



الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً لدى عينة من الطلبة النازحين في جامعة إب

علي عبده عثمان راجح

أخصائي نفسي- مركز الإرشاد النفسي والتربوي -جامعة إب

Tell: 711950377

Email: alirajeh1980@yahoo.com

ملخص:

هدف البحث إلى التعرف على الاضطرابات الأكثر شيوعاً لدى عينة من طلبة جامعة إب النازحين، وقد تكونت عينة البحث من (86) من الذكور والإناث الذين تم اختيارهم بنسبة (25%) بطريقة عشوائية من المجتمع الكلي البالغ (345) طالب وطالبة.

وقد استخدم الباحث قائمة مراجعة الأعراض تعريب عبد الرقيب البحيري، ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة من إعداده.

وتوصل البحث إلى ارتفاع معدل اضطراب ما بعد الصدمة لدى العينة وكان متوسطه أعلى من الاضطرابات الأخرى، ليأتي الاكتئاب والقلق بدرجة متقاربة جداً في متوسط انتشارهما، ثم يأتي أخيراً اضطراب المخاوف، ولا توجد فروق بين الذكور والإناث بالنسبة لجميع الاضطرابات.

الكلمات المفتاحية: الاضطرابات النفسية، الطلبة النازحين، جامعة إب.

Abstract:

The aim of the research is to identify the most common disorders among a sample of displaced Ibb University students, and the research sample consisted of (86) males and females who were selected at a rate of (25%) randomly from the total population of (345) male and female students.

The researcher used Abdul Al-Raqib al-Buhairi arabization list of symptoms, and the post-traumatic stress disorder scale prepared by him as well.

The research found a high rate of post-traumatic stress disorder in the sample, and its average was higher than other disorders. Depression and anxiety came to a very close degree in their average prevalence, then finally came anxiety disorder, and there are no differences found between males and females for all disorders.

Key Words: Psychological Disorders , Displaced Students, Ibb University.

مقدمة:

لقد عرف الاضطراب النفسي منذ قديم الزمن بصور مختلفة، لكن لم تكن هناك دراسات جدية إلا منذ وقت قريب نسبياً، فقد كانت تكتنف الموضوع سابقاً صعوبة كبيرة نظراً لطبيعة الاضطراب المعقدة ولعدم الاهتمام به، ولتحيز البعض ضده (عكاشة، 2008: 5)، فمن نظرة الفراعنة إلى أن السلوك ناتج عن تفاعل قوى خفية في الكون مع قوى داخلية في الإنسان، واعتبروا أن القوى الخفية ترسل إلى خبيثة الإنسان عبر الأحلام، وهذه القوى هي التي تولد السلوك الإنساني بما في ذلك الاضطراب النفسي، ليأتي الإغريق بعد ذلك ويضيفوا إلى القوى الخفية انفعالات الإنسان ورغباته ودورها في المرض النفسي، أما الرومان فقد اهتموا بالجوانب العملية والاجتماعية والعلاجية للطب النفسي وقسموا الأعراض والأمراض النفسية إلى أعراض وأمراض قابلة للشفاء، وأعراض وأمراض غير قابلة للشفاء، وسنوا بعض القوانين التي تحمي المرضى النفسيين، أما المسلمون فقد أسهموا إسهاماً كبيراً في الدراسات النفسية لكن الباحثين والمؤرخين أهملوا هذا الدور، وهذا الإهمال كان من المؤرخين النفسيين الغربيين وكذلك المسلمين أنفسهم، وقد قسم (الحبيب، 1999) التأريخ النفسي عند المسلمين إلى ثلاثة مراحل هي: مرحلة الازدهار - ومرحلة التدهور - ومرحلة الصحوة (الحبيب، 1999: 12 - 19)، وفي ظل انتشار حالات الشذوذ في أوروبا في القرنين الخامس عشر والسادس عشر نتيجة تراجع العلم وانتشار الخرافة والمجاعة والاضطرابات والحروب، كانت بلاد العرب مركز الحضارة خاصة بغداد التي أنشئ فيها مستشفى خاص بالأمراض النفسية عام (592م)، وبعد ذلك في دمشق ومدن عربية أخرى، وكان للعلماء العرب دور بارز في الدراسات النفسية منهم ابن سينا والرازي والطبري وغيرهم (صالح، 2015: 20)، وكان ابن سينا أول من درس الآثار النفسية الناجمة عن الأحداث الصادمة دراسة تجريبية مقارنة ومتعمقة، حيث قام بربط حمل وذئب في غرفة واحدة دون أن يستطيع أي منهما الوصول إلى الآخر، فكانت النتيجة هزال الحمل وضموره ومن ثم موته رغم إعطائه ما يكفي من الغذاء، وقد لاحظ ابن سينا أن مظاهر الاضطراب بدأت تتطور لديه وصولاً إلى الوهن ومن ثم الموت، وتعد هذه التجربة سابقة علمية على نظرية الضغوط لسيلي (الوحش، 2016: 14 - 15).

مشكلة البحث:

إن الاضطرابات النفسية والعقلية وإن كانت قد أصابت الإنسان منذ أقدم العصور إلا أنها زادت حدة وانتشاراً في عصرنا الحالي على الحد الذي وصف بأنه عصر الأزمات والتوترات والاضطرابات النفسية، فإذا كان إنسان هذا العصر قد استطاع أن يبعد عن نفسه شبح الأوبئة التي كانت تحصد الملايين، إلا أنه أصبح فريسةً لشبح الاضطرابات النفسية (عثمان، 2002: 3-4).

وقد توصلت دراسة وبائية لعدد (8000) فرد مقيم في أمريكا واستخدمت التشخيص طبقاً لاستمارة مقابلة صممت وفقاً لمعايير الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي الثالث المراجع إلى أن اضطرابات القلق أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً سواءً على مستوى العام أو مدى الحياة (30)، وفي الدراسة نفسها بلغت نسبة شيوع اضطرابات القلق على مدار عام 17% بالمقارنة بنسبة 11% لاضطرابات المزاج و11% لاضطرابات سوء استخدام المواد المؤثرة نفسياً، ووجد أن اضطرابات القلق الجسيمة تنتشر لدى الإناث أكثر من الذكور، وتعد المخاوف الأكثر انتشاراً لدى الإناث وثاني أكثر الاضطرابات انتشاراً لدى الذكور، ويعيد دوزيس السبب في هذا التفاوت إلى التهيؤ المعرفي المسبق للإصابة بالاضطراب لدى الإناث، أي الإحساس الشديد بعدم القدرة على التحكم في الظروف ونمط العزو المتشائم - حسب رأيه- مع تعرضهن للعديد من الأحداث السلبية أثناء فترات الطفولة والمراهقة مع وجود ميول أو استعدادات بيولوجية، وتاريخ تعليمي لا يعزز الكفاءة الذاتية (دوزيس، ودوبسن، سابق: 31-33).

وتشير الدراسات إلى أن الإناث أكثر استعداداً للإصابة بالاضطرابات النفسية من الذكور، فقد توصلت دراسة راجح (2012) إلى النتيجة ذاتها.

ويذكر عبد الله (2000) أن الدراسات والأبحاث الحديثة تشير إلى أن نسبة الإناث أكثر من نسبة الذكور في القلق (عبد الله، 2000، 152).

وتشير الدراسات والتقارير المختلفة إلى شيوع الاضطرابات النفسية بشكلٍ عام لدى الإناث أكثر من الذكور، فنجد مثلاً في بعض الدراسات تقدر نسبة الإصابة بالاكْتئاب بين المرأة والرجل بحوالي 2: 1 وفي دراسات أخرى وجد أن هذه النسبة 3: 2 ويدل ذلك على أن مقابل كل حالة اكتئاب في الرجال يوجد حالتين في النساء أو مقابل كل حالتين يوجد ثلاث حالات (الشربيني، ب.ت: 34).

وتعد الإحصائيات التي تصدرها منظمة الصحة العالمية أو منظمات أخرى وباحثين عن نسب انتشار الاضطرابات النفسية إنما تشبه ظاهرة الجبل الجليدي الذي يظهر نسبة بسيطة منه بينما الجزء الأكبر يختفي، فمثلاً الاكتئاب النفسي بحجمه الهائل لا يمكن الإحاطة به عن طريق الأرقام والإحصائيات، وكل ما نراه من حالات هو مجرد الحالات الحادة والواضحة، بينما يوجد هذه الحالات من المرضى الذين يعانون في صمت ولا يكتشف أحد حالتهم لأنهم لا يذهبون إلى الأطباء ولا إلى الأخصائيين والمعالجين النفسيين، وقد أجريت دراسة عام 1974 واشترك فيها حوالي 15 ألف طبيب ينتمون إلى بلدان عدة منها ألمانيا وفرنسا وأستراليا وسويسرا وغيرها، وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة الموسعة أن ما يقرب من 80% من مرضى الاكتئاب لا يذهبون إلى الأطباء ولا يتم اكتشافهم، أما البقية من حالات الاكتئاب فإن ما يقرب من 13-15% منهم يذهبون إلى الأطباء الممارسين، والذين يعملون في التخصصات المختلفة غير الطب النفسي،

ولا يذهب إلى الأطباء النفسيين غير 2% فقط منهم، وهناك آخرون يقدمون على الانتحار مباشرة دون تشخيص حالتهم (الشربيني، ب.ت:32).

