المؤن الأساسية و تعذر عليهم الوصول بشكل كبير إلى الجهات الفاعلة الإنسانية [29] . كما يعاني كثير من السوريين من القلق حول مصير أقاربهم في سوريا ، وخاصة أولئك الذين هم في عداد المفقودين ، و القلق حول الوضع في سوريا بما في ذلك نهب أو تدمير الممتلكات التي تركوها وراءهم. [30]

اللاجئون من سوريا

أظهرت دول المنطقة سخاءً كبيراً في استقبال اللاجئين مع أكثر من 1.5 مليون لاجئ سوري مسجل في عام 2014. ومع ذلك ، هناك مخاوف متزايدة بشأن قدرة الأشخاص في سوريا على الوصول إلى الحدود من داخل سوريا ، وقبولهم في البلدان المضيفة في المنطقة وخارجها والبقاء فيها. [31] ونظرا لحجم وطبيعة الأزمة الممتدة ، تواجه بلدان اللجوء المدعومة من المجتمع الدولي ، صعوبات متزايدة للاستجابة على نحو كاف لاحتياجات اللاجئين من سوريا.

يواجه اللاجئون من سورية تحديات عديدة [32] على نحو متزايد ، فقد نفذت ممتلكاتهم ومواردهم و هم أيضاً يواجهون صعوبات في الحصول على عمل ، وسكن ملائم وخدمات صحية و توثيق و تعليم ، الأمر الذي يعرضهم لخطر الاستغلال. [34-32] بالإضافة إلى ذلك فقد تم تقويض شبكات حماية الأسرة والمجتمع ، وقد حدّت التوترات الاجتماعية بين اللاجئين والمجتمعات المضيفة من إمكانية إندماج اللاجئين في المجتمعات المحلية وحصولهم على الخدمات الأساسية وزادت من عزلتهم. [43-35، 32]

يأتي اللاجئون من سوريا برأس مال إيجابي اجتماعي و إنساني كبير ، يمكن أن تستفيد منه المجتمعات المضيفة ، وأن يساهم في النمو الاقتصادي ، لكنه قد لا يكون مستغلا ، ويصرف عنه النظر في ظل الظروف الحالية للحكومات والمجتمعات المضيفة ، التي تشعر في كثير من الأحيان بالعجز نتيجة الضغوط على اقتصاداتها والبنية التحتية العامة و مواردها. [45، 44] يتعرض بعض النازحين السوريين بشكل خاص للخطر ، كالأسر التي ترأسها نساء والمراهقون وكبار السن وأولئك الذين لا يمتلكون وثائق والأشخاص ذوي الإعاقة أو الأشخاص الذين لديهم مشاكل صحية أو مشاكل صحة عقلية سابقة والناجون من الأشكال المختلفة من العنف والذين يعيشون في فقر مدقع.

4. الصحة العقلية و المعافاة النفسية الاجتماعية لدى السوريين المتضررين من الأزمة: لمحة موجزة للمهنيين العاملين في الصحة العقلية والنفسية والاجتماعية

الآثار النفسية الاجتماعية المتفشية نتيجة الصراع والنزوح

آثار الصراع على الصحة العقلية والمعافاة النفسية والاجتماعية للسوريين عميقة. وتتزايد تجارب العنف المرتبطة بالصراع والمخاوف المستمرة حول الوضع في سوريا بوجود الضغوط اليومية للنزوح كالفقر ونقص الحاجات الأساسية والخدمات ومخاطر العنف والاستغلال المستمرة والعزلة والتمييز وفقدان دعم الأسرة والمجتمع ، وغياب اليقين بشأن المستقبل.

غالبا ما تكون القضية المركزية في حالات الصراع المسلح هي حالة الخسارة والحزن ، سواء خسارة أفراد الأسرة المتوفين أو خسارة العلاقات أو الخسارات المادية.[46] تشير التقارير إلى أن المخاوف المستمرة حول الوضع في سوريا ، بما في ذلك سلامة أفراد العائلة ، تشكل مصدراً كبيراً للضغط النفسي .[37] علاوة على ذلك ، غالباً ما يبحث النازحون عن أخبار أحبتهم ، فيحصلون على معلومات متناقضة أو مضللة حول الوضع في سوريا ، الأمر الذي يقود إلى المزيد من انعدام الأمان و التشوش [37].

بالنسبة لأقارب الأشخاص الذين اختفوا قسراً، يضيف عدم التيقن من مصيرهم وعدم القدرة على الحداد على نحو كاف ، بسبب فقدان أفراد الأسرة الذين اختفوا ، مزيداً من الكرب كما ويُعقّد ذلك عملية الحزن.[47] في أوضاع النزوح ، غالباً ما يضطرب أو يتعطل النسيج الاجتماعي بشدة نتيجة الصراع ، وكثير من الأسر السورية غدت معزولة عن هياكل الدعم الأكبر.[48] بينما تتصعّد مشاعر الاغتراب و الشوق إلى سوريا وفقدان الهوية, يكافح النازحون السوريون للتكيف مع حياتهم كلاجئين في جالية أجنبية أو في المخيمات.[49، 50] كما يساهم التمييز في بعض البلدان ضد اللاجئين والتوترات الاجتماعية ، في زيادة الضغط النفسي والعزلة. تشعر العديد من النساء والفتيات اللاجئات بشكل خاص بالعزلة ، ونادراً ما يغادرن منازلهن ، في كثير من الأحيان بسبب مخاوف متعلقة بالسلامة أو انعدام الفرص.[51، 52] يمكن أن تؤثر هذه العزلة أيضا على الفتيان ، حيث من النادر أن يغادر بعض الفتيان اللاجئين منازلهم.[53]

ذُكر في التقارير أيضاً التحديات اليومية لتلبية الاحتياجات الأساسية وزيادة الفقر كمصادر رئيسية للضغط النفسي ومصدراً لزيادة توتر الأسرة والعنف.[37، 52] (انظر أدناه). وكلما استنفذ المزيد من السوريين أموالهم شيئا فشيئا ، تعيّن عليهم أن يتحولوا بشكل متزايد إلى استراتيجيات البقاء التي تقوض معافاتهم.

وقد يلجؤون إلى السكن غير القانوني أو غير الرسمي والعمالة غير الرسمية والدخول في الديون ، ما يزيد من مخاطر الاستغلال وسوء المعاملة. قد يكون النساء والأطفال بشكل خاص أكثر عرضة للزواج القسري أو لزواج الطفلات ، والجنس من أجل البقاء وعمالة الأطفال.[54] فضلا عن ذلك ،عندما يتعذر على الناس الوصول إلى بيئات آمنة وداعمة ، قد يستجيبون بسلوكيات صلبة تحاول إعادة ترسيخ الأدوار السابقة التي تأثرت بالنزوح. في الأزمة الممتدة الراهنة ، دون نهاية في الأفق ، بدأ ينتاب العديد من السوريين إحساس شامل باليأس.

اضطرابات الصحة العقلية والكروب النفسية الاجتماعية بين السوريين المتضررين من الصراع

تتبدى الضغوطات النفسية والاجتماعية بين اللاجئين من سوريا والنازحين داخليا في سوريا بشكل واضح في طيف واسع من المشاكل العاطفية والمعرفية والبدنية والسلوكية / الاجتماعية.[37، 54-63] وتشمل المشاكل العاطفية كلّاً من الحزن والأسى والخوف والإحباط والقلق والغضب واليأس. فيما تشمل المشاكل المعرفية فقدان السيطرة والعجز والقلق والاجترار والملل واليأس كما بُلّغ على نطاق واسع ، وكذلك الحال الأعراض الجسدية مثل التعب ، ومشاكل النوم ، وفقدان الشهية والشكاوى الجسدية غير المفسرة طبيا. المشاكل الاجتماعية والسلوكية مثل الانسحاب والعدوان وصعوبة التعامل مع الآخرين تغدو شائعة أيضاً.

مثل هذه القضايا الشائعة بين اللاجئين السوريين هي نتيجة لأعمال العنف والتهجير والظروف الصعبة التي يعيشون فيها حالياً ولا تعتبر مؤشراً على اضطرابات نفسية. أدت ظروف الحياة الصعبة هذه في كثير من الأحيان إلى انهيار الروح المعنوية واليأس ، ويمكن أن تكون ذات صلة بمخاوف وجودية عميقة ومستمرة حول السلامة والثقة وتماسك الهوية والدور الاجتماعي. كما تم توثيق الأعراض المرتبطة بالتجارب السابقة على نطاق واسع ، مثل الكوابيس والذكريات الاقتحامية ، ذكريات الماضي(الارتجاعات)، سلوك التجنب وفرط التيقظ.[60، 64]

قد تحدث كل هذه الظواهر لدى الناس الذين يشعرون بالكرب دون أن يكون لديهم اضطراب عقلي. ومع ذلك ، عندما يؤثر الكرب بشكل ملحوظ على الأداء اليومي أو يتضمن مجموعات محددة من الأعراض المميزة ، من الممكن عندها أن يكون لدى الشخص اضطراب نفسي قابل للتشخيص

من المرجح أن معدلات الاضطرابات النفسية بين السوريين ارتفعت بشكل ملحوظ ، ولكن لا توجد تقديرات جيدة للانتشار. ولأغراض التخطيط تستخدم العديد من الوكالات ، تقديرات عامة صادرة عن منظمة الصحة العالمية (انظر الإطار 1).

الصندوق 1 : توقعات منظمة الصحة العالمية عن الاضطرابات النفسية لدى السكان البالغين المتأثرين من حالات الطوارئ [65]		
الانتشار بعد حالة الطوارئ في 12 شهراً	الانتشار قبل حالة الطوارئ في12 شهراً	
3% to 4% [c]	2% to 3%	اضطراب شديد (مثل الذهان والاكتئاب الشديد ، الشكل المعطل بشدة من اضطراب القلق)
15% to 20% [d]	10%	الاضطراب العقلي (النفسي) الخفيف أو المعتدل (أشكال خفيفة ومتوسطة من الاكتئاب واضطرابات القلق ، بما في ذلك اضطراب الشدة ما بعد الرض الخفيف والمعتدل)
نسبة كبيرة	لا يوجد تقديرات	الكرب العادي / ردود الفعل النفسية الأخرى (لا اضطراب)
[a] المعدلات الأساسية المفترضة هي معدل وسطي بين البلدان وفقاً لما تم ملاحظته في مسوحات منظمة الصحة العالمية.		
[b] القيم هي معدلات متوسط في جميع البلدان. المعدلات المعمول بها تختلف بحسب طريقة التقييم (على سبيل المثال اختيار أداة التقييم) والوضع (على سبيل المثال الوقت الذي مضى منذ حالة الطوارئ ، والعوامل الاجتماعية والثقافية في التكيف والدعم الاجتماعي للمجتمع ، والتعرض السابق والحالي للشدائد).		
[c] هذا هو أفضل تخمين على أساس أن الأحداث الراضة والخسارة قد تسهم في انتكاس اضطرابات عقلية مستقرة سابقا ، ويمكن أن تسبب أشكال معطلة بشدة من اضطرابات المزاج والقلق.		
[d] ثبت أن الأحداث المؤلمة والخسارة تزيد من خطر الاكتئاب واضطرابات القلق ، بما في ذلك اضطرابات الشدة بعد الرض		

من المهم أن ندرك بأن السوريين المتأثرين بالصراع ، قد يختبرون طيفاً من الاضطرابات العقلية أو النفسية ، والتي قد تكون: ١) تظاهرات لتفاقم اضطرابات عقلية موجودة مسبقا, ٢) اضطرابات أيقظها العنف والنزوح المرتبطان بالصراع و 3) اضطرابات مرتبطة بسياق ما بعد الطوارئ ، على سبيل المثال تلك المرتبطة بظروف المعيشة في بلاد اللجوء.ليس المقصود من هذه الوثيقة تقديم نظرة عامة شاملة عن الاضطرابات النفسية بين السوريين ، ولكن سنناقش بإيجاز بعض الجوانب البارزة.

الاضطرابات العاطفية

المشاكل السريرية الأكثر انتشاراً وأهمية بين السوريين ، كغيرهم من الشعوب الأخرى المتضررة من العنف الجماعي والنزوح ، هي الاضطرابات العاطفية مثل الاكتئاب واضطراب الحزن الممتد واضطراب الشدة ما بعد الرض وأشكال مختلفة من اضطرابات القلق. [61-63] بعض منها سيصل إلى درجة اضطراب عقلي شديد خاصة إذا ما تضمن مستويات عالية من المعاناة وخسارة الأداء الوظيفي ، إلا أن معظم الاضطرابات العاطفية تقع في فئة الاضطرابات النفسية الخفيفة إلى المتوسطة. من المهم أن ندرك أن وجود أعراض لا يعني بالضرورة أن الشخص لديه اضطراب عقلي. [66، 67]

الدليل على اختلال الأداء الاجتماعي و / أو المستوى العالي من المعاناة من أعراض محددة هو أمر أساسي لتشخيص اضطراب عقلي. وبالتالي ينبغي على مهنيي الصحة النفسية الحرص على عدم المبالغة في تشخيص الاضطرابات النفسية السريرية بين النازحين السوريين ، وخصوصا بين أولئك الذين يواجهون انعدام الأمن ولديهم العديد من الضغوطات اليومية المتواصلة.

قد تؤدي ظروف الحياة الصعبة إلى الاضطرابات النفسية أو تُفاقمها ، ولكنها قد تسهم أيضا في تظاهرات غير سريرية مثل انخفاض الروح المعنوية واليأس ، وربما يرجع ذلك إلى المخاوف الوجودية العميقة والمستمرة المتعلقة بالسلامة والثقة وتماسك الهوية والدور الاجتماعي والمجتمع. [54، 62، 67-69] وعلاوة على ذلك ، يمكن أن تساهم التدخلات غير السريرية ، المتعلقة بتحسين الظروف المعيشية للاجئين والنازحين داخلياً ، إلى حد كبير في تحسين الصحة النفسية ، في كثير من الحالات أكثر من أي تدخل نفسي أو عقلي.

الذهان والاضطرابات النفسية الشديدة الأخرى

ليس هناك الكثير من البيانات البحثية حول السوريين المصابين بالذهان وبالاضطرابات النفسية الشديدة الأخرى. على الأرجح, ارتفع عدد السوريين الذين يعانون من اضطرابات ذهانية ، نظرا لزيادة عوامل الخطر للإصابة باضطرابات ذهانية مثل الأحداث الصادمة المحتملة والهجرة القسرية. وعلاوة على ذلك ، قد تظهر الأعراض لدى الأشخاص الذين يعانون من حساسية موجودة مسبقاً ، ممن لم يطوروا في الظروف العادية ذهانا صريحاً ، بسبب انهيار الدعم الاجتماعي.

شهد أكبر مستشفى للأمراض النفسية في لبنان زيادة في قبول السوريين على مدى السنوات الماضية ، ممن لديهم إمراضيات نفسية أكثر شدة وكذلك الانتحار.[68]توفر الهيئة الطبية الدولية IMC ، الرعاية في العيادات الخارجية للسوريين في خمسة بلدان في المنطقة ، وقد عالجت أكثر من ستة آلاف شخص في مراكزها ، منهم ما يقرب من 700 يعانون من اضطرابات ذهانية. [69]

الكحول والعقاقير

هناك بيانات محدودة عن استخدام الكحول وغيرها من المواد ذات التأثير العقلي بين السكان النازحين من سوريا. وقد كان استهلاك الكحول في سوريا منخفضاً بشكل تقليدي [70] ولكن ربما زاد استعمال الكحول: فقد وجدت دراسة بين اللاجئين السوريين إلى العراق أن حوالي نصف المستطلعين يتناولون أكثر من خمسة مشروبات كحولية في الأسبوع [71] لا تتوفر أرقام حول الاستخدام غير المشروع للعقاقير ، ولكن ربما هناك زيادة في تعاطي وزيادة إنتاج وتجارة العقاقير غير المشروعة نتيجة للأزمة. [72] ثمةظاهرة مثيرة للقلق وهي استخدام المنشطات الاصطناعية مثل الفنيثيلين (كبتاجون)، وهو دواء يحظى بشعبية في جميع أنحاء الشرق الأوسط والذي يتم انتاجه في سوريا والدول المجاورة. [73] تشير التقارير إلى شيوع استخدام الفنيثيلين بين المقاتلين بسبب تأثيره الذي يعزز القدرة على التحمل. [74]

التحديات المتعلقة بالدرسات الوبائية

ينبغي تفسير نتائج الدراسات الوبائية (الأنماط والأسباب والآثار على الصحة) بين السوريين المتضررين من الصراع بحذر. فالأدوات المعيارية لا تقيّم عادة الأعراض الثقافية المحلية أو تعابير الكرب المتعلقة بالثقافة ونادراً مايتم التحقق من صحة استخدامها في حالات الطوارئ الإنسانية مثل الحالة في سوريا. [75]

تم القيام ببعض أبحاث التحقق مع اللاجئين في منطقة الشرق الأوسط ، على سبيل المثال مع اللاجئين العراقيين [76] واللاجئين الفلسطينيين [77] ومع السوريين قبل الأزمة. [78]

علاوة على ذلك ، فإن العديد من أدوات البحث تنزع إلى التركيز على الأعراض المرضية ، مع اهتمام أقل أو عدم اهتمام بالمرونة النفسية أو التكيف (غير أنه يجري حالياً التحقق من صحة أدوات للتكيف وللنمو ، ليصار إلى استخدامها مع السكان المتضررين من الصراع في الشرق الأوسط). [79]قد يؤدي التركيز الضيق على تأثير الأحداث السابقة في سوريا دون أخذ ظروف الحياة الراهنة في الاعتبار ، بسهولة إلى الخلط بين أعراض اضطراب الشدة بعد الرض والاكتئاب السريري مع الكرب النفسي الذي ينشأ عن الضغوطات ذات الصلة بالسياق الحالي. [80 – 83] علاوة على ذلك ، وجدت أدوات قياس الكرب النفسي لدى السكان المتضررين من الأزمة في منطقة الشرق الأوسط أن سياقات المعيشة الراهنة تؤثر بقوة على الصحة العقلية . [84 – 85]

التكيف أو التعامل مع الكروب النفسية

بشكل عام ، عندما يتم توفير السلامة وبعض الدعم الخارجي ، تستطيع العديد من الأسر التلاؤم والتأقلم مع التغيرات التي يتطلبها الوضع الجديد. [57-59] بالنسبة لمعظم السوريين ، المصدر الأول للدعم هو دائرة العائلة والأصدقاء. قد يتحدى النزوح وديناميات الصراع ويخلّان بهياكل الدعم الاجتماعي هذه. يبلغ اللاجئون والنازحون داخلياً ، الذين يتعاملون مع تأثير الظروف المعيشية الصعبة و / أو التعرض للعنف والشدائد ، باستمرار عن مستويات عالية من الكرب النفسي. و غالباً ما يطلق اسم coping على الجهود التي يبذلها الأشخاص للحد من هذه الكروب أو التغلب عليها و حلّ المشاكل الشخصية .

يستخدم النازحون السوريون طرقا مختلفة للتعامل مع الكروب النفسية والاجتماعية. ويمكن أن تشمل هذه استراتيجيات فردية للحد من التوتر والضغط النفسي مثل الصلاة والانسحاب والاستماع إلى الموسيقى ومشاهدة التلفزيون أو الرسم فضلا عن الأنشطة الاجتماعية مثل البحث عن رفيق من العائلة والأصدقاء أو الانخراط في الأنشطة الاجتماعية ، أوحضور نشاط المجتمع أو المدرسة والتحدث مع شخص يمكن الوثوق به.

تبدو العديد من استراتيجيات التكيف الشائعة بين اللاجئين السوريين إيجابية مثل التحدث إلى الأصدقاء والعائلة ، والصلاة أو التفكير في الأوقات الطيبة في سوريا. ولكن طرق التكيف السلبية مثل الانسحاب أيضا شائعة جداً. على نحو متزايد ، يفقد اللاجئون الأمل ويلجؤون إلى استراتيجيات تكيف للتعامل مع الكرب النفسي والاجتماعي أقل نجاعة أو تحفز المزيد من الضغط النفسي مثل التدخين ومشاهدة الأخبار بشكل وسواسي والقلق على الآخرين الذين ما زالوا في سوريا والانسحاب السلوكي أو "عدم القيام بشيء " ، ما قد يسبب إجتراراً للأفكار السلبية. [37، 59، 61، 67، 68] قد يلجأ النازحون السوريون البالغون إلى مثل هذه الأساليب من التكيف السلبي والفردي جراء شعورهم بأنه ليس هناك الكثير مما يمكنهم القيام به ، وشعورهم بقلة السيطرة على ظروف حياتهم. [56، 86]

تستخدم المرأة السورية أيضا بشكل شائع الصلاة والتحدث مع العائلة والأصدقاء كاستراتيجيات للتكيف. وبالنسبة للمرأة السورية تعمل الشبكات الاجتماعية كوسائل هامة في التكيف. مثل تنظيم الأعمال الخيرية ومجموعات الدعم والأسواق ومغادرة المنزل للعمل سوياً. [56، 87] غالباً ما يعتبر الإلتهاء عن طريق إبقاء المرء لنفسه مشغولاً (على سبيل المثال ، تنظيف المنزل) طريقة مفيدة للتكيف.

تحاول بعض النساء أيضا عزل أنفسهن ، فيرفضن العودة إلى الروتين القديم ، أو ينكرن وجود عوامل الضغط النفسي الحالية. تشير التقارير أن المرأة السورية تستخدم بشكل متزايد استراتيجيات التكيف السلبية مثل النوم ، والبكاء وتدخين السجائر والسعي لقضاء الوقت لوحدهن ولا سيما عندما يكن في وضع اللجوء ، كما هو الحال في المخيمات ، ما يجعل من الصعب الحفاظ على الروتين اليومي الاعتيادي الذي كان قبل النزوح ، مثل أداء الأعمال المنزلية والعمل والخروج أو مشاهدة التلفزيون. [88] لذلك من المهم تعزيز الشبكات الاجتماعية للمرأة والفرص لأجل أشكال فعالة من التكيف.

