

الإجهاد الضار

التخفيف من شدائد الطفولة التي تؤثر على صحة
الفرد الجسدية والنفسية على مدار حياته

نادين بورك هاريس
ذو الفقار أبوتا
مارسيا بروفبي
أندريا دانيز
تشارلز أنيلسون
مثنى سمارة

المرجع المقترح لهذا التقرير:
Burke Harris N, Bhutta ZA. الإجهاد السام: التخفيف
من محن الطفولة التي تؤثر على الصحة البدنية والعقلية مدى
الحياة. ويش و ٢٠٢٠ (BMJ).

الإجهاد الضار التخفيف من شدة الطفولة التي تؤثر على صحة الفرد الجسدية والنفسية على مدار حياته

تقرير عن اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) والإجهاد
السمي لدى الأطفال ٢٠٢٠

المحتويات

مقدمة	04
القسم الأول: علاقة شدائد الطفولة بالصحة النفسية والجسدية للفرد طوال حياته	05
القسم الثاني: التخفيف من الإجهاد الضار لدى الأطفال المتأثرين بالنزاعات والنزوح	18
القسم الثالث: تعرض الأطفال طويل الأجل للإجهاد الضار الناجم عن صدمات الحروب في الشرق الأوسط	28
القسم الرابع: الخلاصة والتوصيات	37
شكر وتقدير	41
اقتباسات المادة	42
المراجع	43

أعد هذا التقرير المجلة الطبية البريطانية لصالح مؤتمر القمة العالمي للابتكار في الرعاية الصحية «ويش» ٢٠٢٠، إحدى مبادرات مؤسسة قطر. وقامت المجلة بإجراء مراجعة النظراء للمقالات الواردة في هذا التقرير وتحريها واتخاذ القرار بنشرها، علماً بأن «ويش» قام بتمويل هذا التقرير.

على مدار الخمسين عامًا الماضية، أحرزنا تقدماً كبيراً في الارتقاء بصحة الأطفال وسلامتهم في جميع أنحاء العالم، وعلى الرغم من هذا التقدم، ما زال عددٌ لا يحصى من الأطفال يعاني من الشدائد والإجهاد الضار الناجم عن الحروب والكوارث الطبيعية والنزوح والفقر، وأخيراً آثار جائحة كوفيد-19.

تسفر شدائد الطفولة عن ظهور عدد من المشكلات السلوكية والجسدية والنفسية طوال حياة الفرد. فالأطفال الذين يعانون من الإجهاد الضار أكثر عرضة لخطر الإصابة بعدد من المشكلات الصحية عند وصولهم لمرحلة البلوغ – مثل الاكتئاب وأمراض القلب والأوعية الدموية والسمنة. ومن شأن زيادة انتشار هذه الحالات أن يحدث تأثيرات سلبية على صحة وسلامة الأفراد ويفرض ضغوطاً إضافية على أنظمة الرعاية الصحية.

من حق جميع الأطفال أن تتاح لهم فرص الازدهار داخل بيئات آمنة وداعمة. لذلك، يتحتم على الحكومات وصانعي السياسات والمنظمات غير الحكومية ومقدمي خدمات الرعاية الصحية والقطاع الخاص التعاون معاً من أجل تقليل مخاطر الإجهاد الضار على الطفولة والتدخل المبكر حال ظهوره.

واستكمالاً لتقارير المنتدى الرئيسية لعام 2020، أبرم ويش شراكة مع المجلة الطبية البريطانية، حيث كلفها بإعداد مجموعة من المقالات التي تخضع لمراجعة النظراء (ومن بينها هذا التقرير: الإجهاد الضار: التخفيف من شدائد الطفولة التي تؤثر على صحة الفرد الجسدية والنفسية على مدار حياته، ويمكن الاطلاع على باقي مجموعة المقالات البحثية على شبكة الإنترنت) لاستكشاف الأسباب الرئيسية والآثار الناتجة عن الإجهاد الضار لدى الأطفال.

ويختتم هذا التقرير بعدد من التوصيات لمعالجة هذه القضايا وتعزيز صحة جميع الأطفال وسلامتهم، ونأمل أن يستعين الباحثون وصناع القرار بهذه التوصيات للتصدي لهذه القضية المحورية.



البروفيسور ذو الفقار بوتا

المدير المشارك لمركز صحة الطفل العالمية، مستشفى الأطفال المرضى بتورنتو في كندا، والمدير المؤسس لمعهد الصحة العالمية والنمو بجامعة الآغا خان في كراتشي بباكستان



الدكتورة نادين بورك هاريس

الجراح العام والناطق الرسمي حول شؤون الصحة العامة في ولاية كاليفورنيا

القسم الأول: علاقة شدائد الطفولة بالصحة النفسية والجسدية للفرد طوال حياته

تشارلز نيلسون، وذو الفقار بوتا، ونادين بورك هاريس، وأندريا دانيس، ومثنى سمارة

يواجه أطفال اليوم تحديات هائلة، لم تتوقع الأجيال السابقة بعضاً منها. ولم نستطع بعد حساب ما نجمت هذه التحديات عنه من تبعات بيولوجية ونفسية حساباً كاملاً. ففي هذا العصر، نرى تغير المناخ والإرهاب والحروب يتسببون في نزوح السكان وإحداث الصدمات بأفرادهم، ونرى عدم التكافؤ الاقتصادي يعمل على توسيع الفجوة بين طبقتي الفقراء والأغنياء. ونرى العنف المسلح وقد بلغ مستويات مخيفة، على الأقل في الولايات المتحدة. كما نرى أطفالاً يشبّون في كنف أب أو أم يعاني أحدهما من مرض نفسي لم يعالج، أو يصاب أحد أقربائهم المقربين بفيروس كوفيد-19 أو يمر بضائقة مالية أو صعوبات نفسية نتيجة لانتشار هذه الجائحة.

تحظى التبعات القصيرة والطويلة الأمد للتعرض للشدائد خلال مرحلة الطفولة بأهمية كبيرة في مجال الصحة العامة، إذ إن الأطفال معرضون لمخاطر جمة تتمثل في إصابتهم باضطرابات صحية مرتبطة بالإجهاد، والتي بدورها تنعكس على صحتهم البدنية والنفسية بعد بلوغهم، ما قد يلحق خسائر مالية ضخمة بأنظمة الرعاية الصحية لدينا في نهاية المطاف.

هناك أدلة جديدة تظهر يوماً بعد يوم، تؤكد أن في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل ثمة عدد من المخاطر البيولوجية (مثل سوء التغذية والأمراض المعدية) والنفسية (مثل سوء المعاملة ومشاهدة العنف والفقر المدقع) التي تؤثر على مسار نموه وتجعله أكثر عرضة للمرور بأوضاع بدنية ونفسية سلبية. ويمكن رصد هذه الانعكاسات في أنظمة متعددة من الجسم، فتؤثر على صحة القلب والأوعية الدموية والجهاز المناعي والتمثيل الغذائي وصحة الدماغ، وقد يمتد نطاقها إلى ما بعد مرحلة الطفولة، فتؤثر على صحة مسار حياة المرء نفسه^{1,2,3} ويمكن التعامل مع هذه الآثار بأساليب مختلفة منها المباشر ومنها غير المباشر، مما يفتح لنا الباب أمام فرص عديدة لتطبيق استراتيجيات التخفيف والتدخل.

تعريف الإجهاد الضار

من الأهمية بمكان التمييز بين الأحداث السلبية التي يتعرض لها الطفل – 'الضغوط' – وبين استجابة الطفل لهذه الأحداث – 'الاستجابة للإجهاد الضار'⁴.

نشرت الأكاديميات الوطنية الأمريكية للعلوم والهندسة والطب تقريراً بتوافق الآراء عام ٢٠١٩، قامت فيه بتعريف الاستجابة للإجهاد الضار بأنها:

«التفعيل طويل الأجل لنظم الاستجابة للإجهاد في الجسم الذي يعطل نمو التركيبة الهندسية للدماغ وأجهزة الجسم الأخرى، ويزيد من خطر الإصابة بالأمراض المرتبطة بالإجهاد والقصور الإدراكي حتى خلال سنوات البلوغ. وتقع الاستجابة للإجهاد الضار عندما يتعرض الطفل لشدائد حادة أو متكررة أو طويلة الأجل، مثل الإساءة الجسدية أو العاطفية، أو الإهمال المزمن، أو تعاطي المواد المخدرة أو الإصابة بمرض نفسي أو التعرض للعنف أو تراكم الأعباء الاقتصادية للأسرة دون وجود دعم كافٍ له من الكبار. والإجهاد الضار هو الاستجابة المزمنة غير المناسبة والمضطربة للإجهاد التي تقع نتيجة التعرض لشدائد طويلة الأجل أو قاسية خلال السنوات الأولى من العمر. وينعكس ذلك على الأطفال بتعطيل في نمو التركيبة الهندسية للدماغ وأجهزة الجسم الأخرى، مع زيادة في خطر التعرض لاضطرابات جسدية ونفسية طوال حياة الفرد».

تعريف شدائد الطفولة

يؤدي التعرض لكثير من التجارب السلبية (أي عوامل الإجهاد الضارة) في مرحلة الطفولة إلى ظهور الاستجابة للإجهاد الضار^{٧،٨،٩} وتتراوح هذه الخبرات بين تجارب شائعة (مثل طلاق الوالدين) وأخرى مرعبة (مثل الطفل-المجنّد-البالغ من العمر ٦ سنوات وأمر بإطلاق النار على والدته وقتلها^٨).

وتؤثر الشدائد على النمو بصور لا تعد ولا تحصى وفي مراحل عمرية مختلفة، إلا أن التعرض الميكرو لها لفترات طويلة من الوقت يحدث آثاراً قد تمتد لمراحل متأخرة من العمر. علاوة على ذلك، قد تتسبب الشدائد في آثار بيولوجية، ما يزيد من احتمالية حدوث تغييرات طويلة الأمد. ومع ذلك، فإن عوامل السياق تظل ذات أهمية هنا.

نوع الشدائد

لا تحدث جميع الشدائد التأثير نفسه أو تؤدي إلى الاستجابة ذاتها. فعلى سبيل المثال، قد يسفر التعرض للاعتداء الجسدي أو الجنسي عن تبعات أكثر في الحدة والخطورة على نمو الطفل مقارنة بطلاق الوالدين^{٩،١٠}.

أمد الشدائد

قد يكون لأمد الشدائد تأثير على النمو. ومع ذلك، يصعب الفصل بين أمد الشدائد وبين نوعها (فعلى سبيل المثال، غالباً ما يولد الأطفال تحت وطأة الفقر، بينما سوء المعاملة قد لا تبدأ إلا في فترة لاحقة من حياة الطفل).

حالة النمو وتوقيت الفترة الحرجة

تؤثر حالة نمو الطفل خلال الفترة التي يتعرض فيها للشدائد على طبيعة استجابته لها، وكذلك على توقيت حدوث الشدائد نفسها^{١١}.



عدد الشدائد والتفاعل فيما بينها

تقدم دراسة «التعرض لتجارب مؤذية في الطفولة»^{١٢،١٣} ومجموعة البحوث التي أجريت لاحقاً على الموضوع نفسه، دليلاً دامغاً على أن خطر حدوث تبعات صحية سلبية يزداد بزيادة عدد فئات الشدائد التي تعرض لها الأفراد البالغون خلال طفولتهم. ورغم بديهية هذه المسألة، فإنها تتناقض مع حقيقة تتعلق بالشدائد القاسية (مثل سوء المعاملة)، إذ إن قلة فقط من الأطفال تتعرض لشكل واحد فقط من الشدائد خلال مرحلة بعينها من حياتهم. علاوة على ذلك، يُرجح أن آثار التعرض لعدد متنوع من الشدائد لا تكون مجرد آثار مستقلة تضاف إلى بعضها البعض. وعليه، فإن التعرض لأشكال متعددة من الشدائد قد يسفر عن نتائج معقدة ومتضاربة مع مرور الوقت تؤثر على النمو.



العوامل المتفاقمة

قد يكون الأطفال الذين تكررت إصابتهم بالأمراض، أو يعانون من سوء تغذية متزامن أو نقص كبير في المغذيات الدقيقة، أو يتعرضون للسموم البيئية، أكثر حساسية للآثار السلبية للأشكال الأخرى من الشدائد الضارة^{١٤}.



البيئات الأسرية الداعمة

ينشأ الأطفال في بيئة تغمرها العلاقات، إذ من شأن العلاقات الداعمة إخماد الاستجابة للإجهاد الضار^{١٥،١٦،١٧} وترتبط العلاقات والبيئات الآمنة والمستقرة القائمة على الرعاية بانخفاض المؤشرات التنظيمية للإجهاد الضار في كل من الغدد الصماء والمناعة والتمثيل الغذائي والجينات، فضلاً عن تحسن النتائج السريرية لصحة الجسدية والنفسية^{١٨،١٩}.



السمات الموجودة مسبقاً

كثير من الشدائد التي نتناولها هنا لا تنتشر بشكل عشوائي بين السكان، بل تشيع بين الأطفال والأسر التي تعاني من مواطن ضعف مسبقة تتمثل في مؤثرات جينية أو جنينية تؤدي إلى حدوث اختلال معرفي^{٢٠،٢١،٢٢} الأطفال الأكثر عرضة لحوادث حياتية سلبية (مثل الوصمة) يشملون أولئك الذين ولدوا في مرحلة مبكرة جداً من الحمل (مثل الأسبوع ٢٠ من الحمل)، أو بأوزان صغيرة جداً (كأقل من ١٥٠٠ جرام)، أو الذين ولدوا بمضاعفات كبيرة بعد الولادة (مثل الإصابات الناجمة عن نقص التأكسج الإقفاري)، أو الأطفال الذين تعرضوا لمستويات عالية من الكحول قبل الولادة، أو الذين ولدوا بعيب جيني كبير يؤدي لظهور إعاقة ذهنية أو إعاقة في النمو (مثل متلازمة الكرموسوم إكس الهش) أو إعاقات خاصة بالتواصل الاجتماعي (مثل التوحد).