ويعد المجتمع العربي من أكثر المجتمعات تعرضاً للأزمات والصدمات النفسية التي تتجم عن الحروب والكوارث التي صنعها الإنسان، فعندما وبحسب تقرير منظمة الصحة العالمية لعام 2017 فقد توصلت إلى أن نسبة انتشار الاكتئاب عام 2015 ما يقارب (4,4%)، والاكتئاب أكثر شيوعاً لدى الإناث (5,1%) من الذكور (3,6%)، والكبار بالسن أكثر إصابة من الأصغر سناً، أما القلق فمستوى انتشاره (3,6%)، وهو أيضاً أكثر شيوعاً بين الإناث عن الذكور (4,6%) للإناث مقابل (2,6%) للإناث على المستوى العالمي، ولا يوجد فرق كبير بالنسبة لفئات العمرية (2017،who).

وإذا تأملنا نجد في كل بلد عربي تأريخاً مليئاً بهذه الصدمات، التي تخترق بنية الإنسان المادية والنفسية لتترك آثارها التي تمتد لزمن طويل أو ربما تستمر طول العمر مخلفةً وراءها الحزن واليأس والاستسلام والخوف، ورغم هذا كله ورغم أن اضطراب ما بعد الصدمة يعد من أهم مواضيع البحث في وقتنا الراهن في مجال علم النفس، ورغم هذا الانتشار الكبير لهذا الاضطراب إلا أننا نجد أقل الشعوب اهتماماً بدراسة هذه الآثار والاضطرابات الناجمة عن الصدمات والحروب والكوارث (سموكر، وآخرون، 2010: 27).

ويقول أرجايل، (1993) أن هناك دلائل واقعية تؤكد أن الاضطرابات النفسية تتزايد في دول العالم النامي (أرجايل، 1993: 43)، وقد ظهر من تطبيق مقياس أيزنك أن بلدان (مصر، والكويت، والأردن، وسوريا، وإيران وبعض الدول الأفريقية كغانا وأوغندا) درجاتها مرتفعة على العصابية، وأيضاً ترتفع في بعض الدول الأوروبية كفرنسا واليونان وبولندا، وترتفع بدرجة كبيرة في اليابان، أما في بريطانيا وأمريكا وكندا وأستراليا تكون أقرب إلى النهايات الدنيا، وكانت أقل البلدان درجةً تركيا والسويد (عبد المعطي، 1994: 378).

وقد أرجع أرجايل هذا الارتفاع في الدول النامية بشكل أكبر من البلدان الأخرى إلى محاولة تبني هذه البلدان قيم المجتمعات الغربية المادية، وهذا بدوره يخلق ضغوطاً على الأفراد مما يجعلهم معرضين للصرعات والقلق أكثر، ويرجع البعض ذلك إلى عدم الاستقرار السياسي، وكثرة الاضطرابات الاجتماعية (أرجايل، سابق: 43) ويرجع إبراهيم (1980) ذلك إلى قمع التعبير عن المشاعر سواءً كانت إيجابية أو سلبية (إبراهيم، 1980: 144).

هناك العديد من الدراسات كشفت تأثير الصدمات العنيفة التي تحدث للإنسان سواءً كانت طبيعية أو من صنع البشر، فدراسة Sttiger (1989) كشفت تأثير الصدمات العنيفة وأنها تزيد معدل الاضطرابات النفسية ودراسة (Bloom، 1991) توصلت إلى نفس النتيجة، أما دراسة Labbate & Sno (1992) فقد أجريت على عدد من الجنود الأمريكيين المشاركين في الحرب على العراق، حيث قرر 39% بإصابتهم بأحلام مزعجة بعد عودتهم إلى ألمانيا، وأكثر من ثلثهم زادوا في استخدام الكحول، وبعض المصابين منهم زادت إصابتهم من حدوث وتطور الصدمة النفسية والمعاناة النفسية الشديدة لديهم (أبو هين، 2007: 153-154).

والمتأمل في الدراسات والبحوث يجد قلتها إلى درجة كبيرة في تناول الصدمة في مجتمعنا العربي بشكل عام ومجتمعنا اليمني على وجه الخصوص، ويشير رضوان، (2010) إلى أن عدد الدراسات التي تتناول معاناة الناس أثناء الصدمات الطبيعية أكثر من الدراسات التي تتناول معاناتهم أثناء الحروب، رغم كثرة الحروب خاصة في العقود الأخيرة، وأيضاً نجد أن الكثير من تلك الدراسات تتناول المحاربين أكثر مما تتناول المدنيين رغم تعرضهم للصدمات بشكل كبير، وقد يكون لذلك أسباب سياسية معروفة (سموكر وآخرون، سابق: 46 - 47).

وفي بلادنا لا يخفى على أحد مدى التدهور في الخدمات المتعلقة بالصحة النفسية وشحتها إلى درجة كبيرة، فمن خلال دراسات سابقة نجد أنه لا توجد غير عدد محدود جداً من المستشفيات النفسية والعقلية على مستوى اليمن كمستشفى الأمل في صنعاء، ومستشفى الأمراض النفسية والعقلية في عدن ومستشفى السلام في الحديدة، ومستشفى في تعز، والبقية عبارة عن أقسام وعيادات في بعض المستشفيات أو عيادات خارجة خاصة، بالإضافة إلى مراكز في الجامعات كمركز الإرشاد التربوي والنفسي في جامعة صنعاء، ومركز الإرشاد النفسي والتربوي في جامعة إب وغيرها، وعدد من المصحات داخل الإصلاحات المركزية في عدد من المحافظات.

ومع وجود هذه الأزمات والحروب التي تؤدي بالتأكيد إلى العديد من الاضطرابات النفسية، ومقارنةً بوجود (165532) طبيب نفسي في العالم منهم (2582) طبيب نفسي في الشرق الأوسط نجد في اليمن حسب تقرير (2006) أن (45) طبيباً نفسياً فقط أي بنسبة (0,2) لكل مائة ألف نسمة حسب تعداد عام 2004م البالغ 20 مليون نسمة، أما الاختصاصيون النفسيون بحسب التقرير يبلغ في العالم (147019) يعملون في الصحة النفسية منهم (2387) في الشرق الأوسط وفي اليمن (300) اختصاصي في علم النفس يعمل منهم حوالي (100) في المؤسسات الأكاديمية و(75) في قطاع الصحة، و(45) في الشؤون

الاجتماعية والجمعيات، وهكذا نجد قلة الكادر في التأهيل الأكاديمي والتمريض النفسي وغيره من التخصصات المرتبطة بالصحة النفسية (غانم وآخرون، 2006: 3-4).

وبالنسبة للمراكز والمستشفيات والمصحات لا تغطي ولو نسبة بسيطة جداً مما يعانيه المجتمع، وقد أشارت دراسة جبباري وآخران، (2008) في دراستها على خمس محافظات يمنية (الأمانة، وعدن، وتعز، وحضرموت، والحديدة) إلى أن عدد المصابين باضطرابات نفسية وعقلية في المحافظات الخمس بلغ (88124)، منهم (18463) مصابين باضطراب كرب ما بعد الصدمة، هذا العدد الكبير يحصر فقط الذين زاروا الأطباء النفسيين والأخصائيين، وبالتأكيد فإن عدداً كبيراً لم يتسن لهم ذلك؛ لسبب من الأسباب.

هذا العدد المذكور كان في عام (2007) كما تشير الدراسة، فما بالك بما هو عليه الحال في هذه الأعوام الأخيرة، وما وصلت إليه البلد من وضع مأساوي جراء الحرب المستمرة وما نتج عنها وما سينتج من اضطرابات نفسية خاصة لدى النازحين الذين تركوا مناطقهم وذهبوا إلى أماكن أخرى بحثاً عن الأمان، والكثير منهم تعرضوا لصدمات مختلفة.

وهذا ما يضع على عاتقنا نحن كباحثين ومعالجين نفسيين أن نولي الاهتمام الكبير لهذه الشريحة بإعداد الكثير من الدراسات والبحوث التي تتغل معاناتهم وتبين حجم الكارثة التي يتعرض لها المجتمع بشكل عام.

هذا الوضع المتدهور لخدمات الصحة النفسية في اليمن، وما تعيشه البلاد من حرب طاحنة منذ عام 2014، وما نتج عنه من وجود العديد من المضطربين نفسياً، ومن خلال تعرف الباحث على معاناة الكثير من النازحين أثناء عمله معهم في بعض المنظمات، وما يترتب من نتائج سلبية على توسع الاضطرابات النفسية وكثرة انتشارها، فقد اختار هذا الموضوع ليكون إسهاماً صغيراً في عرض معاناة فئة مهمة من المجتمع، قد تكون أكثر فئة تعرضاً للأزمة بشكل مباشر من أي فئة أخرى، كونها عايشة الحرب فعلاً والنزوح والانتقال من منطقة إلى أخرى وما يتبع ذلك من مشكلات نفسية واجتماعية وغيرها.

وتعد بلادنا واحدة من أكثر الدول في الشرق الأوسط بعدد النازحين الجدد داخلياً وفقاً لتقرير وكالات الأمم المتحدة عام 2020 ميلادية، حيث بلغ عدد النازحين الجدد ما يقارب 308 ألف نازح جديد، وأيضاً تعد من أكثر الدول من حيث عدد النازحين المستمرين بنزوحهم بسبب استمرار أسباب النزوح (مركز رصد، 2020: 11).