بالنسبة للرجال السوريين النازحين الذين يعيشون في مخيمات اللاجئين ، تعتبر الصلاة وقضاء الوقت بمفردهم من الطرق الشائعة للتكيف ، وذلك قبل أن يصبحوا لاجئين وأيضاً أثناء وجودهم في المخيمات. اعتاد الرجال على العمل وزيارة العائلة والأصدقاء والمشي والخروج ، كأشكال شائعة للتكيف لدى الرجل السوري ، ولكن العديد منهم ، لا سيما أولئك الذين يعيشون في المخيمات ، يشعرون أن فرصتهم محدودة للقيام بذلك. ونتيجة لذلك ، يتكيف الرجال على نحو متزايد عما قبل عن طريق النوم والبكاء وتدخين السجائر والغضب. [88]

قد لا يشعر الكثير من الرجال بالراحة في البحث عن طرق أخرى للتكيف مع الكرب بسبب الشعور بالعجز أو بسبب المعايير الثقافية حول الذكورة والتوقعات الثقافية بأن الرجال لا يقرّون بضعفهم. [50، 89]

وبالتالي تظهر آليات التكيف لدى الرجال السوريين اللاجئين على أنها فردية في المقام الأول ، وغالبا ما يكون لها عواقب سلبية. لذا يبدو أن منح الرجال فرصا لأنشطة جماعية ملائمة للدور الاجتماعي ، قد يكون تدخلا مهماً. تشير التقارير المتعلقة بالمراهقين السوريين في الأردن إلى أنهم عادة ما يستخدمون 'الانسحاب' كآلية تكيف رئيسية في أغلب المسوحات في عام 2013 وعام 2014 ، على الرغم من أنه في عام 2014 اعتبُر التحدث إلى الأهل والأصدقاء ،آلية التكيف الأكثر شيوعا. [37، 56]

ومن الطرق الشائعة الأخرى للتكيف ؛ تذكّر الأوقات الطيبة في سوريا وقراءة القرآن والاستماع إلى الموسيقى والبكاء وإيجاد أشياء للقيام بها كمشاهدة التلفزيون والانضمام إلى مراكز المدرسة أو المجتمع والنوم والانضمام الى مجموعات دعم واللعب مع الأصدقاء وتناول الطعام أو الرسم وإلهاء النفس. وهناك عدد قليل من الشباب المراهقين السوريين يقولون أنهم استخدموا التدخين ، والسرقة ، وضرب الآخرين وغيرها كأساليب للتكيف.[90] يمكن أن توفر الأسرة طرقاً للتكيف ، خصوصاً للشباب الذين عانوا من التهجير والعنف المرتبط بالحرب. ويمكن لمقدمي الرعاية والبالغين أن يمنحوا الشباب مصدّا عازلا عن العواقب النفسية السلبية المحتملة للحرب.

على أية حال ، عندما يكافح مقدموا الرعاية أنفسهم لكي يتكيفوا مع الكرب العاطفي ، فإنهم قد يشعرون بالعجز أمام مسؤولية الاهتمام والرعاية باليافعين, مما يدفع اليافعين للبحث عن وسائل أخرى للدعم. [37] بسبب الضغط الشديد للفوضى الاجتماعية والمالية والمهنية المرافقة للحرب ، يلجأ بعض الآباء السوريين بشكل متزايد إلى استراتيجيات تكيف سيئة مثل ضرب أطفالهم أو الإفراط في حمايتهم. [37، 91] يخفي العديد من المراهقين السوريين الذين يشهدون الضغط النفسي والمعاناة عن ذويهم ، و يتحاشون الإفصاح عن مشاكلهم العاطفية لآبائهم مخافة زيادة العبء عليهم. [37]

الصحة النفسية والشدة النفسية: التنوع والضعف

كما ذكر أعلاه ، يؤثر العمر والجنس واللغة والتنوع الديني والعرقي الثقافي على تجربة النزوح عنداللاجئين. قد تكون مجموعات معينة بشكل خاص أكثر هشاشة كالأسر التي تعيلها النساء والمراهقون وكبار السن وأولئك الذين يفتقرون إلى الوثائق والأشخاص ذوي الإعاقة أو ذوي المشاكل الصحية أو الصحة العقلية الموجودة من قبل ، والناجون من مختلف أشكال العنف ، كما أن الذين يعيشون في فقر مدقع هم بشكل خاص عرضة للخطر. [92]

وهذه العوامل تؤثر على قضايا الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS التي يواجهها اللاجئون ، فتؤثر في آليات التكيف ويمكن أن تزيد من خطر المشاكل النفسية والاضطرابات العقلية. يقدم هذا القسم لمحة عامة عن مسائل محددة في الصحة العقلية و المسائل النفسية والاجتماعية التي يواجهها الرجال والنساء والناجون من العنف ضد جنس محدد أو التوجه الجنسي والأطفال الذين تعرضوا للعنف والإساءة والاستغلال و الناجون من التعذيب و المثليون و المثليات والمتحولون جنسيا و مزدوجي الجنس (م.م.م.م). ويقدم كل قسم لمحة موجزة عن المسألة المعنية يليها شرح لعواقب الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS. يتضمن الفصل السادس من هذا التقرير معلومات أساسية عن ضمان أن يكون تقديم الخدمات في مجال الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي متاحاً ومقبولاً لجميع اللاجئين السوريين ، بما في ذلك الجماعات التي نوقشت في هذا القسم.

أدوار الجنسين وقضايا الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS

يمكن أن يغير العنف والنزوح الشبكات والأدوار الاجتماعية ، والتي قد تقوض القدرة على التكيف وتؤدي إلى توتر الأسرة وأزمة الهوية أوالكرب النفسي. بالإضافة إلى ذلك ، في سياق اللجوء ، قد تتغير أدوار الأسرة وأدوار الجنسين بشكل كبير. وقد أصبحت العديد من النساء السوريات معيلات بالإضافة إلى رعاية أسرهن ، عند غياب أزواجهن أو حين يكونون جرحى أو معاقين ، أو عندما وفاتهم. [93، 94]

غالباً ما تخلق هذه المسؤوليات الإضافية ، جنباً إلى جنب مع مشاعر انعدام الأمن في كثير من الأحيان ، ضغطاً كبير على النساء. [93] ويمكن أن تضيف وجهات النظر التقليدية حول أدوار الجنسين أو الصور النمطية حول اللاجئين من سوريا ضغوطاً كبيرة على اللاجئين

حيث وجدت دراسة في لبنان أن العديد من اللاجئات يشعرن بعدم الارتياح لأنه يتوجب عليهن تولي مهام لم يسبق أن تم اعتبارها ملائمة للنساء في المجتمع ، مثل تسيير الأمور والانخراط في العمل المأجور ، بالإضافة إلى دورهن كمقدمات رعاية . بيد أن نساء أخريات أبلغن بأن هذا الوضع الجديد منحهن شعورا بالتمكين و زودهن بفرص لم يكن ليحصلن عليها. [55]

أما الرجال ، الذين يرسخون غالباً هويتهم في دورهم بوصفهم المعيلين الرئيسيين للحاجات المادية والمالية للأسر ، فقد يواجهون كرباً نفسياً عندما تتعطل قدرتهم على توفير الغذاء أو المال لعائلاتهم. وعلاوة على ذلك ، قد تؤدي مخاوفهم على سلامة وأمن أسرهم ومخاوفهم من البطالة والاستغلال والعمل بشكل غير قانوني إلى قلق كبير.

وكثيرا ما يشير الرجال اللاجؤون في الأردن والقادمون من مناطق حضرية إلى شعورهم بالاكتئاب والعار من عدم قدرتهم على مواصلة تعليمهم ، ومن العمل مقابل أجور منخفضة جدا / أو ظروف عمل شاقّة للمساعدة في إعالة أسرهم. [50] علاوة على ذلك ، يشير الرجال والنساء والأطفال أن هذه الضغوطات الإضافية ، تُفاقم التوترات الأسرية وهي أفضت إلى زيادة العنف المنزلي. [52، 95]

الناجيات من العنف ضد جنس محدد أو التوجه الجنسي

ازداد العنف ضد جنس محدد أو التوجه الجنسي (SGBV) بشكل كبير نتيجة للصراع. [96] وتتعرض الكثير من النساء والفتيات وبشكل أقل الفتيان والرجال للعنف ضد جنس محدد أو التوجه الجنسي نتيجة للنزاع وانهيار القانون والنظام داخل سوريا وزيادة الفقر ونقص الاحتياجات الأساسية والخدمات الآمن وفصل الأسرة وتعطل الشبكات الاجتماعية التقليدية وآليات الحماية. [52، 97-99] ربما يكون اللاجئون الذين فروا إلى بلدان أخرى قد أمِنوا من هذا العنف المرتبط بالصراع ، بيد أنهم ما زالوا يواجهون أشكال أخرى من العنف ضد جنس محدد أو التوجه الجنسي بما في ذلك العنف المنزلي [25، 98، 100-103] ، والعنف الجنسي والزواج المبكر والتحرش والعزل والاستغلال والجنس البقائي. [52، 102، 104-107] وقد اعتبر اللاجئون مراراً أن الاغتصاب والخوف من الاغتصاب هو الدافع الذي يقودهم إلى الفرار من البلاد. [108، 109]

يمكن أن تكون الآثار النفسية والاجتماعية للعنف ضد جنس محدد أو التوجه الجنسي ، ولا سيما الاغتصاب ، مدمرة للناجي. [110، 111] ويمكن أن يمتدّ أثره ليطال الأسرة والمجتمع. [99] يحدّ الخوف من التعرض للخطف والاغتصاب وغيره من أنواع العنف الجنسي الأخرى ، من حرية المرأة والفتيات على الحركة.

وتفيد التقارير أن العنف المنزلي هو الشكل الأكثر شيوعاً من أنماط العنف ضد جنس محدد أو التوجه الجنسي. و من المتوقع أن تتطور أشكال العنف المنزلي التي تتعرض لها النساء و كذلك الأطفال فتصبح أكثر عدوانية وشيوعاً نتيجة للصراع. و ذُكر أيضاً أن القلق و التوتر لدى الرجال هو السبب الرئيسي لزيادة هذا النوع من العنف ، وعلى هذا النحو ينبغي أن يقدم ممارسو الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS خدمات مسندة بالأدلة للرجال تَبيّنَ في سياقات أخرى أنها قادرة على الحد من العنف الأسري بما في ذلك إدارة الغضب وبرامج التربية الوالدية. بالإضافة إلى ذلك ، و كجزء من الخدمات النفسية المقدمة للناجين ، ينبغي مساعدة هؤلاء على التعرف على أعضاء داعمين ضمن شبكتهم الاجتماعية و يتعين تقييم الوصمة الاجتماعية ومخاطر حصول المزيد من الانتهاكات بعناية ومعالجتها. [109]

وقد زاد شيوع الزواج المبكر والمخاطر المرتبطة به نتيجة للفقر وانعدام الأمن وعدم اليقين الناجم عن النزوح. [100، 115، 116] ففي داخل سوريا وبين اللاجئين السوريين في الدول المجاورة ، أضحى الزواج المبكر للفتيات آلية للتكيف ويُنظر إليها على كوسيلة لحماية الفتيات وتأمين مستقبل أفضل لهن في مواجهة انعدام الأمن العام والفقر وغياب أعضاء الأسرة من الذكور وعدم اليقين بشأن المستقبل. [116-119]

ومع ذلك ، قد يكون الزواج المبكر مصدراً هاماً من مصادر الكرب النفسي للفتيات وكثيراً ما يصاحبه انقطاع التعليم ، ومخاطر صحية وزيادة في خطر التعرض للعنف المنزلي. [118] إن مشاعر التخلي وفقدان الدعم من الوالدين ونقص فرص الوصول إلى الموارد اللازمة لتلبية مطالب كونها زوجة وأماً ، قد يخلق ضغوطات إضافية لدى الفتيات المتزوجات.

الناجون من التعذيب

كان على العديد من السوريين أن يتعاملوا مع آثار تعرضهم للتعذيب . [120] لا يوجد سوى بيانات محدودة حول البحوث المتعلقة بالصحة النفسية والمشاكل العقلية المحددة للسوريين الناجين من التعذيب ، ولكن بشكل عام ، فإن الناجين من التعذيب هم عرضة لتطوير مشاكل نفسية ، وخاصة الاكتئاب وردود فعل الشدة ما بعد الرض والألم المزمن والأعراض الجسدية غير المفسرة طبياً. [121، 122] يمكن أن يخفف الدعم العاطفي والاجتماعي من شدة اضطراب الشدة ما بعد الرض والاكتئاب ، في حين أن انعدام الأمن المستمر والصعوبات الاقتصادية والعزلة الاجتماعية المتواصلة يمكن أن تؤدي إلى تفاقم الأعراض. [123، 124] يفيد المهنيون العاملون مع السوريين الناجين من التعذيب بأن عدداً كبيراً من عملائهم لديهم مشاكل متعددة ، بما في ذلك المشاكل النفسية والاجتماعية والاقتصادية والقانونية.

غالباً ما تكون تصنيفات التشخيص التقليدية غير كافية في هذه الحالات لأن لدى العديد من العملاء أعراضاً لمختلف المشاكل المتعلقة بالتعذيب بما في ذلك الاكتئاب واضطراب الشدة بعد الرض ونوبات الهلع وأعراض جسدية مزمنة بالإضافة للسلوك الانتحاري. قد لا يكون مفيداً تزويد العميل بتشخيصات متعددة ولكن تخفيض الأعراض في مجال واحد يمكن أن يكون له آثار مفيدة على المشاكل الأخرى المرتبطة بالضغط النفسي.

المثليون والمثليات ومزدوجي الجنس والمتحولون جنسيا (م.م.م.م)

غالبا ما يتم التغاضي عن التحديات الخاصة التي تواجه ال (م.م.م.م) في سوريا. فالأفعال الجنسية بالتراضي بين بالغين من نفس الجنس ، غير شرعية في سوريا. [125] والتمييز الاجتماعي العلني على أساس التوجه الجنسي والهوية الجنسية قائم في جميع أنحاء المجتمع السوري. ومن أجل عدم الوقوع في خطر تلويث شرف أسرهم ، يقع المثليون رجالا و نساء في كثير من الأحيان تحت ضغط قوي كي يتزوجوا ويُخفوا ميولهم الجنسية.

المخاطر التي تواجه الأشخاص المثليين ، بخاصة الرجال منهم ، زادت منذ بدء الصراع مما أدى إلى مستويات عالية من الضغط النفسي والتعرض للاستغلال وسوء المعاملة. [126، 127] تخلق مخاطر الحماية الخاصة التي يواجهها اللاجئون والنازحون السوريون المثليون ، وصعوبات الوصول الآمن والداعم للخدمات والوصمة والتمييز الشديدين ، صعوبات نفسية واجتماعية نوعية للغاية للمثليين السوريين في علاقاتهم الاجتماعية والاندماج والهوية والقدرة على الوصول إلى الدعم العاطفي والعملي.

اللاجئون المسنون واللاجئون من ذوي الاحتياجات الخاصة

اللاجئون المسنون ، وخاصة أولئك الذين لديهم مشاكل صحية ونظام دعم اجتماعي محدود ، عرضة للمشاكل النفسية والاجتماعية. [92] وقد وجدت دراسة بين اللاجئين المسنين في لبنان أن 65 في المائة منهم يظهرون علامات من الضغط النفسي وذلك بنحو ثلاثة أضعاف أعلى مما هو الحال لدى غيرهم من اللاجئين. [128]

كما وجدت دراسة أخرى ، بين اللاجئين السوريين المسنين في لبنان ، مستويات عالية من الشعور بالقلق (41٪) ، والاكتئاب (25٪) وعدم الأمان (24٪) والوِحدة (23٪). [129] شعر الكثير من اللاجئين المسنين في هذه الدراسة بالعجز ، وكان لديهم رغبة في العودة الى سوريا بالرغم من أن تحقيق هذا الأمر كان مستحيلا في حينه. وتحدث حوالي ثلث اللاجئين المسنين تقريباً في هذه العينة بأن هذه المشاعر السلبية تسبب اختلالاً خطيراً في قدرتهم على فعل ما يُتوقع به من شخص سليم في عمرهم. وكان الأكثر تضرراً و بصورة ملحوظة ،أولئك الذين يعانون من سوء حالة صحية. [129]

يشكل اللاجئون من ذوي الاحتياجات الخاصة بسبب الإعاقة والإصابات أو الأمراض المزمنة مجموعة أخرى ممن لديهم ارتفاع بمستويات الكرب النفسي. وجدت دراسة أجرتها المنظمة الدولية للمعوقين والمنظمة الدولية لمساعدة المسنين بين اللاجئين السوريين في الأردن ولبنان ، أن الأشخاص من ذوي الاحتياجات المحددة ، يعانون أكثر بمرتين من الكرب النفسي. [128]
و كما بالنسبة للاجئين السوريين الآخرين ، غالبا ما يتصل أو يرتبط الكرب النفسي لدى كبار السن أو ذوي الاحتياجات الخاصة بالخوف والغضب بشأن وضعهم ، و تتضاعف مع القلق حول الوضع في سوريا وكل ما تمت خسارته.
يرتبط الكرب الإضافي بالنسبة لذوي الاحتياجات الخاصة والمسنين من اللاجئين بمستويات مرتفعة من العزلة الاجتماعية التي أُبلغ عنها بين الأشخاص ذوي الإعاقة ، والتمييز على نطاق واسع وكلا الأمرين تفاقما جراء النزوح والفقر. لدى الكثير من هؤلاء مخاوف من أن ينفصلوا عن أسرهم أو رعاتهم أو أن يُتركوا لوحدهم عندما يكون على الآخرين الانتقال إلى أماكن أخرى. وعلاوة على ذلك ، فقد الكثيرون منهم البيئة الاجتماعية الداعمة والميسرة التي جرى بناؤها في سوريا على مدى أعوام بما في ذلك أماكن السكن والمساحة الاجتماعية التي يسهل الوصول إليها بالنسبة لمن يعانون من مشاكل التنقل ، وأبلغ العديد منهم أيضاً عن مشاعر العجز وشعروا بأنه سيُنظر إليهم على أنهم عبء من قبل القائمين على رعايتهم. [128]

الصحة العقلية والمعافاة النفسية الاجتماعية للأطفال السوريين

لا يزال الأطفال يعانون نتيجة الصراع والنزوح. حيث أن أكثر من 50٪ من السوريين النازحين داخلياً أو اللاجئين هم من الأطفال. ومن هؤلاء ، ما يقرب من 75٪ دون سن ال 12. [119]

وقد أصيب بعضهم وشهد العديد منهم الصراعات مباشرة أو قاسوا من تدمير منازلهم ومجتمعاتهم ، وعاشوا النزوح القسري ، وانفصال أسرهم والعنف المتكرر.
لا يزال الأطفال داخل سوريا ، يواجهون انتهاكات لسلامتهم وحمايتهم ، بما في ذلك التعرض للعنف الجسدي والجنسي والتجنيد من قبل الجماعات المسلحة ، وعدم الوصول إلى الخدمات الأساسية. [130 ، 131]

تؤدي هذه الأشكال من العنف والحرمان إلى مستويات عالية من الكرب النفسي. ورغم أن الأطفال اللاجئين قد يجدون الأمان من الصراع والاضطهاد عند وصولهم إلى البلدان المضيفة ، إلا أنهم غالبا ما يحتاجون وعائلاتهم إلى الدعم المستمر من أجل التكيف مع آثار الصراع. [132]
بالإضافة إلى ذلك ، يزيد احتمال أن يتعرض الأطفال للعنف في منازلهم وفي المجتمعات المحلية وفي المدارس ، أثناء النزوح والانفصال عن الأصدقاء والأسر والجيران ونقص الخدمات الأساسية.
من الجدير بالذكر أن أطراف مختلفة في الصراع متورطة في تجنيد الأطفال في وظائف الدعم والقتال ، مما يعرض هؤلاء الأطفال لخطر الموت أو الإصابة و الكرب النفسي أو التعذيب. [133 ، 134] ما يقارب من نصف الأطفال السوريين النازحين وخاصة الأطفال الأكبر ، لا يستطيعون مواصلة تعليمهم. [135-137] و قد تم تسجيل حوادث العنف الجنسي تجاه الأطفال على نطاق واسع في سوريا وبنسبة أقل في البلدان المضيفة للاجئين ، ولا سيما ضد الفتيات. [50 ، 138-140]. [114 ، 140 ، 141]

عموما ، وجدت الدراسات حول الأطفال السوريين اللاجئين أن الأطفال قد اختبروا مجموعة واسعة من المشاكل النفسية والاجتماعية الناتجة عن كل من خبراتهم في الحرب ، ووضعهم المعيشي الراهن. وتشمل هذه المشاكل المخاوف وصعوبات في النوم والحزن والأسى والاكتئاب (بما في ذلك الانسحاب من العائلة والأصدقاء) والعدوانية أو نوبات الغضب (الصراخ ، والبكاء ورمي أو كسر الأشياء) والعصبية وفرط النشاط والتوتر ومشاكل الكلام أو الصمت والأعراض الجسدية. كما ورد ذكر العنف واللعب المرتبطين بالحرب ، و أيضاً مشاكل النكوص و المشاكل السلوكية بين الأطفال. [37 ، 131 ، 132 ، 142]

أشارت الأبحاث بين الأطفال اللاجئين السوريين في تركيا إلى مستويات عالية من المشاكل الانفعالية والسلوكية: ما يقرب من نصف الأطفال لديهم مستويات هامة سريرياً من القلق أو الانسحاب و ما يقرب من ثلثي الأطفال كان لديهم خوف [143] وفي دراسة نوعية بين المراهقين السوريين في لبنان والأردن ، ذكرت الفتيات بأنهن عانين من عزلة جسدية واجتماعية كبيرة و من التمييز والتحرش. [144]
كما واجه المراهقون السوريون الذكور التمييز و هم يتعرضون أيضا للتنمر وغيرها من أشكال العنف الجسدي.