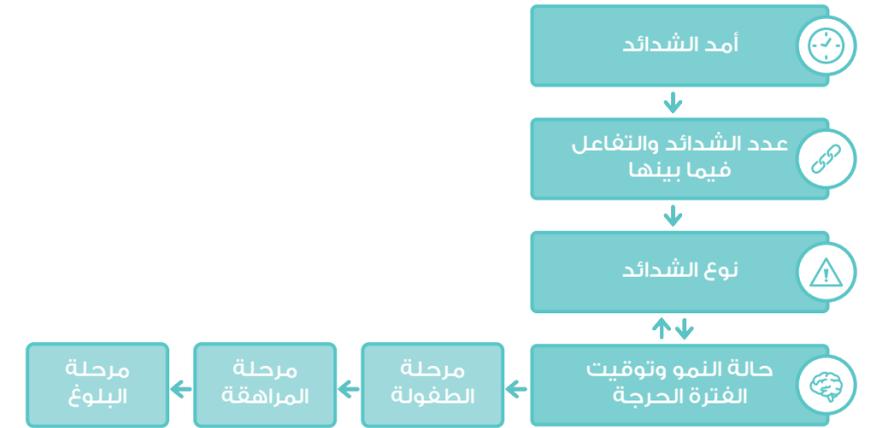


التباين الفردي

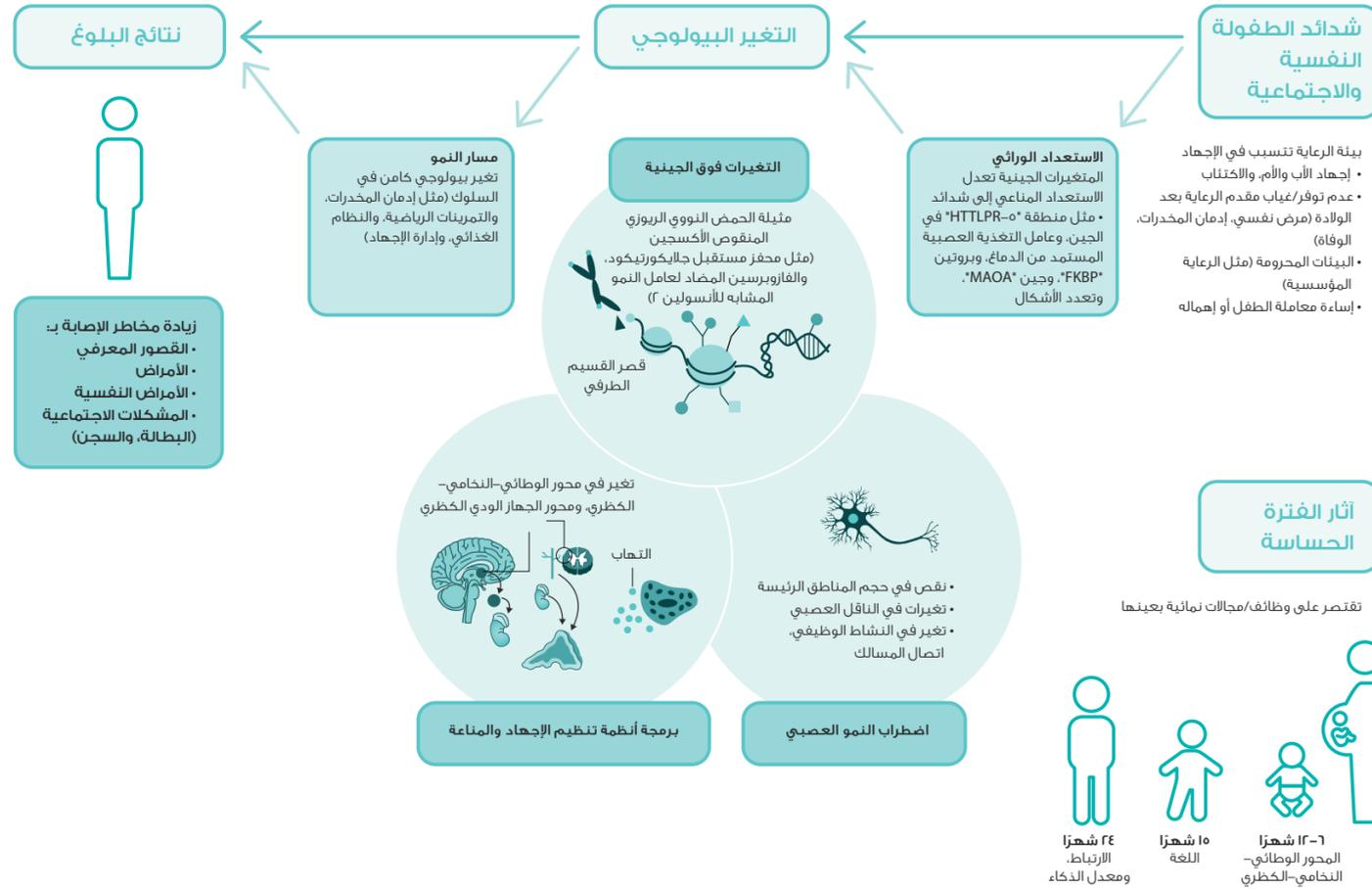
وأخيراً، قد يبدي الأطفال ردود فعل فسيولوجية مختلفة لعامل الإجهاد نفسه. فعلى سبيل المثال، يرى بويس (Boyce) أن المزاج عامل حاكم هنا، فنجد بعض الأطفال (لا سيما الخجولين أو الذين يعانون من الكبت السلوكي) يعانون من حساسية كبيرة تجاه بيئاتهم،^{٢٣} وما لم تستوعب البيئة هؤلاء الأطفال، تزداد فرص إصابتهم باضطرابات نفسية خطيرة تصاحبهم طوال الحياة بدرجة هائلة. بينما نجد على الجانب الآخر أن بعض الأطفال يزدهرون في أي بيئة كانت وتحت أية ظروف تقريباً.

هذا، ويوضح الشكلان (١) و(٢) كيفية تفاعل أمد الشدائد ونوعها مع البيئات الأسرية والسمات الموجودة مسبقاً للتأثير على النمو (انظر الشكل رقم ١)، وكيف تتحول الشدائد المبكرة إلى عنصر بيولوجي لا ينفصل عن الطفل (انظر الشكل رقم ٢).

الشكل رقم (١): التفاعل بين الشدائد والسياق ونمو الإنسان



الشكل رقم (٢): بعض المسارات التي تفتح الباب أمام التعرض للشدائد المبكرة وحصيلتها عند البلوغ



ملاحظة: التعرض للشدائد في وقت مبكر من الحياة يتفاعل مع الاستعداد الوراثي للطفل (مثل الاختلافات في تعدد الأشكال الجينية)، ما يؤدي بدوره إلى حدوث مجموعة من التغيرات البيولوجية على مستويات متعددة، وتؤثر هذه التغيرات، بدورها، على الحصيلة عند البلوغ (مقتبس بتصريف من بيرينز وآخرون [Berens et al]).^{٢٤}

محور (SHRP) HPA = محور ما تحت المهاد - الغدة النخامية - الغدة الكظرية (فترة نقص استجابة الإجهاد).

تبعات التعرض للشدائد

التبعات السلوكية

قد يسفر التعرض للشدائد خلال مرحلة الطفولة عن عدد متنوع من المشكلات السلوكية والعاطفية^{٢٥} - كارتفاع نسبة الميل لخوض المخاطر، والسلوك العدواني والمشاركة في العنف (داخل المنزل والمدرسة والحي)، وصعوبات في تكوين العلاقات مع الآخرين.^{٢٦، ٢٧} أما ما يثير قلقنا الشديد هنا فهو حدوث اضطراب ما بعد الصدمة.^{٢٨، ٢٩}

فالأطفال الذين عانوا من الصدمات (كمشاهدة قتل أحد أفراد الأسرة أو التعرض للاعتداء الجنسي) تزداد نسبة تعرضهم لعدد آخر من الاضطرابات النفسية، مثل الاكتئاب واضطراب ما بعد الصدمة والمشكلات السلوكية وإدمان المواد المخدرة وإيذاء النفس والأفكار الانتحارية ومحاولات الانتحار.^{٣٠} وثمة علاقة بين بعض أشكال الإيذاء الجسدي والنفسي خلال مرحلة الطفولة المبكرة وبين اضطرابات الأكل ومشكلات الصحة النفسية، الأمر الذي يؤثر على معدلات النمو والتعليم الطبيعية.

التبعات العصبية البيولوجية

رصد كثير من الدراسات اختلافات هيكلية ووظيفية في نمو الدماغ نتيجة للتعرض للضغوط البيئية، كتدني الحالة الاجتماعية والاقتصادية،^{٣٢، ٣٣، ٣٤، ٣٥، ٣٦} والإساءة الجسدية،^{٣٧} والإهمال في تقديم الرعاية.^{٣٨، ٣٩} فعلى سبيل المثال، يؤدي التعرض لإجهاد ما قبل الولادة خلال مرحلة الطفولة إلى انخفاض في نشاط المخ، وهو ما استدللنا عليه عبر اختبارات مخطط كهربية الدماغ.^{٤٠} كما أن الحرمان النفسي الاجتماعي الشديد يؤدي إلى حدوث تفاوت في الحجم الكلي للمخ ونقص في حجم المادة البيضاء والرمادية في أجزاء عديدة من المخ،^{٤١، ٤٢} وانخفاض في النشاط الكهربائي للمخ.^{٤٣، ٤٤} وتجدر الإشارة هنا إلى أن هذا التفاوت في نمو الدماغ يؤثر على الوظائف الإدراكية بالانخفاض،^{٤٥} لا سيما الوظائف التنفيذية،^{٤٦} وكذلك التحصيل التعليمي في أقصى صور تأثيره.^{٤٧}

التبعات الجسدية

التعرض المبكر للشدائد، خاصة الفقر، يؤدي إلى فشل النمو الخطي والهزال، وقد ثبت مؤخرًا ارتباطها بانخفاض حجم الدماغ^{٤٨} وتغير الاتصال الوظيفي.^{٤٩} أما الأطفال الذين تعرضوا لضغط نفسي أعلى فتبين ارتفاع مستويات الكورتيزول لديهم وزيادة نسبة خطر إصابتهم بأمراض الطفولة الشائعة، مثل التهاب الأذن الوسطى، والالتهابات الفيروسية، والربو، والتهاب الجلد، والشرى، والأمراض المعدية المعوية، والتهابات المسالك البولية.^{٥٠}

وهناك علاقة بين التعرض للشدائد خلال مرحلة الطفولة وبين زيادة مخاطر الإصابة بالأمراض المزمنة بعد البلوغ، مثل أمراض القلب والأوعية الدموية، والسكتات الدماغية، والسرطان (باستثناء سرطان الجلد)، والربو، ومرض الانسداد الرئوي المزمن، وأمراض الكلى، وداء السكري، وزيادة الوزن أو السمنة، والاكتئاب، بالإضافة إلى زيادة السلوكيات المحفوفة بالمخاطر الصحية.^{٥١، ٥٢}

ويوضح الجدولان (١) و(٢) العديد من الأضرار الجسدية والنفسية التي رُصدت بين الأطفال وبالبالغين الذين تعرضوا للشدائد خلال وقت مبكر من حياتهم.

الجدول رقم (١): الظروف الصحية لدى الأطفال الذين حصلوا على درجات عالية في مقياس التعرض لتجارب مؤذية في الطفولة

الأعراض أو الحالة الصحية	أعلى من أو يساوي درجة س في مقياس التعرض لتجارب مؤذية في الطفولة (مقارنة بصفر)	نسبة الإحتمالية
الربو	٤	٢,٨-١,٧
الحساسية	٤	٢,٥
التهاب الجلد والإكزيما	*٣	٢,٠
الشرى	*٣	٢,٢
زيادة نسبة الإصابة بالأمراض المزمنة، وسوء معالجتها	٣	٢,٣
أية أعراض جسدية غير مبررة (مثل الغثيان/القيء، والدوار، والإمساك، والصداع)	٣	٩,٣
الصداع	٤	٣,٠
التبول اللاإرادي والتغوط اللاإرادي	-	-
زيادة الوزن والسمنة	٤	٢,٠
فشل النمو، وضعف النمو، والتقزم النفسي الاجتماعي	-	-
قصور في صحة الأسنان	٤	٢,٨
زيادة الإصابة بالالتهابات (مثل الالتهابات الفيروسية للجهاز التنفسي العلوي والسفلي، والالتهاب الرئوي، والتهاب الأذن الوسطى الحاد، والتهابات المسالك البولية، والتهاب الملتحمة، والتهابات الجهاز الهضمي)	*٣	٢,٤-١,٤
تأخر بدء الحيض (١٤ سنة أو أكثر)	*٣	٢,٣
اضطرابات النوم	*٢	نسبة الانتشار ٣,١
تأخر النمو	**٥	١,٩
مشاكل في التعلم أو السلوكيات، أو كليهما	٣	٣٢,٦
إعادة السنة في المدرسة	٤	٢,٨
عدم استكمال الواجب المنزلي	٤	٤,٠
التغيب عن المدرسة في المرحلة الثانوية	٤	٧,٢
التخرج من المرحلة الثانوية	٤	٠,٤
السلوك العدائي، والعراك الجسدي	٣	لكل تجربة إضافية من التجارب المؤذية في الطفولة ٠,٤
الاكتئاب	٤	٣,٩
اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه	٤	٥,٠
أي من الآتي: اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، والاكتئاب، والقلق، والاضطرابات السلوكية/اضطرابات المسلك	٣	٤,٥

الأعراض أو الحالة الصحية	أعلى من أو يساوي درجة س في مقياس التعرض لتجارب مؤذية في الطفولة (مقارنة بصفر)	نسبة الإحتمالية
أفكار انتحارية	لكل تجربة إضافية من التجارب المؤذية في الطفولة	١,٩
محاولات الانتحار	لكل تجربة إضافية من التجارب المؤذية في الطفولة	٢,١-١,٩
إيذاء النفس	لكل تجربة إضافية من التجارب المؤذية في الطفولة	١,٨
استهلاك الكحوليات للمرة الأولى قبل بلوغ ١٤ سنة	٤	٦,٢
الاستخدام غير القانوني للمواد المخدرة للمرة الأولى قبل بلوغ ١٤ سنة	٥	٩,١
بدء ممارسة الجنس مبكراً قبل بلوغ ١٥-١٧ سنة	٤	٣,٧
الحمل خلال مرحلة المراهقة	٤	٤,٢

* تمثل نسبة الاحتمالية تجربة واحدة على الأقل من التجارب المؤذية في الطفولة، ولكنها تشمل الشدائد الأخرى أيضاً
 ** تمثل نسبة الانتشار تجربة واحدة على الأقل من التجارب المؤذية في الطفولة، ولكنها تشمل الشدائد الأخرى أيضاً

الجدول رقم (٢): الظروف الصحية لدى البالغين الذين حصلوا على درجات عالية في مقياس التعرض لتجارب مؤذية في الطفولة

العرض أو الظرف الصحي	نسبة الإحتمالية (باستثناء القيم الشاذة)*
أمراض القلب والأوعية الدموية (مرض الشريان التاجي، واحتشاء عضلة القلب، ومرض القلب الإقفاري)	٢,١
خفقان القلب	≤ ١,٤ مقياس التجارب المؤذية في الطفولة: ١,٤
السكتة الدماغية	٢,١
مرض الانسداد الرئوي المزمن (انتفاخ الرئة والتهاب الشعب الهوائية)	٣,١
الربو	٢,٢
داء السكري	١,٤
السمنة	٢,١
التهاب الكبد أو اليرقان	٢,٤
السرطان، أي نوع	٢,٣
التهاب المفاصل، الحالات التي يبلغ عنها أصحابها	≤ نتيجة مقياس التجارب المؤذية في الطفولة: ١,٣
ضعف الذاكرة (بما ذلك جميع الأسباب، ومنها الخرف)	٤,٩
مرض الكلى	١,٧

العرض أو الظرف الصحي	نسبة الإحتمالية (باستثناء القيم الشاذة)*
الصداع بأنواعه	≤ ٥ درجات في مقياس التجارب المؤذية في الطفولة، معدل الخطر: ٢,١
أي نوع من الآلام المزمنة (باستخدام مقياس Z للصدقات)	١,٢
آلام الظهر المزمنة (باستخدام مقياس Z للصدقات)	١,٣
الألم العضلي الليفي	≤ نتيجة مقياس التجارب المؤذية في الطفولة: ١,٨
الأعراض الجسدية غير المبررة، ومنها الألم الجسدي والصداع	٢,٧-٢,٥
كسور العظام	٢,٦-١,٦
الإعاقة الجسدية التي تتطلب معدات مساعدة	١,٨
الاكتئاب	٤,٧
محاولات الانتحار	٣٧,٥
الأفكار الانتحارية	١,٥
اضطرابات النوم	١,٦
القلق	٣,٧
الذعر والقلق	-
اضطراب ما بعد الصدمة	٤,٥
الاستخدام غير القانوني لأي نوع من المواد المخدرة	٥,٢
تعاطي المواد المخدرة عن طريق الحقن، أو تعاطي الكوكايين أو الهيروين	١٠,٢
استهلاك الكحوليات	٦,٩
استهلاك السجائر أو السجائر الإلكترونية	٦,١
استهلاك القنب	١١,٥
الحمل في مرحلة المراهقة	٤,٢
الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً في أية فترة من الحياة	٥,٩
العنف والإيذاء (عنف الشريك الحميم والاعتداء الجنسي)	٧,٥
ارتكاب أعمال عنف	٨,١

* تقارن نسب الإحتمالية بين الأفراد الذين حصلوا على أكثر من ٤ درجات في مقياس التجارب المؤذية في الطفولة وبين الذين حصلوا على درجة صفر في المقياس نفسه، باستثناء ما يتم الإشارة إليه بغير ذلك

ما العوامل المسببة لآثار الشدائد؟

يُعتقد أن العلاقة بين التعرض للشدائد في فترة مبكرة من الحياة وبين النمو الجسدي والنفسي تأتي نتيجة لعدد من المسارات المباشرة وغير المباشرة. لنتحدث أولاً عن الآثار التي تنعكس على النمو الجسدي، ثم نولي اهتمامنا بعد ذلك إلى النمو النفسي.