مركز رصد (2020): التقرير العالمي للنزوح الداخلي، تقرير صادر من مركز رصد للنزوح الداخلي وفقاً لوكالات الأمم المتحدة.

مما سبق يمكننا أن نسيغ مشكلة البحث في التساؤلات الآتية:

- ما أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً لدى عينة من النازحين في محافظة إب؟
- هل توجد فروق بين الذكور والإناث في نسبة شيوع هذه الاضطرابات؟

أهمية البحث:

تأتي أهمية البحث الحالي من خلال جانبين:

نظري:

- موضوع البحث وأهميته البالغة وهو الأعراض النفسية لدى عينة مهمة جداً، كونها عايشة وضع الحرب والأزمة أكثر من أي فئة مدنية أخرى.
- محدودية الدراسات والبحوث التي تناولت هذا الموضوع - على حد علم الباحث - خاصة في اليمن، لذلك فالباحث إضافة مهمة للدراسات في اليمن والوطن العربي.

تطبيقي:

- يمكن الاستفادة من هذا البحث كمقدمة لدراسات وبحوث أخرى، كون مجتمع وعينة البحث لم يعط حقه من الدراسات في هذا الجانب.
- يمكن الاستفادة من أدوات البحث وهي قائمة مراجعة الأعراض ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة للباحثين في هذا الجانب.

أهداف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على:

- الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً لدى عينة من النازحين في محافظة إب.
- مدى الاختلاف بين الذكور والإناث في نسبة انتشار هذه الاضطرابات.

حدود البحث:

- الحدود الموضوعية: الأعراض النفسية الأكثر شيوعاً.
- الحدود البشرية: عينة من النازحين في مدينة.

الحدود الزمنية: العام 2022م.

الحدود المكانية: مخيم السلام مديرية الظهار.

مصطلحات البحث:

الاضطرابات النفسية: عرف نخبة من أساتذة الجامعات في الوطن العربي الاضطراب النفسي أنه: درجة جسيمة من المعاناة أو التصادم مع الذات أو مع المحيطين أو الشذوذ السلبي عنهم، أو من أي من هذه المظاهر معاً (العقباوي وآخرون، 1999: 11).

الاكتئاب: أحد التقلبات المعتادة للمزاج استجابةً لموقف نصادفه في حياتنا يدعو إلى الشعور بالحزن والأسى مثل فراق صديق أو خسارة مالية (الشربيني، 2001: 17).

القلق: تعريف عكاشة 2010: (شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر، مصحوب عادةً ببعض الإحساسات الجسمية خاصةً زيادة نشاط الجهاز الهضمي اللاإرادي، ويأتي في نوبات متكررة مثل: الشعور بالفراغ في فم المعدة، أو السحبة في الصدر، أو كثرة الحركة) (عكاشة، 2010: 138).

اضطراب ما بعد الصدمة: تعريف منظمة الصحة العالمية (1999): استجابة متأخرة مع أو بدون أن يكون ممتدًا زمنيًا لحادث أو حالة مسببة للكرب ذي طابع يحمل صفة التهديد أو الكارثة الاستثنائية وينتظر منه أن يحدث ضيقًا عامًا لأي شخص، مثل كارثة طبيعية أو اصطناعية، حرب، حادثة شديدة، مشاهدة موت آخرين في حادث عنيف، تعذيب للشخص نفسه، إرهاب، اغتصاب، أو جرائم أخرى (منظمة الصحة العالمية، 1999: 157).

النازحون: يعرفهم الباحث بأنهم مجموعة من الأشخاص عايشوا أزمات وضغوط ومخاطر مما اضطرتهم إلى الخروج من مكانهم الأصلي إلى مكان آخر في نفس الدولة التي ينتمون إليها.

ويعرفون إجرائيًا بأنهم مجموعة من طلبة جامعة إب النازحين من إحدى مناطق الصراع في تعز أو الحديدة أو غيرها نتيجة أخطار الحرب في مناطقهم.

إطار نظري:

مصطلح الاضطرابات النفسية حديث نسبيًا، وقد بدأ يحل تدريجيًا محل الأمراض النفسية في كثير من دوائر الطب النفسي، مراعاةً للأثار النفسية السلبية لكلمة مرض، ومع بداية القرن العشرين كان المصطلح

الأكثر شيوعاً هو العصاب بعد أن طرحته مدرسة التحليل النفسي الفرويدية كتعبير عن الحالة النفسية الناشئة عن الصراعات اللاشعورية التي يعيشها بعض الأفراد (117)، وبالنسبة للطبيعة التفاعلية للاضطراب النفسي، فقد بدأ مصطلح العصاب يتوارى تدريجياً ليحل محله كلمة تفاعل كصفة لمعظم أنواع الاضطرابات النفسية ويأخذ أشكالاً متعددة مثل: الاكتئاب التفاعلي، المخاوف التفاعلية، والقلق التفاعلي، وغيرها (إبراهيم، 2014: 117).

ويعد تعدد المفاهيم وتداخلها في علم النفس هو أحد مشاكل هذا العلم بشكل كبير، فدراسة الاضطرابات بمعناها الوظيفي النفسي يقع ضمن ما يسمى "الاعتلال النفسي" الذي يسمى علم نفس الشواذ، وهما يتداخلان مع علم النفس السريري الذي هو فرع خاص من علم النفس معني بدراسة الاعتلال النفسي من حيث أسبابه والوقاية منه وعلاجه (صالح، 2015: 33).

لذلك قد اهتم الباحثون كثيراً بمفهوم السواء واللاسواء في علم النفس والعلاج والطب النفسي، لكنهم اتفقوا على ثلاثة معايير تحدد الفرق بين السوي واللاسوي، أولها التباين أو الانحراف، فعندما يصبح سلوك الشخص متبايناً نوعياً أو كمياً عن المعايير الاجتماعية المقبولة يطلق عليه مضطرب نفسياً، ورغم أن هناك اختلاف بين المجتمعات في هذه المعايير فإن هناك أيضاً معايير عامة متشابهة، المعيار الثاني السلوك غير المتكيف، أي أن الشخص يصبح مضطرباً نفسياً عندما يؤثر سلوكه في حياته الاجتماعية والأكاديمية والمهنية، أما المعيار الثالث فهو الكرب الشخصي، ويقصد به شكوى الشخص مما ألم به من حزن أو كرب أو أي انفعال غير سار، وهذا يحدد ما إذا كان لدى الشخص اضطراب نفسي أم لا، وهذا يحدث غالباً في الاكتئاب والقلق، فالمكتئب مثلاً يظهر عليه تباين في سلوكه أو سوء التكيف، وقد لا يظهر ويوصف مثل هذا الفرد بأن لديه اضطراباً نفسياً عندما يشكو ألمه الذاتي أو معاناته لغيره ويرى الكثير من الباحثين والمعالجين النفسيين أنه ينظر للشخص أنه مضطرب نفسياً أو سلوكياً في حالة توافر معيار واحد من هذه المعايير الثلاثة (صالح، 2015: 30-31).

ولا يقصد بالأعراض أو الاضطرابات النفسية تلك التغيرات التي قد تحدث للكبار والصغار، لأن جزءاً كبيراً منها قد يكون مؤقتاً ويحدث لظروف معينة ثم يتكيف عليها الفرد ويعود لطبيعته (العوبلي وآخرون، 2019: 39)، لكن هناك معايير محددة لكل اضطراب نفسي هي التي تجعل من الأخصائي النفسي أو الطبيب النفسي أن يشخص ذلك الاضطراب وفقاً لتلك المعايير.

هناك نقاط مشتركة بين الاضطرابات النفسية منها: (داكو، 2002: 7)

- أن حياة المضطرب نفسياً مسيطر عليها من قبل قوة مجهولة ومبهمة ولا يكون لديه أية سيطرة عليها.

- المضطرب نفسياً ضحية دائمة للصراعات الداخلية.
- يبحث المضطرب نفسياً عما يضع نهاية لمعاناته عن طريق حلول للتسوية وهذه تمنعه من رؤية الهاوية الموجودة في أعماقه.
- المضطرب نفسياً شخص مغمور في القلق يكون أحياناً غامضاً وأخرى مخيفاً.
- العصابي على الغالب طفل بشكل جزئي أو كلي.

التفسيرات النظرية للاضطرابات النفسية:

تشير العديد من الدراسات التي قام بها (أيزنك، وأيزنك، 1969) إلى أن العصاب ينتج من تفاعل العصابية مع المواقف البيئية العصبية (العبيدي، 1991: 90).

فالعصابية - الاتزان الانفعالي متصل أو بعد متدرج من السواء وحسن التوافق والثبات الانفعالي في طرف إلى سوء التوافق وعدم الثبات الانفعالي في الطرف المقابل، وإذا تعرض الشخص المرتفع الدرجة على قطب العصابية إلى ضغوط شديدة أصبح مضطرباً نفسياً، فيكون لكل فرد درجة على هذا البعد، فالحديث عن العصابية هو حديث أيضاً عن السواء عن طريق مقلوبه، وإنما أشير إلى هذا البعد عن طريق القطب المرضي لأنه أول ما استرعى الباحثين هو الاهتمام بالسواء أو سوء التوافق (عبد الخالق، 1983: 292).