ويشعر الفتيان في سن المراهقة بشعور عميق من الإذلال الناتج عن استغلال الأطفال ، كالعمالة بأجر منخفض وبسبب الظروف السيئة والخطيرة فضلا عن التوترات الاجتماعية المتصاعدة بين اللاجئين السوريين والمجتمعات المضيفة. [144] وجدت دراسة حديثة في الأردن أن الفتيات المراهقات يواجهن مشاكل أكثر من الفتيان عموماً ، وأنه من المرجح أن يشعرن بالحزن ، والاكتئاب والخوف أكثر ، على الرغم من أن الفتيات يشعرن بالدعم من الأهل والأصدقاء أكثر من الفتيان. [37]

وتشمل المصادر الرئيسية للضغط النفسي لدى لأطفال التمييز من جانب أفراد المجتمع المضيف والمخاوف المتعلقة بالحرب ، بما فيها المخاوف حول العائلة التي تُركت في سوريا ، فضلا عن التجارب المؤلمة الخاصة بهم ، والمخاوف التعليمية. وذكرت التقارير أيضاً أن العنف الأسري والضغط النفسي للوالدين والضغوط الاقتصادية والحبس في المنزل ، هي عوامل تساهم أيضا في الضغط النفسي لدى الأطفال. [145] وتشير التقارير أيضاً أن الحبس والتحرش تعتبر من الضغوط الرئيسية الأكثر شيوعاً لدى البنات ، بينما يرجح أن يبلغ الصبيان أكثر عن الاعتداء الجسدي و التنمر .

هناك بعض الأدلة على أنه مع مرور الوقت ، ومع الدعم المناسب من الأسرة ، والبيئة المحيطة ومقدمي الخدمة المجتمعية تنخفض جوانب عديدة من الكرب لدى الأطفال اللاجئين. على سبيل المثال ، وُجد أن المراهقين في مخيم الزعتري في الأردن هم أقل خوفاً واكتئاباً من أولئك الذين يعيشون خارج المخيمات ، ويشعرون أيضا بدعم أكثر من والديهم والأشقاء والأصدقاء في منتصف عام 2014 ، مقارنة مع منتصف عام 2013 .[37] يمكن أن يكون تغيير الأدوار للأطفال عامل ضغط كبير - فمع الأطفال غالبا ما يعني التغيير تحمل المسؤوليات والقلق أو المخاوف التي تتجاوز أعمارهم -ولكن قد يكون بالنسبة لبعض الأطفال أيضا مصدراً للفخر والشعور بالهدف من خلال رعاية ودعم أسرهم [119].

5. الأطر الثقافية للصحة العقلية و المعافاة النفسية الاجتماعية

أعراض الصحة العقلية المحددة ثقافياً وتعابير الكرب

في الطب النفسي-الثقافي ، تشير التعابير الثقافية للكرب إلى أنماط مشتركة من التعبير عن الكرب داخل الثقافة أو المجتمع و التي يمكن استخدامها على مجموعة واسعة من المشاكل ، والظروف أو المخاوف. وتشير النماذج التفسيرية إلى الطريقة التي يفسر فيها الناس أعراضهم أو مرضهم و يكسبوها معنى ، و كيف ينظرون على وجه الخصوص إلى أسبابها ، و مسارها ، و النتائج المحتملة ، بما في ذلك كيفية تأثير حالتهم عليهم وعلى بيئتهم الاجتماعية ، وما الذي يعتقدون أنه العلاج المناسب. [146]

سيسمح فهم نماذج المرض المحلية و تعابير الكرب بالتواصل على نحو أفضل ، وهذه المعرفة يمكن استخدامها في تدخلات تهدف الى حشد القوة الفردية والجماعية والمرونة النفسية . بشكل عام ، على ممارسي الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS أن يتحاشوا التصنيف النفسي خاصة أن ذلك يمكن أن يكون منفراً و واصماً للناجين من العنف والظلم. إن بناء تحالف علاجي متين لممارسي الصحة العقلية السريرية مع عملائهم ، سيسمح لكل من الممارس والعميل الإبحار في النماذج التفسيرية المتنوعة ومصادر المساعدة التي يمكن أن تشمل النظام الطبي الرسمي وغير الرسمي ، والموارد والاستراتيجيات الدينية أو المجتمعية .

في سوريا ، حيث مفاهيم مثل الصحة النفسية " الحالة النفسية" ، أو" العافية النفسة " ، أو " الصحة العقلية" غير مفهومة عادة وغالباً ما يُساء فهمها ، تُفهم المعاناة عادةً كجزء طبيعي من الحياة ، و بالتالي لا تستدعي التدخل الطبي أو النفسي ، باستثناء الأشكال الحادة الأكثر إنهاكاً . قد يستخدم المرضى المكروبون في المواقف العيادية تعبيرات غير مباشرة عندما نسألهم عن عافيتهم في الوقت الحالي: من هذه التعابير قول: أنا تعبان (أنا تعبان أو أنا متعب ، نفسيتي تعبانة) . يشير هذا المصطلح إلى حالة عامة من التعب وربما يشير إلى مجموعة من الأعراض الانفعالية ، وأيضاً صعوبة في العلاقات . لذلك تحتاج مثل هذه العبارات إلى المزيد من التقييم لفهم المقصود بالنسبة للفرد في سياق معين.

غالبا ما يبدي المرضى الذين يعانون من مشاكل نفسية أو عقلية في البداية ، خاصة في مجال الخدمات الطبية ، شكاوى بدنية ، و ذلك قبل تناول الأبعاد النفسية والعلائقية أو الروحية لمحنتهم. [147] معظم تعابير الكرب العربية و السورية لا تفصل بين التجربة الجسدية والأعراض النفسية لأن الجسد والروح مترابطان في النماذج التفسيرية للمرض. قد يلجأ الناس إلى الصور والاستعارات والأمثال التي تفترض الترابط بين النفس والجسد. وتجدون أدناه بعض التعابير الأكثر شيوعا للكرب. إن فهم تعابير الكرب المحلية مهم للتواصل مع اللاجئين ، وبالإضافة إلى ذلك ، يمكن استخدام التعابير المحلية لدعم وإيصال التدخلات. [148] تفيد هذه التعابير الشائعة في التعبير عن أشكال مختلفة من الكرب ، بما في ذلك تلك المرتبطة بالاضطرابات النفسية. لكن ، بشكل عام ، لا يوجد تطابق تناظري بسيط بين التعابير أو المصطلحات ومشاكل الصحة العقلية المحددة أو الصعوبات الاجتماعية.

قد يُساء فهم استخدام التعابير اليومية والأمثال أو الاستعارات في السياقات السريرية ، للتعبير عن الكرب ، على أنها "مقاومة" للتواصل المباشر ، أو حتى يساء تفسيرها على أنها أعراض ذهانية. [149، 150] على سبيل المثال ، يعزو بعض السوريين الاجترار القهري لإغراءات شيطانية ، وذلك باستخدام الكلمة العربية (وسواس) wisswas التي تعني كلا من الشيطان والأفكار المتكررة المزعجة. [150] لذلك من الضروري دوماً التحري الدقيق والمنهجي في المعاني الثقافية الشخصية والمحلية لهذه التعبيرات.

التعابير والمصطلحات المحددة في السياق السوري

يتم إدراج عدد من المفاهيم الأساسية للكرب أدناه والتي تم تحديدها في الأدبيات الأكاديمية وتقييمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS المستخدمة من قبل السوريين ، سواء قبل أو بعد التهجير. وفي حين أنه ربما جرى تجميع هذه المفاهيم من دراسات مختلفة ، فإن الجدول التالي يعكس أهم المفاهيم المشتركة التي حُددت في الأدبيات.

<u>الكرب العام:</u> قد تكون عبارات مثل ثقل في القلب " مغص في الأحشاء" ، أو ألم في المعدة أو في الرأس ، تعبيرات عن التعب. تجربة القهر أو الضيق في الصدر ، الألم في القلب ، والخدر في أجزاء الجسم ، الشعور كما لو أن النمل يزحف على الجلد ، كلها تعبيرات شائعة يفهم منها أن أعضاء الجسم غير قادرة على احتواء الكرب النفسي. [151]

الخوف والقلق الترقبي

هابط قلبي (هبط قلبي) أو هبوط بالقلب (هبوط القلب)، حرفيا "سقوط أو انهيار للقلب"، تتوافق مع رد فعل جسدي للخوف المفاجئ. (خوف، "الخوف") أو أنا خيفان، "أنا خائف" هي التعبير المباشر عن الخوف. قامطني قلبي (قمطني قلبي، " قلبي يعتصر ") أو عتلان هم " أحمل قلق " يشير عموماً إلى القلق الترقبي .

الشعور بالعصبية أو التوتر

يستخدم الشعب السوري مصطلحات مختلفة لوصف شخص قلق أو متوتر: (عصبي، عصبية) يستخدم لوصف القلق كصفة أو سمة شخصية. و كلمة (معصّب) تُستخدم لوصف شخص حاليا هو عصبي (حالة مؤقتة). يتم استخدام مصطلح متوتر " أشعر بتوتر " للتوتر بسبب حالة معينة، مثل انتظار نتائج الامتحان أو معارضة الرأي أو وجود خلافات في الرأي مع شخص آخر. هناك تباين كبير في استعمال هذه المصطلحات: على سبيل المثال، يستخدم المراهقون السوريون في الأردن عصبي لوصف شعور الاستثارة أو الغضب، أو التوتر بسهولة، وترتبط مع "الشعور بالانزعاج من أشياء صغيرة" [37].

الحزن والصعوبة في التأقلم مع ضاغط نفسي حاد

" الحزن " والصعوبة في مواجهة العوامل الضاغطة الحادة أو المفاجئة قد يتم الإشارة إليها بكلمة الحياة سودة "الحياة السوداء" أو اسودت الدنيا بعيوني "الحياة اسودت في عيني ". ويمكن أن تشمل الشكاوى الجسدية الشعور بالعبء أو الثقل على الصدر مما يؤدي إلى ألم في منطقة الصدر أو عدم القدرة على التنفس والحاجة إلى الهواء، وكذلك فقدان الشهية والآلام في البطن والصدر واضطرابات النوم. مفهوم الحزن يمكن أن يُستخدم لحالة من الحداد. على سبيل المثال، استخدم المراهقون السوريون في الأردن هذا المصطلح عندما وصفوا افتقادهم لأصدقائهم في سوريا، والتفكير في كثير من الأحيان بخسائرهم والانسحاب من الحياة الاجتماعية. [37]

الاكتئاب

في حين قد يدل الحزن على حالة الاكتئاب إلا أن الأشخاص العاديين والممارسين للصحة النفسية على حد سواء قد يشيرون إليها على انها (حالة اكتئاب). الاكتئاب قد يحمل مفاهيم معقدة، مثل إطالة التفكير، اسوداد في المزاج، أوجاع وتوقعات متشائمة، وقد يرافقه مجموعة متنوعة من الأعراض الجسدية غير المفسرة طبياً وتعب وعلامات عزلة اجتماعية (ليس لديه أصدقاء، لا يتحدث كثيراً). [37]

نقص الموارد والعجز

غالبا ما يُشار إلى نقص الموارد والضائقة المالية بـ: العين بصيرة والأيد قصيرة (تراه العين ولكن اليد قصيرة أو لا يمكن أن تصل إليه). العبارات التي غالباً ما تُستخدم من قبل السوريين للتعبير عن العجز هي: ما في نتيجه، "لا توجد أية فائدة "، حاسس حالي مشلول، أشعر وكأنني مشلولة أو انشليت، ما عاد فيني اعمل شي، " فقدت الأمل" و "لا أستطيع أن أفعل أي شيء بعد الآن " مو طالع بإيدي شي"، " لا ينتج شيء من يدي " ، والذي يشير إلى عدم القدرة على القيام بأي شيء لتغيير وضع غير مرغوب فيه. تعبير آخر شائع عن الكرب في المجتمعات العربية والسورية، يستخدم عندما يتعلق الأمر بالعجز، هو (إحباط)، الذي يشير إلى مزيج من مشاعر الاكتئاب والإحباط، والشعور بالهزيمة وخيبة الأمل وفقدان الأمل.

الأعراض المعرفية: قد يشكو الناس أيضاً من أعراض فقدان التركيز والذاكرة، ويعربون عنها بمصطلح " مو قادر ركز " لا أستطيع التركيز " أو" لا أستطيع التفكير بوضوح ".

الغضب والسلوك العدواني

يجد بعض الرجال السوريين صعوبة في الاعتراف بمشاعر مثل الحزن والقلق. ولعل الغضب هو الانفعال الذي غالباً ما يطفو على السطح بسهولة ويُعبّر عنه بالسلوك العدواني داخل الأسرة وخارجها. قد يتبنى الرجل السوري وجهات نظر مثل أن الرجال لا يبكون ولا يخافون ولا يحزنون، ويربطون ذلك بالضعف. [89] وفي مجموعات نقاش مركزة بين المراهقين السوريين في الأردن كانوا يستخدمون تعبير (مشكلجي، "صانع المشكلات") للإشارة إلى الأطفال والمراهقين الذين يدخلون بسهولة في المشاكل، و يشكو الجيران أو الأصدقاء من سلوكه /ها . [37]

الجنون

في العامية العربية، غالبا ما يطلق وصف (مجنون) على الشخص الذي يعاني من اضطرابات عقلية وإعاقة شديدة، و "الجنون" كتصنيف للاضطرابات العقلية، يتداخل مع التصنيف الطبي النفسي للاضطرابات الذهانية كالفصام، و ليس مع تلك "الاضطرابات النفسية الشائعة" كالاكتئاب والقلق واضطراب الشدة بعد الرض. على الرغم من أنه مشتق تاريخياً من استحواذ الجن، فإن مصطلح " مجنون" يستخدم في الغالب دون أي إشارة إلى الاستحواذ أو الأفعال الخبيثة من قبل الجن. [152] وتستخدم كلمة مجنون أيضا في اللغة اليومية لأولئك الذين يتصرفون بشكل عام بطريقة غريبة أو غير طبيعية أو غير متوقعة ولكن ليس بالضرورة أن يكون لديهم اضطرابا عقليا.

الانتحار

قد يكون الانتحار ومحاولات الانتحار في الثقافات الناطقة باللغة العربية ، بشكل عام ، مصدرا للوصمة والعار والإقصاء الاجتماعي. بالإضافة إلى ذلك ، بعض جوانب الشريعة (الاسلامية) مُدرجة في القانون الوطني السوري ، مما يجعل محاولة الانتحار جريمة في سوريا. [153] يُطلب من ممارسي الصحة العقلية في بعض الدول المحيطة ، أن يقدموا تقريراً حول محاولات الانتحار للسلطات الوطنية ضمن القانون ، الأمر الذي يمكن أن يخلق تحديات للناس لناحية الكشف واستجابة ممارسي الصحة النفسية لهذا الكشف. ونتيجة لذلك ، قد يتجنب الناس الذين يريدون الانتحار الكشف عن أفكارهم المتعلقة بالانتحار. قد يستخدم السوريون عبارات غير مباشرة ، مثل نتمنى لو يمكننا أن ننام ولا نستيقظ (بتمنى نام ومافيق). ويرجح أن يجيب الناس أكثر على استفسارات حول الأفكار الانتحارية بحرية حالما تتوطد علاقة ثقة.

عادة ما يتم تدريس ممارسي الصحة العقلية مقاربة موضوع الانتحار بشكل تدريجي ، عن طريق طرح أسئلة لأول مرة عن جوانب أخرى من الكرب وطرح الأسئلة التي قد تجعل من السهل على أي شخص الرد بصراحة ، مثل: "هل فكرت يوما أن الموت أفضل من هذه الحياة ؟" ' ،' هل تتمنى أحيانا من الله لو يدعك تموت ؟ " ، أو " في مثل هذه الحالات ، بعض الناس قد يفكرون في إنهاء حياتهم ، هل فكرت في ذلك ؟ " ومع ذلك ، في السياق السوري ، قد يعرب الناس عن رغبتهم في أن يأخذ الله حياتهم كوسيلة يوصِلون للآخرين من خلالها أنهم في محنة ، مع عدم وجود أي نية لإنهاء حياتهم.

الجدول 1 (النسخة العربية السورية) والجدول 2 (النسخة الكردية الكيرمانجي) تعطي لمحة موجزة عن التعابير و مصطلحات الكرب الشائعة ، التي تستخدم من قبل الشعب السوري مع المشاكل المتعلقة بالصحة العقلية و المعافاة النفسية والمشاكل الاجتماعية.

Table 1: Common expressions and idioms of distress in Syrian Arabic

Arabic term or phrase	Transcription	Literal translations	Emotions, thoughts and physical symptoms that may be conveyed through these expressions
متضايق كتير هالفترة حاسس حالي متضايق ضايج نفسي مخنوقة	- Meddayyek ketir hal fatra - Haassess haalii meddayyek - Dayej - Nafsi makhnouka	- I am very annoyed these days - I feel annoyed - To be cramped - My psyche is suffocating	- Rumination tiredness, physical aches, constriction in the chest, repeated sighing - Unpleasant feelings in the chest, hopelessness, boredom
حاسس روحي عم تطلع	- Hassess rouhi 'am tetla'	- I feel my soul is going out	- Dysphoric mood, sadness - Inability to cope, being fed up - Worry, being pessimistic
قلبي -مقبوض انعمى على قلبي	- Qalb maqboud - In'ama 'ala kalbi	- Squeezed heart - Blindness got to my heart[1]	- Dysphoria - Sadness - Worry, being pessimistic
تعبان نفسياً- حاسس حالي تعبان- حالتي تعبانة- نفس تعبانه	- Taeban nafseyan - Hassess halii ta3ban - Halti taebaneh - Nafs ta'bana	- Fatigued self/soul	- Undifferentiated anxiety and depression symptoms, tiredness, fatigue
-ما قادر اتحمل الضغط علي كتير- مو قادر ركز من الضغوطات-	- Ma ader athammel - El daght 'alayy ketiir - Mou kaader rakkezz men el Doghoutaat	- Can't bear it anymore - The pressure on me is too much - Can't concentrate because of the pressure	- Feelings of being under extreme stress or extreme pressure - Helplessness
فرطت-	- Faratit	- I am in pieces	- General state of stress, sadness, extreme tiredness, inability to open up and to control oneself, or to hold oneself together
و الله مو شايف قدامي	- Wallah mou shayef oddaamii	- By God, I can't see in front of me	- General state of stress, feelings of loss of options, loss of ability to project into the future, - Confusion, hopelessness
-حاسس الدنيا مسكرة بوشي ما في شي عم يزبط معي-	- Hases eddenia msakkra bwishi - Ma fi shi 'am yizbat ma'i	- I feel the world is closing in front of my face - Nothing is working as planned with me	- Hopelessness, helplessness, state of despair
شو بدي إحكي...الشكوى لغير الله مذله -الحمد لله	- Sho baddi 'ehki… el shakwa le gher allah mazalleh -Al hamdullillah	- What am I supposed to say… it is humiliating to complain to someone other than God. - Praise be to God.	- Reference to shame in asking for help - State of despair, surrender
ما بعرف شو بدي إعمل بحالي	- Maa ba'ref shou beddi a'mel be halii	- I don't know what I am going to do with myself	- General state of distress - Feeling upset, edgy, helplessness -Hopelessness, lack of options
متوتر	- Mitwatter	- I feel tense	- Nervousness, tension
خيفان حاسس بالخوف مرعوب	- Khayfan - Hases bil khof Mar'oub	- I am afraid - I feel fear - Frightened, horrified	- Fear, anxiety - Worry - Extreme fear
مُعَصَّب	M3asseb	- I feel angry	- Anger, aggressiveness - Nervousness

Sources: This table is based on suggestions by Arabic speaking mental health professionals, including: Alaa Bairoutieh, Tayseer Hassoon, Ghayda Hassan, Maysaa Hassan,
Hussam Jefee-Bahloul, and Mohamed el Shazli.

Tab le 2: Expressions in Kurdish (Kirmanji dialect)		
Kurdish terms or expressions	**Literal translations**	**Emotions, thoughts and physical symptoms that may be conveyed through these expressions**
Bena mn tanga *Nafasa mn tanga*	- My breath is short	- Low mood
Chi béjim/ chi bikim vala ye	- What am I supposed to say/to do without Result	- Helplessness - Hopelessness - Loss of options
Dunia lber mn tari buya *Dunya li ber chavé min resh* *Búye*	- The world became dark in front of me - The world is closing in front of my face	- Despair - Hopelessness - Helplessness - Depression
Ez dihisim gu ezé bifetisim *Béna min dichiki*	- I feel I am going to suffocate	- Restlessness - Loss of options, - Feeling constricted
Dil shikestime, *Dilé min déshe*	- My heart is broken - My heart is aching	- Tightness in the chest - Chest pain - Stress - Anxiety - Sadness
Az taabima *Nefsí/ westyame* *Pir westyame*	- I'm tired - Fatigued self - Fatigued soul	- Helplessness - Hopelessness - Fatigue
Az nkarm bshughlm	- I can't fulfil my duties or responsibilities	- Inability or loss of drive or motivation to perform Activities
Az galak dfkrm	- I think a lot	- Excessive thinking /excessive worry - Could be associated with anxiety or depression
Lashe mn grana	- My body is heavy	- Fatigue
Kharna mn tunaya	- I have no appetite	- Loss of appetite that could be associated with grieving, anxiety, worry or depression
Az ghaidm *Az qahrima* *Az ejzm*	- I am sad - I feel sorrow - I feel incapable or impotent	- Low mood - Sadness - Incapacity - Feelings of injustice or of being defeated by unjust life circumstances
Jisme mn sist dbit	- My body becomes rigid	- Spasm of body parts which may occur in non-epileptic seizures and in epileptic seizures
Tahamula mn kem buya *Tahamula mn tunaya* *Nema tahmú*	- I feel that my ability to bear things is Reduced	- Excessive stress - Easily losing control over one's emotions - Difficulty coping, handling stress or pressures
Ez nizanim chi bi seré xwe *Bikim*	- I don't know what I am going to do with myself	- General distress - A state of confusion, loss of options and disappointment
Source: This table is made with expert input of Kurdish speaking mental health professionals: Rawisht Rasheed, Aram Hasan and Naz Baban.		