من بين الآثار التي تأتي عبر عوامل مسببة مباشرة ما يلي: التغيير في تنظيم مسارات إشارات الإجهاد ووظيفة الجهاز المناعي،^{٥٦} والتغيير في بنية الدماغ ووظيفته،^{٥٤} والتغيير في التعبير الجيني، وتسارع شيخوخة الخلايا.^{٥٦،٥٥} فعلى سبيل المثال، تؤدي سوء المعاملة أو الإهمال بشكل مباشر إلى حدوث إصابات جسدية أو نقص في التغذية أو سوء التغذية. وعلى المنوال نفسه، يؤدي الإجهاد بشكل مباشر إلى حدوث خلل في تنظيم المحور الوطائي-النخامي-الكظري، وما يترتب عليه من آثار مناعية عصبية صماوية^{٥٧} وآثار فوق جينية.^{٥٨}

أما بالنسبة للآثار التي تأتي عبر عوامل غير مباشرة فتشمل تغيير جودة بيئة تقديم الرعاية (كأن تكون بيئة الرعاية أضعف في الاستجابة)^{٥٩} أو تغيير البيئة البعيدة المحيطة (مثل عنف الحي الذي يؤدي بدوره إلى التأثير على نمو الطفل على أضعده مختلفة)،^{٦٠} أو تكوين إدراك مختل وظيفيًا عن النفس والعالم،^{٦١،٦٢،٦٣} كما أن آثار انعدام الأمن الغذائي (الذي يؤدي إلى نقص التغذية أو سوءها) والمسكن غير الآمن أو غير المطابق للمعايير المطلوبة (الذي يؤدي إلى التعرض لمسببات الربو أو إلى المواد السامة البيئية كالرصاص)، قد تؤدي إلى حدوث تفاوت اجتماعي في مستوى الصحة.^{٦٤} ويعد التنبؤ المبكر للسلوكيات الضارة بالصحة من بين الآثار البعيدة للتعرض للشدائد (مثل التدخين أو تناول الأطعمة الضارة)، إذ إنها تؤدي في وقت لاحق من الحياة للإصابة بداء السكري وأمراض القلب ومتلازمة التمثيل الغذائي.^{٦٥}

أما على الصعيد النفسي، فإن التعرض المبكر للشدائد يؤدي إلى ظهور أمراض نفسية في مراحل مبكرة من الحياة (مثل السلوكيات المضطربة) والتي قد تتحول لاحقًا إلى أشكال أكثر حدة (مثل الشخصية المعادية للمجتمع)، كما أنها قد تسفر عن ظهور خلل في الإدراك عن النفس وعن الآخرين.^{٦٦} ومع ذلك، ما زالت طبيعة التفاعل بين هذه الآليات المسببة غير واضحة إلى حد كبير.

وإذا أردنا نمذجة آثار الشدائد، فلا بد أن نأخذ بعين الاعتبار نوع هذه الشدائد، مدتها وتوقيتها، والآثار المتضاربة لأنواع الشدائد المتعددة وتفاعلها مع استعداد الطفل الوراثي (انظر الشكل رقم ٢)، وأدوات الدعم الاجتماعي والتدخلات التي يعتمد عليها الطفل (مثل مقدمي خدمات الرعاية الذين يرتبط بهم الطفل).

ما الذي بوسعنا فعله الآن؟

إذا أردنا أن يرث شباب اليوم عالمًا آمنًا يفضي إلى نمو صحي، فلا مناص أمامنا إلا فعل كل ما بوسعنا لبناء مثل هذا العالم. وحتى بالنسبة للأطفال الذين يعيشون تحت أوضاع سلبية، فبإمكاننا فعل الكثير لإحداث اختلاف في حياتهم والحيلولة دون إصابتهم بمثل هذه الاضطرابات أو التدخل حال ظهورها. فعلى سبيل المثال، يمكننا إخضاع الأطفال الذين يعانون من أحداث حياتية سلبية للفحص، وإحالة من يتبين إصابته بأي من الاضطرابات إلى خدمات التدخل بشكل مبكر. وهو الأمر الذي سبق وأن فعلته ولاية كاليفورنيا الأمريكية (انظر في قسم آخر من هذه المجموعة).

لقد وُضعت استراتيجيات التدخل من أجل مساعدة الأطفال على إدارة استجاباتهم للإجهاد الضار،^{٦٧} ولمساعدة الأسر على التأقلم مع الشدائد. ولا شك أن ثمة كثير من الأطفال يتمتعون بالمرونة والقدرة على المقاومة، ولكنهم يحتاجون أيضًا إلى إبرام شراكات بين الأطباء والمجتمع من أجل تعزيز قدرتهم تلك.^{٦٩}

توصيات بشأن الجهود البحثية

استندت كثير من الأدلة على التقارير الذاتية أو التي يبلغ أصحابها عنها بأنفسهم، أو التي يبلغ عنها أولياء الأمور. ولا شك أن من السهولة قياس هذه المصادر نسبيًا، ولكن بإمكاننا توسيع نطاقها لتشمل السكان جُلهم، كما يمكن استغلالها لتشمل ثقافات متعددة (مع إدخال التعديلات اللازمة). ومع ذلك، فإن هذه المصادر ما زالت تعد مقاييسًا ذاتية خاضعة للتحيزات (مثل الانحياز للتذكر). وإذا ما اتجهنا إلى مقاييس أخرى، مثل سجلات المحاكم الرسمية أو سجلات خدمات حماية الأطفال، فلا شك أنها ستصل بنا إلى تقييم أكثر موضوعيًا، ولكنها تغفل في غالب الأحيان مدى انتشار الشدائد.

تستوعب المقاييس الموضوعية والذاتية لشدائد الطفولة فئات غير متداخلة إلى حد كبير من الأفراد،^{٧٠} وبالتالي يمكن ربطها بالنتائج الصحية عبر مسارات مختلفة، إلا أن الخبرات الذاتية تحظى بأهمية خاصة عند الحديث عن الأمراض النفسية، تفوق فيها الخبرات الموضوعية نفسها.^{٧١}

من التحديات التي تواجهنا في دراسة آثار الشدائد على النمو هو كيفية المقارنة بين الأطفال الذين ينشأون داخل ثقافات مختلفة. فعلى سبيل المثال، أفادت إحدى الدراسات^{٧٢} أن إجراء استطلاع للرأي أجري عن التنمر داخل ثقافات وبلدان مختلفة لا يمكن تعميمه بشكل جيد (أي إن تعريف إحدى الثقافات للتنمر يختلف عن تعريف الأخرى له). فينبغي دراسة الشدائد والصدمات وفقًا للسياق، وقد يتحتم على الباحثين الذين يدرسون ثقافات مختلفة ابتكار آليات تقييم مختلفة تتناسب مع كل ثقافة من هذه الثقافات.

ولا بد أن تنأى البحوث بنفسها عن التقييمات الذاتية للإجهاد الضار (أي التقييمات الصادرة عن أصحابها أو تقييمات الغير) ودراسة الآليات العصبية والبيولوجية التي تعمل كعامل وسيط يتسبب في حدوث استجابات الإجهاد الضار. ولتحقيق هذه الغاية، شرع العديد من الباحثين إلى ابتكار قوائم أكثر موضوعية للعلامات الحيوية لفحص الإجهاد الضار، فتستخدم هذه القوائم علامات الاختلال التنظيمي العصبي والمناعي والتمثيل الغذائي والجيني.^{٧٣،٧٤،٧٥} وفي ظل استمرار هذه الجهود، ثمة نقاط لا بد من أخذها في عين الاعتبار، من بينها مدى أفضلية هذه المقاييس (كأداة تنبؤ على سبيل المثال) مقارنة بالسلوك نفسه، وما هو أصغر سن يمكن استخدامها فيه، وهل هي قابلة للقياس أم لا.

وينبغي كذلك أن تنأى دراسات الإجهاد الضار ودراسات الاستجابة للإجهاد الضار عن الدراسات الترابطية والمقطعية، وأن تستعين بتصميمات يسهل معها استخلاص الاستدلالات السببية. ومن ثم، يمكن اللجوء للدراسات الطولية، ويفضّل الدراسات التي تتضمن برامج تدخل، إذ تتميز الأخيرة بأنها تتيح لنا القدرة على تسليط الضوء على الآلية المتبعة نفسها.

وينبغي إيلاء مزيد من الاهتمام للاختلافات الفردية، إذ إن الاستجابة لعوامل الإجهاد نفسها يختلف باختلاف الأفراد. فعلى سبيل المثال، نجد أن قلة قليلة فقط من الأطفال الذين تعرضوا للصدمة أو سوء المعاملة يصابون باضطرابات نفسية دائمة، بينما نجد البعض الآخر لا يصاب إلا باضطرابات صحية جسدية مثل الربو، فيما نجد أن أطفالاً آخرين لا يصابون بشيء مطلقاً.^{٧٦} علاوة على ذلك، ثمة اختلافات بين الأفراد من حيث الحساسية البيولوجية لعوامل الإجهاد، فعلى سبيل المثال، نجد أن الأطفال الخجولين أو الذين تعرضوا للكبت في فترات مبكرة من حياتهم يكونون أكثر عرضة لعوامل الإجهاد والإصابة بالقلق مثل البالغين،^{٧٧} وذلك مقارنة بالأطفال الذين يتمتعون بحالات مزاجية أكثر قوة، ويبدون قدرًا أقل من الخوف تجاه الأمور الجديدة،^{٧٨، ٧٩، ٨٠} ومثلهم مثل البالغين أكثر عرضة للإصابة بالقلق.

توصيات بشأن السياسات

يعتمد نجاح السياسة على مصداقية الأدلة القائمة عليها، والتوصيات التي ذكرها تستند إلى قدر كاف من الأدلة التي تدعمها.

لا بد من إيلاء قدر كبير من العناية لتنفيذ السياسات القائمة على الأدلة الرامية إلى إحداث تحسن في الصحة والتغذية ونمو الأطفال خلال حياتهم المبكرة،^{٨١} وهي ما يمكن توسيع نطاقها لتشمل الأطفال الأكبر سنًا والمراهقين. ورغم أنه لا خلاف على أن السنوات الثلاثة الأولى من حياة الطفل تتمتع بأهمية كبيرة، فإن الأطفال الأكبر سنًا يتمتعون بقدر ملحوظ من المرونة عند تشكيل شخصياتهم وسلوكياتهم.^{٨٢، ٨٣} نعم، ثمة تدخلات فعالة لمعالجة (وربما للوقاية من) الأمراض النفسية التي تنشأ بعد حدوث صدمة الطفولة، إلا أنه ينبغي توسيع نطاق تنفيذ هذه التدخلات بحيث تشمل المزيد من الفئات العمرية.^{٨٤}

ويتوقف نجاح برامج التدخل على الربط بين مبادرات الوقاية الصحية للأطفال وبين تعليمهم وتحسين مثل هذه المبادرات.^{٨٥} ولا يمكن تحقيق ذلك إلا عبر توفير مستوى مناسب من الأنظمة الصحية والتعليمية. ويعد إطلاق منظمة الصحة العالمية لإطار رعاية التنشئة^{٨٦} خطوة نرحب بها في هذا الاتجاه، إذ إن الإطار يمثل قناة وصل بين المنصات المختلفة، مثل العاملين في مجال الصحة المجتمعية ودور الحضنة.^{٨٧}

ويمكن للتدخلات المجتمعية والمدرسية وتدخلات ما بعد اليوم الدراسي أن تقلل من آثار الأحداث الصادمة بين الأطفال والمراهقين الذين يعيشون في ظروف سلبية.^{٨٨، ٨٩}

وتتضمن استراتيجيات الصحة العامة للوقاية الأولية والثانوية والثالثية لحماية الأطفال من سوء المعاملة والشدائد برامج تدخل عامة وموجهة، بداية من برامج الزيارات المنزلية وحتى برامج تدريب الوالدين، بجانب الفحص الروتيني للشدائد، والعلاج المعرفي السلوكي.^{٩٠، ٩١}

التوصيات الرئيسية

- على الباحثين الأخذ بعين الاعتبار كلاً من المقاييس الموضوعية والذاتية لدراسة شدائد الطفولة.
- على الباحثين توسيع نطاق تقييم برامج التدخل بحيث لا تتوقف على إجراءات الصحة النفسية وتشمل بشكل منتظم النتائج الصحية مثل الربو والعدوى والالتهابات ومقاومة الأنسولين.
- ينبغي النظر إلى الشدائد والصدمات في سياقها، وقد يحتاج الباحثون في الثقافات المختلفة إلى تطوير أدوات تقييم مختلفة.
- على الباحثين النظر في مدى أفضلية قوائم العلامات الحيوية الموضوعية (كأداة تنبؤ على سبيل المثال) مقارنة بالسلوك نفسه، وما هو أصغر سن يمكن استخدامها فيه، وهل هي قابلة للقياس أم لا.
- على الباحثين اللجوء للدراسات الطولية، ويفضل الدراسات التي تتضمن برامج تدخل.
- على الباحثين إيلاء المزيد من الاهتمام للاختلافات الفردية.
- على الحكومات تنفيذ سياسات قائمة على الأدلة للارتقاء بصحة الطفل وتغذيته ونموه المبكر.
- يجب أن تربط أنظمة الصحة والتعليم بين مبادرات الوقاية الصحية للأطفال وبين تعليمهم في وقت مبكر من حياتهم، وتحسينها بحيث ترتقي إلى المستوى المناسب.
- اللجوء إلى برامج التدخل المجتمعية والمدرسية، وتدخلات ما بعد اليوم الدراسي.
- الأخذ في عين الاعتبار استراتيجيات الصحة العامة للوقاية الأولية والثانوية والثالثية لحماية الأطفال من سوء المعاملة والشدائد.