إن أسباب الاضطرابات النفسية كغيرها من متغيرات علم النفس والشخصية والصحة النفسية من المواضيع التي ليس عليها اتفاق بين العلماء، فمن قائل بأن الوراثة لها الدور الأكبر إلى القائل بأنها البيئة وهكذا، ومن هذه الآراء ما يلي:

يرجع ياسين (1986) الاضطراب النفسي إلى عدة عوامل على رأسها صراعات لا شعورية في الطفولة وعوامل بيئية متشابكة ومترابطة، ويضيف أن أسباب الأمراض العصابية تكون بيئية - اجتماعية ونادراً ما تكون وراثية (ياسين، 1986: 310-313).

أما كاشدان (1984) فيرى أن كلاً من الوراثة والبيئة يلعب دوره الخاص ويؤثر بعضه في بعض، فالوراثة مسؤولة عن بعض الصفات البشرية والمحيط مسؤول عن البعض الآخر، وهذا يعني أن العوامل الوراثية والبيئية تعمل معاً بتكاتف (كاشدان، 1984: 16).

ويتساءل أيزنك عن (الانبساط - الانطواء) و(العصابية) هل هي مورثة أم ترجع إلى البيئة؟ ويقول أنه قبل الإجابة يجب أن نحدد مفهومين هي أساس البحث في الوراثة الحديثة هما: النمط الوراثي والنمط الظاهري، فإن الجبلية الوراثية للفرد تدعى عادةً نمطه الوراثي بينما نمطه الفعلي الظاهري الذي هو نتاج نمطه الوراثي والبيئة التي نشأ فيها يدعى نمطه الظاهري (الفينوتيب)، وهو يتأثر نوعاً ما بالبيئة مثل نقص

في التغذية أو غير ذلك، ولا بد من استخدام التمييز بين النمطين لدراسة مفهومي الانبساط والعصابية، فالعلاقة بين النمطين كالتالي: الاستثارة والكف كتكوين نظري يتحدد بالتأثيرات الوراثية كليةً، وهذا الجزء الوراثي من الشخصية يمكن أن يقاس عن طريق ظواهر تجريبية يمكن ملاحظتها وهذا هو المستوى الثاني، والمستوى الثالث يتمثل بالعبادات السلوكية أو السمات مثل الاجتماعية، الاندفاع، الانطلاق، السيطرة.... وهي تستخدم أساساً لتحديد الانبساط والانطواء (عبد الخالق، 1986: 398-399).

ويذكر شاهين والرخاوي (1977) أن البيئة والوراثة وبعض الأسباب الأخرى تعد أسباباً مهيئة، بينما تكون الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الفرد هي سبب مرسب للمرض حتى ولو كانت أحداث بسيطة (شاهين والرخاوي، 1977: 23).

كما أن بعض الباحثين يرون أن العصابية تورث على الأقل بالدرجة نفسها التي يورث بها الذكاء، فالذكاء كما تعزو بعض الدراسات نسبة 75% فيه للوراثة، ويستنتج (أيزنك، أيزنك) من عدة دراسات أنه من الممكن أن يكون ثلاثة أرباع التباين الكلي للفروق بين الأفراد في العصابية وفي الانبساط ترجع إلى عوامل وراثية، ودراسة التوائم هي أفضل مثال لهذه المسألة خاصةً التوائم الصنوية التي نشأت وتربت منفصلةً في بيئتين مختلفتين (عبد الخالق، 1993: 288).

ويرى عبد الخالق (1993) أن الشخص معرض للانفعالات القوية حتى في ظل ظروف لا تستدعي أرجاع قوية لدى الشخص العادي، لديه جهاز عصبي مستقل، الفرع السمبثاوي منه قوي الاستجابة أو الترجيع للمنبهات الخارجية، ويرى أيزنك أن الأرجاع العصابية تظهر على أساس موروث، فأحدى خواص جهازه العصبي قابليته للانهايار تحت المواقف العصبية، وترتبط العصابية بزيادة تقلب الجهاز العصبي اللاإرادي، فبعض الناس لديهم استعداد للاستجابة بقوة أكبر ولمدة أطول وبسرعة أشد بجهازهم العصبي اللاإرادي (الأتونومي) للمنبهات القوية والمؤلمة والمفاجئة التي تصطم بأعضاء الحس لديهم (عبد الخالق، 1993: 288-289).

ونذكر هنا بعض التفسيرات لبعض نظريات ومدارس علم النفس:

النظرية البيولوجية (بنية الجسم) وهي من أقدم وجهات النظر ترى أن الاختلافات البنوية في الجسم مسؤولة عن جميع أنماط الشخصية وأنماط سلوكه وبالتالي سواء الشخص أو عدم سوائه، وتأتي بعدها **النظريات الكيماوية** التي ترى أن مود كيميائية محددة هي السبب أو تساهم على الأقل في السلوك المضطرب، وينطلق الباحثون هنا من حقيقة أن الجهاز العصبي يعتمد في عمله وإدامته على مواد كيميائية متنوعة، أما **النظريات الغذائية** فتركز العوامل الكيماوية ولكن اهتمامها الأساس يدور حول وجود أنواع من الأغذية تحمل مواد حيوية نشطة يمكن أن تكون السبب في الاضطراب، وقد عزت أبسط أنواع الاضطرابات

إلى الوصول إلى أعقدها مثل الفصام إلى عادات غذائية رديئة، ويقول البعض أن الأساس الذي اعتمدت عليه هذه النظريات أغلبها دينية وخرافية(صالح، 2015: 40- 43).

التحليل النفسي: يشير فرويد إلى أن الاضطرابات النفسية ناتجة عن صراع ينشب بنمط جديد لإشباع الليبيدو، فالقوتان اللتان كانتا قد انفصلتا تجتمعان من جديد في العرض العصابي، وتتصالحان إن صح التعبير وتتراضيان على حل وسط هو بالتحديد تكون الأعراض، وذلك ما يفسر قدرة العرض على المقاومة، وأحد طرفي الصراع يمثل الليبيدو غير المشبع الذي أرغمه الواقع على التماس أنماط جديد للإشباع، ومن ضمنها النكوص التي قد يلجأ إليها، لكن قد لا يقبل الأنا النكوص، وبالتالي يمنع الليبيدو من الإشباع فينشأ الصراع عندما يجد الليبيدو الطريق أمامه مسدوداً(فرويد، 1962: 148- 149).

ويذكر فرويد أيضًا أن المرضى الذين حلهم كانوا يتمتعون بصحة نفسية جيدة حتى تعرضت حياتهم النفسية إلى حالة لا تطاق، أي حتى واجه الأنا لديهم خبرة أو تصور أو عاطفة أثارت انفعالاً من العنف مما جعل الشخص يقرر نسيانه لأنه فقد الثقة في قدرته على رفع التناقض بين التصور المؤلم والأنا لديه رفعاً يتم عن طريق العمل الفكري، لذا فإن الأنا يجهد في وقاية نفسه من التصور المؤلم بأن يتعامل معه وكأنه لم يحدث فينشأ صراع يتولد من خلاله في النهاية استبعاد هذا التصور من نطاق الشعور، ولا يستطيع القضاء على التصور قضاءً تاماً، لأن الأثر الذكروي والانفعال المرتبط بالتصور قائمان قياماً لا مرد له، فيما أنه لم يستطع ذلك تحرف الطاقة أو الشحنة الانفعالية إلى أعراض مرضية (فرويد، 2000: 140- 141).

أما هورني فترى أن هناك بعض الحاجات والدوافع العصابية التي تخلق العصاب أو الاضطراب النفسي لدى الفرد، وهي الحاجة للحب، الحاجة للانتصار والتفاخر، المركز والأهمية، الحاجة للامتلاك، التي تلعب دور في خلق القلق المسبب للعصاب حين تصطدم بالشعور، فالعجز عند العصابي أمام العالم المعادي المليء بالبغضاء كما يراه العصابي فينتجه الفرد نحوه بثلاثة اتجاهات (وهبي وأبو شهدة، 1997: 94 - 95) هي: الاتجاه ضد الغير، مع الغير، وبعيد عن الغير (داود وآخرون، ب.ت: 587).

المدرسة السلوكية: ترى المدرسة السلوكية الجديدة أن القلق المرضي استجابة مكتسبة تنتج عن: (عبد الله، 2000: 151- 152)

- تعرض الفرد لمواقف وظروف معينة مثل: التعرض لمواقف خوف أو تهديد مع عدم التكيف الناجح معها.
- إسراف الوالدين في حماية الأطفال، فيشعرون بالخطر عندما يتعرضون لمواقف خارجية.
- الضعف العام في الجهاز العصبي.

يرى السلوكيون أنّ الاضطراب النفسي يحدث بنفس الطريقة التي يحدث بها أي سلوك سوي، وذلك عن طريق التعلم الذي يعتمد على مبادئ الأشرط والتعلم معاً، وقد اتجه اهتمام السلوكيين مؤخراً إلى الجوانب البيولوجية والعضوية وما تحدثه من آثار مرتبطة بالسلوك غير التوافقي (بلان، 2015: 138).

النظرية السلوكية المعرفية: ومؤسسه بيك، حيث يرى أن الاضطراب النفسي يحدث نتيجة الطريقة التي يفسر فيها الفرد الموقف المسبب، وليس الموقف نفسه، حيث إن إدراك الفرد للحدث هو الذي يؤثر في مشاعره وسلوكياته (بيك، 2007: 36).