المفاهيم السورية حول الشخص

تصوغ الديناميات التاريخية والدينية والعرقية والاجتماعية وجهات النظر السورية حول الشخص وعلاقة الشخص بالعالم. وتؤثر المفاهيم الثقافية للشخص على كيفية اختبار الناس وتعبيرهم عن المعاناة وكيف يفسرون المرض والمصيبة وكيف يطلبون المساعدة. [154] في السياق السوري ، يسهم الإرث الثقافي والخلفية الدينية على حد سواء في الهوية الفردية و طرق فهم موقع الفرد داخل المجتمع والكون. يتشابك الدين والأعراف الاجتماعية بعمق في سوريا ، كما هو الحال في العالم العربي عموماً.

بالرغم من الأنماط العامة التي نوجزها فيما يلي ، يبقى ثمة تنوع كبير بين أفراد الشعب السوري.

المفاهيم الإسلامية للشخص

يمكن وصف المفهوم السوري للشخص بأنه مركزي اجتماعياً و كونياً ، حيث يُنظر إلى كل فرد على أنه مرتبط بمخلوق آخر خلقه الله ، بما في ذلك عالم الملائكة والأرواح. [155] يُرمز إلى هذا الرابط بواسطة البعد الثنائي لكل فرد: البعد العالمي الذي تحكمه إرادة الله والبعد الاجتماعي الذي تحكمه القوانين الاجتماعية للسلوك و الوجود.

مفهوم القدر (القدر ، المصير) مركزي في هذا السياق. لا ينبغي أن يُساوى هذا القبول بالقدر مع القدرية ، ولكن يمكن أن يُفهم على نحو أفضل في إطار من التخلي عن الذات ، وهو ما ينعكس في قيمة الصبر في مواجهة العجز والشدائد ، مثل المرض والخسارة. ويمكن اعتبار الحياة كمرحلة عابرة للوجود ، مكان اختبار للحياة الأبدية التي تتلو الموت. [155] قد يساعد إدراك الموت كمرحلة انتقالية بين حياتين أيضا على إعطاء معنى بنّاء للعزاء.

في سوريا حاليا تدل كلمة (الذات) على جوهر شخصية الإنسان ، وتستخدم كمرادف ل " النفس". و مصطلح النفس (نفس) يدل على النظام الداخلي(النفسي) . [156] استعملت كتابات العلماء العرب والمسلمين المبكرة عن مفهوم الشخص ، مصطلح النفس للإشارة إلى شخصية الفرد ، وتتألف من" قلب" و " روح " و " عقل " (ذهن) و إرادة . [154]

الرأي السائد ضمن الثقافات الإسلامية ، هو أن الشخص خُلق ضعيفاً. ويرتبط هذا الضعف " الجوهري" بمفهوم (التسليم)، أو الاستسلام الطوعي والواثق ب "الله الجبار " (كما في عبارة الله أكبر ، الله العظيم) [154].

ومع ذلك ، لا يمكن فصل *التسليم* وغيرها من التعابير عن ضعف الإنسان ، مقارنة مع قوة الله اللانهائية و جبروته ، عن فكرة *"التكليف"* ، والتي لها أن تمنح المسلم قوة معتبرة. قد تساعد فكرة الاستسلام ، السوريين على تقبل أفضل للمشاق باعتبارها "إرادة الله" ، في حين قد يساعدهم مفهوم التكليف على العثور على الحافز والدافع للتكيف مع المشقة. [154] وهناك رأي واسع الانتشار بين المسلمين السوريين ، مثل الآخرين ، هو أن الكوارث والأمراض يمكن أن يُنظر إليها على أنها فرصة للنمو وفرصة لتعزيز إيمان المرء ، وبالتالي ، ليست عقابية بالضرورة (أي أن الله يقوم بمعاقبة البشر على آثامهم). [155، 157، 158]

التنوع

قد تشارك التقاليد الدينية الأخرى في سوريا وجهة النظر الإسلامية حول الشخص ، ولكن لديها أيضا مفاهيمها المحددة للشخصية ، مثل الدور المركزي لتناسخ الأرواح (الاعتقاد بأن روح الشخص تنتقل من جسم إلى آخر) بين الدروز ، وهم أقلية دينية واجتماعية مع دينها التوحيدي الخاص بها.

وبطبيعة الحال ، لا يشير معظم الناس صراحة إلى هذه الفلسفات المختلفة. ومع ذلك ، فإن هذه القيم والأفكار الأساسية متشابكة مع العديد من مناحي الحياة اليومية ، و هي جزء من معرفة الخلفية الثقافية والتعابير الشعبية التي تؤخذ ببساطة " كأمر مفروغ منه" .

النماذج التفسيرية للأمراض النفسية والمشاكل النفسية الاجتماعية

توفر الأنساق الثقافية للمعرفة و المعتقد والممارسة نماذج تفسيرية للمرض والتي تشمل أفكارا حول السببية وسير المرض والعلاج المناسب والنتيجة المحتملة. قد تنهل هذه التفسيرات من أفكار معينة عما يصوغ الشخص والعالم ونظريات تطور الأمراض والشفاء منها. يمكن أن يكون للنماذج التفسيرية مضامين هامة من أجل التكيف و سلوكيات طلب المساعدة و ما يتوقعه المرضى من العلاج أو ما يخافونه من عواقب طويلة الأمد للمرض والوصمة.

على مدى العقود الأخيرة ، تغيرت المفاهيم الشعبية للصحة النفسية في سوريا تدريجيا. وقد زاد الوعي بالرعاية الصحية العقلية ، لا سيما في المناطق الحضرية. غالباً ما يعبر العملاء في أطر الصحة العقلية عن كربهم بتعابير جسدية دون استدعاء تفسيرات خارقة للطبيعة أو روحية.

و يرجح أن يعتبر العديد من السوريين أن أسباب معاناتهم أو صعوبات الصحة العقلية لديهم ، ناجمة عن العنف والخسائر والضغوط الاجتماعية والاقتصادية اليومية.

لقد أُفيد عن تأثير عوامل الضغط النفسي هذه على الصحة العقلية و المعافاة النفسية الاجتماعية على نطاق واسع ، و هي متسقة مع تأثير الحرب و الصراع على السكان. [122، 159-161] ومع ذلك ، فمن الشائع سماع التفسيرات الدينية و / أو الثقافية المحددة السياق لكل من الكرب والمرض أو مصادر الشفاء ا. بالإضافة إلى ذلك ، قد يستخدم الناس أو يأخذون في عين الاعتبار تفسيرات متعددة للتعامل مع مختلف جوانب مشاكلهم.

تم توصيف المفاهيم المشتركة و المحددة دينيا و ثقافياً لشرح المرض أو الكرب الشائع في سوريا أدناه. والهدف من هذا النقاش هو استكمال الأدبيات الموجودة حول آثار العنف والضغوطات اليومية على الصحة العقلية ومعافاة السكان المتضررين من الصراع في سوريا بشكل عام والسوريين على وجه الخصوص. عادة ما تتواجد النماذج التفسيرية المتعددة من الأعراض والمعاناة سويا. و على ممارسي الصحة النفسية أن يدركوا أن نماذجهم التفسيرية المهنية لمشاكل الصحة العقلية قد لا يشاركهم بها عملائهم ، وأن فرضها قد ينفر العملاء ويضر بالعلاقة بين العميل والممارس.

ومن المهم أيضا أن ندرك أن الناس قد تستخدم نماذج توضيحية مختلفة لشرح جوانب معاناتهم في لحظات مختلفة في الوقت المناسب ، وهذا يتوقف على السياق أو السؤال أو مصدر القلق. علاوة على ذلك ، في حين أن النماذج التفسيرية مهمة ، فإنه ينبغي أن لا تستخدم بطريقة مقيدة أو مفرطة التعميم (أي "المرأة السورية" تفكر س عن س) حيث أن مثل هذه النماذج التفسيرية تختلف بين الناس وعلى مر الزمن. على الممارسين أن يحاولوا فهم و احترام النماذج التفسيرية المتنوعة المستخدمة من قبل العملاء من أجل الانخراط بشكل أمثل مع عملائهم وتقديم دعم أكثر نجاعة.

وقد لاحظ العديد من الممارسين للصحة النفسية الذين يعملون مع اللاجئين من سوريا والنازحين أن النماذج التفسيرية للاضطراب العقلي والمواقف تجاه خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS تتغير بسرعة نتيجة للتجارب المشتركة للعنف والفقدان والنزوح ، والتي تميل إلى التقليل من الوصمة حول مشاكل الصحة النفسية. [57، 162]

النماذج التفسيرية الدينية

تلعب أنساق القيم الدينية دوراً هاماً في إدراك وفهم المشاكل النفسية ، وطرق العلاج.

فالروح في العقيدة الإسلامية ليست منفصلة عن الجسد. بل على العكس ، مترابطة مع الجوانب الجسدية والنفسية للتجربة و متشابكة بشكل وثيق. و عادة ما يُدرك توضع الكرب الانفعالي في القلب بدلاً من الرأس ، كما يُعتبر القلب مصدرا حيويا للصحة النفسية الجسدية البشرية. لذلك ، قد يكون عدم التوازن أو عدم التناغم في القلب مرتبطاً بالمرض العقلي. [158، 163، 164]

يعتبر التناسخ والتقمص بين الدروز اعتقادا مركزيا ، وقد يفهم الأفراد المعاناة والمرض العقلي عقاباً لهم على الآثام التي ارتكبوها في حيواتهم السابقة ، أو كعاقبة لموت عنيف في حيواتهم السابقة. [165-167] يتقاسم المسيحيون في سوريا بعض المفاهيم والمواقف تجاه الآلام النفسية المستندة إلى إطار إسلامي. ومع ذلك ، لديهم أيضا طرق مميزة من فهم المرض العقلي والتعامل معه. قد يكون هناك نزوع عام لقمع العواطف وتفضيل انتقائي لمشاركة الصراعات أو المآزق المكربة ، التي قد تكون مرتبطة بتقليد الاعتراف في المسيحية. [79]

بين المسيحيين والمسلمين السوريين ، وسيلة مشتركة للتكيف مع الكروب النفسية بالصلاة بما في ذلك قراءة القرآن ، وحضور الاحتفالات الدينية أو النذر الديني (نذر أو ندر) -على سبيل المثال ، ذكر مراهقون في مخيم الزعتري قراءة القرآن كآلية مشتركة للتكيف (بعد التحدث مع الآباء / الأصدقاء والانسحاب والتفكير في الأوقات الطيبة في سوريا). [37] بعض المسيحيين ، على سبيل المثال ، قد ينذرون نذراً بأن ترتدي إحدى إناث العائلة لباسا خاصت (توب العدرا) لفترة من الوقت ، كي يساعد الله العائلة على تخطي الصعوبات التي يواجهونها. يستفيد المسيحيون في سوريا أيضا من الكنائس ودعم المجتمع المحلي في التعافي الروحي وإدارة الضغط النفسي. ومن الشائع بين العائلات المسيحية استشارة القس في تقديم المشورة لأحد أفراد الأسرة الذي يمر بكرب.

النماذج التفسيرية الخارقة

قد يسعى بعض السوريين للبحث عن أسباب سوء الحظ والمرض في قوى "خارقة" (أو فوق-طبيعية). يعود هذا النوع من التفسيرات في جذوره إلى التقاليد الشعبية في العديد من المجتمعات العربية قبل الإسلام. [154، 168-173] قد يشير الناس من خلفيات اجتماعية واقتصادية وعرقية ودينية متنوعة في سوريا إلى وجود "الأرواح الشريرة" (الجن)، "السحر" أو "العين الشريرة" (عين الحسود) لتفسير أعراض "الجنون". ذُكر الجن في القرآن ويشكل جزءاً هاماً من نظرة الناس في سوريا إلى العالم. في الواقع ، يمكن أن يُنظر إلى الإيمان بالجن على أنه تعبير عن الإيمان. [154]

تعزى بعض الأمراض العقلية إلى الجن وخاصة في المجتمعات الريفية. و عدم فهم ذلك ، قد يعني بأن المرضى الذين يشكون من أنهم ملبوسين ، أو يتعرضون للهجوم أو الصفع من الجن ، قد يكونوا تحت خطر التمييز من جانب ممارسي الصحة العقلية. لذا على الممارس الكفؤ ثقافيا أن يستكشف فكرة الجن كنموذج تفسيري ، و كاصطلاح عن الكرب .

يتعين تمييز الحالات التي يستخدم فيها الشخص تفسيرات خارقة للطبيعة (ملبوس ، الروح الشريرة ، السحر ، والعين الشريرة) دون وجود حالة نفسية ، عن الحالات التي تتواجد فيها هذه التفسيرات مع أعراض ذهانية ، كالتحكم بالأفكار و غرز الأفكار أو الوهم. [174] إن معرفة التعابير المحلية والنماذج التفسيرية و نماذج التعبير ، بغاية الأهمية لإظهار هذه الفروق ، ولكن الأدلة على وجود أعراض أخرى للذهان و الاختلال الوظيفي ذو الصلة قد يكون أساسيا للتشخيص. كما ذُكر أعلاه ، غالبا ما يستخدم الناس مختلف النماذج التفسيرية بطرق مرنة وواقعية في محاولة لفهم حالتهم ومحنتهم.

الممارسات العلاجية المحددة دينياً وثقافياً

بينما قد يطلب العديد من السوريين الذين يعانون من مشاكل نفسية ، المساعدة من المهنيين الصحيين ، متوقعين العلاج الطبي أو النفسي ، قد يلجأ البعض أيضاً إلى الممارسات العلاجية الدينية أو التقليدية ، وقد يتعاطون مع الأمرين في وقت واحد ، أو أوقات متعاقبة. ذُكرت آليات التكيف الشائعة المحددة بين السوريين المتضررين من الصراع في قسم "التكيف مع الكروب النفسية" أعلاه. ويقدم هذا القسم المعلومات الأساسية حول الممارسات العلاجية الدينية والروحية في سوريا.

كثيراً ما يجري التماس الشفاء الديني للأمراض النفسية والجسدية من خلال شفاعة القديسين (مثل الأضرحة حيث يدفن القديسون) والأماكن المقدسة الأخرى. بعض المجموعات ، ولاسيما الصوفيين والعلويين ، وكذلك المسيحيين قد يستخدمون الأضرحة أو الرموز الدينية المقدسة المرتبطة بالقديسين لطلب المساعدة في حال المرض. و كانت عائلات المسلمين الشيعة ، تزور الأماكن المقدسة مثل مقام "السيدة زينب" في الماضي كأحد طقوس الشفاء المهمة. ولكن لم يعد الوصول إلى هذه المواقع ممكنا. قد لا يزال الحج الديني (الحج) بديلاً متوفراً للبعض ، ولكن نقص الموارد المالية أو عدم القدرة على السفر ، يجعل هذا الخيار مستحيلا بالنسبة لمعظم الناس.

تتضمن الأنواع الشائعة من العلاجات المستندة إلى الدين والتقاليد والروحانية في سورية والدول الأخرى في المنطقة ، الرقية والحجاب. و تشمل الرقية على آيات قرآنية أو أدعية ، يليها النفث (نفخ نفخة من الهواء مختلط أحيانا مع قليل من اللعاب) على الجرح أو الجزء المريض من الجسم. [175، 176]

عادة ما يؤدي الزعيم الديني هذا النوع من العلاج ، ولكن يمكن لأفراد العائلة أيضا القيام به . "الحجاب" ، هو تميمة مكتوبة تحتوي على آيات قرآنية وأدعية بدلاً من التلاوة.

تُحضر عادة من قبل (الكاتب) و هو معالج ذكر , و يتم تثبيتها على الجسم لطرد الأرواح الشريرة. .[171] في كلا النوعين من العلاج فإن "الشيخ" الزعيم الديني أو الروحي يقوم باختيار الآيات أو الدعاء التي يرى أنها مناسبة لنوع معين من المرض . يُدعى المعالج الديني والتقليدي عموما "شيخ" .

على الرغم من حقيقة أن الإسلام يحظر استخدام السحر ، فإنه يقرّ بوجوده وآثاره المحتملة الإيجابية والسلبية على الصحة (كما يمكن أن نقرأ في سورة البقرة في القرآن الكريم). ويرى البعض السحر كنهج بديل للتعامل مع الآلام ، وغالباً ما يتعايش مع الممارسات العلاجية الأخرى بما في ذلك الطب الحيوي. النموذج التوضيحي الكامن وراء استخدام السحر ، هو ردّ سبب المرض إلى استخدام الأرواح الشريرة أو الخبيثة (الجن) من قبل الآخرين. [177]

من المعالجين التقليديين والروحيين الأقل شيوعا في سوريا: الفتاحة (العرافة الأنثى) ؛ (الدرويش ، ذكراً كان أو أنثى وهم الذين يعالجون المرض العقلي باستخدام مجموعة متنوعة من الطقوس الدينية والروحية) ؛ و (معالج بالقرآن ، المعالجين القرآنيين الذكور الذين يستخدمون النصوص الإسلامية المقدسة لطرد الأرواح الشريرة). [178] و تُطبق إجراءات خاصة لعلاج التلبّس بالجن. كثير من الناس يشيرون إلى نجاح العلاج برؤية بعض النزيف البسيط من أخمص القدمين عندما تترك الروح الجسم. هذا ما يسمى ب "تحرر الروح " الذي عادة ما يؤدي إلى شفاء مفاجئ وعفوي. هناك أشخاص آخرين ذوي قوى خاصة و روابط مع الجن (المخاوي ، تآخي مع الجن) الذي لا يتم اللجوء إليه للتشاور بشأن تلقي العلاج ، بل لاكتساب المعرفة من الأرواح كوسائط (على سبيل المثال يمكن استخدام أجسامهم للوصول و الاتصال مع أرواح أخرى). قد يختبر المسيحيون أيضاً تجربة التلبس الروحي ولكن عادة ما ينظرون إليه على أنه "تلبس شيطاني" فيلجؤون إلى القس من أجل النصيحة والعلاج.

عندما يُدرك الكرب على أنه من الله ، أو ناجم عن قوة خارقة ، يقلّ احتمال أن يفسره الناس على أنه يحتاج إلى تدخلات طبية بيولوجية أو نفسية. [179] عندها يمكن تطبيع مرض كهذا فينظر إليه باعتباره تحدياً للتحمل. قد يكون من الصعب تقييم مستوى الكرب عند استخدام الشخص للأمثال بشكل متواتر واستدعائه الدين والإعراب عن حمد الله.

وقد يتعرقل استخدام خدمات الرعاية الاختصاصية أيضاً من فكرة أنه في نهاية المطاف فإن الشافي الوحيد هو الله ، وأن الممارسة الدؤوبة للقيم الدينية كافية للشفاء من المرض ، وعلاوة على ذلك ، إن أي "اختزال " في الصحة يمكن أن يكون مؤذيا بالفعل. [179] وفي هذا السياق ، من المهم استكشاف كيفية استخدام الناس للممارسات الدينية من أجل التكيف. و قد يكون مفيداً التعاون مع المعالجين التقليديين للتغلب على العوائق التي تحول دون التدخلات الطبية البيولوجية والنفسية. [180]

الدين وصنع المعنى

على الرغم من أنه قبل الحرب ، كان يُنظر إلى سوريا باعتبارها واحدة من أكثر المجتمعات علمانية في الشرق الأوسط ، لا تزال المعتقدات والممارسات الدينية بالنسبة للكثير من السوريين جزءا هاما من حياتهم اليومية. وعلاوة على ذلك ، فإن دور الدين يتغير في حياة الناس نتيجة للصراع ، بوجود أجزاء كبيرة من البلاد الآن تحت سيطرة جماعات مسلحة لديها إيديولوجيات متطرفة.

وبالتالي فإن هناك فرقاً هاماً بين تسييس الدين كجزء من ديناميات الصراع ، والممارسات والمعتقدات الدينية اليومية لدى النازحين السوريين. ومن الواضح أن ليس كل الناس الذين يعرّفون عن أنفسهم بانتمائهم إلى جماعة دينية ، متساوون في الالتزام والورع ، أو يتبعون ممارسات دينية معينة ، وقد يؤثر السياق الاجتماعي والسياسي الأوسع على آراء وممارسات الأفراد ، فضلاً عن كيفية التعبير عنها. قد يؤثر العنف والظلم الهائل في الصراع الحالي بشدة على دور الدين في الحياة الشخصية للناس: فيقود بعض الناس إلى التحول بقوة أكثر إلى معتقداتهم الدينية كمصدر للأمل و إعطاء المعنى ، في حين يبقى آخرون يشككون أو يعيدون تقييمهم لمعتقداتهم الدينية. [181، 182]

قد يؤثر تسييس الدين في الصراع الحالي أيضاً في كيفية رؤية الناس إلى الدين والممارسات الدينية. بالطبع ، بالإضافة إلى إعطاء معنى للمعاناة ، يعمل الدين في الشرق الأوسط أيضا كقوة رئيسية في التنظيم الاجتماعي للسكان: فقد يكون للانتماء إلى جماعة دينية معينة ، عواقب مهمة بالنسبة للأمن السياسي والدعم الاجتماعي [183]

تشير تقارير ممارسي الصحة العقلية الذين يعملون مع اللاجئين من سوريا أن بعض العملاء يصارعون المسائل الوجودية مثل: "كيف يمكن أن يقبل الله أن يحدث هذا لعائلتي ؟" ، أو "لماذا يسمح الله للآخرين بقتل الأطفال الصغار والمسنين ؟" وبالتالي ، من المهم تقييم ما تعنيه الهوية والممارسات الدينية بالنسبة للفرد.