القسم الثاني: التخفيف من الإجهاد الضار لدى الأطفال المتأثرين بالنزاعات والنزوح

أنوشكا عطالله جان، ومثنى سمارة، وتيريزا إس بيتانكورت، وذوالفقار بوتنا

يشكل النزاع المسلح والنزوح تهديدًا لصحة الأطفال وسلامتهم، ومع بدء المجتمع العالمي في إدراك الآثار التراكمية للضغوط الناجمة عن النزاعات والنزوح، تحوّل اهتمامنا إلى الإجهاد الضار وآثاره الصحية قصيرة وطويلة المدى.^{٩٢} علمنا فيما سبق أن الإجهاد الضار يأتي نتيجة للتفعيل طويل الأجل لنظام الاستجابة للإجهاد في الجسم، وقد يحدث ذلك قبل الولادة وخلال مرحلة الطفولة، ومن المسلم به أن الإجهاد الضار يسهم في إحداث تغييرات لا جينية يصاحبها تبعات صحية وأخرى مرتبطة بالنمو العصبي.^{٩٣} ومع ذلك، هناك العديد من العوامل الاجتماعية وبرامج التدخل التي إذا تمت الاستعانة بها في وقت مبكر وشكل مناسب، فإنها قادرة على تخفيف حدة الآثار السلبية للإجهاد الضار.^{٩٤}

كيف يؤثر النزاع والنزوح على الأطفال

بلغ عدد الأطفال الذين يعيشون في بلدان متأثرة بالنزاعات عام ٢٠١٨ أكثر من ٤١٥ مليون طفل،^{٩٥} من بينهم ٣٣ مليون طفل نازح (١٦ مليون طفل لاجئ وطالب لجوء، و١٧ مليون طفل نازح داخليًا).^{٩٦} وعلى الرغم من أن جميع الأطفال بلا استثناء معرضون للإجهاد الضار، فإن بعض الفئات الفرعية منهم أكثر عرضة له نتيجة للتهمةيش – مثل الأيتام أو غير المصحوبين بذويهم، والفتيات، والأطفال المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية، والأطفال الذين يعانون من اضطرابات النمو أو الإعاقة. وقد تواجه هذه المجموعات ضغوطًا إضافية ويصعب عليهم الوصول إلى الخدمات المطلوبة. وقد أثار ظهور جائحة كوفيد-١٩ مخاوف أخرى بشأن انتشار الفيروس بين السكان المتضررين من النزاعات، ما زاد من مخاطر التعرض للإجهاد الضار (انظر الإطار رقم ١).

يؤدي النزوح والنزاعات إلى زيادة الإجهاد الضار لدى الأطفال بسبب تعرضهم المفاجئ والشديد لكثير من الصدمات، مثل العنف والتهجير القسري (انظر الشكل رقم ٣). كما أن معدل تكرار وحدة عوامل الإجهاد التي يتم التعرض لها بصفة يومية، مثل العنف الأسري، قد يتفاقم ليصل إلى مرحلة العنف المسلح.^{٩٧} وبالرغم من وجود قصور في البيانات بشأن عدد الأطفال في العالم من المتأثرين بالنزاعات ويعانون من إجهاد ضار، إلا أن هناك دراسات إقليمية تشير إلى اتساع دائرتها. ولتوضيح ذلك، توصلت دراسة أجريت في سوريا إلى أن ٧١٪ من الأطفال يعانون من التبول اللاإرادي ويبللون فراشهم خلال النوم، وهو من السمات الشائعة للإجهاد الضار.^{٩٦} ومع ذلك، ما زلنا في حاجة إلى المزيد من البحوث لحساب مدى تعرض الأطفال المتأثرين بالنزاعات للحوادث الضارة حسابًا دقيقًا.^{٩٨}

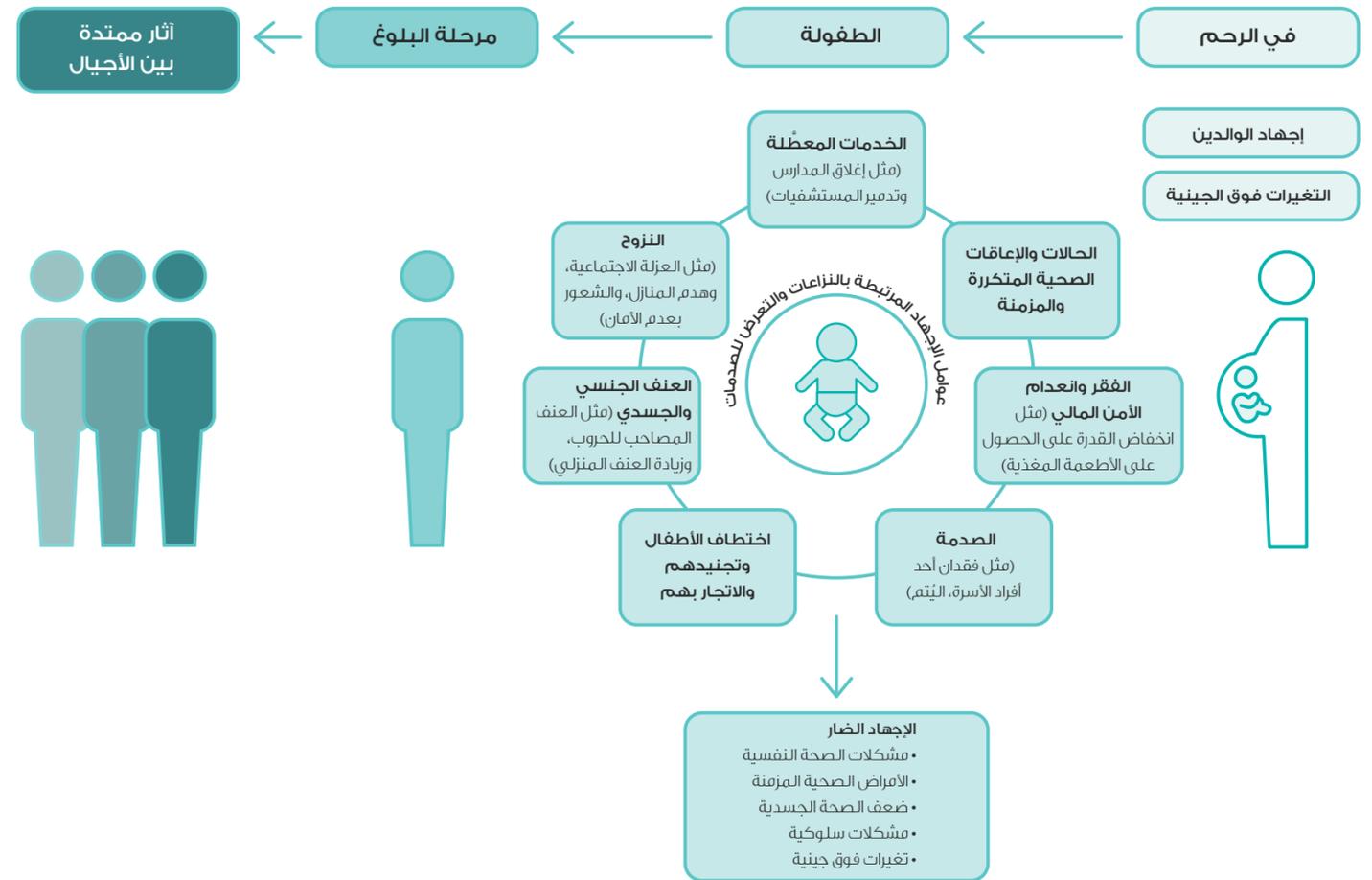
الإطار رقم (١): جائحة كوفيد-١٩ في سياق الأنشطة الإنسانية

السكان المتضررون من النزاعات أكثر عرضة للإصابة بفيروس كوفيد-١٩. ويرجع السبب في ذلك إلى حالة الاكتظاظ وأنظمة المياه والصرف الصحي غير الملائمة في مخيمات اللاجئين والمستوطنات العشوائية، ناهيك عن الأمراض الموجودة مسبقًا، وكل ذلك يؤدي إلى زيادة انتشار الفيروس وحدته. علاوة على ذلك، قد يؤدي القصور في الموارد والأنظمة الصحية إلى تقليل فرص الحصول على خدمات الرعاية الكافية والمناسبة.^{٩٩} ومن الصعب في هذه الأوضاع تطبيق إجراءات السيطرة على انتشار الفيروس، مثل التباعد الجسدي، وإذا تم تطبيقها فقد تتسبب في تفاقم الوضع الاقتصادي الهش وزيادة حوادث العنف المنزلي وانعدام الأمن الغذائي لدى السكان المعرضين بالفعل للمخاطر بسبب النزوح أو النزاعات.

وثمة مخاوف تتعلق بقيام الحكومات المضيفة بإزالة الاحتياجات الصحية للسكان المتأثرين بالنزاعات من سلم أولوياتها. فعلى سبيل المثال، نجد أن مخيمات اللاجئين في ليسبوس اليونانية تعاني انعدامًا في الدعم الحكومي للمخيمات الشعبية اللاجئين، وهو دعم مطلوب لتعزيز الوعي وتصنيع الكمادات وتحسين خدمات الصرف الصحي في المخيمات.^{١٠٠} وثمة عوامل ضغط أخرى مرتبطة بالعزل والتباعد الاجتماعيين خلال الحجر الصحي، مثل الخوف والأرق والقلق والنقص في الاحتياجات الأساسية، وانقطاع خدمات الرعاية الطبية بجانب المشاكل الأسرية. وجميعها من العوامل الشائعة المسببة للأمراض النفسية والميول الانتحارية.^{١٠١} ومن المنطوق نفسه، علينا أن نفترض أن اللاجئين في الدول المضيفة معرضون أكثر من غيرهم لهذه المشكلات نتيجة لعزلتهم الاجتماعية الكبيرة.

ورغم حاجتنا إلى اتخاذ إجراءات سريعة للسيطرة على معدلات انتقال عدوى فيروس كوفيد-١٩، فمن المهم أيضًا أن تراعي إجراءات السيطرة هذه حساسية السياق. ويمكن اللجوء إلى الأساليب التشاركية المجتمعية لتشكيل مجالس استشارية من الشباب وأفراد المجتمع يتم الرجوع إليها وطلب نصحتها عند وضع استراتيجيات التخفيف من آثار كوفيد-١٩ وذلك لوضع استراتيجيات تراعي ثقافة اللاجئين حتى تكون أكثر فعالية.^{١٠٢} وحتى نضمن حماية الأفراد الأكثر ضعفًا، لا بد من اتخاذ تدابير مناسبة للسياق. فالانعزال، على سبيل المثال، عند تطبيقه على مستوى الأسرة ينبغي توفير غرف مخصصة لأفراد الأسرة الأكثر عرضة للإصابة بالفيروس، وعند تطبيقه على مستوى الشارع أو العائلة، فيمكن تبادل المنازل بين أفراد المجتمع وتخصيص منزل واحد للأفراد الأكثر عرضة للخطر، وعند تطبيقه على مستوى الحي أو القطاع، فيتم تخصيص مناطق داخل المستوطنات للأفراد الأكثر عرضة للخطر فقط.^{١٠٣} وقد وضعت اللجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات مبادئ توجيهية للتعامل مع جائحة كوفيد-١٩ توصي بتعزيز الوعي وتحسين المرافق الصحية والتخطيط الاستراتيجي.^{١٠٤}

الشكل رقم (٣): عوامل الإجهاد المرتبطة بالنزاعات والتعرض للصدمة وتأثيرها على مسار الحياة



تؤدي النزاعات القائمة إلى تعطيل الأنشطة الاقتصادية والأنظمة الغذائية، مما يدفع كثيرًا من الأسر إلى الوقوع في براثن الفقر، فالقصف الجوي ونيران المدفعية تلحق أضرارًا بالبنية التحتية لقطاعات الصحة والمياه والكهرباء، مما يقلل من إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية وزيادة معدلات النزوح والإصابات الجسدية.^{١٩} وقد يتسبب انقطاع برامج التطعيم، في تفشي أمراض معدية غابت عن الانتشار في السابق، كما شهدنا مع مرض شلل الأطفال في سوريا عام ٢٠١٣.^{٢٠}

ويؤدي التعرض المبكر والمتكرر للعنف إلى حدوث آثار تمتد مع المرء مدى حياته، ليس أقلها نشر أعراف اجتماعية جديدة تتسامح مع العنف.^{٢١} ولدى مجلس الأمن التابع للأمم المتحدة آلية للمراقبة ورفع التقارير تتتبع البيانات والمعلومات الخاصة بستة انتهاكات جسيمة ضد الأطفال خلال النزاعات المسلح، وهي: القتل والتشويه، والعنف الجنسي، والهجمات على المدارس أو المستشفيات، والاختطاف، ومنع وصول المساعدات الإنسانية، وتجنيد الأطفال من قبل القوات والجماعات المسلحة.^{٢٢} ولا شك أن جميع هذه الانتهاكات الجسيمة تسهم في وقوع الإجهاد الضار.

تجدر الإشارة إلى أن معظم الأفراد المتأثرين بالنزاعات ليسوا من النازحين خارج بلادهم، فمنهم من يزال يعيش في مناطق تنشط فيها الصراعات، ومنهم من نرح إلى أماكن أخرى داخلية.^{٢٣} وبالنسبة للمهجرين قسرًا، فإن نزوحهم يفرض عليهم شداً عديدة. وفي ظل انعدام الأمن، تتعرض المنازل والمدارس والقرى للسطو، ويعاني المجتمع من القمع السياسي. وقد شهدنا كثيرًا من الأسر النازحة داخليًا لفترات طويلة من الوقت وهي تعجز عن الوصول إلى خدمات رعاية صحية وتعليمية واجتماعية مناسبة. كما أن النزوح يعرض الأطفال للعديد من المخاطر البيئية والاجتماعية والجسدية، من بينها الظروف المعيشية المكتظة غير المستقرة، وضعف قدرتهم على الحصول على خدمات المياه والصرف الصحي. ومن السهل انتشار أمراض مثل الملاريا والسل والكوليرا في مثل هذه الأوضاع.^{٢٤}

وغالبًا ما يتعرض الأطفال والأسر النازحون قسرًا لأحوال طقس قاسية وناقلات أمراض جديدة. ويقدم تحالف «الأولاد السودانيون المفقودون» مثالًا جيدًا على الصعوبات الجسدية التي يواجهها القصر غير المصحوبين بذويهم أثناء النزوح. فإثناء السفر لآلاف الأميال، فقد الكثيرون منهم حياتهم على يد الميليشيات المسلحة والحيوانات البرية وبسبب سوء التغذية والتعرض للعوامل الجوية.^{٢٥} وقد يصبح الأطفال الصغار، لا سيما الفتيات، أهدافًا للعنف الجنسي خلال الأعمال العسكرية المنهجية، مثل الاغتصاب الجماعي الذي شهدناه في بعض من دول البلقان ومنطقة البحيرات الكبرى في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى،^{٢٦} أو يصبحون عملة للتبادلات الاستغلالية على يد قوات حفظ السلام التابعة للأمم المتحدة كما شهدنا في العديد من البلدان، مثل جمهورية أفريقيا الوسطى وجمهورية الكونغو الديمقراطية.^{٢٧، ٢٨}