النظرة العقلانية: ومؤسسه أليس ويرى أنّ الإنسان لديه استعداد فطري لاكتساب الأفكار اللاعقلانية أو الأفكار العقلانية، ومن خلال تأثره بالظروف الاجتماعية وحديث الذات يعمل على زيادة تطوير الأفكار غير المنطقية ومن ثم يحدث الاضطراب النفسي (بلان، سابق: 246).

وفي ضوء ذلك يعرض أليس في رؤيته ما يسمى ABC في تحليل الاضطراب حيث يشير الحرف Activating Event A إلى أحداث الحياة الفعلية، وهي الحدث المؤثر على الشخص كصدمة عاطفية مثلاً أو خسارة فادحة، ويشير الحرف Belief System B إلى التفسيرات اللامنطقية للفرد لهذا الحدث لاعتقاده أن لا أحد يحبه وإلى حوار الداخلي، وهكذا يكون الشخص قد بالغ في حجم المشكلة، أما Emotional C Behavioral Consequence فتشير إلى رد الفعل السلوكي أو الاضطراب الانفعالي لدى الشخص مثل الخوف والاكنتاب، ورغم أنّ (A) هي الحادث المباشر إلا أنه ليس السبب الرئيسي المباشر للنتيجة التي تحدث في (C)، وإنما يحدث الاضطراب عن نسق التفكير الموجود لدى الفرد والذي يرمز له ب (B) سواء كان هذا النسق منطقياً أو لا منطقي (بلان، سابق: 267).

روجرز: ترى نظرية روجرز أن الاضطراب النفسي ينشأ من وجود شروط للأهمية تقف حائلاً بين الفرد وإشباع حاجاته للاعتبار الإيجابي من جانب الآخرين مما يضطر إلى إنكار جانب من خبراته ومحاولة إبعادها أو تشويه الواقع، وبذلك لا تضاف الخبرة إلى الذات وينشأ عدم التطابق الذي يعتبره روجرز مرادفاً للعصاب، وترى هذا النظرية أنّ أي إحباط يعوق ويهدد إشباع الحاجات الأساسية للفرد ينتج عنه تقويم سيئ للذات ونقص احترام لها، فالاضطراب هو التهديد الذي يمكن أن يأخذ أشكالاً مختلفة، ولكنه يكون موجهاً إلى بناء الذات ومفهومنا عن ذاتنا، ويحدث التهديد نتيجة لإدراكاتنا المختلفة للخبرات التي يمر بها نظام القيم الذي يحمله الفرد والذي يوجه عملية الانتقاءات للخبرات، فإذا كان نظام القيم مأخوذ من الآخرين نستمر بالشعور بعدم التفرد والضياع (بلان، سابق: 282).

فرانكل: يرى أن الفراغ الوجودي هو سبب الاضطرابات النفسية، وهذا الفراغ يظهر على شكل ملل، أو ضيق، أو اكتئاب أو أي اضطراب آخر، ويذكر فرانكل أنّ هناك أعداداً كبيرة من المرضى يعانون من نقص

المضمون والغرض من الحياة، وأنهم يعترفون أنّ هذا هو السبب وراء لجوئهم إلى التحليل النفسي، ويشير في حديثه إلى مسمى العصاب المعنوي ويقصد به العصاب الذي ينشأ عن مشكلة روحية، عن الصراع الأخلاقي، وهو ما أطلق عليه الفراغ الوجودي أو الإحباط الوجودي أو إحباط إرادة المعنى (فرانكل، 1997: 101-108).

النظرية الاجتماعية: يرى باحثون أن العامل الاجتماعي له أهمية في تطور الاضطراب، حيث توصل سولومون وزميلاه (1988) من دراستهم إلى أن الأفراد الذين حصلوا على مستويات عالية من الإسناد الاجتماعي كانت لديهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة أقل من الذين لم يحصلوا على مستوى عالٍ من الإسناد (النوايسة، 2013: 114-115).

التوجه الانتقائي: إن الاضطراب النفسي وفق هذه النظرة هو نتاج لعناصر بعضها في البيئة الخارجية وبعضها في عالم القيم والتفكير والوجدان (عوامل ذاتية)، فهذه النظرية تتبنى نوعاً من التفكير يهتم اهتماماً خاصاً بالمشكلة النفسية، بحيث لا يجردها من طبيعتها المعقدة، ومحور هذا التصور هو أنّ الاضطراب النفسي عندما يحدث لا يشمل جانباً واحداً من الشخصية، وإنما يشمل أربعة جوانب هي: السلوك الظاهر - الانفعال - التفكير - التفاعل الاجتماعي (إبراهيم، 2009: 121-122).

الاضطرابات الأكثر انتشاراً:

القلق والاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة:

يشار في كثير من الأحيان إلى القلق والاكتئاب بوصفهما حالات نزلات البرد بالنسبة للاضطرابات النفسية، وعلى الرغم من دقة هذه العبارة فيما يتعلق بانتشار القلق والاكتئاب فإنها تميل إلى تهوين عواقبهما الشخصية والاجتماعية، ومن بين هذه العواقب المعاناة النفسية والاجتماعية والانفعالية للفرد، وكذلك اختلال علاقاته مع الآخرين، فضلاً عن الأعباء الاقتصادية التي يتحملها المجتمع (دوبسن، ودوبسن، 2015: 15).

فالقلق كما يراه علماء التحليل النفسي، ويتفق معهم كثير من علماء النفس المعاصرين ما هو إلا نذير بأن هناك شيئاً سيحدث من شأنه أن يهدد أمن الكائن أو يخل توازنه وطمأنينته، إنه أشبه بجرس الإنذار الذي يعد لمواجهة الخطر، ولهذا توحى الملاحظات العامة بسلوك الناس بأن القلق هو الاستجابة التي تغلب عليهم عندما يجد واحد منهم نفسه مقبلاً على شيء مهم أو خطير، ولهذا من الطبيعي أن نجد أن القلق يزداد عندما يكون الشخص ضحية لأزمة صحية أو كارثة مادية، أو تحت تأثير أشياء تهدد أمنه أو حياته، أو في المواقف الاجتماعية المتأزمة، ويعرفه فرويد بأنه حلة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان،

ويسبب له كثيراً من الكدر والضيق والألم، والشخص القلق يتوقع الشر دائماً، ويبدو دائماً متشائماً، وهو يتشكك في كل أمر يحبط به ويخشى أن يصيبه منه ضرر (فرويد، 1989: 13).

ويعد القلق أكثر الاضطرابات العصابية انتشاراً، حيث يمثل من 30% - 40% من الاضطرابات العصابية تبعاً للتصنيفات المبكرة (عبد الخالق في غانم، 2006: 33).

ونجد أن الناس جميعاً يشعرون بالقلق لبعض الوقت، لكن هناك من يشعر بالقلق لمعظم الوقت، فهؤلاء لا يعد قلقهم استجابة تكيفية طبيعية، فالناس يختلفون في مواقعهم على متصل القلق الذي يتدرج من حالاته الخفيفة إلى حالاته الحادة، وهذا يعني أننا نختلف في خبرتنا بالقلق من حيث الدرجة لا من حيث النوع، كما أننا نتفاوت في قدرتنا على تحمل القلق وفي مدى استفادتنا منه، فبعضنا قد يزيد القلق من فعاليته وإنتاجيته، والبعض قد يؤثر القلق في سلوكه وسبل تصريفه لحاجاته الحياتية والنفسية، فالقلق يصبح مشكلة لصاحبه عند توفر الشروط الآتية: (صالح، 2015: 160 - 161)

- عندما يكون حالة مستديمة أو مزمنة.
- عندما يؤثر فسيولوجياً في صحته ويصبح مصدراً لانهايارها.
- عندما يرتبط بموضوع أو أداء أو موقف يجلب له الألم.
- عندما يرتبط بأنماط سلوكية تعد منحرفة أو غير تكيفية مثل الارتعاشات العصبية-الأعمال القسرية.
- عندما يكون مصدر للتعاسة.

وبالنسبة للاكتئاب فهناك إشارات إلى أن الناس في الحياة المعاصرة يعانون من الاكتئاب بصورة أكبر مما كان الناس في الماضي، ويقول إبراهيم... أنه تبين من الدراسات المسحية أنه اضطراب شائع في كل الحضارات الإنسانية، فهناك في الولايات المتحدة وحدها أكثر من 20 مليون من الناس يعانون من هذا الاضطراب (إبراهيم، 1998: 29).

يصنف الاكتئاب ضمن الاضطرابات الوجدانية وتشتمل في Cd أعلى الفئات الآتية (رضوان، 2014:

475)

- الطور الهوسي.
- الاضطراب الوجداني ثنائي القطب.
- الطور الاكتئابي.
- اضطراب اكتئابي انتكاسي.
- الاضطرابات الوجدانية المستمرة.

وعندما نأتي إلى اضطراب ما بعد الصدمة نجد أن لمظهر الرئيس أو ما كان يطلق عليه عصاب الصدمة هو تطور الأعراض المصاحبة لأية صدمة شديدة وقعت للشخص وسببت لغيره الموت، أو الجرح أو الأذى المؤلم أو التهديد بالإصابة بعاهة جسمية أو حتى مشاهدة هذه المواقف الصادمة، أو مجرد التعرف على مثل هذه الصدمات ونتائجها والسماع بإصابة أحد المقربين للشخص (إبراهيم، عسكر، 2008: 62-63).