معظم الناس يقعون في مكان ما على الطيف الذي يتراوح من اعتبار الدين كمركز لهويتهم ومفسرا للمعاناة ، إلى العلمانية التامة ورفض الدين. و في حين قد تعزز المعتقدات والممارسات العلاجية الدينية أو الروحية المرونة النفسية و التكيف ، فإنه و قبل تشجيع استخدام أي من مصادر الدعم ذات التوجه الديني ، من الضروري أن نفهم موقف الشخص تجاه الدين والقيم الروحية و مضامين الهوية وممارستها في سياقها الحالي.

6. مضامين تصميم خدمات مناسبة-للسياق للصحة النفسية والدعم النفسي

لهذا الجزء من الوثيقة أهمية خاصة بالنسبة للعاملين في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS المنخرطين في تقديم خدمات الصحة النفسية المباشرة للعملاء السوريين. إنه يوفر لمحة موجزة عن المعايير الدولية حول الصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي ومن ثم يعطي معلومات محددة السياق حول مسألة مهمة يجب أن تؤخذ في الاعتبار عند تطوير خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS للسوريين مثل اللغة ، وسلوك طلب المساعدة والوصمة حول الكرب النفسي والمرض النفسي. ويقدم الفصل أيضا بعض الأفكار حول ضمان الحصول على الرعاية لفئات محددة ، كما ويقدم مفاهيم مثل السلامة الثقافية والكفاءة الثقافية.

الإطار المفاهيمي لتعزيز الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي

منذ نشر المبادئ التوجيهية الدائمة المشتركة بين الوكالات للصحة النفسية والدعم النفسي الاجتماعي في حالات الطوارئ [1] في عام 2007 ، واعتمادها من قبل المنظمات الكبرى المشاركة في العمليات الإنسانية ، برز إجماع واضح حول حاجة خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS إلى التطوير. [184 -187] وعلى الصعيد العالمي ، حولت برامج الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS تركيزها من الأطر القائمة على الهشاشة إلى النهج القائم على المرونة النفسية والتعافي ، و الاعتراف باللاجئين والنازحين داخليا كعناصر فاعلة في مواجهة الشدائد. [187، 188]

ثمة نتيجة هامة من استخدام مفهوم واسع وشامل للصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS هو أن هذا المفهوم لا يمكن أن يكون حكراً على بعض المختصين بل على العكس من ذلك ، يخص جميع المشاركين في تقديم الدعم للاجئين وغيرهم من الأشخاص المتأثرين بالصراعات. تستخدم المفوضية UNHCR في توجيهها العملي لبرامج الصحة النفسية و الدعم النفسي والاجتماعي مصطلح نهج الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS وتدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS. [2]

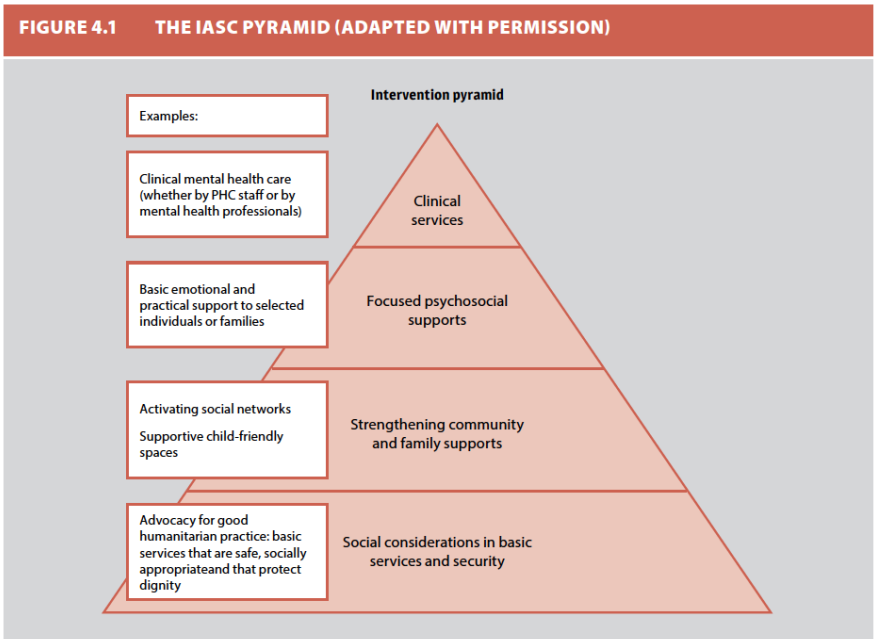
- تطبيق نهج متكامل في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS ينطوي على توفير المساعدة الإنسانية بطرق تدعم الصحة العقلية والنفسية والاجتماعية للاجئين — أي ما له صلة بجميع الجهات الفاعلة الإنسانية عند تنفيذ برامجها.
- تنفيذ تدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS يعني التركيز على الأنشطة التي هدفها الأساسي تحسين الصحة العقلية والمعافاة النفسية الاجتماعية للاجئين. وعادة ما يتم تنفيذ هذه الأنشطة من جانب قطاعات الصحة والحماية والتعليم القائمة على المجتمع المحلي. [2]
- قد يكون تركيز الممارسين المنخرطين في الصحة النفسية على الدعم الأولي وحل الأزمات على المدى القصير ، ولكن ينبغي ألا يكون ذلك على حساب التصدي للمخاطر التي لها عواقب طويلة الأمد بسبب الخسائر العميقة والضغوطات اليومية المستمرة التي يشهدها العديد من النازحين واللاجئين. يمكن تخفيف حدة بعض أهم العوامل في إحداث المراضة النفسية لدى اللاجئين ، من خلال التخطيط لبرامج إعادة التأهيل المتكاملة و إيلاء الانتباه إلى الدعم الاجتماعي ووحدة الأسرة. [114]

ثمة أيضا إجماع على أن تتكون تدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS من نظام متعدد الطبقات من الخدمات والدعم. وهذا الأمر له آثار هامة ، سواء بالنسبة لأولئك الذين يعملون في إطار الخدمات الصحية (الذي يشمل الممارسين العياديين من ذوي التدريب المتقدم في مجال الصحة النفسية) وكذلك الذين يركزون على الأنشطة المجتمعية النفسية والاجتماعية (ممن لديهم في الغالب خلفيات غير عيادية ، في العمل الاجتماعي أو المجتمعي).

من أجل دعم فعال للصحة العقلية والسلامة النفسية للسكان المتضررين من الأزمة السورية لا بد من صياغة أنشطة الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS بطريقة واسعة وشاملة ، وأن ترتبط الخدمات المختلفة والدعم وظيفيا ضمن نظام متماسك مع آليات مرجعية ثابتة. [1، 2] الوثائق الأساسية التي يجب اعتمادها للاستشارة عند وضع برامج الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS مدرجة في الملحق أ . يعرض الإطار 1 لمحة موجزة عن بعض المبادئ التوجيهية لهذه المقاربة المنهجية متعددة المستويات. ذلك أن تقديم مخطط تفصيلي لكيفية القيام بذلك ، يتجاوز مجال هذا التقرير.

الصندوق الأول : خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي متعددة الطبقات
الطبقة الأولى : الاعتبارات الاجتماعية في الخدمات الأساسية والأمن ضمان توفير الاحتياجات الأساسية والخدمات الأساسية (الغذاء والمأوى والمياه والصرف الصحي والرعاية الصحية الأساسية ، والسيطرة على الأمراض المعدية) وتوفير الأمن بطرق تحترم كرامة جميع الناس ويكون شاملا لأولئك الذين لديهم هشاشة خاصة ، لكن مع تجنب استهداف مجموعة واحدة حصرياً من أجل تقليل حدة التوتر بين المستفيدين ومنع التمييز والوصمة والمزيد من الكرب المحتمل. الطبقة الثانية : تعزيز دعم الأسرة والمجتمع المحلي تشجيع الأنشطة التي تعزز التماسك الاجتماعي بين السكان اللاجئين ، بما في ذلك دعم إعادة إنشاء أو تطوير هياكل قائمة على المجتمع المحلي للاجئين بحيث تمثل السكان من حيث السن والنوع الاجتماعي والتنوع. وهذا يشمل تعزيز آليات المجتمع ودعم الأسرة ، التي تحمي و تدعم أعضاء المجتمع من خلال النهج التشاركي. الطبقة الثالثة : الدعم النفسي الاجتماعي المركز توفير الدعم العاطفي والعملي من خلال التدخلات الفردية والعائلية و علاج المجموعات للذين لديهم صعوبة في التكيف و ذلك عن طريق تشجيع استخدام نقاط قوتهم و شبكات الدعم الموجودة الخاصة بهم. عادة يقدم مثل هذه التدخلات العاملون غير المتخصصين في الخدمات الصحية والتعليم أو المجتمع ، بعد التدريب ومع الإشراف المستمر. الطبقة الرابعة : الخدمات العيادية تقديم خدمات الصحة العقلية العيادية لذوي الأعراض الشديدة أو المستوى غير المحمول من المعاناة ، و الذي يجعلهم غير قادرين على تنفيذ الوظائف اليومية الأساسية. عادة ما تتكون هذه المجموعة من الأشخاص ذوي اضطرابات الصحة العقلية الموجودة مسبقاً والمشاكل الناجمة عن حالات الطوارئ ، بما في ذلك: الذهان ، إساءة استخدام العقاقير والاكتئاب الشديد وأعراض القلق المعطلة وأعراض الشدة ما بعد الرض الشديدة ، وأولئك الذين هم في خطر إلحاق الأذى بأنفسهم أو بالآخرين. عادة ما يقوم بهذه التدخلات اختصاصيو الصحة العقلية .

FIGURE 4.1 THE IASC PYRAMID (ADAPTED WITH PERMISSION)



الخدمات في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي في سياق الصراع السوري

خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS داخل سوريا

قبل الحرب ، كانت المرافق الطبية في المجتمع السوري متطورة بشكل معقول ، على الرغم من أن كمية ونوعية مرافق الصحة العقلية كانت منخفضة. [189، 190] ونتيجة الصراع تعطلت ودُمرت خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS في سوريا ، كما تعاني من نقص حاد في الموظفين المؤهلين. [191]

وعلى الرغم من أن خدمات الصحة النفسية في سوريا قائمة إلى حد كبير على المؤسسة ، [190، 192] فقد ظهرت العديد من المشاريع ، التي ركزت على اللاجئين العراقيين في سوريا قبل بضع سنوات ، و أثبتت نجاحاً في الوصول إلى الناس الذين يعانون من مشاكل الصحة العقلية وتوفير فرص الحصول على الرعاية من خلال الأنشطة المجتمعية النفسية القائمة على المجتمع والتواصل المجتمعي ودمج الرعاية الصحية العقلية في الرعاية الصحية الأولية. [193-196] بالإضافة إلى ذلك ، كجزء من الاستجابة الإنسانية لأزمة اللاجئين العراقيين والصراع السوري ، دعمت الوكالات الإنسانية الخدمات النفسية والاجتماعية في بعض المناطق ، وبدرجة أقل خدمات الصحة العقلية. [197-199]

خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS للاجئين من سوريا

تعاني خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS الوطنية في بلدان اللجوء من ضغط ملحوظ على طاقتها نظرا لزيادة الطلب ، ويواجه اللاجئون الحواجز التي تحول دون الوصول إلى هذه الخدمات فضلا عن القيود الموجودة من قبل في حجم ونوعية هذه الخدمات. [200] وكجزء من الاستجابة لوضع اللاجئين ، قدمت العديد من المنظمات الدولية والوطنية خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي والاجتماعي. [69، 200-205]

تشارك العديد من المنظمات في تقديم تدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS .حدد تمرين رسم الخرائط في الأردن أنشطة ل 47 منظمة مختلفة تشارك في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MPHSS ، و أحصت عملية مماثلة في لبنان أنشطة الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS ل 36 منظمة في لبنان. [200، 203]

و قد وضعت استثمارات كبيرة في كثير من البلدان لبناء القدرات الوطنية في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS - على سبيل المثال ، في الأردن تنفذ العديد من المساحات الصديقة للطفل من قبل المنظمات غير الحكومية الدولية بالشراكة مع المنظمات غير الحكومية المحلية أو المنظمات المجتمعية (منظمات المجتمع المدني) ، وهناك تعاون في لبنان والحكومة الأردنية ووكالات الأمم المتحدة لدمج الصحة العقلية في أنظمة الرعاية الصحية العامة. [69، 201، 206]

توقعات العملاء من خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي **MHPSS**

تعيش العديد من العائلات النازحة واللاجئين السوريين في ظروف صعبة للغاية. في مثل هذه السياقات ، قد يُتوقع أن يساعد الممارسون في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي على التصدي لقضايا العملاء خارج نطاق الخدمة الخاصة بهم. ولذلك ينبغي أن تتناول برامج الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS مجموعة كاملة من الاحتياجات والأولويات لعملائهم من خلال تحديد احتياجاتهم غير النفسية أو الاجتماعية وإحالتهم إلى الخدمات ذات الصلة في منطقتهم.

يتوقع الناس الذين ينظرون إلى أصول الكرب النفسي على أنها جسدية ، أن يحصلوا على علاجهم عادة من خلال زيارة المرافق الطبية. ونتيجة لذلك ، قد يتردد العديد من السوريين في التحدث بالتفصيل عن ذكرياتهم وتجاربهم ، لأنهم لا يرون أهمية لمثل هذه المعلومات في تشخيص حالاتهم الحالية. والناس الذين يعانون من اضطرابات عقلية ، والذين اتخذوا الخطوة لزيارة المرافق الصحية ، غالباً ما يتوقعون الحصول على وصفة دواء . الأمر الذي قد يضع الأطباء تحت ضغط اجتماعي كبير ليقدموا وصفة طبية ، حتى عندما لا يكون ذلك مستطبّاً. قد يتوقع أيضا العملاء الذين ينسبون علتهم لأسباب جسدية أو اجتماعية ، تدخلات تساعدهم في استعادة التوازن الداخلي والاجتماعي ، فضلاً عن السيطرة على أنفسهم وحياتهم.

إذا شعر بعض الناس أنهم "على حافة الجنون" ، أو إذا كانوا لا يفهمون ردود أفعال الآخرين من حولهم فإنهم قد يأملون الحصول على التطمين لتطبيع ردود الفعل الخاصة بهم أو ردود فعل الآخرين. بالنسبة لبعض المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة ، قد لا تأتي الرغبة في العلاج ، والتي قد تشمل الاستشفاء ، من أنفسهم ، بل على الأغلب من الأسرة أو من الآخرين في المجتمع.

قد يأمل بعض الناس بالحصول على مساحة يمكنهم فيها تبادل خبراتهم مع الآخرين ، لفهم وإيجاد سبل للتعامل مع تجاربهم السابقة والوضع الحالي واستعادة بعضا من التنظيم المعنوي. هذا لا يتطلب عادة خدمات عيادية في الصحة العقلية ، وإنما تدخلات الدعم النفسي القائمة على المجتمع التي يمكن أن تسهل إعادة إنشاء شبكات الدعم الاجتماعي ، والانخراط في أنشطة يومية ذات معنى ، ومشاركة المشاكل ومحاولة إيجاد حلول و آليات تكيف إيجابية.

في ظروف معيشية غير مستقرة ، حيث لا يمكن التنبؤ بالأحداث اليومية ، يتوقع العديد من الناس تدخلات مختصرة و موجهة و فعالة. ولعل هذا ما يفسر جزئيا عدم الالتزام أو التسرب على المدى الطويل ، والمقاربات التشاركية. قد لا يسأل بعض العملاء عن تفسيرات أو تبريرات لاختيار تدخل معين ، وخصوصاً عندما يتم تأسيس الثقة ويتم النظر إلى الممارس كخبير شرعي.

التحديات التي تواجه خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS

حتى عندما تكون خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي **MHPSS** متاحة ، قد يظل النازحون السوريون و اللاجئون من سوريا غير قادرين على الحصول على الرعاية الصحية العقلية أو الخدمات النفسية والاجتماعية. و ربما يكون أحد الأسباب المهمة نقص الموارد المالية لدفع التكاليف المباشرة أو غير المباشرة ، مثل المواصلات أو الدواء. [207-209] وهناك أيضا عوامل أخرى قد تؤثر في الحصول على خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي **MHPSS** كما هو مبين أدناه.

اللغة

هرب معظم اللاجئين السوريين إلى لبنان والأردن حيث الحديث باللهجات العربية المماثلة للهجة العربية السورية. في العراق ، يجري استخدام لهجة عربية مختلفة عما عليه في سوريا. لذلك ، في حين أن السوريين يفهمون اللغة العربية باللهجة العراقية ، فقد تختلف النبرة والتعابير المحلية اختلافا كبيرا. وقد أُجبر الأكراد في سوريا على تعلم اللغة العربية ، ولكن قد يفضلون استخدام اللهجات الكردية للتعبير عن بعض جوانب خبراتهم المتعلقة بالصحة العقلية. تختلف اللهجة الكرمانجي *Kirmanji* لدى الأكراد السوريين كثيرا عن اللهجة الصورانية التي يتحدث بها العديد من أكراد العراق. كما استضيف اللاجئين من سوريا في بلدان غير عربية مثل تركيا ، وقد يواجهون عوائق لغوية هامة. إلا أن السوريين من الجزء الشمالي من البلاد الذين على مقربة من الحدود التركية عادة ما يكونون ثنائيي اللغة (ناطقين بالعربية والتركية) ، ما يساعدهم على تيسير الوصول إلى الرعاية. [210]

وهناك تحد عام في مجال التواصل لممارسي الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS وهو تجنب استخدام لغة علمية واصطلاحية و التي قد تكون منفرة أو مخيفة للعملاء. عند التعامل مع العملاء يجب استخدام لغة واضحة وسهلة والتحقق من فهم العميل والأسرة . قد تنشأ مشاكل اللغة أيضا عندما يقوم الممارسون السريريون ، ممن ليس لهم دراية بالتعابير العربية المحلية بتدريب ، موظفي الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعيMHPSS للناطقين باللغة العربية والإشراف عليهم.

عند وجود حواجز اللغة ، قد يكون من الضروري التعاون مع الزملاء الناطقين باللغة العربية أو استخدام مترجم محترف مدرب تدريباً جيداً ومطّلع على مصطلحات الصحة العقلية ، وذلك من أجل التقييم الدقيق وتقديم العلاج. وقد يكون استخدام مترجمين رسميين أو مُخَصصين من المجتمع (أو الأسرة) أمر لا مفر منه بسبب القيود العملية ، ولكن هذا يطرح تحديات أخلاقية وعملية حول السلامة والسرية ونوعية التواصل بسبب انخراطهم الشخصي في الشبكات الاجتماعية للعميل وتجاربه الراضّة ، بالإضافة إلى عدم فهم المصطلحات الأساسية وعملية الاستقصاء السريري والتدخل. [211] ولذلك ، يحتاج الممارسون في الصحة والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS لأن يضمنوا كفاءة المترجمين بما يكفي للمساعدة ، ويجب أن يكونوا على بينة بالضغط النفسي المرافق للمترجمين والاهتمام بمعافاتهم النفسية من خلال إجراء التفريغ النفسي بعد المقابلة والمتابعة عند اللزوم. [212، 213]

النوع الاجتماعي وسلوك طلب المساعدة

حددت العديد من شرائح المجتمع السوري بشكل حاد معايير النوع الاجتماعي والتي قد تؤثر على جميع جوانب الصحة النفسية والدعم النفسي والاجتماعي ، بما في ذلك مصادر الضغط النفسي ، والتعبير عن الشدة (انظر القسم "وصمة العار التي تحيط بالكرب النفسي والمرض العقلي") وآليات التكيف وسلوك طلب المساعدة. هناك اختلافات كبيرة ذات صلة بالنوع الاجتماعي(الجنس) في كيفية وتوقيت وصول الذكور والإناث إلى الخدمات ، ولا سيما بالنسبة للمراهقين والمراهقات والرجال والنساء. ففي كثير من المجتمعات الإسلامية ، المرأة أقل تفاعلاً في الأماكن العامة ، الأمر الذي قد يحد من قدرتها على الوصول إلى خدمات الصحة العقلية والنفسية والاجتماعية. [214، 215] بيد أنه و في السياق الحالي للصراع والنزوح ، يرجح أن تسعى النساء أكثر من قبل ، و غالباً مع أطفالهن ، للحصول على الرعاية الصحية النفسية والدعم النفسي.

و يصح ذلك بصفة خاصة إذا تم تقديم الخدمات بتعابير أكثر حيادية مثل " الاستشارة" ، و أن تُدمج في برنامج شامل للمرأة ، و تُزوّد بأماكن آمنة للنساء والأطفال.[52] وبالنسبة للرجال ، قد تكون هناك حاجة إلى مقاربات أخرى مثل توفير المعلومات عن طريق التسجيل الروتيني أو غيرها من نقاط الخدمة الأساسية في المراكز الصحية أو في المؤسسات الدينية. يمكن تحقيق اتصال الرجال والنساء و دمجهم بنجاح من خلال توفير الاحتياجات الأساسية. [144]

قد تعقد قضايا الكبرياء والشرف المتعلقة بالنوع الاجتماعي ، الكشف عن الأحداث التي يمكن أن تكون مصدراً لوصمة العار أو الخجل (مثل الاعتداء الجنسي - انظر الأقسام أعلاه). و قد يتجنب كل من الرجال والنساء الكشف عن التجارب الحميمة والخبرات الواصمة إلى ممارس ذكر بسبب الخجل أو الخوف من إطلاق الأحكام. وبالتالي من المهم أن يتمكن العملاء من اختيار إما اختصاصي أو اختصاصية بالصحة العقلية ، وخاصة للتعامل مع مسائل حساسة كالعنف الجنسي.