وعند إعادة توطين الأطفال النازحين كلاجئين في البلدان المضيفة، فإنهم يواجهون ضغوطًا أخرى تتعلق بالاضطراب الاجتماعي والعزلة وضرورة التكيف مع لغة وثقافة غير مألوفتين لهم. وقد يسفر الانفصال عن الشبكات الأسرية إلى عدم اطلاع الأطفال على معارفهم وثقافتهم التقليدية أو الوصول إلى أنظمة الحماية،^{٢٩} علمًا بأن سياسات إعادة التوطين نفسها تلحق الضرر بطالبي اللجوء إذ يتم إيواءهم في المناطق الفقيرة.^{٣٠} وقد يصعب على اللاجئين الاطلاع على النظام القانوني الأجنبي عنهم، لا سيما إن كانوا من الأطفال الأيتام، أو غير المصحوبين بذويهم.^{٣١} وقد يؤدي تعطل الأنظمة التعليمية وانعدام الفرص الاقتصادية إلى إحداث تغيير في ممارسات الزواج، فتلجأ الأسر إلى تزويج بناتهم في سن مبكرة، كما شهدنا مع اللاجئين السوريين في لبنان.^{٣٢}

استراتيجيات التخفيف

الوقاية

يمكن القول إن التخلص من عوامل الإجهاد المتمثلة في النزاعات المسلحة والنزوح هو الاستراتيجية الأفضل والأكثر فاعلية للتخفيف من تأثير الإجهاد الضار. ومن الصعب تحقيق ما نحتاج إليه من تعاون بين مختلف الجماعات الحكومية وغير الحكومية، ولكن لا غنى عن هذا التعاون لإدراك أهمية السلام والاستقرار في الحفاظ على صحة الأطفال. وقد أكد إطار رعاية التنشئة التابع لمنظمة الصحة العالمية على هذه الحقوق، إذ ينص على حماية حقوق الأطفال ويركز على نموهم الصحي.^{١٣٦}

ورغم أن غايتنا الأسمى هي إيقاف جميع النزاعات المسلحة، علينا اتخاذ ضمانات إضافية تحد من تأثير هذه النزاعات على الأطفال. وتضطلع آلية المراقبة ورفع التقارير التابعة للأمم المتحدة بدور مهم يتمثل في مراقبة سلوك الجهات الحكومية وغير الحكومية بهدف الحد من الانتهاكات الجسيمة بحق الأطفال.^{١٣٧} وعلى المنوال نفسه، يمكن ابتكار آليات مراقبة يمولها المجتمع لضمان الحفاظ على سلامة وحقوق الأطفال المتأثرين بالنزاعات. ويمكن العمل أيضاً على الحد من تراكم عوامل الإجهاد اليومية الأخرى، وذلك بضمان الحفاظ على حقوق الإنسان الأساسية للأسر التي تعاني من النزوح والنزاعات عبر توفير المساعدات المالية والغذاء والمسكن والتعليم والوظائف وخدمات الرعاية الصحية، إذ إن ذلك يصب في نهاية المطاف في مصلحة الأطفال أنفسهم.^{١٣٨}

ومع تعافي المناطق المتأثرة بالنزاعات وشروعها في تطوير أنظمتها الصحية وتعزيزها، لا بد أن تولي أهمية قصوى لخدمات الصحة النفسية والاجتماعية.^{١٣٩} ولا يمكن تعزيز إمكانية الوصول إلى هذه الخدمات قبل تثقيف اللاجئين بالصحة النفسية وتعزيز معرفتهم بخدماتها.^{١٤٠}

ومن شأن الارتقاء بجودة الرعاية الوالدية ودعم مقدمي خدمات الرعاية تشجيع الأطفال على تعزيز المرونة لديهم وترسيخ عوامل الوقاية التي تتيح لهم مواجهة عوامل الإجهاد.^{١٤١} وللتفاعل الإيجابي مع مقدمي خدمات الرعاية الأساسية دورٌ وقائي مهم في الحد من النقل المشبكي (وهي العملية التي تشهد تحلل وموت الخلايا العصبية والوصلات المشبكية الزائدة لتعزيز كفاءة النقل العصبي) خلال مرحلة الطفولة.^{١٤٢} علاوة على ذلك، من شأن تكوين علاقات صداقة جيدة وتوسيع دائرة الأصدقاء حماية الأطفال اللاجئين من بعض المشكلات السلوكية والنفسية.^{١٤٣} ولا بد أن نتوقع أنه في سياق النزاعات، لا سيما النزاعات طويلة الأمد، حدوث حالات عنف وصدمة بين الأجيال. ولكن إذا عززنا قدرة مقدمي خدمات الرعاية على توفير علاقات مستقرة ومراعية، وإبراز دور الأب والأم داخل الأسرة، فبإمكاننا حينها التخفيف من آثار الحروب الممتدة بين الأجيال.

البرامج الجماعية والمجتمعية

نظرًا لتوفر عدد قليل من المتخصصين في مجال الصحة النفسية في البيئات المتأثرة بالحروب، لجأت العديد من الدراسات إلى استكشاف جدوى استخدام أساليب العلاج الجماعية للصحة النفسية لإتاحة خدمات الرعاية لأكثر عدد ممكن. وتستغل هذه الأساليب في الغالب الأعم ما تتمتع به الثقافات المناصرة للتكاتف الجماعي داخل المناطق المتأثرة بالحروب من مواطني قوة.^{١٤٤} ولكن في ظل انتشار الأوبئة أو الجائحات، مثل فيروس كوفيد-١٩، فثمة قيود تعوق توفير الموارد وتقف حائط صد أمام أداء العاملين في مجال الصحة لمهامهم. ويمكن حينها إحالة هذه المهام للعاملين في مجال الصحة المجتمعية لإتاحة الخدمات للفئات السكانية النائية في بلدان مثل الصومال^{١٤٥} واليمن.^{١٤٦}

وقد تظهر على الأطفال سلوكيات مضطربة بعد إعادة توطينهم، ويصابون بالارتباك والصدمة الثقافية.^{١٤٤} كما سجل الأطفال اللاجئين عددًا أكبر من المشكلات المتعلقة بالإعاقات الوظيفية، والصحة الجسدية، والمشكلات النفسية الجسدية، ومشكلات التعامل مع الأقران.^{١٤٥} ويواجه الآباء والأمهات تحديات صعبة في توفير الرعاية لأطفالهم، فهم بدورهم يعانون من الصدمات والاضطرابات العاطفية خلال تعلمهم معايير البلد الجديد وممارساته.^{١٤٦} ويضاف على ذلك تحد آخر على الأطفال، ألا وهو ضرورة تكيفهم مع نظام تعليمي غير مألوف أو عدائي في بعض الأحيان بالنسبة لهم. وقد يتأثر مستوى التحصيل التعليمي لدى بعض الأطفال لمواجهتهم صعوبات في التركيز والتعلم.

الآثار الصحية

رغم إيماننا وفهمنا واسع النطاق بعدد لا يحصى من عوامل الإجهاد التي يتعرض لها الأطفال نتيجة للنزوح والنزاعات، ما زالت البحوث التي تتناول الآثار الصحية الناجمة عن هذه العوامل محدودة. فقد توصل تقرير صدر مؤخرًا عن منظمة «أنقذوا الأطفال» حول أطفال سوريا إلى أن ٧٨٪ من الأطفال أفادوا بشعورهم بالابتئاس العميق والحزن في وقت من الأوقات. ويؤكد التقرير أن الإجهاد الضار، والتعرض طويل الأجل للحروب خلال مراحل أساسية من نمو الأطفال، قد يصل إلى مرحلة لا يمكن علاجها إذا لم يتم اتخاذ الإجراء المناسب في أسرع وقت.^{١٤٦} وهناك أدلة استمدت من سيراليون تفيد بأن تقليل الوصمة الاجتماعية وتعزيز القبول المجتمعي والأسري للأطفال المجندين سابقًا أحدث مسارا إيجابيًا في صحتهم النفسية ونتائج حياتهم بعد البلوغ.^{١٤٧}

وتشير أدلة مستقاة من جميع أنحاء العالم إلى أن الإجهاد الضار ما يزال يؤثر على صحة الأجيال القادمة نتيجة للتغيرات اللاجينية رغم مرور فترات طويلة من انتهاء النزاع.^{١٤٨،١٤٩} ورغم قلة الأبحاث التي توضح آثار الحروب العابرة للأجيال، فإنها في ازدياد يوقًا بعد يوم، حيث كشفت هذه الأبحاث أن من بين تلك الآثار انخفاض الوزن عند الولادة، وتأخر النمو، والأمراض المزمنة، ومشكلات الصحة النفسية، والعنف المتبادل بين الأجيال.^{١٥٠} وبالنسبة للآباء والأمهات الذين عانوا من اضطراب ما بعد الصدمة في أعقاب الإبادة الجماعية للتوتسي عام ١٩٩٤ في رواندا، فقد ظهر على أطفالهم قدرًا أعلى من أعراض الصدمة الثانوية وانخفاضًا في المرونة والقدرة على التأقلم مقارنة بالأطفال الذين لم يعاني آباؤهم وأمهاتهم من اضطراب ما بعد الصدمة.^{١٥١} علاوة على ذلك، هناك أدلة جديدة توضح محدودية في المعلومات والمعرفة بشأن التفاعل بين الأعراض الجينية والأعراض النفسية والاجتماعية. فقد توصلت دراسة حديثة أجريت على اللاجئين السوريين الذكور ممن شاركوا في برنامج للتخفيف من الإجهاد، إلى وجود علاقة بين مختلف أنواع الجين «MAOA» (جين المحارب)، الذي يؤثر على معدلات تركيز الناقلات العصبية: الدوبامين والنورادرينالين والسيروتونين في الجسم. فارتبط النوع «MAOA-L» بمعدلات انخفاض كبيرة في الإجهاد النفسي الاجتماعي المتصور لدى الفرد مع مرور الوقت مقارنة بالنوع «MAOA-H».^{١٥٢}

وقد أثبتت البحوث التي أجريت على قطاعات سكانية عامة تأثير الإجهاد الضار على الاستجابات المناعية.^{١٥٣} ورغم تسبب الأمراض المعدية، كالإسهال والحصبة والملاريا والالتهاب الرئوي، في معظم وفيات الأطفال خلال فترات النزاع،^{١٥٤} فما زلنا في حاجة إلى مزيد من البحوث للتأكد من الدور الذي يمارسه الإجهاد الضار في تعزيز مستوى تعرض الأطفال لهذه الأمراض، كما أننا بحاجة إلى مزيد من البحوث لتناول كيفية تسبب الإجهاد الضار في ظهور الأمراض المزمنة خلال فترات لاحقة من حياة الفرد.

وبالنسبة للتدخلات المجتمعية، فإن أهميتها تكمن في إعادة تأهيل الأطفال الذين يعانون من الإجهاد الضار على الأمدين القصير والطويل.^{١٤٧} ويمكن الاستعانة بالبرامج المدرسية للتغلب على بعض العوائق التي تحول دون وصول الأطفال لخدمات الرعاية ولتعزيز حصيلتهم التعليمية.^{١٤٨} ومن الأهمية بمكان تعزيز وعي المعلمين بالصدمة حتى يتسنى لهم توفير بيئة آمنة ومستقرة لطلابهم يستطيعون من خلالها تخفيف استجاباتهم للإجهاد. ويركز هذا النهج الواعي بالصدمة على رعاية العلاقات والروابط، مما يزيد من قدرة الطفل على التنظيم الذاتي وتنمية قدرات النمو لدى الطلاب.^{١٤٩} كما يمكن الاستعانة بالمستشارين غير الرسميين لتقديم برامج تدخل للصحة النفسية داخل المدارس من أجل تحسين وضع المشكلات النفسية والاجتماعية لدى الطلاب.^{١٥٠} ونضيف إلى ذلك خطط التوجيه ونوادي ما بعد اليوم الدراسي، إذ إنها ساعدت الطلاب اللاجئين على التغلب على بعض الصعوبات السلوكية والنفسية التي يعانون منها.^{١٥١} وهناك أدلة تشير إلى أن خدمات الرعاية الاجتماعية، مثل التحويلات النقدية، تساهم إيجاباً في نمو الأطفال عبر تخفيف الضغوط المالية التي تعاني منها أسرهم.^{١٥٢}

أساليب العلاج الأسرية

يمكن الاستعانة بمجموعة من الأساليب العلاجية التي تستهدف مقدمي الرعاية، مثل العلاج التفاعلي بين مقدم الرعاية والطفل، وجلسات العلاج النفسي لمقدم الرعاية والطفل، وتسعى إلى الحد من مستوى الإجهاد، إذ من شأن ذلك الإسهام في تحسين استجابة الطفل للإجهاد.^{١٥٣} وسلطت بحوث أجريت في كوسوفو الضوء على دور الأسرة في تحسين استجابة الأطفال للشدائد.^{١٥٤، ١٥٥} فتوصلت إحدى الدراسات إلى أن تشجيع الأسر على الاستعانة بخدمات الدعم الاجتماعية التي تقدمها هيئات مجتمعية للأفراد الذين يعانون من أمراض نفسية حادة أسفرت عن تعزيز قدرة الأسر على التكيف مع الأوضاع والارتفاع بجودة حياتهم.^{١٥٦} وهناك دراسة أخرى مماثلة أجريت في رواندا على الأسر الضعيفة، حيث توصلت إلى أن الزيارات المنزلية التي ترمي إلى تحفيز النمو المبكر للأطفال حققت تحسناً في تفاعلهم وانخفاضاً في ميولهم للعنف، وأنشأت بيئة أكثر إثراءً في منازلهم. ونجح برنامج التدخل هذا أيضاً في تعزيز المساواة عند اتخاذ القرارات وتحقيق التنوع الغذائي للأطفال.^{١٥٧}

ويبرهن نجاح برامج التدخل هذه العلاقة المتشابكة بين عوامل الإجهاد، ويدعم نهج إطار رعاية التنشئة الذي يركز على العلاقات التي تربط بين الصحة والتغذية والسلامة وتقديم الرعاية والتعليم المبكر بغية نمو المخ خلال مرحلة الطفولة. فهو نهج متعدد القطاعات يدمج بين برامج التدخل الصحية وبرامج التغذية المخصصة للأطفال من أجل تخفيف استجاباتهم للإجهاد والحد من تأثير الإجهاد الضار.^{١٥٨}

أساليب العلاج الشخصية

هناك العديد من الأساليب التي ترمي إلى تعزيز المرونة لدى الأطفال والحد من تأثير استجاباتهم للإجهاد. وثبت أن أساليب العلاج المعتمدة على التنبيه الذهني حققت انخفاضاً في التوتر النفسي والقلق وارتفاعاً في مستوى سلامة الأطفال. كما ثبت أن أساليب علاج الارتجاع البيولوجي التي تركز على خفض معدلات ضربات القلب والتنفس نجحت في خفض مستوى الإجهاد الضار، مثلها في ذلك مثل تقنيات التنفس وتقنيات الاسترخاء التخيلي الموجّه الأخرى.^{١٥٩} وقد آتت هذه الأساليب أكلها بين الأطفال والمراهقين في كل من غزة^{١٦٠} وسريلانكا^{١٦١} وكوسوفو.^{١٦٢}

ويمكن أيضاً الاستعانة بأساليب تقليدية أخرى مثل العلاج النفسي الذي يركز على الصدمات والعلاج المعرفي السلوكي، إذ بإمكانهما تخفيف حدة الإجهاد الضار وتقليل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.^{١٦٣} كما أن أساليب العلاج الواعية بالصدمة في أنظمة الرعاية تمثل عنصراً أساسياً لضمان تلقي الأطفال المتأثرين بالنزاعات والنازحين ما يحتاجونه من خدمات رعاية.^{١٦٤} ويتطلب ذلك تعاوناً وثيقاً بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية والعاملين في مجال النمو والمجتمع الدولي والمنظمات الحكومية وغير الحكومية. ويمكن الاستعانة كذلك بحوث علم التنفيذ لوضع استراتيجيات مبتكرة واختبارها لتوسيع نطاق برامج التدخل القائمة على الأدلة وضمان جودتها واستدامتها حال توجه المناطق المتأثرة بالنزاعات نحو السلام والتنمية.^{١٦٥}

الخطوات التالية

رغم تزايد الأدلة التي تبرهن على وجود إجهاد ضار لدى الأطفال المتأثرين بالنزاعات والنزوح، ما زلنا نعاني من مواطن قصور معرفية عديدة في هذا الشأن. وقد أجريت مؤخراً مراجعة منهجية على الصحة النفسية للنساء والأطفال والمراهقين المتأثرين بالنزاعات سلّطت الضوء على مدى حاجتنا إلى أوراق بحثية تصف بالتفصيل برامج التدخل. كما ينبغي أن تعطى الأولوية لإجراء عمليات تقييم صارمة لنماذج النجاح والفشل وفعالية برامج التدخل والاستراتيجيات التي تطبق على نطاق واسع في المناطق المتأثرة بالنزاعات.^{١٦٦} إلا أننا نجد في نهاية المطاف أن معظم البحوث لم تتضمن الأطفال المتأثرين بالنزاعات والنزوح. لذلك، نعاني قصوراً معرفياً عن أفضل الممارسات التي ينبغي تطبيقها في مثل هذه السياقات (انظر [الإطار رقم ٢](#)). ويجب أيضاً تعديل برامج التدخل القائمة التي تهدف إلى تقليل حدة الإجهاد الضار في المناطق المتأثرة بالنزاعات بحيث تراعي السياق والقيم الثقافية، والفئات السكانية الفرعية الضعيفة، والقيود التي تعرقل تصميم الموارد وتقديمها.