ونلاحظ أن أي إنسان يعاني من التأثير وقت حدوث الأزمة أو المصيبة أو بعدها بساعات وربما أيام، وهذا أمر طبيعي إلى حد ما ومتوقع، لكن إذا امتد لفترة طويلة بعد الأزمة أو المصيبة وتعرض الإنسان لنوبات خوف شديدة أو هلع وفزع فهذا يعد مؤشر على وجود اضطراب مرضي وقد يعاني فيه من تكرار أجواء المصيبة على شكل كوابيس وأحلام مفرعة أو أثناء اليقظة عبر لقطات تمر على ذهنه للحادث (النوايسة، 2013: 107) وكذلك قلق وتوتر وتجنب للمواقف المشابهة للموقف أو الحدث الصادم.

ومنذ ظهر هذا المصطلح وهو يصنف تحت اضطرابات القلق في الدليل التشخيصي الثالث والرابع، ولكن في النسخة الخامسة تم تصنيفه ضمن الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد والتي تشمل: اضطراب التعلق التفاعلي - اضطراب المشاركة الاجتماعية المتحلل - اضطراب كرب ما بعد الصدمة - واضطراب الكرب الحاد - واضطراب التأقلم - والاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد المحددة وغير المحددة (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2014: 110-120).

أما المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية (ICD\10) فقد تم تصنيفها ضمن الاضطرابات العصابية والاضطرابات المرتبطة بالكرب والاضطرابات الجسدية الشكل والتي تشمل اضطرابات القلق بشكل عام والاضطرابات القهرية والوسواسية واضطرابات التفاعل والتأقلم والاضطرابات التفارقية والاضطرابات الجسدية الشكل (منظمة الصحة العالمية، 1992: 144-183).

دراسات سابقة:

هناك العديد من الدراسات التي تناولت مختلف الاضطرابات النفسية لدى عينات متعددة، لكن القليل منها على حد علم الباحث تناول عينة النازحين خاصة الطلبة من هذه الدراسات:

دراسة عبد المعطي (1994) مصر، بعنوان الاضطرابات العصابية في مصر وأندونيسيا دراسة حضارية مقارنة، هدفت الدراسة إلى التعرف على الفروق في الاضطرابات النفسية بين مصر وأندونيسيا، وقد استخدم الباحث مقياس الصحة النفسية، واعتمد على التشخيص الإكلينيكي، وطبق على عينة من الدولتين، وتوصلت النتائج إلى أن هناك فروقاً بين المصريين والأندونيسيين في الاضطرابات العصابية، فقد كان المصريون

أكثر معاناة بأعراض القلق، الاكتئاب، العدوانية، الهستيريا، والأرق الليلي، وكان الأندونيسيين أكثر معاناة بأعراض السيكوسوماتية، توهم المرض، الفوبيا، وتوصلت إلى وجود فروق بين الذكور والإناث لصالح الذكور بالعدوانية والإناث في السيكوسوماتية، القلق، والبارانويا، والوسواس القهري، وتوهم المرض، والفوبيا، والأرق الليلي، وبشكل عام كان المصريون أكثر عصابية من الأندونيسيين.

دراسة المومني وعودات، (2020) الأردن، بعنوان مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئين في الأردن، وقد هدفت إلى الكشف عن مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين في الأردن وفقاً لبعض المتغيرات منها النوع والمستوى التعليمي وغيرهما، وتوصلت إلى أن مستوى الصحة النفسية لدى أفراد العينة كان متوسطاً، وهناك فروق تعزى للنوع لصالح الإناث.

دراسة أحمد، (2010) السودان، بعنوان الصحة النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى النازحين بمعسكر أبي شوك بمدينة الفاشر ولاية شمال دارفور، وهدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الصحة النفسية ونوعية الحياة للنازحين بمعسكر أبو شوك، وقد توصلت النتائج إلى أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في الصحة النفسية وتوجد علاقة ارتباط موجبة بين الصحة النفسية وفقاً للعمر والمستوى التعليمي ونوعية الحياة.

دراسة ناصر، (2006) الجزائر، بعنوان الأمراض النفسية وأثرها على السلوك الوظيفي، وهدفت الدراسة إلى التعرف على آثار الأمراض النفسية على السلوك الوظيفي، واعتمد على منهج دراسة الحالة، وتكونت العينة من 7 شركات، وتوصلت النتائج إلى أن للاضطرابات النفسية أثر بالغ على الأداء والإنتاج في الشركات، وكل ما زاد مستوى الصحة النفسية زاد الإنتاج للموظف وبالتالي للشركة، والقلق يعد أهم مؤثر من الاضطرابات على الأداء.

دراسة Senicato و de Azevedo (2018) مرسيليا، بعنوان الاضطرابات النفسية الشائعة عند

النساء البالغات: تحديد القطاعات الأكثر ضعفاً

هدفت الدراسة إلى تقييم العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية والسلوكيات والأمراض المرتبطة بالاضطرابات النفسية الشائعة لدى النساء البالغات، وقد كانت العينة (848) امرأة في بحث مسحي في مدينة كامبيناس، عام 2009، واستخدم الباحث قائمة مراجعة الأعراض، وقد توصلت إلى أن معدل انتشار الاضطرابات النفسية الشائعة (18,7%) وأن هناك فروق لصالح الأكبر سناً ومنخفضات المستوى التعليمي والنساء المنفصلات.

دراسة Chung، Kuo، Us،(2022) تايوان، بعنوان الارتباط بين الأعراض النفسية ونوعية الحياة في المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية: في المستشفى (دراسة مرجعية).

هدفت الدراسة إلى التحقق من الآثار المحتملة للأعراض النفسية على نوعية الحياة في المرضى الذين يعانون من الاضطرابات النفسية.

اختار الباحثون (124) مريضاً يعانون من اضطرابات نفسية في مستشفى تعليمي في شمال تايوان، تم الحصول على البيانات من السجلات الطبية لجميع المرضى الذين يعانون من أي تشخيص اضطراب المزاج أو التكيف، وقام الباحثون بتقييم الأعراض النفسية على BSRS-5 وفحص جودة الحياة باستخدام النسخة التايوانية من منظمة الصحة العالمية المختصرة استبانة جودة الحياة (WHOQOL-BREF).

وتوصل الباحثون إلى أن الدرجات على BSRS-5 يمكن التنبؤ بنتائج جودة الحياة. هذا يشير إلى أن القياس النفسي للأعراض النفسية يمكنه التنبؤ وتحديد نوعية الحياة للمضطربين نفسياً.

دراسة (2021 Scott1 & at) بعنوان الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً لدى المرضى العضويين في المستشفى وكان الهدف من هذه الدراسة هو توصيف أكثر خمس تشخيصات للاضطراب النفسي شيوعاً وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية لدى المرضى الذين يتلقون رعاية طبية وجراحية غير نفسية من نظام مستشفى عام في جنوب بورتوريكو بين يناير 2015 وديسمبر 2019.

توصلت الدراسة إلى أن 53% من العينة تم تشخيصهم باضطراب نفسي أثناء العلاج في المستشفى، وقد كانت الاضطرابات الاكتئابية، والإدراكية العصبية، والقلق، والاضطرابات المرتبطة بالمواد وانفصام الشخصية هي الأكثر شيوعاً.. ومن المثير للاهتمام أن الإناث كانت 23% أقل عرضة للإصابة باضطراب الاكتئاب الشديد.

منهجية البحث:

استخدم الباحث المنهج الوصفي المسحي، كونه أنسب المناهج بحسب موضوع البحث.

المجتمع والعينة:

يتكون مجتمع البحث من الطلبة النازحين في جامعة إب، وعددهم (345) طالب وطالبة، أما العينة فقد تم اختيارها بنسبة (25%) من المجتمع الكلي، وبلغ عددهم (86) طالب وطالبة.

أداتا البحث: استخدم الباحث قائمة مراجعة الأعراض المعدلة ومقياس اضطراب ما بعد الصدمة، وفيما يلي وصف مختصر للأداتين:

قائمة مراجعة الأعراض المعدلة:

استخدم الباحث قائمة مراجعة الأعراض المعدلة، وهو مقياس وضعه ليونارد، ر. ديروجيتس، س. ليمان، لينو كوفي. S.Lipman and Linocovi.، Ronald، R. Derogatis،Leonard تحت عنوان: R-90 Symptoms Check List SCL- 90. ثم قام بتعريبه وتقنيته على البيئة العربية عدد من الباحثين منهم: أبو هين وعبد الرقيب البحيري وغيرهما، وتتكون القائمة من (90) فقرة، موزعة على تسعة أبعاد هي:

- 1- الأعراض الجسمانية **Somatizatio** (1،4،12،27،40،42،48،49،52،53،56،58)
- 2- الوسواس القهري **Obsessive –Compul** (3،9،10،28،38،45،46،51،55،65)
- 3 - الحساسية التفاعلية **Interpersonal sensitivity** (6،21،34،36،37،41،61،69،73)
- 4 - الاكتئاب **Deprsssion** (5،14،15،20،22،26،29،30،31،32،54،71)
- 5- القلق **Anxiety** (2،17،23،33،39،57،72،78،80،86)
- 6- العداوة **Hostilgy** (11،24،63،67،74،81)
- 7- قلق الخوف **Phobic Anxiety** (13،25،47،50،70،75،82)
- 8- البارنويا التحليلية **Paranoid Idea** (8،18،43،68،76،83)
- 9- الذهانية **Psychoticism** (7،16،35،62،77،84،85،87،88،90)

وهناك ثمان فقرات إضافية لا تنتمي لأي مجال من هذه المجالات.