قضايا السلطة والحيادية

في سياق الصراع الحالي ، قد يتم النظر إلى الممارسين في الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS كمتحزبين إما لطائفتهم الدينية أو لانتمائهم العرقي ، أو لتوجه سياسي مفترض. قد يشعر الناس بخيبة أمل تجاه المجتمع الدولي لعدم مساعدتهم ، الأمر الذي قد يؤثر أيضاً على تفاعلهم مع العاملين في المجال الإنساني. بالإضافة إلى ذلك ، قد تؤثر الخلفيات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المختلفة على التفاعل بين الممارسين في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS واللاجئين. وعلاوة على ذلك ، قد تؤثر تجارب الصراع والتوترات الاجتماعية بين اللاجئين والمجتمعات المضيفة على التفاعل بين الممارسين واللاجئين. تثير أيضا تدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS مع اللاجئين والنازحين قضايا ديناميات القوة التي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار بعناية لتجنب خلق أوضاع تجعل الناس يشعرون بالتبعية و الاعتماد على الموارد والخبرات التي يتمتع بها الممارس. ينقل هذا النوع من اختلال ميزان القوة رسالة سيئة للناس في أنهم لا يملكون وسيلة لمساعدة أو شفاء أنفسهم. يمكن للمقاربة المتمركزة حول الشخص في الدعم النفسي والاجتماعي والحوار العيادي ، والساعية إلى الشراكة والتعاون الحقيقي ، أن تسهم في التمكين وتعزيز الصحة النفسية. إن أحد أهداف تدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي هو زيادة ثقة المرضى والكفاءة الذاتية. قد يختبر العديد من المرضى مركز الخبير على أنه سلب لقوتهم و تجريد لسلطتهم.

لقد سُلب النازحون واللاجئون السوريون القوة والسيطرة على معظم جوانب حياتهم ، ويُرجح أن يحوزوا على إحساسهم بالتمكين ، فقط إن شاركوا بفعالية في صنع القرار في خطة التدخل. يجب على الممارسين في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS أن يتجنبوا التوجيه أو إطلاق الأحكام بشكل مفرط ، والاستماع عن كثب إلى رغبات وآراء الأشخاص الذين يطلبون المساعدة وتمكينهم ليكونوا قادرين على اتخاذ قراراتهم بأنفسهم. وبالإضافة إلى ذلك ، يجب أن يكون الممارسون في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS على علم بأن تجاربهم الخاصة ، وقيمهم ومعتقداتهم قد تؤثر على تفاعلهم مع عملائهم ، لكي يضمنوا معاملة جميع اللاجئين باحترام وكرامة.

الوصمة حول الضغوطات النفسية والمرض النفسي

يعتبر التعبير العلني و الحاد ، في سوريا والدول المجاورة ، عن المشاعر مقبول إلى حد ما ، رغم أن الرجال غالباً ما ينشؤون على فكرة أن البكاء والتعبير عن العواطف أمر يختص بالنساء والفتيات اللواتي يرجح أكثر أن يناقشن القضايا العاطفية والعلائقية مع الأصدقاء والعائلة. يُربّى العديد من الرجال على قمع التعبير العلني عن العواطف المرتبطة بالضعف ، ما عدا ، ربما بكاء الرجل على فقدانه لطفله. [55، 216]

و لكن ، بشكل عام ، يُنظر إلى المعاناة العاطفية كجانب متأصل من الحياة. بدلاً من ذلك ، فإن الوسم الصريح للكرب الشديد "بالنفسي" أو "الطبنفسي" هو الذي يشكل مصدراً للعار و الحرج والخوف من الفضيحة ، بسبب خطر اعتبار الشخص "مجنونا" . كلمة " الجنون" تلقي العار على المرضى وأسرهم ، وتؤثر على استخدام الخدمات. وهذا يجعل من قرار طلب المساعدة المهنية والالتزام بالعلاج عملية معقدة. [179] إن الممارسين الذين يتجنبون استخدام المصطلحات النفسية قد يسببون وصمة أقل ، وتكون لغتهم أسهل فهماً. ولعل دمج الرعاية الصحية العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في مؤسسات رعاية غير واصمة ، مثل عيادة طبية عامة أو مركز للطفولة والأسرة أو مراكز مجتمعية ، قد يسهل الوصول إليها ويتيح استخدام خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS. [180]

في الماضي ، كان الكثير من السوريين ينظرون بعين الشك إلى علم النفس والطب النفسي واللجوء إلى خدمات الصحة النفسية بشكل عام. قد يعكس هذا التوجس الفهم السلبي للمرض العقلي ، فضلاً عن الخوف من وصمة العار والفضيحة ، وفي بعض الحالات بسبب قضايا تتعلق بنوعية ونمط الخدمات المقدمة (على سبيل المثال ، نقص الخدمات الصحة العقلية أو النفسية الاجتماعية القائمة على المجتمع).

أفاد الاختصاصيون العاملون مع السوريين أن بعض اللاجئين من سوريا ، لا سيما من لديهم تجارب تعذيب ، أضحوا حذرين من أي اختصاصي. العديد من الأفراد غير قادرين على التمييز بوضوح بين مختلف الممارسين في مجال الصحة العقلية ، مثل الأطباء النفسانيين أو الأطباء أو الاختصاصيين النفسيين أو المعالجين النفسيين ، أو المستشارين النفسيين. على سبيل المثال ، قد يسأل السوريون عن طبيب أعصاب (طبيب الاعصاب) بينما هم يقصدون الطبيب النفسي .

العديد من اللاجئين من سوريا ،باتوا على استعداد متزايد لطلب المساعدة من خدمات الدعم النفسي والاجتماعي والصحة العقلية . [58] وفي واحد من تقييم الاحتياجات يرتب اللاجئ السوري في كثير من الأحيان الخدمات في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي على أنها مهمة جدا. على سبيل المثال ، ذكر غالبية اللاجئين السوريين في محافظة دهوك في العراق أن خدمات الصحة العقلية تعتبر الخدمة الأكثر حاجة لوضعهم. [71]

ضمان السلامة والكفاءة الثقافية في برامج الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعيMHPSS

سيتم تعظيم الثقة والتعاون عندما يشعر مستخدمو الخدمة أن النماذج التفسيرية الخاصة بهم حول المرض معترف بها من قبل الممارسين و يتم دمجها في تقييم وتخطيط الرعاية. يتطلب تحقيق ذلك وجود بيئة آمنة من الناحية الثقافية واحترام التنوع على أساس الاحترام المتبادل ، حيث يمكن أن تُستكشف وجهات نظر العملاء وعائلاتهم بعناية.

أهمية وضع الإطار (الخلفية)

في سياق تقديم الخدمات في كثير من الأحيان هناك عامل مهم لقبول خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS. وغالبا ما تُقام البرامج النفسية والاجتماعية حتى في ظروف غير طبية ، مثل المراكز المجتمعية وبرامج المرأة ، والمساحات الصديقة للطفل ، والمدارس ، وغيرها من الأماكن. يمكن أن تسهم التدخلات النفسية في توسيع شبكات الدعم الاجتماعي. خاصة بالنسبة للنساء والفتيات ، اللواتي يواجهن العزلة المادية والاجتماعية ، وأماكن آمنة تسمح للمشاركين ببناء رأس مال اجتماعي ومناقشة القضايا الحميمة ذات الصلة بتغيرات الحياة ، والعواطف ، بما في ذلك المخاوف الأكثر حساسية مثل العنف المنزلي. [144]

بالإضافة إلى ذلك ، هناك اعتراف متزايد بضرورة إشراك الرجال في البرامج النفسية بطرق مناسبة للثقافة والنوع الاجتماعي ، مع التركيز بوجه خاص على تقديم أنشطة هادفة للرجال في المكان والتوقيت المناسب للرجال مثل الأنشطة المسائية في المراكز المجتمعية والمساجد ، والأنشطة الرياضية والمساحات الاجتماعية الأخرى.

يمكن أن يتم العلاج الطبي النفسي في أطر متخصصة مثل العيادات الخارجية للصحة العقلية ، ولكن قد يكون هناك خوف من الوصمة. على سبيل المثال ، تم إجراء تجربة علاج نفسي لاضطراب الشدة ما بعد الرض في تركيا في غرفة في مبنى روضة للأطفال وقد تظاهر العديد من العملاء للاجئين الآخرين بأنهم كانوا يحضرون أطفالهم إلى الروضة فحسب. [194] قد يكون كثير من السوريين أكثر راحة عند زيارة مرافق الرعاية الصحية العامة لطلب علاج الصعوبات النفسية ، بسبب الوصمة الأقل المرتبطة برؤية الطبيب ، ولكن أيضا بسبب اعترافها بالترابط العميق بين المعاناة الجسدية والنفسية.

وهذا يؤكد الحاجة إلى بناء القدرات وتقديم التدريب والدعم لمقدمي خدمات الرعاية الصحية الأولية بحيث يمكن أن يتم تدبير مشاكل الصحة العقلية والكرب النفسي داخل أطر الرعاية الصحية العامة. يمكن لوجود أعراض جسدية أن يوفر فرصة لتقييم المعافاة النفسية الاجتماعية للعملاء ومشاكل الصحية العقلية المحتملة ، وخاصة الأمراض الجسدية مثل الصداع ، والغثيان ، والأرق التي قد تكون نجمت أو تفاقمت بسبب الضغوطات والمخاوف النفسية والاجتماعية.

من المهم لبرامج الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS التعامل مع العديد من اللاجئين السوريين المؤهلين والمتعلمين الذين يعملون بجد لتحسين الصحة العقلية المجتمعية والمعافاة النفسية والاجتماعية من خلال الشبكات الشعبية. حيث يمكنهم أن يوفروا ارتباطات حاسمة مع المجتمع المحلي ويعملوا كوسطاء ثقافيين أو وسطاء في أطر الخدمة الطبية والاجتماعية من خلال شرح الافتراضات الأساسية لتحسين التفاهم المتبادل بين المساعد والعميل.

خدمات الصحة النفسية للناجين من العنف ضد جنس محدد أو ضد التوجه الجنسي

غالباً ما تتردد النساء والفتيات وكذلك الأولاد والرجال بسبب الخجل والخوف من الوصمة الاجتماعية والانتقام ، وكذلك بسبب المخاوف إزاء عدم وجود السرية ، في الإبلاغ عن حالات العنف الجنسي أو التحرش أو في البحث عن علاج. [118، 217-219] و حتى لو سعى الناجون من العنف الجنسي إلى طلب المساعدة ، والحصول على الدعم الطبي والقانوني والنفسي الآمن والسري فإن الخدمات محدودة جداً داخل سوريا حيث أن الوصول إليها ونطاقها والحصول على الخدمات غالباً ما يكون صعباً. [98] وفي بلدان اللجوء ، قد تكون خدمات الناجين من العنف الجنسي أكثر يسرا ، رغم التباين في سهولة الوصول والجودة. في الأطر الصحية ، يمكن أن يعبر الناجون عن مثل هذه التجارب من العنف الجنسي من خلال الشكاوى الجسدية أو البدنية. [220]

ربما تكون الخدمات المقدمة للناجين من العنف الجنسي ، أكثر قبولاً إذا تم تقديمها ضمن بيئة غير واصمة ، مثل المراكز الصحية العامة أو المراكز النسائية ، دون التصدي في البداية لقضية الاعتداء بشكل واضح. إن توفير خدمات آمنة وغير واصمة وداعمة مع تدريب كوادر متخصصة لاستقبال الكشف عن العنف الجنسي والاستجابة له بطريقة سرية ومناسبة ، يزيد من احتمال شعور الناجين بالراحة في الكشف والوصول إلى الخدمات. لدى الناجين من الاغتصاب وغيره من أشكال العنف الجنسي مخاطر عالية لتطوير الاضطرابات النفسية ، ولذلك فإن تقديم خدمات الصحة العقلية كجزء من الخدمات المتعددة القطاعات المقدمة للناجين من أنواع العنف هذه ، ينبغي أن يكون أولوية. [110]

ضمان إمكانية الوصول لضحايا التعذيب

لدى السوريين الذين اختبروا التعذيب في كثير من الأحيان احتياجات نوعية في الصحة العقلية والنفسية الاجتماعية. لدى الكثير منهم مجموعة من الأعراض النفسية والاجتماعية والجسدية. ويمنع الخجل والشعور بالذنب ، المتعلقيْن في كثير من الأحيان بخبرات التعذيب المذلة والمُحِطة من الكرامة ، بعض الناس من طلب المساعدة المتعلقة بالخدمات الصحية العامة أو العقلية. وهم يظهرون شكاوى غالباً ما تكون جسدية ، مثل الصداع وأوجاع الجسم والخدر والإحساس بالوخز وآلام في المعدة ومشاكل في التنفس. و هذا المزيج من المشاكل سببه في الغالب الآفات العضوية المتعلقة بالتعذيب و "الجسدنة "، أي التعبيرات الجسدية عن الكرب العاطفي. ومن سوء حظ الناجين من التعذيب ذلك الانقسام بين "الرعاية الصحية الجسدية" و "الرعاية الصحية العقلية" حيث أن وسم المشكلات "بالجسدنة " (مع افتراض أن المشكلة "الحقيقية" هي نفسية) عادة ما يكون غير مفيد.

في نفس الوقت ، التشخيص الجسدي دون علاج فعال (على سبيل المثال ، "أضرار في العمود الفقري " أو " الاعتلال العصبي المرتبط بالتعذيب ") قد يحرض عملية تثبيت للجسدنة والتكيف السلبي الذي يمكن أن يعوق العمل نحو تحسين الأداء الوظيفي ويؤدي إلى تفاقم الأعراض.

يمكن أن يحدث هذا ، على سبيل المثال ، عندما تجعل وسمة التشخيص الناسَ يمانعون في القيام بحركات معينة مخافة أن يسبب ذلك مزيداً من الأذى. لذلك تتجنب بعض المراكز المتخصصة في علاج ضحايا التعذيب في المنطقة وضع العلامات التشخيصية ، وبدلاً من ذلك ، تعمل مع كل عميل على حدة للتعامل مع الأعراض وتحسين الأداء البدني والنفسي والاجتماعي. كما يواجه الناجون من التعذيب عامة طيفا من القضايا الاجتماعية بما في ذلك صعوبات في الحفاظ على العلاقات مع الأصدقاء والعائلة والشعور بأنهم غير مفهومون أو غير مرحب بهم من جانب أفراد المجتمع. قد يكون لدى الناجين كما لدى العائلة أو الأصدقاء مشاعر قوية بشأن التعذيب ولكنهم يواجهون صعوبات في مناقشة هذه القضايا. وهذا قد يترك الناجين معزولين مع خبرتهم بينما تصارع العائلة أو الأصدقاء أيضا مع مشاعر مكتومة مثل الشعور بالذنب لأنهم لم يكونوا قادرين على حماية الناجي من التعذيب. و يمكن أن تؤدي تجربة العنف الجنسي أثناء التعذيب (أو حتى الافتراض بأن أحد الناجين من التعذيب قد تعرض للعنف الجنسي) ، إلى الوصمة الاجتماعية و إلى المزيد من العزلة لدى الناجين. ولذلك ينبغي أن يكون لتوفير خدمات الصحة العقلية مع موظفين متخصصين ومدربين في مجال الخدمات المناسبة للناجين من التعذيب أولوية ، لا سيما في المناطق ذات التركّز العالي من اللاجئين السوريين.

ضمان إمكانية الوصول للاجئين المثليين

في الشرق الأوسط ، تطلب بعض الأسر وأحيانا المثليين أنفسهم من ممارسي الصحة النفسية بشكل منتظم "علاج" "مرض" المثلية الجنسية ، ويزعم بعض العاملين في مجال الصحة النفسية تقديم مثل هذه الخدمات. [128] أفاد اللاجئون المثليون عن انخفاض مستويات الثقة في خدمات الصحة العقلية والنفسية السائدة ، نتيجة لهذه التمييز وانعدام السرية. إن ضمان توفير خدمات صحة عقلية وخدمات نفسية اجتماعية محترمة وحساسة للقضايا التي تواجه السوريين النازحين المثليين ، وخدمات استشارة سرية ومجموعات دعم ، هو أمر مهم نظرا لوجود عوامل ضاغطة محددة للغاية وقضايا عاطفية واجتماعية ، تواجه المثليين السوريين.

التقييمات ذات الصلة الثقافية

من المهم للمهنيين في مجال الصحة العقلية السريرية مثل الأطباء النفسيين والاختصاصيين النفسيين السريرين ، أن يدركوا أن فهمهم لعملائهم وتظاهر الأمراض العقلية والنفسية والاجتماعية (وغياب) المعافاة ، متجذر في السياقات الاجتماعية والثقافية والدينية.

ولذلك تكون التقييمات السريرية أكثر دقة وملاءمة عندما يدمجون الأسئلة عن الأساليب المحلية للتعبير عن الكرب ، مع فهم المرضى للأعراض. [221، 222] توفر *مقابلة الصياغة الثقافية* في الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-5) للجمعية الأمريكية للطب النفسي مقاربة بسيطة واحدة لمساعدة العاملين في مجال الصحة النفسية في هذا الجانب من التقييم. [223، 224] وعلاوة على ذلك ، ينبغي ألا يبحث التقييم السريري عن الأعراض فقط ، بل أيضا تقييم ما إذا كان لدى الشخص خللا في الأداء الاجتماعي وتقييم نقاط القوة والتكيف.

7. الخلاصة

يشكل اللاجئون من سوريا والنازحون في داخل سوريا مجموعة متنوعة للغاية من السكان من حيث الخلفيات الدينية والعرقية واللغوية والاجتماعية والاقتصادية .وقد كان للمصاعب المستمرة والعنف المرتبط بالصراع آثارا شمولية على الصحة العقلية والمعافاة النفسية للبالغين والأطفال السوريين.

تتضاعف الخبرات المتعلقة بالصراع بعوامل الضغط اليومية للنزوح بما في ذلك الفقر، ونقص الموارد والخدمات لتلبية الاحتياجات الأساسية، ومخاطر العنف والاستغلال والتمييز والعزلة الاجتماعية. وقد قاسى العديد من اللاجئين والنازحين من العنف المتصل بالصراع، وتعرضت النساء والفتيات بشكل خاص إلى العنف الجنسي ضد الجنس أو ضد التوجّه الجنسي مثل العنف المنزلي والعنف الجنسي والزواج المبكر والتحرش والعزلة والاستغلال والجنس البقائي في كل من سوريا وبلدان اللجوء. من القضايا المركزية بالنسبة للكثير من السوريين هي الخسارة والأسى، سواء على أفراد الأسرة المتوفين أو على الخسارات العاطفية أو العلائقية أو المادية.

المصدر الأول للدعم لمعظم السوريين، هو دائرة الأسرة والأصدقاء. ومع ذلك، يمكن أن يمزّق النزوح والعنف وديناميات الصراع هياكل الدعم الاجتماعي ويبدل الشبكات الاجتماعية وأدوار النوع الاجتماعي، والتي قد تقوّض القدرة على التأقلم وتساهم في العنف الاسري والكرب النفسي. في الأزمة الحالية الممتدة، مع عدم وجود نهاية في الأفق، وزيادة مستويات الفقر وعدم وجود خيارات لكسب الرزق، وتزايد القيود المفروضة على اللاجئين في حقهم بطلب الحماية الدولية والوصول إلى الخدمات في دول المنطقة، بدأ الكثير من السوريين بالإحساس باليأس

و هذا قد يقود إلى استراتيجيات تكيف سلبية في التعامل مع الضغط النفسي والتصدي للكفاح اليومي في إعالة أنفسهم وأسرهم. وعلاوة على ذلك، فإن الاعتماد على المساعدات الخارجية، وعدم القدرة على إعالة أنفسهم غالباً ما يؤثر سلبا على كرامة الناس و على إحساسهم بالقوة.

مستويات الضغط النفسي مرتفعة بين النساء والفتيات والفتيان والرجال. والأشخاص الذين يعانون من اضطراب عقلي سابق، أصبحوا أكثر ضعفاً وهشاشة وهناك أعداداً كبيرة من السوريين الذين يعانون من اضطرابات انفعالية مثل الاكتئاب، واضطراب الحزن الممتد واضطراب الشدة ما بعد الرض.

تلعب الأنساق القيمية الثقافية والدينية دوراً هاماً في إدراك وفهم المشاكل النفسية والاجتماعية، وطرق العلاج. من المهم للممارسين الوطنيين والدوليين، المنخرطين في برامج الدعم النفسي والصحة العقلية أن يفهموا ويستكشفوا *مصطلحات العملاء الثقافية عن الكرب* (الأساليب المشتركة للتعبير عن الكرب داخل الثقافة أو المجتمع) والنماذج التفسيرية (الطرق التي يفسر بها الناس أعراضهم أو مرضهم و إضفاء المعنى عليها)، والتي تؤثر على توقعاتهم واستراتيجيات التكيف لديهم.