الإطار رقم (٢): نماذج على إعادة تأهيل الأطفال في مناطق النزاع

البوسنة والهرسك

امتدت الحرب من عام ١٩٩٢ وحتى عام ١٩٩٥، وكان لها آثار وخيمة على صحة وسلامة الأطفال والمراهقين، إذ ارتفعت معدلات الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب.^{١٧٧} وأوضح برنامج نفسي اجتماعي تموله منظمة اليونيسف وطُبق على أكثر من ٣٢ مدرسة ثانوية في جميع أنحاء المنطقة، أن برامج التدخل المناسبة والشامل قادرة على تقليل معدلات الإصابة باضطراب ما بعد الصدمة والاكتئاب والحزن الشديد بين الأطفال من خلال تكييف التجارب المؤلمة والتحقق من صحتها ومعالجتها. ونجح البرنامج أيضًا في تعزيز قدرات التأقلم والتسامح والمهارات الاجتماعية وحل المشكلات لدى الأطفال.^{١٧٨}

سوريا

يعاني الأطفال اللاجئون السوريون من مشاكل صحية نفسية تزداد يومًا بعد يوم، من بينها اضطراب ما بعد الصدمة والاضطرابات العاطفية.^{١٧٩} فُجِرى تصميم برنامج تدخل إنساني يمتد لثمانية أسابيع من الأنشطة المنظمة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ و١٨ عامًا، واستند البرنامج في تصميمه على إطار عميق لتخفيف الإجهاد. ونجح البرنامج في تقليل أعراض انعدام الطمأنينة والكرب والشعور بالإجهاد والاكتئاب والقلق، وتحسين النتائج السلوكية، إلا أنه لم يكن له أي تأثير على السلوك الاجتماعي الإيجابي أو أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.^{١٨٠}

سيراليون

تمت الاستعانة بالاستشارات المجتمعية لتكييف العناصر المشتركة في العلاج السلوكي المعرفي والعلاج الشخصي لإنشاء برنامج تدخل «برنامج تدخل استعداد الشباب من أجل الشباب المتضرر من الحروب».^{١٨١} ركز البرنامج على تعزيز قدرة التنظيم العاطفي ومهارات التعامل مع الآخرين ومهارات حل المشكلات. استهدف البرنامج الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٥ و٢٤ عامًا وقدمه عاملون مدربون لا يعلمون في جهات رسمية. وأجريت تجربة مقارنة عشوائية على البرنامج، فتبين أنه حقق تحسنًا ملحوظًا في مهارات التنظيم العاطفي والمواقف والسلوكيات الاجتماعية الإيجابية، والدعم الاجتماعي، وقلل من الضعف الوظيفي. وبعد مضي ثمانية أشهر، أجريت تجربة أخرى للمتابعة، فتبين أن المشاركين أصبحوا أقرب لإتمام دراستهم في المدرسة، حيث تحسنت معدلات حضورهم وأدائهم الدراسي مقارنة بالذين لم يشاركوا في برنامج التدخل.^{١٨٢}

لا يمكن إيجاد الإجراء المناسب لتخفيف الإجهاد الضار دون الإلمام بشكل جيد بنطاق المشكلة لدى الأطفال والأسر المتأثرة بالنزاعات. ولا بد هنا من الاستعانة بالمقاييس الموضوعية لقياس مستوى الإجهاد الضار، مثل العلامات الحيوية التي تعد خيارًا مناسبًا في هذا السياق. وقد أجريت دراسة مؤخرًا على عدد من المراهقين المتأثرين بالنزاعات، وتوصلت إلى إمكانية الاستعانة بتركيز الكورتيزول في الشعر لتقييم مدى الاستجابة لبرامج التدخلات.^{١٧٣} ولا بد من إجراء المزيد من البحوث على استخدام العلامات الحيوية لتتبع وقياس الاستجابات للإجهاد، حتى يمكننا النجاح في تخفيف مستوى الإجهاد الضار.

وتفرض علينا جائحة كوفيد-١٩ توسيع نطاق فهمنا للإجهاد الضار لدى الأطفال لما له من أهمية خاصة، إذ إن الإجراءات المتبعة للحد من انتشار المرض قد تتسبب دون قصد في تعريض الأطفال للعديد من الشدائد نتيجة لغلق المدارس والقيود المفروضة على التنقل والاضطراب الاقتصادي. ففي الهند، على سبيل المثال، أسفر الإغلاق العام عن حدوث هجرات جماعية عبر البلاد، مما عرض الأطفال لخطر الانفصال عن أفراد أسرهم ومخاطر انعدام الأمن الاقتصادي والعنف.^{١٧٤} كما أن التأثير المركب للضغوط اليومية وعوامل الإجهاد الناجمة عن النزاعات والنزوح التي يواجهها الأطفال يعرضهم بشكل أكبر للإجهاد الضار. فمع تزايد الضغوط الاجتماعية والاقتصادية وإجبار الأسر على الانعزال، ارتفعت وتيرة الصراعات الأسرية والعنف الأسري، صاحبها ارتفاع في المشكلات الصحية النفسية بين الأطفال والقائمين على رعايتهم.^{١٧٥}

وأوضحت البحوث التي أجريت في هذا الشأن أن تدني الوضع الاجتماعي والاقتصادي ومختلف صور العنف، وضعف الدعم الوالدي يؤدي إلى تفاقم تبعات الأحداث الصادمة، مما يؤدي إلى الإصابة بمشكلات صحية نفسية.^{١٧٦، ١٧٧} فلا بد إذن من اتباع أساليب تجمع بين القطاعات في التعامل مع الطفل والأسرة والمجتمع، والجماعات الإنسانية، في أوقات بعينها، للوقاية من تأثير الإجهاد الضار وتخفيف حدته بين الأطفال المتأثرين بالنزاعات والنازحين، ولتعزيز أنظمة الوقاية والرعاية والعمل على استدامتها. وفي ظل زيادة عدد الأفراد المتأثرين بالنزاعات والنزوح، فلا بد أن تكون غايتنا هي العمل السريع على تقليل الآثار السلبية طويلة الأمد للإجهاد الضار.

التوصيات الرئيسية

- نحن في حاجة إلى إجراء مزيد من البحوث لتحديد أفضل استراتيجيات التنفيذ المستدام لبرامج التدخل المدعومة بالأدلة للتخفيف من حدة الإجهاد الضار.
- على الأطباء السريريين وأطباء الأطفال التعاون بشكل وثيق مع القطاعات الأخرى لدمج أساليب العلاج الواعية بالصدمات في مختلف أنظمة الرعاية.
- يمكن لهيئات الاستجابة والمتخصصين الذين يعملون مع الأطفال المتأثرين بالنزاعات والأطفال النازحين التخفيف من آثار عوامل الإجهاد اليومية من خلال ضمان وصولهم إلى الغذاء والمسكن والتعليم والوظائف والمساعدات المالية وخدمات الرعاية الصحية.
- إحالة المهام للعاملين غير الرسميين وتدريبهم على تنفيذ البرامج المجتمعية، إذ من شأن ذلك تعزيز فرص وصول الفئات السكانية المهمشة والناثية لخدمات الدعم النفسي والاجتماعي.

القسم الثالث: تعرض الأطفال طويل الأجل للإجهاد الضار الناجم عن صدمات الحروب في الشرق الأوسط

مثنى سمارة، وسارة حمودة، وبانوس فوستانيس، وباسل الخضري، ونادر الدويك

كان للنزاعات السياسية العنيفة أثر مدمر على الصحة الجسدية والنفسية لأطفال الشرق الأوسط (انظر الإطار رقم ٣).^{١٧٨} فكثير منهم قُتل أو جرح أو اضطروا إلى النزوح، من بينهم ٢,٥ مليون طفل سوري لاجئ.^{١٧٩} وعلى الجانب الآخر، يعجز الأطفال الفلسطينيون الخاضعون للحصار في قطاع غزة عن الهروب إلى أي مكان يشعرون فيه بقدر من الأمان.^{١٨٠}

الإطار رقم (٣): قرن من العنف السياسي

شهد الشرق الأوسط عدة صراعات منذ نهاية الحرب العالمية الثانية: صراعات بين الدول العربية وإسرائيل امتدت من عام ١٩٤٨ وحتى عام ١٩٨٢، والحرب الأهلية اللبنانية بين عامي ١٩٧٥ و١٩٩٠. والحروب التي خاضها العراق بدءًا من عام ١٩٨٠، ومن حينها لم تسلم من الاضطرابات حتى يومنا هذا؛ إلى جانب غزو الكويت في عام ١٩٩٠، والحرب الأهلية في شمال اليمن من عام ١٩٦٢ إلى عام ١٩٧٠. وفي أواخر عام ٢٠١٠، أدت الاحتجاجات المناهضة للحكومات في جميع أنحاء الشرق الأوسط إلى ولادة ما يسمى بالربيع العربي، أعقبه حروب أهلية عنيفة وطويلة الأمد في كل من ليبيا وسوريا واليمن. علاوة على ذلك، عانى الفلسطينيون في قطاع غزة من ثلاثة حروب في السنوات الاثنتي عشرة الماضية، وما زالوا يعيشون تحت الحصار منذ عام ٢٠٠٧.

أدى الوضع المزري في اليمن إلى ظهور أكبر أزمة أمن غذائي في العالم بأكمله وأوسع انتشار مسجّل لوباء الكوليرا.^{١٨١} فالأطفال في مناطق النزاع يفتقرون إلى مصادر المياه، ويتعرضون للقصف وفقدان منازلهم وإصابة أحبائهم أو وفاتهم.^{١٨٢، ١٨٣} وعندما ينهار حكم القانون، تتفاقم حالات الاستغلال الجنسي والاختطاف، كما أن تبعات هذه الحروب من فقر وانهايار في خدمات الرعاية الصحية والمدارس قد يستمر لفترات طويلة حتى بعد توقف أنشطة العنف.

كما أن الخوف من وقوع ضرر يفاقم نسبة تعرض الفرد للصدمة النفسية،^{١٨٤} في الوقت الذي يرتبط التعرض المستمر للصدمة بالإصابة بمشكلات صحية نفسية مثل اضطراب ما بعد الصدمة،^{١٨٥} والاضطراب العاطفي، والاكتئاب، والأفكار أو السلوكيات الانتحارية.^{١٨٦}

ويحدث الإجهاد الضار عندما يعاني الأطفال من شذائذ قاسية أو متكررة أو طويلة الأجل دون وجود دعم كاف من الأفراد البالغين،^{١٨٧، ١٨٨، ١٨٩} وهو ما قد يعطل نمو الدماغ وغيره من الأعضاء لدى هؤلاء الأطفال، كما يرفع احتمالية إصابتهم بالأمراض النفسية والضعف الإدراكي والعاطفي.^{١٩٠، ١٩١} ومن المرجح أن تمتد هذه الآثار إلى مرحلة البلوغ وحتى بعد توقف أنشطة العنف. ومن ثم، فإن السرعة في تحديد الأمراض النفسية الخطيرة وتطبيق الأساليب العلاجية القائمة على الأدلة قد يساعدنا في التغلب على هذا الوضع.^{١٩٢}

ولا بد من توفير الدعم للأطفال خلال التعافي من آثار الإجهاد الضار لكسر حلقة العنف التي سيعاني بسببها الجيل القادم عند إعادة بناء المجتمع بعد التخلص من صدمة الحروب.^{١٩٣} وإذا ما انصب تركيزنا

هنا على الآثار قصيرة الأمد للحروب، فإننا نغفل بذلك خدمات دعم الصحة النفسية طويلة الأمد. فلا بد من تكاتف صانعي السياسات والهيئات الإنسانية والخدمات الصحية في المنطقة لتعزيز المقاومة لدى الأطفال والحيلولة دون تفاقم المشكلات الصحية النفسية والجسدية، ولتعزيز الأمن والصحة نظرًا للعلاقة بينهما.^{١٩٤}

الإجهاد الضار والصحة النفسية

يعاني الأطفال في مناطق النزاع المسلح في الشرق الأوسط من معدلات عالية من الاضطرابات النفسية، بما في ذلك اضطراب ما بعد الصدمة، والاكتئاب، والقلق، والمشكلات السلوكية، واضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة، فضلًا عن الضعف الوظيفي. فعلى الصعيد العالمي،^{١٩٥} قد يعاني واحد من كل خمسة أطفال وأفراد بالغين ممن تضرروا بالنزاعات من أحد اعتلالات الصحة النفسية، مقارنة بمتوسط انتشار عالمي يبلغ ١ من كل ١٤ فردًا.^{١٩٦}

والأطفال في مناطق النزاع أكثر عرضة للأفكار الانتحارية والتبول اللاإرادي والكوابيس وفرط اليقظة والحزن والابتئاس واضطراب قلق الانفصال والرهاب والتلعثم واضطراب الحركة التكراري ورفض الذهاب إلى المدرسة وصعوبات التعلم واضطرابات السلوك والعدوانية واضطرابات التغذية في سن الرضاعة أو مرحلة الطفولة المبكرة.

وتُضعف هذه الظروف من قدرة الأطفال على الانخراط في الحياة اليومية، والتركيز والأداء في المدرسة، وتكوين العلاقات والروابط، والشعور بالأمان.^{١٩٧-٢٠٤} كما أن التعرض بشكل متكرر للعنف يزيد من هذه المخاطر بشكل تراكمي.^{٢٠٥، ٢٠٦، ٢٠٧}

وإذا لم يتم اللجوء لبرامج تدخل مبكرة، فقد تستمر مشاكل الصحة النفسية هذه حتى مرحلة البلوغ، ويمكننا حينئذ التنبؤ بوقوع نتائج سلبية، إذ إن الأفراد البالغين الذين لم يخضعوا للعلاج من تجارب الطفولة السلبية، معرضون لخطر إدمان المواد الكحولية والمخدرة والاكتئاب ومحاولات الانتحار أكثر بـ ١٢ ضعفًا من غيرهم. كما أنهم أكثر عرضة للإصابة بأمراض صحية جسدية، مثل أمراض القلب، والسرطان، وأمراض الرئة أو الكبد المزمنة، وكسور العظام.^{٢٠٨}

فعلى سبيل المثال، نجد أن النتائج التعليمية والمهنية للشباب الكويتيين الصغار تأثرت سلبيًا بتعرضهم لصدمة الحرب قبل عقد من الزمن.^{٢٠٩-٢١١} فالأولاد الذين تعرضوا بشكل أكبر لهذه الصدمات أقل ميلًا لمواصلة التعليم وأكثر عرضة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة، واضطرابات النوم، وزيادة الوزن، وضعف التبليغ الذاتي عن الصحة في مرحلة البلوغ.