وقد تم عرض القائمة من قبل الباحث على لجنة من الأساتذة المتخصصين من جامعتي إب وتعز لإبداء آرائهم في مناسبتها على البيئة اليمنية، وكانت نسبة الاتفاق عليها أكثر من (90%).

أما عن الصدق فقد استخدم الباحث صدق الاتساق الداخلي وكانت معاملات الارتباط كما يوضح

الجدولين التاليين:

جدول (1)

يوضح معاملات الارتباط بين كل فقرة والمجال الذي تنتمي إليه في قائمة مراجعة الأعراض

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
الخواف		**0,379	73	الأعراض الجسمانية	
**0,866	13	الاكتئاب		**0,612	1
**0,878	25	**0,888	5	**0,537	4
**0,816	47	**0,843	15	**0,782	12
**0,790	50	**0,783	20	**0,515	27
**0,860	70	**0,907	22	**0,565	40
**0,809	75	**0,821	26	**0,620	42
**0,818	82	**0,739	29	**0,712	48
البارانويا		**0,905	30	**0,647	49
**0,529	8	**0,826	32	**0,707	52
*0,285	18	**0,881	54	**0,666	53
**0,614	43	**0,857	71	**0,748	56
**0,345	68	القلق		**0,745	58
**0,697	76	**0,853	2	الوسواس القهري	
**0,309	83	**0,752	17	**0,612	3
الذهانية		**0,917	23	**0,288	9
**0,712	7	**0,838	33	**0,478	10
**0,641	16	**0,795	39	**0,537	28
**0,781	35	**0,842	57	**0,563	38
**0,734	62	**0,843	72	**0,688	45
**0,603	77	**0,878	78	**0,568	46
**0,586	84	**0,850	80	**0,666	51
**0,725	85	**0,910	86	**0,662	55
**0,703	87	العداوة		**0,669	65
**0,771	88	**0,682	11	الحساسية التفاعلية	

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
**0,758	90	**0,731	24	*0,281	6
		**0,815	63	**0,653	21
		**0,691	67	**0,761	34
		**0,405	74	** ,581	36
		**0,804	81	**0,620	37
				**0,569	41
				**0,660	61
				**0,691	69

ويتضح من الجدولين أن معاملات الارتباط مرتفعة بين الفقرات والمجالات التي تنتمي إليها، وبذلك فالقائمة جاهزة للتطبيق.

أما الأداة الأخرى التي استخدمها الباحث فهو مقياس اضطراب ما بعد الصدمة من إعداد الباحث، وقد أعده وفقاً للدليل التشخيصي الخامس لجمعية الطب النفسي الأمريكية، وتم عرضه على لجنة محكمين من جامعتي إب وتعز، وكذلك تم استخراج صدق الاتساق الداخلي كما يوضح الجدول التالي:

جدول (2)

يوضح معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة

معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة
**0,639	21	**0,467	11	**0,586	1
**0,618	22	**0,398	12	**0,614	2
**0,521	23	**0,314	13	**0,501	3
**0,875	24	**0,703	14	**0,698	4
**0,726	25	**0,723	15	**0,601	5
**0,736	26	**0,650	16	**0,723	6
**0,696	27	**0,395	17	**0,410	7
**0,750	28	**0,753	18	**0,345	8
**0,743	29	**0,724	19	**0,443	9
		**0,686	20	**0,362	10

نلاحظ من الجدول أن معاملات الارتباط لجميع فقرات المقياس دالة عند مستوى 0,01، ولذلك لم يتم حذف أي فقرة.

جدول (3)

يوضح معاملات الارتباط بين كل فقرة والمجال الذي تنتمي إليه في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة

رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط	رقم الفقرة	معامل الارتباط
	أعراض الإقحام		أعراض التجنب		الإدراكات السلبية		أعراض الاستثارة
1	**0,747	8	**0,682	14	**0,656	23	**0,677
2	**0,827	9	**0,632	15	**0,786	24	**0,865
3	**0,766	10	**0,620	16	**0,845	25	**0,728
4	**0,873	11	**0,784	17	**0,575	26	**0,771
5	**0,591	12	**0,388	18	**0,711	27	**0,702
6	**0,711	13	**0,533	19	**0,860	28	**0,802
7	**0,630			20	**0,735	29	**0,797
				21	**0,675		
				22	**0,667		

نلاحظ أن معاملات الارتباط بين كل فقرة والمجال الذي تنتمي إليه مرتفعة ودالة عند مستوى 0,01، لذلك فالمقياس جاهز للتطبيق.

الثبات:

استخرج الباحث الثبات للأداتين بطريقتين كالتالي:

أولاً: قائمة مراجعة الأعراض:

جدول (4)

يوضح معاملات الثبات لقائمة مراجعة الأعراض

معامل ألفا	معامل سبيرمان	الأداة أو المجال
0,964	0,975	الاكتئاب
0,966	0,956	القلق
0,945	0,949	الخوف

ثانياً: مقياس اضطراب ما بعد الصدمة:

جدول (5)

يوضح معاملات الثبات لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة

الأداة أو المجال	معامل ألفا	معامل سييرمان
الأعراض الإقتحامية	0,891	0,862
الأعراض التجنبية	0,762	0,612
الإدراكات السلبية	0,909	0,881
أعراض الاستثارة	0,910	0,948
الدرجة الكلية	0,940	0,830

ونلاحظ من الجدولين أن معاملات الثبات مرتفعة، وبذلك فهما صالحتان للتطبيق.

الوسائل الإحصائية:

استخدم الباحث المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعامل ارتباط بيرسون ومعامل سييرمان ومعامل ألفا، والاختبار التائي لعينتين مستقلتين غير متساويتين.

النتائج:

نتيجة الهدف الأول: (الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً لدى عينة من النازحين في محافظة إِب) لتحقيق هذا الهدف تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية عن طريق الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss)، وكانت النتائج كالتالي:

جدول (6)

يوضح المتوسطات الحسابية للاضطرابات الأكثر شيوعاً

الاضطراب	الاكتئاب	القلق	الخوف	اضطراب ما بعد الصدمة
المتوسط	3.0716	3.0025	2.9286	3.33
الانحراف المعياري	1.01084	.95506	1.06128	.680

ومن خلال الجدول يتضح أن ترتيب متوسطات الاضطرابات كانت كالتالي: الاكتئاب (3,0716)، يليه القلق (3,0025)، ثم المخاوف (2,9286) ثم (اضطراب ما بعد الصدمة (3,33)، وهذه المقارنة وفقاً للمتوسط الفرضي فنجد أن مقياس اضطراب ما بعد الصدمة متوسطة الفرضي (3)، لذلك فبعده عن المتوسط بمقدار 0,33، لكن القلق والاكتئاب بعدهما بما يقارب واحد صحيح وهما متقاربان جداً في الدرجة، أما الخواف فبعده عن المتوسط بمقدار 0,93، فالمتوسط الفرضي لاضطراب ما بعد الصدمة (3) وللقلق والاكتئاب والخواف (2).

ونلاحظ أيضاً أن الاضطرابات الأربعة مرتفعة لدى العينة حيث إن الدرجة لكلٍ منها فوق المتوسط. ونجد أن النتيجة تتشابه إلى حدٍ كبير مع تقارير منظمة الصحة العالمية والكثير من الدراسات والبحوث في كون الاكتئاب والقلق هما الأكثر شيوعاً لدى العينات المختلفة.

نتيجة الهدف الثاني: (مدى الاختلاف بين الذكور والإناث في نسبة انتشار هذه الاضطرابات)

لتحقيق الهدف الثاني استخدم الباحث الاختبار التائي لمتوسطين مرتبطين وعينتين غير متساويتين والجدول رقم (7) يوضح ذلك:

جدول رقم (7)

القيمة التائية لدلالة الفروق بين متوسطات درجات العينة وفقاً لمتغير النوع (ذكور - إناث)

الاضطراب	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية	مستوى الدلالة	الدلالة اللفظية
الاكتئاب	ذكور	2.8442	1.08242	-	.141	غير دالة
	إناث	3.1941	.95855	1.488-		
القلق	ذكور	2.9036	1.05004	-	.500	غير دالة
	إناث	3.0558	.90606	-.678-		
الخواف	ذكور	2.6531	.99616	-	.088	غير دالة
	إناث	3.0769	1.07482	1.725-		
اضطراب ما بعد الصدمة	ذكور	3.29	.762	-	.694	غير دالة
	إناث	3.35	.639	-.394-		

ومن خلال الجدول نجد أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في جميع الاضطرابات وفقاً لمتغير النوع (ذكور - إناث)، ويفسر الباحث ذلك بأن الظروف التي يعيشها النازح من صعوبتها لا تفرق بين ذكر وأنثى، فالجميع يتعرض لنفس الظروف ونفس المعاناة، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة أحمد، (2010) في السودان، حيث توصلت إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في الصحة النفسية، وهناك اختلاف أيضاً بالدراسات العالمية في وجود فروق بين الذكور والإناث إلا أن أغلب الدراسات وهو المتفق عليه لدى الكثير من الباحثين أن الإناث أكثر عصابية من الذكور كما في دراسة الباحث (2012)، والذكور أكثر ذهانية من الإناث، وهناك دراسات أخرى تثبت العكس كدراسة (2021 Scott1 & at) التي توصلت إلى أن الذكور أكثر في الاكتئاب الشديد من الإناث.