كما تؤثر المفاهيم الثقافية للشخصانية على كيفية اختبار الناس للمعاناة والتعبير عنها ، و كيف يفسرون المرض وسوء الحظ، وكيف يطلبون المساعدة. ولمساعدة السوريين يحتاج الممارسون في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS إلى تطوير المعرفة المتعلقة بالثقافة والسياق. كما و سيسمح فهم نماذج المرض المحلية وتعابير الكرب وكذلك مصادر الدعم والتكيف، وكيف تتغير نتيجة الصراع والنزوح ، بتواصل علاجي أفضل. يمكن استخدام هذه المعرفة لتصميم التدخلات التي تعمل على حشد القوة الفردية والجماعية و تدعيم المرونة. بالإضافة إلى ذلك، فإن الطرق المحددة التي يمكن أن يؤثر فيها النوع الاجتماعي والسن والإعاقة والتوجه الجنسي وتجارب العنف، على الصعوبات المرتبطة بالصحة العقلية والاجتماعية والنفسية، واستراتيجيات التكيف للاجئين السوريين بحاجة إلى أن يتم فهمها ودمجها في برامج تعزيز الصحة والممارسة.

ومن الجوهري لجميع الجهات الإنسانية الفاعلة استخدام مقاربة الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS وأن يكونوا مدركين لآثار أفعالهم ومواقفهم على معافاة اللاجئين والنازحين. وينبغي أن يحرص المهنيون في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS على عدم الإفراط في تشخيص الاضطرابات النفسية السريرية بين النازحين السوريين، وخصوصا بين أولئك الذين يواجهون انعدام الأمن و الذين لديهم العديد من الضغوطات اليومية المتواصلة.

يجب أن يتجنب الممارسون في مجال الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS بشكل عام، الوسم الطبنفسي لأن ذلك قد يكون منفراً و واصماً بخاصة للناجين من العنف والظلم. بالنسبة لممارسي الصحة العقلية السريرية، سيسمح بناء تحالف علاجي متين مع عملائهم لكل من الممارس والعميل التنقل بين النماذج التفسيرية المتنوعة

ومصادر المساعدة التي يمكن أن تشمل النظام الطبي الرسمي وغير الرسمي ، فضلا عن الموارد الدينية وموارد المجتمع والأسرة والفرد. وتحتاج التدخلات السريرية لأن تسير سوياً مع التدخلات الهادفة إلى التخفيف من الظروف المعيشية الصعبة ، وتعزيز آليات الحماية المجتمعية ، من أجل مساعدة الأفراد على استعادة الحياة الطبيعية في حياتهم اليومية. يمكن أن تسهم التدخلات الرامية إلى تحسين الظروف المعيشية وسبل العيش ، إلى حد كبير ، في تحسين الصحة النفسية للاجئين والنازحين داخليا ، وربما أكثر من أي تدخل نفسي وطبنفسي.

ثمة إجماع عريض بين الوكالات على حاجة خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي ، للذهاب أبعد من الخدمات السريرية وتضمين التدخلات التي تعزز دعم المجتمع المحلي والعائلة وتقوي آليات التكيف الإيجابية. لذا على تدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي MHPSS أن تتضمن أنشطة تعزز التماسك الاجتماعي بين النازحين ، وتقدم الدعم العاطفي والعملي. ومن الجوهري أن تستند كافة تدخلات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي على الاحترام المتبادل والحوار ، وأن تؤخذ وجهات نظر اللاجئين بجدية.

في الختام ، في أوقات العنف الأقصى ، غالبا ما يتحول الناس إلى أنساق المعرفة والقيم واستراتيجيات التكيف الثقافية الجمعية ، لخلق معنى جديد في مواجهة الشدائد. في هذا السياق ، فإن توفير بيئات آمنة ثقافياً من أجل حوار يتسم بالاحترام والعمل التعاوني ، أمر جوهري في مساعدة النازحين واللاجئين من سوريا على بناء معنى جديد لمعاناتهم وعلى إيجاد استراتيجيات إيجابية للتكيف مع وضعهم.

Annex A: Reference documents for comprehensive MHPSS programming ADD HYPERLINKS LATER

- IASC-RG MHPSS, *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Camp Coordination and Camp Management Actors Know?* 2012, IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support. Geneva.
- IASC-RG MHPSS, *Who is Where, When, doing What (4Ws) in Mental Health and Psychosocial Support: Manual with Activity Codes (field test-version).* 2012, IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings: Geneva.
- *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. 2007, Inter-Agency Standing Committee: Geneva.
- UNHCR, *A community-based approach in UNHCR operations.* 2008, Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR, *Age, Gender and Diversity Policy: Working with people and communities for equality and protection*. 2011, United Nations High Commissioner for Refugees: Geneva.
- UNHCR, *Operational Guidance for Mental Health and Psychosocial Support Programming in Refugee Operations*. 2013, Geneva: UNHCR.
- UNHCR, *Understanding Community-based Protection*. Protection Policy Paper. 2014, UNHCR, Division of International Protection: Geneva.
- UNICEF, *Inter-Agency Guide to the Evaluation of Psychosocial Programming in Emergencies*. 2011, New York: UNICEF.
- WHO & UNHCR, *Assessing Mental Health and Psychosocial Needs and Resources: Toolkit for Humanitarian Settings*. 2012, Geneva: World Health Organization.
- WHO, *Mental Health and Psychosocial Support for Conflict-related Sexual Violence: principles and interventions.* 2012, World Health Organization: Geneva.
- WHO & UNHCR, *mhGAP Humanitarian Intervention Guide: Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies*. 2015, Geneva: World Health Organization.
- WHO, World Vision International & War Trauma Foundation, *Psychological First Aid; Guide for field workers*, 2011. Geneva, World Health Organisation.

References

1. IASC, *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. 2007, Inter-Agency Standing Committee: Geneva.
2. UNHCR, *Operational Guidance for Mental Health and Psychosocial Support Programming in Refugee Operations*. 2013, Geneva: UNHCR.
3. UNHCR, *Age, Gender and Diversity Policy: Working with people and communities for equality and protection*. 2011, United Nations High Commissioner for Refugees: Geneva.
4. Rousseau, E., *The Construction of Ethnoreligious Identity Groups in Syria: Loyalties and Tensions in the Syrian Civil War*. 2014, Bridgewater State University: Bridgewater, Massachusetts. Retrieved from http://vc.bridgew.edu/honors_proj/66.
5. Chatty, D., *Dispossession and Displacement in the Modern Middle East*. 2010, Cambridge: Cambridge University Press.
6. Bochi, G., *The production of difference: sociality, work and mobility in a community of Syrian Dom between Lebanon and Syria* 2007, London School of Economics and Political Science: London.
7. Greenshields, T.H., *The settlement of Armenian refugees in Syria and Lebanon, 1915-39*, in *Change and Development in the Middle East*, I.J. Clarke and H. Bowen-Jones Editors. 1981, Routledge: Abingdon. p. 233-241.
8. Chatty, D., *The Persistence of Bedouin Identity and Increasing Political Self-Representation in Lebanon and Syria.* Nomadic Peoples, 2014. **18**(2): p. 16-33.
9. Dukhan, H., *Tribes and Tribalism in the Syrian Uprising.* Syria Studies, 2014. **6**(2): p. 1-28.
10. Heras, N.A. and C.A. O'Leary, *The Tribal Factor in Syria's Rebellion: A Survey of Armed Tribal Groups in Syria.* Terrorism Monitor 2013. **11**(13): p. 10-12.
11. Zurutuza, K. *Syrian Kurds Find the Language of Freedom*. 2012.
12. Blau, J. and Y. Suleiman, *Language and identity in Kurdistan: an historical overview*, in *Language and identity in the Middle East and North Africa.*, Y. Suleiman, Editor. 2013, Routledge: Abingdon. p. 153-164.
13. Damascus Bureau, *Kurds Learn Their Mother Language in Qamishli* http://sobsrvr.com/HQIr1vUG, in *The Syrian Observer* http://sobsrvr.com/HQIr1vUG. 2014.
14. van Wilgenburg, W., *New Syrian Kurdish media find their voices.* http://almon.co/1xcr, in *Al-Monitor*. 2013.
15. Doornbos, H. and J. Moussa, *The Civil War Within Syria's Civil War*, in *Foreign Policy*. 2013.
16. Brock, S.P., *An introduction to Syriac studies*. 2006, Piscataway: Gorgias Press.
17. Migliorino, N., *(Re) constructing Armenia in Lebanon and Syria: Ethno-cultural diversity and the state in the aftermath of a refugee crisis*. 2008, Oxford: Berghahn
18. United Nations Human Rights Council, *Report of the independent international commission of inquiry on the Syrian Arab Republic, A/HRC/S-17/2/Add.1, 23 November 2011, paras 70 and 71,* http://www.refworld.org/docid/4edde9d02.html; . 2011.
19. Arab Reform Initiative, *The impossible partition of Syria, October 2013, p. 6,* http://bit.ly/U9rVyz; . 2013.
20. *World Population Review, Syria Population 2014, 19 October 2014,* http://worldpopulationreview.com/countries/syria-population/; . 2014.
21. Quosh, C., L. Eloul, and R. Ajlani, *Mental health of refugees and displaced persons in Syria and surrounding countries: a systematic review.* Intervention, 2013. **11**(3): p. 276-294.
22. UNRWA, *Syria regional crisis respons: January – December 2014*. 2014, United Nations Relief and Work Agency for Palestinian Refugees in the near East: Amman, Jordan.

23. 3RP, *Update Issue 1- 7 October 2014*. 2014, United Nations Development Programme & United Nations High Commissioner for Refugees.
24. Duffett, C., *Fleeing Syria, Palestinians find little support from their brethren in Lebanon*, in *The Christian Science Monitor*. 2013, The Christian Science Monitor: USA.
25. UN Women, *'We just keep silent' - Gender-based violence amongst Syrian refugees in the Kurdistan Region of Iraq, April 2014,* http://shar.es/SJZje. 2014.
26. UNHCR, *Syrian Refugees Inter-Agency Regional Update (March 19th 2015)*. 2015.
27. UNOCHA, *2015 Syria Response Plan (Summary December 2014)*. 2014.
28. UNHCR, *International Protection Considerations with regard to people fleeing the Syrian Arab Republic, Update III, October 2014*. 2014.
29. Syrian Centre for Policy Research (SCPR), *Syria — Alienation and Violence: Impact of Syria Crisis Report 2014, p 8. March 2015.* http://www.unrwa.org/sites/default/files/alienation_and_violence_impact_of_the_syria_crisis_in_2014_eng.pdf. 2015.
30. Almoshmosh, N., *Psychiatric needs of Syrian refugees in Jordan.* e-newsletter of the Royal College of Psychiatrists, 2013(February 2013).
31. UNHCR, *International Protection Considerations with regard to people fleeing the Syrian Arab Republic, Update III, October 2014. 2014.* . 2014.
32. UNHCR, *Syria Regional Response Plan (RRP6) Annual Report*. 2014.
33. Norwegian Refugee Council, *The consequences of limited legal status for Syrian refugees in Lebanon. NRC Lebanon field assessment part two: North, Bekaa and South.* 2014, NRC.
34. UNHCR and REACH, *Comparative analysis of Syrian refugees staying in and outside camps. Kurdistan region of Iraq (Multi-sector needs assessment factsheet)*. 2014: data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=7039.
35. El Jazairi, L., *Overtaken by need: The world's failure to meet Syria's escalating humanitarian crisis*. 2013, Oxfam International.
36. Becker, D., *The Past, Present and Future of Transnational Conflict in Jordan: A Study of Syrian Refugees in the Hashemite Kingdom.* Capstone Projects — Politics and Government, 2013.
37. International Medical Corps and UNICEF, *Mental health/ psychosocial and child protection for Syrian adolescent refugees in Jordan*. 2014, IMC & UNICEF: Amman, Jordan.
38. Refaat, M. and K. Mohanna, *Syrian refugees in Lebanon: facts and solutions* The Lancet, 2013. **382**(763-764).
39. Mercy Corps, *Mapping of host community — refugee tensions in Mafraq, Ramthha of North Jordan*. 2013, Mercy Corps.
40. Mercy Corps, *Mapping of host community-refugee tensions in Irbid, North Jordan*. 2014, Mercy Corps.
41. Aoun, M., *A description and discussion of a possible adaptation of the Peace Deal workshop based on concepts and tools derived from the Masters in Psychosocial Support and Dialogue*. 2014, Thesis for executive Master in Psychosocial Support & Dialogue. IOM and Lebanese University: Beirut.
42. Development Management International, *Rapid assessment of the impact of Syrian crisis on socio-economic situation in North and Bekaa*. 2012, DMI. data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=957: Beirut.
43. Harb, C. and R. Saab, *Social Cohesion and Intergroup Relations: Syrian Refugees and Lebanese Nationals in the Bekaa and Akkar* 2014, Save the Children: Beirut.
44. Harvard Field Study Group, *Non-paper on the international response to the Syrian refugee crisis*. 2014.
45. Sood, A. and L. Seferis, *Syrians contributing to Kurdish economic growth.* Forced Migration Review, 2014. **47**(14-

16).
46. Boss, P., *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. 2000, Cambridge: Harvard University Press.
47. United Nations Human Rights Council, *Without a trace: enforced disappearances in Syria, 19 December 2013,*. 2013: http://www.refworld.org/docid/52b44c234.html.
48. Thorleifsson, C., *Coping strategies among self-settled Syrians in Lebanon.* Forced Migration Review, 2014. **47**: p. 23.
49. Moussa, I., *Identity Crisis in the Syrian Society during the Crisis*. 2014, Thesis for executive master in Psychosocial Support & Dialogue. IOM and Lebanese University: Beirut.
50. Care Jordan, *Syrian refugees in urban Jordan. Baseline assessment of community-identified vulnerablities among Syrian refugees living in Irbid, Madaba, Mufraq, and Zarqa (April 2013)*. 2013, Care Jordan: Amman.
51. Al Akash , R. and K. Boswall, *Listening to the voices of Syrian women refugees in Jordan: Ethnographies of displacement and emplacement*, in *Refugee Voices Conference*. 2014: Oxford University Refugee Studies Centre, March 2014.
52. International Rescue Commitee, *Are we listening? Acting on our committments to women and girls affected by the Syrian conflict (September 2014)*. 2014, IRC: New York.
53. Women, U., *Gender-Based Violence and Child Protection Among Syrian Refugees in Jordan, with a Focus on Early Marriage*. 2013.
54. IRC, *Cross-Sectoral Assessment of Syrian Refugees in Urban Areas of South and Central Jordan*. 2013, International Rescue Commitee: data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=2960: Amman.
55. El Masri, R., C. Harvey, and R. Garwoo, *Changing gender roles among refugees in Lebanon*. 2013, ABAAD-Resource Center for Gender Equality and OXFAM: Beirut, Lebanon.
56. International Medical Corps and Jordan Health Aid Society, *Displaced Syrians in Jordan: A Mental Health and Psychosocial Information Gathering Exercise. Analysis and Interpretations of Findings*, J. IMC, Editor. 2013: Amman.
57. Wells, R., et al., *Psychosocial Concerns Reported by Syrian Refugees living in Jordan: A systematic review of unpublished needs assessments*, in *In preparation.* . 2014: Sidney University Australia.
58. Wells, R., et al., *Community readiness to address the mental health outcomes of war and displacement among Syrian refugees living in Jordan. In preparation. Sydney University Australia.* In preparation. Sydney University Australia, 2014.
59. Pérez-Sales, P., *Assessment of Trauma Experiences, Mental Health and Individual and Community Coping Resources of Refugee Syrian Population Displaced in North Bekaa (Lebanon)*, M.D.M. (MDM), Editor. 2012: France/Spain.
60. Vukcevic, M., J. Dobric, and D. Puric, *Psychological characteristics of asylumseekers from Syria*, in *Survey of the mental health of asylumseekers in Serbia*. 2014, UNHCR Serbia: Belgrade. p. 73-85.
61. de Jong, J.T., I.H. Komproe, and M. van Ommeren, *Common mental disorders in postconflict settings.* Lancet, 2003. **361**(9375): p. 2128-2130.
62. Mollica, R.F., et al., *Mental health in complex emergencies.* Lancet, 2004. **364**(9450): p. 2058-67.
63. Momartin, S., et al., *Complicated grief in Bosnian refugees: Associations with posttraumatic stress disorder and depression.* Comprehensive Psychiatry, 2004. **45**(6): p. 475-482.
64. 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. **6**: p. 27414.

65. WHO & UNHCR, *Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for major humanitarian settings*. 2012, Geneva: World Health Organization.
66. Almoshmosh, N., *Highlighting the mental health needs of Syrian refugees.* Intervention, 2015. **13**(2): p. 178-181.
67. Bou Khalil, R., *Where All and Nothing Is About Mental Health: Beyond Posttraumatic Stress Disorder for Displaced Syrians*. American Journal of Psychiatry, 2013. **170**(12): p. 1396-1397.
68. Lama, S., et al., *Impact of the Syrian Crisis on the Hospitalization of Syrians in a Psychiatric Setting.* Community Mental Health Journal, 2015. **E-published ahead of print**: p. 1-10.
69. Hijazi, Z. and I. Weissbecker, *Syria Crisis: Addressing Regional Mental Health Needs and Gaps in the Context of the Syria Crisis*. 2015, International Medical Corps: Washington.
70. World Health Organisation, *Syrian Arab Republic*, in *Global status report on alcohol and health — 2014 edition*. 2014, World Health Organisation: Geneva. p. 190.
71. Berns, J., *Syrian refugee access to care study: medical service need among post-emergency Syrian refugees in Dohuk Governorate, Kurdistan Region, Iraq*. 2014, World Health Organisation and Ministry of Health, Kurdistan Regional Government, Iraq: Erbil.
72. Arslan, M.M., et al., *Increased drug seizures in Hatay, Turkey related to civil war in Syria.* International Journal of Drug Policy, 2015. **26**(1): p. 116-118.
73. Rahim, B.-e.E., et al., *Abuse of selected psychoactive stimulants: overview and future research trends.* Life Sci J, 2012. **9**(4): p. 2295-2308.
74. Kalin, S., *War turns Syria into major amphetamines producer, consumer.* Reuters , 13 Jan 2014, http://uk.reuters.com/article/2014/01/13/uk-syria-crisis-drugs-idUKBREA0B04K20140113, 2014.
75. 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. **148**(455/456).
76. Shoeb, M., H. Weinstein, and R. Mollica, *The Harvard Trauma Questionnaire: Adapting a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Iraqi refugees.* International Journal of Social Psychiatry, 2007. **53**(5): p. 447-463.
77. Makhoul, J., et al., *Development and validation of the Arab youth mental health scale.* Community Mental Health Journal, 2011. **47**(3): p. 331-340.
78. Alsheikh, M., *Methods of coping with posttraumatic stress and their relationship with other variables: A comparative field study of children (ages 9 to 12) who were exposed to car accidents in the province of Damascus.* Damascus University Journal, 2011. **27**(3/4): p. 847-887.
79. Davey, C., R. Heard, and C. Lennings, *Development of the Arabic versions of the Impact of Events Scale-Revised and the Posttraumatic Growth Inventory to assess trauma and growth in Middle Eastern refugees in Australia.* Clinical Psychologist, 2014. **NA**: p. doi:10.1111/cp.12043.
80. Patel, V., *Rethinking mental health care: bridging the credibility gap* Intervention, 2014. **12**(S1): p. 15-20.
81. Miller, K.E. and A. Rasmussen, *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. **70**(1): p. 7-16.
82. Miller, K.E. and A. Rasmussen, *War experiences, daily stressors, and mental health five years on: Elaborations and future directions.* Intervention, 2014. **12**(S1): p. 33-42.
83. Rodin, D. and M. van Ommeren, *Commentary: Explaining enormous variations in rates of disorder in trauma-focused psychiatric epidemiology after major emergencies.* International Journal of Epidemiology, 2009. **38**(4): p.

1045-8.
84. Jordans, M.J., et al., *Role of current perceived needs in explaining the association between past trauma exposure and distress in humanitarian settings in Jordan and Nepal.* Br J Psychiatry, 2012. **201**(4): p. 276-81.
85. Budosan, B., *Mental Health and Psychosocial Report for Syrian Refugees in Kilis, Turkey. Report (July 2013 — March, 2014).* 2014, Malteser International & International Blue Crescent: Unpublished report.
86. International Medical Corps, *Psychosocial Assessment of Displaced Syrians at the Lebanese-Syrian Northern Border* 2011, IMC: Beirut.
87. Al Akash, R. and K. Boswall, *Listening to the voices of Syrian women refugees in Jordan: Ethnographies of Displacement and Emplacement.* Intervention, 2015. **13**: p. in press.
88. International Medical Corps and UNICEF, *Displaced Syrians in Za'atari camp: Rapid mental health and psychosocial support assessment analysis and Interpretations of findings*, U. IMC, Editor. 2012: Amman.
89. Hasoon, T., *Self-Help Booklet for Men in Syria*. 2015, Beirut, Lebanon: International Organization for Migration
90. IMC, *Mental health/psychosocial and child protection assessment for Syrian refugee adolescents in Za'atari refugee camp, Jordan* 2013.
91. UNICEF Lebanon and Save the Children, *Education Rapid Needs Assessment For Displaced Syrian Children in Schools, Communities and Safe Spaces*. 2012.
92. Skinner, M., *The impact of displacement on disabled, injured and older Syrian refugees.* Forced Migration Review, 2014. **47**(23): p. 39-40.
93. UNHCR, *Woman Alone: The fight for survival by Syria's refugee women.* 2014.
94. Salmeh, S., *Wives of missing husbands and the consequences of the traumatic event due to the Syrian crisis (field study on a sample of women in Damascus)*. 2014, Thesis for executive master in Psychosocial Support & Dialogue. IOM and Lebanese University: Beirut.
95. Seferis, L., *DRC experiences of cash assistance to non-camp refugees in Turkey and Lebanon.* Field Exchange, 2014. **48**: p. 141-144 data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=7586.
96. MADRE, The International Women's Human Rights (IWHR) Clinic at the City University of New York (CUNY) School of Law, and 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: Gender-Based Violence Area of Responsibility, *The Hidden Cost of War in Syria: Gender Based Violence*. 2013.
99. UNHCR, *Gender Based Violence*. Echoes From Syria (Protection Sector), 2014(3).
100. UNHCR Syria, *A Year in Review — 2013*. http://www.unhcr.org/52eb7a7a9.pdf.. 2013.
101. Middle East Monitor, *Amidst Syrian refugees, domestic violence grows, 9 October 2013,* http://shar.es/QAuqr. 2013.
102. International Rescue Committee, *Syrian women & girls: Fleeing death, facing ongoing threats and humiliation. A gender based violence rapid assessment. Syria refugee populations.* 2012, IRC: Beirut.
103. Masterson, A.R., Usta, J., Gupta, J., & Ettinger, A. S. , *Assessment of reproductive health and violence against women among displaced Syrians in Lebanon.* BMC Women's Health, 2014. **14**(1): p. 25.
104. Human Rights Watch, *Syria: Sexual Assault in Detention (15 June 2012)*. 2012.
105. United Nations Human Rights Council, *Report of the independent international commission of inquiry on the Syrian Arab Republic, A/HRC/25/65 (12 February 2014)*. 2014.