العوامل الوسيطة في البيئات الضارة

هناك عوامل وسيطة تتسبب في تعرض الأطفال لضعف صحتهم النفسية، وهي عوامل وراثية وأسرية ومجتمعية وبيئية،^{٢١٢، ٢١٣، ٢١٤} وجميعها يؤثر على مسار النمو داخل البيئات الضارة. وتنتقل الآثار فيما بعد من خلال مسارات بيولوجية ونفسية وأسرية واقتصادية ومجتمعية.^{٢١٥، ٢١٦، ٢١٧} وفي البيئات التي تشهد حروبًا، يتأثر مستوى الرعاية الوالدية والعلاقات مع المعلمين والشبكات الاجتماعية وأنظمة الرعاية الصحية بالصدمة والإجهاد الضار، فيضعف حائط صدها، بل وربما تُلحق الضرر بالأطفال.^{٢١٨، ٢١٩}

وبالنسبة للأطفال الذين يعانون آباؤهم أو أمهاتهم من الصدمات النفسية، فهم أكثر عرضة للمعاناة من ضعف في صحتهم النفسية، لا سيما عند غياب الدعم الاجتماعي.^{٢٢٢، ٢٢١، ٢٢٠} فنجد أن صدمات ما بعد الحرب بين الآباء الفلسطينيين^{٢٢٣} وآسر الآباء الكويتيين خلال الحرب^{٢٢٤، ٢٢٥، ٢٢٦} تسبب في ارتفاع معدلات المشكلات الصحية النفسية وانتهاج سلوكيات التجنب، وفقدان الأمان في العلاقات مع ذرياتهم. كما رصدنا أيضًا انتقال عدوى الأمراض النفسية بين الأجيال بمعدلات مرتفعة لدى أطفال الناجين من الهولوكوست.^{٢٢٧} كما أن استمرار حالة الفقر بعد انتهاء العنف يؤثر على الأطفال تأثيرًا مباشرًا وغير مباشر يتجسد في علاقتهم بآبائهم وأمهاتهم، الأمر الذي يقاوم استجابتهم للإجهاد الضار.^{٢٢٨، ٢٢٩} علاوة على ذلك، فإن الآباء الذين يشعرون بالقلق على حياتهم بصفة يومية يصبحون أقل رعاية لأطفالهم وأكثر عدوانية في التعامل معهم.^{٢٣٠، ٢٣١، ٢٣٢}

خدمات الصحة النفسية في الشرق الأوسط

يتم توفير الخدمات الصحية في بلدان الشرق الأوسط من قبل هيئات حكومية وتجارية ومنظمات غير حكومية، وغالبًا ما يستمر تعطيل الخدمات الصحية، حتى بعد توقف العنف،^{٢٣٣} بينما يظل الطلب على خدمات الرعاية الصحية مرتفعًا. فعلى سبيل المثال، يعمل النظام الصحي الليبي بطاقة أقل بكثير من احتياجات السكان،^{٢٣٤} ويشمل ذلك خدمات الصحة النفسية.^{٢٣٥} ومن الصعوبات بمكان الاحتفاظ بالموظفين أو تعيينهم خلال الحروب لأسباب عديدة من بينها تعطيل أنظمة التعليم (انظر الإطارين ٤ و٥).^{٢٣٦}

الإطار رقم (٤): خدمات الأمومة في فلسطين

تسبب تعطيل خدمات الأمومة في ارتفاع مخاطر الإصابة بمضاعفات صحية ومضاعفات الولادة، فعلى سبيل المثال، تسبب التأخير عند نقاط التفتيش العسكرية في فلسطين في ارتفاع معدلات الولادة المنزلية (من ٨٪ في عام ١٩٩٩ إلى ٣٣٪ في عام ٢٠٠٢).^{٢٣٧، ٢٣٨} كما أن انخفاض وزن المولود والابتسار (الخداجة) يسفران عن ارتفاع مخاطر التعرض لنتائج سلبية طويلة الأجل لدى الأطفال، تتضمن مشكلات في الصحة النفسية ومشكلات سلوكية واضطرابات في الأكل، وانخفاض معدل الذكاء، وضعف التحصيل الأكاديمي.^{٢٣٩، ٢٤٠}

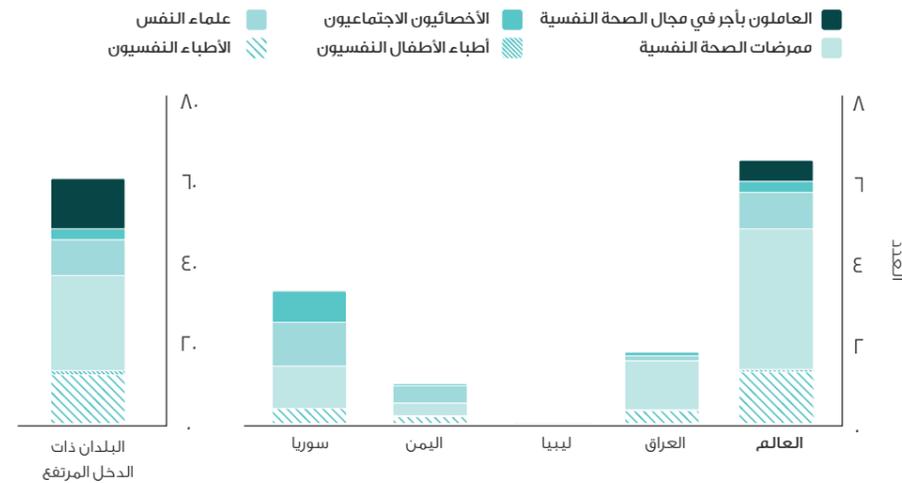
الإطار رقم (٥): خدمات الصحة النفسية في اليمن

تبلغ مشاكل الصحة النفسية في اليمن مستويات أعلى بكثير من غيرها من البلدان المتنازعة،^{٢٤١} إذ أدت الحرب والفيضانات والأوبئة والفقر ونقص المياه إلى تدمير أنظمة الرعاية الصحية والتعليم^{٢٤٢، ٢٤٣، ٢٤٤} في وقت تفتقر إلى الممارسين.^{٢٤٥} ونجح برنامج تدخل نفذه الممارسون العامون في تحسين الأداء في إدارة المشكلات الطبية الحادة.^{٢٤٦} وفي أعقاب ذلك، قام برنامج «العمل لسد الفجوة الفجوة في الصحة النفسية» التابع لمنظمة الصحة العالمية بتدريب العاملين في قطاع الصحة والخدمات المجتمعية لتوسيع نطاق الوصول إلى خدمات الصحة النفسية،^{٢٤٧} رغم أن هذه الخدمات لم تخضع للتقييم لتحديد مدى إمكانية تنفيذها وجدواها.

وعلى الرغم من أن بعض خطط الرعاية الصحية الوطنية بدأت تدرك أهمية الرعاية الصحية النفسية (مثل خطط الرعاية الصحية في كل من العراق وفلسطين)،^{٢٤٨، ٢٤٩} ما تزال كثير من بلدان الشرق الأوسط تعاني عجزًا في مصادر تمويل خدمات الرعاية الصحية ومواردها والقوى العاملة بها (انظر الشكل رقم ٤).^{٢٥٠} وتواجه الهيئات المقدمة للخدمات النفسية والاجتماعية نقصًا في الكوادر المؤهلة والمتخصصة، وقيود مالية، وصراعات سياسية، فضلًا عن ضعف الوعي المجتمعي، وذلك وفقًا لدراسة أجريت على الممارسين في مخيمات اللاجئين في الضفة الغربية بفلسطين.^{٢٥١}

بالإضافة إلى ذلك، يدفع الخوف من الوصمة الأفراد إلى عدم السعي للحصول على هذه المساعدة حتى عند توفرها، وذلك بجانب عوائق أخرى مثل وسائل النقل غير المناسبة وعمليات الإحالة المعقدة، الأمر الذي يدفع المرضى للبحث عن وسائل بديلة، مثل المعالجين الدينيين، كما هو الحال في العراق.^{٢٥٢}

الشكل رقم (٤): القوى العاملة في مجال الصحة النفسية (لكل ١٠٠ ألف نسمة) في بلدان الشرق الأوسط



ملحوظة: القوى العاملة في مجال الصحة النفسية (لكل ١٠٠ ألف نسمة) في دول الشرق الأوسط التي تشهد صراعًا مستمرًا، مقارنة بالدول ذات الدخل المرتفع والمعدل العالمي (وعندما تبلغ القيمة صفرًا، فإن القيمة إما صفر أو لم تسجل).^{٢٥٣}

برامج التدخل النفسية الاجتماعية وتحويل الخدمات

عند وضع برامج التدخل للأطفال في المناطق المتأثرة بالنزاعات، لا بد من النظر أولاً وقبل أي شيء في معالجة مشكلة النقص في توفير الخدمات وإحجام المرضى عن الحصول على هذه الخدمات. وثمة أبحاث كثيرة ومتزايدة في الشرق الأوسط ومناطق أخرى من العالم توضح مدى تعقيد احتياجات الأطفال هذه، متأثرة بالتفاعل بين عوامل الخطر والحماية المتعددة. ويكشف لنا حجم الطلب الهائل وندرة الموارد المتخصصة مدى أهمية برامج التدخل متعددة الأنماط التي تعزز الموارد المتاحة ومواطن القوى في المجتمع.^{٢٥٤}

وتُظهر الأدلة أيضاً أهمية التصدي للتحديات المتميزة التي تواجهها خدمات الصحة النفسية في ثقافات الشرق الأوسط، مثل: الوصمة،^{٢٥٥} والتعرض الجماعي للأطفال والآباء والمجتمعات والمتخصصين للإجهاد الضار، وقصور برامج التدخل في مراعاة السياق والثقافة السائدة، وقيود البنية التحتية وكفاءات الموظفين.^{٢٥٦}

ينبغي أن تستهدف برامج تدخل الاستجابة من المستوى الأول تعزيز استراتيجيات التأقلم والمرونة لدى الأطفال، ومهاراتهم الحياتية، والتعامل مع أعراضهم، وثمة مناهج عديدة للتعليم النفسي (تُعنى بتثقيف الراغبين في خدمات الصحة النفسية أو المتلقين لها) والبرامج «الواعية للصدمة» (أي الأنشطة المرتبطة بتعرض الأطفال للصدمة دون أن تكون هناك نية لإخضاعهم لها مرة أخرى ثم إعادة معالجة تجاربهم) حققت نتائج واعدة في هذا الصدد.^{٢٥٧، ٢٥٨، ٢٥٩} وتشمل هذه التدخلات برامج تدخل للجسد والعقل، مثل برامج التنبيه الذهني التي تتعامل مع مظاهر الكرب الجسدية والنفسية (عبر التأمل وتقنيات التنفس والتصورات الموجهة والتعبير عن الذات بالكلمات والرسم والحركة). وتحرص برامج التدخل الإبداعية هذه على تقديم أنشطة تفاعلية مثل التمثيل والموسيقى لمساعدة الأطفال على تكوين علاقات أفضل في حياتهم وتحسين قدرتهم على المرونة وسلامتهم الشخصية.^{٢٦٠-٢٦٤}

ولا شك أن هذه البرامج تتخطى كثيراً من التحديات التي يواجهها قطاع خدمات الصحة النفسية في الشرق الأوسط. ويرجع السبب في ذلك إلى انخفاض تكلفتها وإمكانية توفيرها على يد متدربين (أو متطوعين من المجتمع) أو عبر الأقران أو المعلمين أو موظفي الرعاية الاجتماعية أو العاملين في المنظمات غير الحكومية. ومع ذلك، فإن هؤلاء جميعاً يحتاجون إلى التدريب والإشراف عليهم، وأن تكون لهم خبرة سابقة بخدمات الصحة النفسية.^{٢٦٥}

وتمتاز برامج تدخل المستوى الأول بأنها لا تلحق أي وصمات، إذ بالإمكان تقديمها لمجموعات من الأطفال داخل المدارس أو المراكز المجتمعية والدينية. علماً بأن هذه الأماكن تقضي على صعوبات الوصول إلى هذه الخدمات خلال فترات النزاع، كما أنها تخاطب مشاعر الانتماء والراحة بفضل وظائفها الحقيقية (لا سيما المنتديات الدينية). ففي فلسطين على سبيل المثال، شهدت برامج التدخل المدرسية التي تتضمن برامج جماعية للمهارات الذهنية والجسدية،^{٢٦٦} وتعليم أساليب التعافي^{٢٦٧، ٢٦٨} نجاحاً في خفض مشكلات الصحة النفسية لدى الأطفال والمراهقين الذين تعرضوا لصدمة الحرب (انظر الإطار رقم ٦).

الإطار رقم (٦): برنامج دعم مدرسي نفسي اجتماعي في قطاع غزة بفلسطين

عُرِضت الحروب في فلسطين^{٢٦٩} الأطفال لصدمة ومشاكل نفسية.^{٢٧٠} ففي أعقاب حرب عام ٢٠١٤، قام المعلمون والأخصائيون الاجتماعيون والمرشدون بتنفيذ برامج للدعم النفسي والاجتماعي في جميع مدارس قطاع غزة. وشارك الآباء والأمهات فيها بحماس ونشاط. وتضمنت التقنيات المعرفية السلوكية للبرامج تنظيم مجموعات للتثقيف النفسي، وإجراء مناقشات عن التجارب الصادمة الماضية، وممارسة التمارين البدنية والانخراط في ألعاب تعاونية والمشاركة في التمثيل. وقد شهدت اضطرابات ما بعد الصدمة والأعراض العاطفية والجسدية الأخرى والضعف الوظيفي الإدراكي انخفاضاً ملحوظاً بعد انتهاء برنامج التدخل.^{٢٧١}

ويمكن للمستوى الثاني من برامج التدخل الاعتماد على الأطر السياقية مثل العلاج السلوكي المعرفي الذي يركز على الصدمات، والعلاج بالتعرض السرد، والعلاج الذي يركز على الطفل. ويتطلب هذا المستوى أخصائيين في الصحة النفسية يتمتعون بالمهارة،^{٢٧٢} وهو ما تفتقر إليه بيئات الشرق الأوسط. وينبغي أن توجه برامج التدخل هذه للأطفال الذين تستمر الأعراض عليهم بعد انتهاء نهج بناء قدرات المقاومة لديهم. والاستثمار طويل الأمد في الرعاية الصحية يتيح تقديم برامج التدخل لعدد أكبر من الأطفال في هذا المستوى. ويفضل مشاركة الوالدين، لأن عدم معالجة حالة الكرب لديهم ستؤثر سلباً على الأطفال. وسبق تطبيق برامج التثقيف النفسي والعلاج النفسي التطوري الثنائي الذي يجمع بين الوالدين والطفل، أو برامج العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على الصدمات داخل مناطق الحروب (مثل فلسطين). ولكن ينبغي تكييف هذه البرامج لتتماشى مع ثقافة الشرق الأوسط وتوفيرها بمصاحبة دعم مجتمعي.^{٢٧٣} ومن شأن تنسيق هذه الخدمات أن تسفر عن توفير مدخلات للصحة النفسية من البالغين.