التوصيات:

يوصي الباحث بالآتي:

- على جامعة تعز وجامعة إب وبقية الجامعات اليمنية الاهتمام بالبحوث والدراسات لفئة النازحين والاهتمام بهذه الشريحة المهمة من المجتمع.
- على الباحثين والمعالجين النفسيين والباحثين في علم النفس إعداد برامج إرشادية وعلاجية للاضطرابات النفسية وتطبيقها على النازحين.
- على مركز الإرشاد النفسي في جامعة إب إعداد برامج علاجية لعلاج الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعاً لدى هذه الفئة.
- على مركز الإرشاد النفسي والتربوي بجامعة إب إعداد مجموعة من البحوث والدراسات أكثر عمقاً وشمولاً لفئة النازحين من طلبة الجامعة وغيرهم.

قائمة المراجع:

- إبراهيم، سليمان عبدالواحد (2014): الشخصية الإنسانية واضطراباتها النفسية "رؤية في إطار علم النفس الإيجابي"، عمان، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، الأردن.
- إبراهيم، عبدالستار (1980): العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان، سلسلة عالم المعرفة، الكويت.
- — (1998): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه، عالم المعرفة، الكويت.
- — (2002): القلق قيود من الوهم، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.

- — وعسكر، عبد الله (2008): علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفسي، ط4، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- أبو هين، فضل (2007): التعرض للخبرات الصادمة وعلاقته بالاضطرابات النفس جسمية لدى الفتيان الفلسطينيين، دراسة للصددمات النفسية التي تلت اجتياح بيت حانون، مجلة جامعة الأزهر، غزة، العلوم الإنسانية، م(9)، ع(2)، ص 151-188.
- أحمد، آمنة يس موسى (2010): الصحة النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى النازحين بمعسكر أبو شوك بمدينة الفاشر ولاية شمال دارفور، رسالة ماجستير، جامعة الخرطوم، كلية الآداب.
- أرجايل، مايكل (1993): سيكولوجية السعادة، (ترجمة: فيصل عبد القادر يوسف) سلسلة عالم المعرفة، الكويت.
- بلان، كمال يوسف (2015): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- بيك، جوديث (2007): العلاج المعرفي، الأسس والأبعاد، ترجمة: طلعت مطر، المركز القومي للترجمة، القاهرة، مصر.
- الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2014): DSM_5، ترجمة: أنور الحمادي.
- الحبيب، طارق بن علي (1999): لمحة موجزة عن تأريخ الطب النفسي في بلاد المسلمين، دار المسلم للنشر والتوزيع، الرياض، السعودية.
- داکو، بيير (2002): العصاب والأمراض الذهنية، ترجمة: رعد اسكندر واران بيثون، مكتبة التراث الإسلامي، القاهرة، مصر.
- داود، عزيز حنا وآخرون (ب.ت): الشخصية بين السواء والمرض، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- دوزيس، ديفيد جي. أ. وكيث إس. دويسن (2015): الوقاية من القلق والاكتئاب النظرية والبحث والممارسة، ترجمة: عبدالله السيد عسكر، الهيئة العامة لدار الكتب والوثائق القومية، القاهرة، مصر.
- راجح، علي عبده (2012): مفهوم العصابية وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة إب، كلية التربية، اليمن.
- رضوان، سامر جميل (2014): التشخيص النفسي، جامعة دمشق.

- سموكر، ميرفين، كونراد ريشكه، بيتي كوجل، رضوان، سامر، وبركات، مطاع (2010): إعادة رسم الصورة وعلاج الإعادة - دليل معالجة الصدمة من النوع الأول، ترجمة: سامر رضوان، دار الكتاب الجامعي، الإمارات.
- شاهين، عمر ويحي الرخاوي (1977): مبادئ الأمراض النفسية، مكتبة النشر الحديث، ط3، القاهرة، مصر.
- الشربيني، لطفي (2001): الاكتئاب المرض والعلاج، منشأة المعارف للنشر، الإسكندرية، مصر.
- صالح، قاسم حسين (2015): الاضطرابات النفسية والعقلية (نظرياتها، أسبابها، طرائق علاجها)، دار دجلة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- عبد الله، مجدي أحمد محمد (2000): علم النفس المرضي (دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب)، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
- العبيدي، محمد إبراهيم (1991): قياس الاتزان الانفعالي عند أبناء الشهداء وأقرانهم الذين يعيشون مع والديهم، (رسالة ماجستير غير منشورة)، جامعة بغداد، العراق.
- _____ (2008): مفاهيم نفسية، مركز دمشق للطباعة، إب، اليمن.
- عبد الخالق، أحمد محمد (1983): الأبعاد الأساسية للشخصية، الدار الجامعية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- _____ (1986): محاضرات في علم النفس الفسيولوجي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
- _____ (1993): أصول الصحة النفسية، ط2، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
- عبد المعطي، حسن مصطفى (1994): الاضطرابات العصابية في مصر وأندونيسيا، دراسة حضارية مقارنة. مجلة دراسات نفسية- مصر، 24 (3)، 377 - 411.
- عثمان، نجاح عبد الرحيم (2002): إعداد الصورة اليمينية لمقياس مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية MMPI، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة بغداد، العراق.
- العقباوي وآخرون (1999): الكتاب الطبي الجامعي المرشد في الطب النفسي، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.

- عسكر، رأفت السيد (2009): علم النفس الاكلينيكي، التشخيص والتنبؤ في ميدان الاضطرابات النفسية العقلية، جامعة الزقازيق، مصر.
- عكاشة، أحمد (2008): الاكتئاب.. مرض العصر، أسبابه وأنواعه وعلاجه، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة، مصر.
- — (2010): الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- العوبلي، طه وآخرون (2019): الدليل الوطني لصحة النفسية المجتمعية، وزارة الصحة والسكان، اليمن.
- غانم، محمد حسن (2006): الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية (الوبائيات - التعريف - محكات التشخيص - الأسباب - العلاج - المآل والمسار)، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، مصر.
- غانم، عزة وآخرون (2006): التقرير السنوي عن الصحة النفسية في اليمن.
- فرانكل، فيكتور ايميل (1997) : إرادة المعنى ، أسس وتطبيقات العلاج بالمعنى ، ترجمة : إيمان فوزي ، دار زهراء الشرق ، القاهرة ، مصر .
- فرويد، سيجموند (1962): النظرية العامة للأمراض العصابية، ترجمة: جورج طرابيشي، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
- — (1989): الكف والعرض والقلق، ترجمة: محمد عثمان نجاتي، ط4، دار الشروق، القاهرة، مصر.
- — (2000): الموجز في التحليل النفسي، ترجمة: سامي محمود علي وعبد السلام القفاش، هيئة الكتاب بوزارة الثقافة، مصر.
- كاشدان، شلدون(1984): علم نفس الشواذ، ترجمة: (أحمد عبد العزيز سلامة)، دار الشروق، ط2، بيروت، لبنان.
- منظمة الصحة العالمية (1999): المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التشخيصية، (ICD، 10) ترجمة : وحدة الطب النفسي بكلية الطب بجامعة عين شمس.
- المومني، فواز أيوب، عودات، فاطمة أحمد علي (2020): مستوى الصحة النفسية لدى اللاجئين السوريين في الأردن، جامعة الأردن، مجلة دراسات العلوم التربوي، م(47)، ع(3).

- ناصر، محمد جودت (2006): الأمراض النفسية وأثرها على السلوك الوظيفي، دراسة منشورة، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة محمد خيضر، ع (10).
- النوايسة، فاطمة عبد الرحيم (2013): الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساندة، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
- الوحش، عبد العزيز مهيبوب (2016): اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، الأسباب - الأعراض - العلاج، مطابع دمشق للنشر، إرب، اليمن.
- وهبي، كمال وكمال أبو شهدة (1997): مقدمة في التحليل النفسي، دار الفكر العربي، بيروت، المكتبة الإلكترونية أطفال الخليج. www.gulfkids.co
- ياسين، عطوف محمود (1986): علم النفس العيادي (الكلينيكي)، القسم الأول، ط2، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.

- Who (2017): Depression and Other Common Mental Disorders، **Global Health Estimates**، World Health Organization.
- Senicato، Caroline & de Azevedo، Renata Cruz Soares (2018): Common mental disorders in adult women: identifying the most vulnerable segments، **Marilisa Berti de Azevedo Barros Ciência & Saúde Coletiva**، 23(8):2543-2554.
- Pi-Yu Su 1،2، Shu-Fen Kuo 1 and Min-Huey Chung (2022): Correlations between Psychiatric Symptoms and Quality of Life in Patients with Psychological Disorders: **Hospital-Based Retrospective Study**، Int. J. Environ. Res. Public Health 2022، 19، 732.
- Scott، George، Alessandra M. Beauchamp-Lebron1، Ashley A. Rosa-Jimenez1، Javier G. Hernandez-Justiniano1،2، Axel Ramos-Lucca1،2، Gloria Asencio-Toro1 and Julio Jimenez-Chavez1،2*(2021): Commonly diagnosed mental disorders in a general hospital system، Scott et al. **Int J Ment Health Syst (2021) 15:61**، <https://doi.org/10.1186/s13033-021-00484-w>.