106. UN General Assembly, *Protection of and assistance to internally displaced persons: situation of internally displaced persons in the Syrian Arab Republic, 15 July 2013, A/67/931, para 61,* http://www.refworld.org/docid/522f06964.html. 2013.
107. Parker, S., *Hidden crisis: violence against Syrian female refugees.* Lancet, 2015. **385**(9985): p. 2341-2.
108. United Nations Secretary General, *Sexual violence in conflict: report of the Secretary-General, 14 March 2013, A/67/792 - S/2013/149,* http://www.refworld.org/docid/5167bd0f4.html. 2013.
109. US Department of State, *Country Reports on Human Rights Practices for 2013 — Syria, 27 February 2014, p. 35,* http://www.state.gov/documents/organization/220588.pdf. 2014.
110. Ellsberg, M., et al., *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. **371**: p. 1165-1172.
111. Usta, J. and A.R. Masterson, *Women and Health in Refugee Settings: The Case of Displaced Syrian Women in Lebanon*, in *Gender-Based Violence*, Y.K. Djamba and S.R. Kimuna, Editors. 2015, Springer. p. 119-143.
112. War Child Holland, *Syria Child Rights Situation Analysis, January 2014,* http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Syria Child RIghts Situation Analysis.pdf. 2014.
113. Global Protection Cluster, *Child Protection Priority Issues and Responses Inside Syria, 1 February 2013, p. 13,* http://mhpss.net/?get=152/1374219013-Desk-Review_summary-of-CP-needs-and-responses-in-Syria-FINAL.pdf;. 2013.
114. United Nations Human Rights Council, *Oral Update of the Independent International Commission of Inquiry on the Syrian Arab Republic, 26 June 2012, A/HRC/20/CRP.1, para 83 and 88,* http://www.refworld.org/docid/4febf9ae2.html. 2012.
115. Child Protection Working Group, *Child Protection Assessment 2013, 19 September 2013, p. 15,* http://www.crin.org/docs/SCPA-FULL_Report-LIGHT.pdf. 2013.
116. Save the Children, *Childhood Under Fire: The impact of two years of conflict in Syria, March 2013,* http://www.refworld.org/docid/51403b572.html. 2013.
117. World Vision International, *Our Uncertain Future, March 2014,* http://www.wvi.org/syria-crisis/publication/our-uncertain-future. 2014.
118. Ouyang, H., *Syrian refugees and sexual violence.* The Lancet, 2013. **381**(9884): p. 2165-2166.
119. United Nations High Commissioner for Refugees, *The future of Syria: Refugee Children in Crisis*. 2014, UNHCR: Geneva.
120. Leigh, K., *Syria's Mental Health Crisis*, in http://kristof.blogs.nytimes.com/2014/08/01/syrias-mental-health-crisis/?_r=0. 2014.
121. Shrestha, N.M., et al., *Impact of torture on refugees displaced within the developing world: symptomatology among Bhutanese refugees in Nepal.* JAMA, 1998. **280**: p. 443-448.
122. Steel, Z., et al., *Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis.* JAMA, 2009. **302**(5): p. 537-49.
123. Gorst-Unsworth, C. and E. Goldenberg, *Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile.* Br J Psychiatry, 1998. **172**: p. 90-4.
124. 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. **9**: p. 595-606.

125. Syrian Arab Republic, *Law No. 148/1949 on the Syrian Penal Code,* http://www.wipo.int/wipolex/en/text.jsp?file_id=243237. 1949.
126. 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.
127. Smith, H.L., *How Jihadists Are Blackmailing, Torturing, and Killing Gay Syrians.* VICE, 12 November 2013, http://bit.ly/17snuEQ., 2013.
128. HelpAge and Handicap International, *Hidden victims of the Syrian crisis: disabled, injured and older refugees*. 2014, HelpAge International and Handicap International: London/ Lyon.
129. Strong, J., et al., *Health status and health needs of older refugees from Syria in Lebanon.* Confl Health, 2015. **9**: p. 12.
130. UNHCR, *International Protection Considerations with regard to people fleeing the Syrian Arab Republic, Update III October 2014,* http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain?docid=544e446d4. 2014.
131. International Medical Corps and C. International, *Rapid Gender and Protection Assessment Report. Kobane Refugee Population, Suruç, Turkey*. 2014: https://data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=7318.
132. James, L., et al., *The mental health of Syrian refugee children and adolescents*. Forced Migration Review, 2014. **47**: p. 42-44.
133. UNICEF, *Recruitment and use of children - the need for response in Jordan. Prersentation for Child Protection Sub-Working Group. 24 nov 2014. data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=7547*. 2014.
134. UNICEF, *Syria Crisis: monthly humanitarian situation report. 12 June 2014.* http://data.unhcr.org/syrianrefugees/partner.php?OrgId=50. 2014.
135. UN Security Council, *Report of the Secretary-General on the implementation of Security Council resolution 2139 22 May 2014, S/2014/365, Annex, p. 12,* http://www.refworld.org/docid/53ac00ee4.html. 2014.
136. UNICEF, *UNICEF, Infographic: Syria's Children Under Siege, May 2014,* http://www.unicefusa.org/syria-infographic-under-siege. 2014.
137. UNHCR, *Syria Crisis: Education Interrupted. Available at:* http://www.refworld.org/docid/52aebbc04.html *[accessed 6 January 2015]*. 2013.
138. Sexual and Gender-Based Violence Sub-Working Group Jordan, *Sexual and gender-based violence: Syrian refugees in Jordan*. 2014, SGBV Sub-Working Group: Amman.
139. Assessment Working Group for Northern Syria, *Joint Rapid Assessment of Northern Syria II (J-RANSII). Final Report*. 2013.
140. Research Centre at La Sagesse University and ABAAD, *Assessment of the impact GBV on male youth and boys among Syrian and Palestine refugees from Syria in Lebanon*. 2013, ABAAD Resource Center for Gender Equality: Beirut.
141. Refugees International, *Syrian Women & Girls: No Safe Refuge, 16 November 2012,* http://www.refugeesinternational.org/policy/field-report/syrian-women-girls-no-safe-refuge. 2012.
142. Jafaar, M., et al., *The prevalence of psychological disorders among a sample of Syrian children refugees in Turkey*. 2014, Unpublished research report.: ADD PLACE AND INSTITUTION XXXXXX.
143. Cartwright, K., El-Khani, A., Subryan, A., & Calam, R. , *Establishing the feasibility of assessing the mental health of children displaced by the Syrian conflict* Global Mental Health, 2015. **2**: p. e8.
144. Mercy Corps, *Advancing adolescence: Getting Syrian refugee and host-community adolescents back on track.* https://data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=5366. 2014.
145. UN Women, *Inter-agency Assessment on Gender-based violence and child protection among Syrian refugees in*

Jordan, with a focus on early marriage. data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=4351. 2013.

146. Kirmayer, L.J. and D. Bhugra, *Culture and mental illness: social context and explanatory models*, in *Psychiatric Diagnosis: Patterns and Prospects*, I.M. Salloum and J.E. Mezzich, Editors. 2009, John Wiley & Sons: New York. p. 29-37.
147. Al-Krenawi, A., & Graham, J. R. , *Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings.* Health & Social Work, 2000. **25**(1): p. 9-22.
148. Kirmayer, L.J., *Psychotherapy and the cultural concept of the person.* Transcultural Psychiatry, 2007. **44**(2): p. 232-257.
149. Lim, A., H.W. Hoek, and J.D. Blom, *The attribution of psychotic symptoms to jinn in Islamic patients.* Transcultural Psychiatry, 2014.
150. El-Islam, F., *The sociocultural boundaries of mental health.* World Cultural Psychiatric Research Review, 2006. **1**: p. 143-146.
151. Pridmore, S. and M.I. Pasha, *Religion and spirituality: Psychiatry and Islam.* Australasian Psychiatry, 2004. **12**(4): p. 381-385.
152. Dols, M.W., *Majnun: the Madman in Medieval Islamic Society*. 1992, London: Clarendon Press.
153. Izutsu, T., *God and Man in the Qur'an*. 1980, New York: Books for Libraries.
154. Mekki-Berrada, A., *L'Islam en anthropologie de la santé mentale: Théorie, ethnographie et clinique d'un regard alternatif*. 2010, Münster-Hamburg-London-Wien: Lit Verlag, Études d'anthropologie sociale.
155. Sadr, S.M., *Islam, humanity and human values.* Al-Islam Journal, 2011. **11**(4).
156. Hasoon, T., *Personal communication, Jan 2015*. 2015.
157. Deuraseh, N. and M. Abu Talib, *Mental health in Islamic medical tradition* International Medical Journal, 2005. **4**: p. 76-79.
158. Ben Driss, K., *Le cœur comme subtilité divine : cœur malade et guérison spirituelle chez Abû Hamid el Ghazâli*, in *L'Islam en anthropologie de la santé mentale: Théorie, ethnographie et clinique d'un regard alternatif*, A. Mekki-Berrada, Editor. 2010, Lit Verlag: Münster. p. 71-100.
159. Silove, D., *The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework.* J Nerv Ment Dis, 1999. **187**(4): p. 200-7.
160. Miller, K.E., et al., *Daily stressors, war experiences, and mental health in Afghanistan.* Transcult Psychiatry, 2008. **45**(4): p. 611-38.
161. Jones, L., et al., *Mental health in disaster settings.* BMJ, 2007. **335**(7622): p. 679-80.
162. Hasoon, T., *Reducing stigma on mental health in Syria: toward establishing an effective mental health strategy*, in *Thesis for executive master in Psychosocial Support & Dialogue*. 2014: IOM — Lebanese University.
163. Ashy, M.A., *Health and illness from an Islamic perspective.* Journal of Religion and Health, 1999. **38**(3): p. 241-258.
164. Haque, A., *Psychology from Islamic perspective: Contributions of early Muslim scholars and challenges to contemporary Muslim psychologists.* Journal of Religion and Health, 2004. **43**: p. 357-377.
165. Daie, N., et al., *The belief in the transmigration of souls: psychotherapy of a Druze patient with severe anxiety reaction.* British Journal of Medical Psychology, 1992. **65**(Pt2): p. 119-130.
166. Hitti, P.K., *The origins of the Druze people and religion*. 2007 [1928], London: Saqi.
167. Littlewood, R., *Social institutions and psychological explanations: Druze reincarnation as a therapeutic resource.* British journal of medical psychology 2001. **74**(2): p. 213-222.
168. El-Islam, F. and S. Abu-Dagga, *Lay Explanations of Symptoms of Mental Ill Health in Kuwait.* International

Journal of Social Psychiatry, 1992. **38**: p. 150-156.
169. El-Islam, M.F., *Arabic cultural psychiatry.* Transcultural Psychiatry, 1982. **19**(1): p. 5-24.
170. Sanua, V., *Psychosocial interventions in the Arab world: A review of folk treatment.* Transcultural Psychiatric Research Review, 1979. **16**: p. 205-208.
171. Sincich, F., *Bedouin traditional healers in the Syrian 'Badiya'.* Bulletin d'Etudes Orientales, 2003. **55**: p. 287-298.
172. Clarke, M., *Cough sweets and angels: the ordinary ethics of the extraordinary in Sufi practice in Lebanon* Journal of the Royal Anthropological Institute, 2014. **20**(3): p. 407-425.
173. West, J., *Psychotherapy in the Eastern Province of Saudi Arabia.* Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 1987. **24**: p. 105-107.
174. El-Islam, F., *Arab Culture and Mental Health Care.* Transcultural Psychiatry, 2008. **45**: p. 671-682.
175. Dein, S. and A.S. Illaiee, *inn and mental health: looking at jinn possession in modern psychiatric practice.* Psychatric Bulletin, 2013. **37**(9): p. 290-293.
176. Abdullah, J.A., *Rukyah and healing.* https://www.scribd.com/doc/70984995/Ruqyah-and-Healing. 2011: scribd.
177. Mekki-Berrada, A., *Prolégomènes à une anthropologie de la santé mentale en terres d'islam*, in *L'Islam en anthropologie de la santé mentale : Théorie, ethnographie et clinique d'un regard alternatif*, A. Mekki-Berrada, Editor. 2010, Lit Verlag: Münster. p. 13-30.
178. Al-Krenawi, A. and J. Graham, *Culturally sensitive social work practice with Arab clients in mental health settings.* Health & social work, 2000. **25**: p. 9-22.
179. Ciftci, A., N. Jones, and P. Corrigan, *Mental Health Stigma in the Muslim Community.* Journal of Muslim Mental Health, 2012. **7**.
180. Gearing, R., et al., *Adaptation and translation of mental health interventions in Middle Eastern Arab countries: a systematic review of barriers to and strategies for effective treatment implementation.* International Journal of Social Psychiatry, 2013. **59**: p. 671-681.
181. DeMarinis, V., *Existential Meaning-Making and Ritualizing for Understanding Mental Health Function in Cultural Context*, in *Constructs of Meaning and Religious Transformation: Current Issues in the Psychology of Religion*, H. Westerink, Editor. 2013, Vienna University Press: Vienna. p. 207-221.
182. Panter-Brick, C. and M. Eggerman, *Understanding culture, resilience, and mental health: The production of hope*, in *The social ecology of resilience*, M. Ungar, Editor. 2012, Springer: New York. p. 369-386.
183. Khamis, V., *War, Religiosity, Ideology, and PTSD in the Middle East*, in *Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder*, C.R. Martin, V.R. Preedy, and V.B. Patel, Editors. 2015, Springer International Publishing. p. 1-8.
184. Melville, A. and S. Rakotomalala, *After the guidelines; The challenge of implementation.* Intervention, 2008. **6**: p. 338-348.
185. Wessells, M. and M. van Ommeren, *Developing inter-agency guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings.* Intervention, 2008. **6**(3-4): p. 199-218.
186. IASC Reference Group for Mental health and Psychosocial Supoort in Emergency Settings, *Review of the Implementation of the IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. 2015, IASC: Geneva.
187. Mental Health and Psychosocial (MHPSS) Working Group Jordan, *Guidelines on MHPSS Projects. data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=6916*. 2014.
188. Rehberg, K., *Revisiting therapeutic governance: The politics of mental health and psychosocial programmes in humanitarian settings. Working paper 98*. 2014, Refugee Studies Centre, Oxford Department of International Development: Oxford.

189. Kherallah, M., et al., *Health care in Syria before and during the crisis.* Avicenna Journal of Medicine, 2012. **2**: p. 51-53.
190. World Health Organization, *Syrian Arab Republic Country Profile*, in *Mental Health Atlas.* 2011, WHO: Geneva.
191. Abou-Saleh, M. and M. Mobayad, *Mental health in Syria.* International Psychiatry, 2013. **10**(3): p. 58-60.
192. Assalman, I., M. Alkhalil, and M. Curtice, *Mental health in the Syrian Arab Republic.* International Psychiatry. 5(3): p. 64-66.
193. Ismael, M., *Painting glass as a psychosocial intervention: reflections of a psychosocial refugee outreach Volunteer in Damascus, Syria.* Intervention, 2013. **11**(3): p. 336-339.
194. Hassan, M., *Personal reflections on a psychosocial community outreach programme and centre in Damascus, Syria.* Intervention, 2013. **11**(3): p. 330-335.
195. Quosh, C., *Mental health, forced displacement and recovery: integrated mental health and psychosocial support for urban refugees in Syria.* Intervention, 2013. **11**(3): p. 259-320.
196. Quosh, C., *Takamol: multi-professional capacity building in order to strengthen the psychosocial and mental health sector in response to refugee crises in Syria.* Intervention, 2011. **9**(3): p. 249-264.
197. Harrison, S., et al., *'Against all odds': UNHCR's mental health and psychosocial support programme for Iraqi refugees and internally displaced Syrians.* Intervention, 2013. **11**: p. 190-194.
198. UNICEF, *UNICEF's Psychosocial Support Programming in Syria* 2013: http://mhpss.net/?get=152/1376380182-20130704Annex1UNICEFPSS_syria_v3.2.pdf.
199. UNHCR, *Mental Health and Psychosocial Support.* Echos from Syria (Protection Sector inside Syria), 2014(5).
200. World Health Organization, Ministry of Health, and International Medical Corps, *Who is Doing What, Where and When (4Ws) in Mental Health & Psychosocial Support in Jordan: Interventions Mapping Exercise* 2014 WHO: Amman.
201. El Chammay, R. and W. Ammar, *Syrian crisis and mental health system reform in Lebanon.* Lancet, 2014. **384**(9942): p. 494.
202. Eloul, L., et al., *Inter-agency coordination of mental health and psychosocial support for refugees and people displaced in Syria.* Intervention, 2013. **11**(3): p. 340-348.
203. El Chammay, R., W. Kheir, and H. Alaouie, *Assessment of Mental Health and Psychosocial Services for Syrian refugees in Lebanon*, http://data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=4575, Editor. 2013, UNHCR: Beirut.
204. Ventevogel, P., *Capitalization: Psychosocial services and training institute in Cairo (PSTIC).* 2013, Terre des hommes Lausanne (Available from author: peter@peterventevogel.com): Unpublished.
205. Akoury-Dirani, L., et al., *Psychological First Aid Training for Lebanese Field Workers in the Emergency Context of the Syrian Refugees in Lebanon.* Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2015: p. Electronically published ahead of print on Apr 13 , 2015. http://dx.doi.org/10.1037/tra0000028
206. van Ommeren, M., et al., *Mental health and psychosocial support in humanitarian emergencies.* Eastern Mediterranean Health Journal, 2015. **in press**.
207. Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, *Syria: Humanitarian Needs Overview*, OCHA, Editor. 2013: Geneva.
208. (MSF), M.S.F., *Misery beyond the War Zone: Life for Syrian Refugees and Displaced Populations in Lebanon*. 2013, MSF.
209. Gulland, A., *Syrian refugees in Lebanon find it hard to access healthcare, says charity.* BMJ, 2013. **346**: p. f869-f869.
210. Sahlool, Z., A.G. Sankri-Tarbichi, and M. Kherallah, *Evaluation report of health care services at the Syrian refugee*

camps in Turkey. Avicenna Journal of Medicine, 2012. **2**(2): p. 25-28.

211. Jefee-Bahloul, H., et al., *Pilot Assessment and Survey of Syrian Refugees' Psychological Stress and Openness to Referral for Telepsychiatry (PASSPORT Study).* Telemedicine and e-Health, 2014. **20**(10): p. 977-979.
212. Tribe, R. and J. Morrissey, *Good practice issues in working with interpreters in mental health.* Intervention, 2004. **2**(2): p. 129-142.
213. Holmgren, H., H. Søndergaard, and A. Elklit, *Stress and coping in traumatised interpreters: A pilot study of refugee interpreters working for a humanitarian organisation.* Intervention, the International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict, 2003. **1**(3): p. 22-28.
214. Bener, A. and S. Ghuloum, *Gender difference on patients' satisfaction and expectation towards mental health care.* Nigerian Journal of Clinical Practice 2013. **16**: p. 285-291.
215. Douki, S., et al., *Women's mental health in the Muslim world: Cultural, religious, and social issues.* Journal of Affective Disorders, 2007. **102**(1): p. 177-189.
216. Gregg, G.S., *The Middle East: a cultural psychology*. 2005, Oxford: Oxford University Press.
217. United Nations Human Rights Council, *Report of the independent international commission of inquiry on the Syrian Arab Republic, 16 August 2012, A/HRC/21/50, Annex IX, paras 2-3,* http://www.refworld.org/docid/503485d02.html. 2012.
218. United Nations Security Council, *Conflict-related sexual violence: Report of the Secretary-General, 13 March 2014, S/2014/181, para 55-57.* http://www.refworld.org/docid/53abe9114.html 2014.
219. (IRC), I.R.C., *Syrian Women & Girls: Fleeing death, facing ongoing threats and humiliation. A Gender based Violence Rapid Assessment*. 2012, IRC.
220. Al-Krenawi, A., et al., *Cross-national study of attitudes towards seeking professional help: Jordan, United Arab Emirates (UAE) and Arabs in Israel.* International Journal of Social Psychiatry 2005. **50**: p. 102-104.
221. Nasir, L.S. and A.K. Abdul-Haq eds. *Caring for Arab patients- A biopsychosocial approach*. 2008, Radcliffe: Oxford.
222. Kirmayer, L.J., *Rethinking cultural competence.* Transcultural Psychiatry, 2012. **49**(2): p. 149-164.
223. Lewis-Fernández, R., et al., *Culture and Psychiatric Evaluation: Operationalizing Cultural Formulation for DSM-5.* Psychiatry 2014. **77**(2): p. 130-154.
224. Lewis-Fernández, R., et al., eds. *DSM-5® Handbook on the cultural formulation interview*. 2015, American Psychiatric Association: Washington.