ويجب أن يشارك الأطفال والشباب وأولياء الأمور بنشاط في تصميم برامج التدخل وتكييفها لضمان مشاركتهم فيها وتقبلها لها على الصعيد الثقافي. كما يجب وضع إطار لبرامج التدخل وبناء القدرات بحيث يتبع نموذج خدمات الرعاية المتدرجة (انظر الإطار رقم ٧).^{٢٧٤، ٢٧٥}

ويمكن الاستفادة من برامج التدخل الرقمية وبرامج التدريب الرقمية للموظفين في المناطق المتأثرة بالنزاعات، إذ بالإمكان إجراؤها عبر الهواتف الذكية.^{٢٧٦-٢٧٨} وقد ثبتت فعالية برامج التدخل هذه في تقييم الأطفال والبالغين والممارسين في بلدان الشرق الأوسط وفي فحصهم وتقدير حالتهم وإجراء التدخلات اللازمة لهم، لا سيما وأن استخدام الهواتف الذكية أمر شائع في المنطقة.^{٢٧٩} وتتميز الأدوات الرقمية بانخفاض تكلفتها نسبياً ويمكن الاستفادة منها في كلا مستويي الاستجابة (انظر الإطار رقم ٨).

الإطار رقم (٧): العلاج النفسي في قطاع غزة والضفة الغربية بفلسطين

خضعت معدلات حدوث الاضطرابات النفسية وأساليب علاجها في قطاع غزة والضفة الغربية في فلسطين للدراسة من عام ٢٠٠٥ وحتى عام ٢٠٠٨، حيث خضع المرضى للتقييم السريري من عمر سنة فما فوق على يد أخصائي نفسي أو طبيب نفسي (تحت إشراف أخصائي نفسي أول أو طبيب نفسي أول) وذلك عبر شبكة محلية للصحة النفسية والاستشارات الصحية. وتم تقديم خدمات الرعاية النفسية إما في صورة فردية أو للأسرة أو في إطار مجموعة، أو عبر جلسات علاج نفسي إنمائي ثنائية^{٢٨١،٢٨٢} داخل المنزل أو في المراكز الاستشارية الصحية، وذلك للأفراد الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة أو الاكتئاب أو القلق. وانخفضت الأعراض لدى الغالبية العظمى من المرضى (بنسبة ٧٩٪) بفضل هذا العلاج النفسي، بينما احتاج ٣٠٪ من المرضى إلى الحصول على أدوية نفسية إضافية.^{٢٨٢}

الإطار رقم (٨): برنامج تدخل العلاج السلوكي المعرفي عبر شبكة الإنترنت في العراق

بالإمكان استغلال التكنولوجيا في علاج مشكلات الصحة النفسية في المناطق غير المستقرة التي تفتقر إلى ممارسي الرعاية الصحية.^{٢٨٣} فتم ابتكار أسلوب للعلاج المعرفي السلوكي عبر شبكة الإنترنت لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة والمشكلات العاطفية الأخرى لدى البالغين في العراق،^{٢٨٤،٢٨٥} حيث تواصل المرضى مع المعالجين المدربين في كل من العراق والشرق الأوسط وأوروبا عبر تكاليفات كتابية منظمة تقدم على شبكة الإنترنت، وبإمكان لهذا النوع من برامج التدخل تحسين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة والقلق والمزاج المكتئب والابتئاس لدى المرضى من جميع الثقافات.^{٢٨٦،٢٨٧}

توصيات بشأن الممارسات في الشرق الأوسط

أولاً، وعلى المدى القريب، ينبغي توفير دورات تدريبية قصيرة لأخصائيي الرعاية الأولية حتى يتمكنوا من رصد الأمراض النفسية وعلاجها وإحالتها إلى الخدمات المتخصصة. أما على المدى الطويل، فلا بد من زيادة تركيز مناهج كليات الطب على الصحة النفسية وتوفير برامج التدريب الرسمية للممارسين الطبيين العاملين.^{٢٨٨}

ثانياً، على أخصائيي الصحة النفسية تدريب المساعدين والمعلمين والأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم من العاملين الاجتماعيين على برامج الاستجابة من المستوى الأول لتعزيز استراتيجيات التكيف والمقاومة لدى الأطفال، ولتعرف على الذين يحتاجون إلى تدخلات متخصصة، ويفضل كذلك أن يتلقى هؤلاء الأخصائيون برامج دعم لصحتهم النفسية.

ثالثاً، يجب تدريب أخصائيي الصحة النفسية والإشراف عليهم لتنفيذ برامج التدخل من المستوى الثاني. ويجب بناء القدرات لتناسب مع مستويات العاملين الاجتماعيين ومستوى الأخصائيين. ومن الضروري أيضاً إنشاء بيئة متعددة التخصصات تشجع على العمل المشترك وبناء الشبكات والاستغلال الفعال للموارد.^{٢٨٩} ويجب مراعاة السياقات الاجتماعية والثقافية والدينية الخاصة بالشرق الأوسط.

وأخيراً، يجب أن يكون الهدف طويل الأمد هو الارتقاء بخدمات الصحة النفسية ودمجها في قطاع الصحة.

توصيات بشأن الجهود البحثية في الشرق الأوسط

لم تحظى بحوث الصحة النفسية للأطفال، لا سيما برامج التدخل الخاصة بها، بالأولوية في بلدان الشرق الأوسط. فهناك قصور حالي في البحوث التي تتناول برامج التدخل المتخصصة من المستوى الثاني التي تستهدف الأطفال الأكثر احتياجاً والمراعية لسياقات الشرق الأوسط.

ومن ثم، على صانعي السياسات والباحثين إعطاء الأولوية لتقييم حجم الانتشار، والاحتياجات، والآليات لتحديد مقدار الدعم النفسي والاجتماعي اللازم ووضع الخطط على أساسه. فليس تحت أيدينا القدر الكافي من البيانات الدقيقة التي توضح لنا موارد الصحة النفسية واستخداماتها وأوجه إنفاقها في بيئات الشرق الأوسط المتأثرة بالنزاعات. ومن العسير الوصول للمجتمعات السكانية التي مزقتها الحروب والكشف عن اضطرابات الصحة النفسية التي تعاني منها. فلا بد من جمع المزيد من البيانات لتقييم البرامج الوطنية لدمج الصحة النفسية في النظام الصحي، مثل البرامج التي تأسست بدعم من منظمة الصحة العالمية.

ويصعب غالباً جمع البيانات عبر الأوراق البحثية التقليدية. ومن ثم، يمكن الاستعانة بالهواتف الجواله لجمع البيانات والحصول على الخدمات وتوفير برامج التدخل لما حققته من نتائج إيجابية، مثلما شهدنا في عمليات الكشف على الأطفال الفلسطينيين لتوفير برامج التدخل للأطفال الذين يعانون من اضطرابات نفسية في الوقت المناسب.^{٢٩٠}

ومن شأن حملات التثقيف بمجال الصحة النفسية تهدئة مخاوف أفراد المجتمع من الوصمة التي تحول بينهم وبين المشاركة في مثل هذه الدراسات.^{٢٩١} كما أن توسيع نطاق التقييم ليشمل الأداء النفسي الاجتماعي الإيجابي، واستراتيجيات التكيف، وغيرهما من مؤشرات المقاومة من شأنه تشجيع أفراد المجتمع على المشاركة فيها.

وينبغي إجراء الفحص عبر أساليب متنوعة للرصد الشامل للنتائج النفسية الاجتماعية. وربما تقتضي الحاجة تعديل الأدوات البحثية وبرامج التدخل لتراعي السياقات الثقافية لمنطقة الشرق الأوسط، مثل الترجمة وتنفيذ برامج تجريبية وتوفير مقارنات مناسبة من الناحية الثقافية، وتنظيم مناقشات مع مجموعات التركيز، مثل الأطفال وأولياء الأمور والمعلمين وغيرهم من الأفراد المعنيين، للمشاركة في تصميم البرامج والأدوات التي تتناسب واحتياجات مجتمعاتهم.^{٢٩٢،٢٩٣} وينبغي أن تراعي الأدوات وبرامج التدخل سياق الجماعات المهمشة، مثل النساء والفتيات والمعاقين والأطفال المتأخرين في النمو.

القسم الرابع: الخلاصة والتوصيات

تقع على عاتقنا مسؤولية ضمان نمو الأطفال في عالم آمن يكفل لهم النمو بشكل صحي. ولتحقيق النجاح في ذلك، يتحتم علينا معالجة الأسباب الجذرية للإجهاد الضار لدى الأطفال، والتدخل في أقرب وقت ممكن للتخفيف من الآثار الضارة لهذه التجارب.

ونحدد أدناه عددًا من التوصيات المعنية بالسياسات والجهود البحثية نأمل أن تكون بمثابة نقطة انطلاق للحكومات والباحثين ومقدمي الرعاية الصحية وأخصائيي الصحة وصانعي السياسات لتحقيق هذه الغاية ومنح جميع الأطفال فرصة لمستقبل أكثر صحة.

توصيات بشأن الجهود البحثية:

١. الأخذ بعين الاعتبار كلاً من المقاييس الموضوعية والذاتية لدراسة شدة الطفولة

الاعتماد على التقارير الذاتية أو التي يبلغ أصحابها عنها بأنفسهم، أو التي يبلغ عنها أولياء الأمور، قد يبدو أمرًا مناسبًا، إلا أن هذه المقاييس تظل مقاييسًا ذاتية خاضعة للتحيزات والميول. وثمة مقاييس أخرى، مثل سجلات المحاكم الرسمية أو سجلات حماية الأطفال، فهي وإن كانت مقاييس موضوعية إلا أنها تستهين بمعدلات انتشار الشدائد. فالمقاييس الموضوعية والذاتية لشدائد الطفولة تعبر عن فئتين مختلفتين.^{٢٩٤} ومن ثم، يمكن الاستفادة منها بأساليب مختلفة، كأن يتم استغلال التجارب الذاتية في عمليات العلاج النفسي.^{٢٩٥}

٢. مراعاة السياق الثقافي عند تقييم الشدائد والصددمات

يتمثل التحدي في دراسة آثار الشدائد والصددمات على النمو في كيفية إجراء مقارنة بين أطفال من ثقافات مختلفة: فتعريف التنمر قد يختلف من ثقافة لأخرى.^{٢٩٦} لذلك، يتحتم على الباحثين عن وضع التقييمات مراعاة السياقات الاجتماعية والثقافية والدينية.

٣. تقييم دور المؤشرات الحيوية في تقييم الإجهاد الضار

قد يكون للمؤشرات الحيوية الموضوعية للتغيرات التنظيمية العصبية والمناعية والأيضية والجينية دور في فهم الآليات العصبية والبيولوجية التي تتسبب في حدوث الاستجابة للإجهاد الضار.^{٢٩٧، ٢٩٨، ٢٩٩} وتشمل النقاط التي يجب تقييمها هنا، تحديد ما إذا كانت المؤشرات الحيوية تمثل أداة تنبؤ أفضل من السلوك، وما هو أصغر سن يمكن استخدامها فيه، وهل هي قابلة للقياس أم لا.

وأخيرًا، تعتمد معظم النتائج البحثية في الشرق الأوسط على الدراسات متعددة القطاعات التي تقوم بتقييم مشكلات الصحة النفسية في فترة زمنية محددة. لذلك، فإن المنطقة في حاجة إلى إجراء دراسات طويلة تتيح للباحثين تقييم الآثار طويلة الأجل للصددمات والإجهاد الضار على مدار فترات طويلة من زمن وعلى مر الأجيال.

التوصيات الرئيسية

- يؤثر التعرض المستمر والطويل للأجل لصددمات الحرب في مناطق النزاع في الشرق الأوسط على نمو الأطفال وصحتهم النفسية. ولا بد من تركيز برامج التدخل النفسية والاجتماعية على بناء قدرات المقاومة واستراتيجيات التأقلم لدى الأطفال، مع إحالة الأطفال الذين لم تختفي أعراضهم إلى خدمات أكثر تركيزًا.
- ثمة عوامل إجهاد متعددة تتسبب في ظهور مشكلات الصحة النفسية، مثل مستوى رعاية الوالدين، وسلامة الوالدين، والمصاعب الاقتصادية. فيلزم أخذ هذه العوامل بعين الاعتبار عند تصميم برامج التدخل متعددة الأنماط.
- يجب أن تراعي الأدوات وبرامج التدخل السياقات الاجتماعية والثقافية والدينية للشرق الأوسط.
- يجب مراعاة العراقيل التي تحول دون إجراء البحوث وتنفيذ الممارسات في منطقة الشرق الأوسط، مثل الوصمة وضعف وسائل النقل وقلة التكاليف وضعف خدمات الرعاية الصحية.
- تفتقر بلدان الشرق الأوسط المتأثرة بالحروب والنزاعات المتكررة إلى كوادر الصحة النفسية الماهرة. وكبديل لذلك، يمكن تدريب المساعدين المتخصصين والمتخصصين في الخطوط الأمامية على الاستراتيجيات وبرامج التدخل التي تركز على الصدمات والمقاومة والتأقلم.
- يمكن التوسع في نطاق استخدام موارد الصحة النفسية المتنقلة والتقنيات الرقمية.
- يفتقر الشرق الأوسط إلى خدمات صحة نفسية مسبقة التخطيط وكافية ومتكاملة. فيتحتم على صانعي السياسات إدراج برامج تطوير خدمات الصحة النفسية في خطط وسياسات نظام الرعاية الصحية.

٤. التوجه نحو استخدام تصاميم الدراسات الاستشرافية

دراسات الاستجابة للإجهاد الضار محدودة في طبيعتها نتيجة لتصميمها متعدد القطاعات، الأمر الذي نعجز معه عن استخلاص استنتاجات سببية. ومن ثم، ينبغي التحول إلى دراسات المتابعة أو برامج التدخل الاستشرافية لإتاحة الفرصة لنا للوصول إلى فهم أفضل لآليات الأمراض والحلول الممكنة، كأن يتم مثلاً تحديد أفضل استراتيجيات تنفيذ برامج التدخل التي ثبتت قدرتها على التخفيف من حدة الإجهاد الضار.

٥. إيلاء المزيد من الاهتمام للاختلافات بين الأفراد

تختلف الاستجابة لعوامل الإجهاد نفسها باختلاف الأفراد، سواء من الناحية النفسية أو الجسدية. فعلى سبيل المثال، نجد أن قلة قليلة فقط من الأطفال الذين تعرضوا للصدمة أو سوء المعاملة يصابون باضطرابات نفسية دائمة، بينما نجد البعض الآخر لا يصاب إلا باضطرابات صحية جسدية مثل الربو، فيما نجد أن أطفالاً آخرين لا يصابون بشيء مطلقاً. علاوة على ذلك، ثمة اختلافات بين الأفراد من حيث الحساسية البيولوجية لعوامل الإجهاد تفسر السبب الذي يدفع الأطفال الخجولين أو الذين تعرضوا للكبت في فترات مبكرة من حياتهم ليكونوا أكثر عرضة لعوامل الإجهاد مقارنة بالأطفال الذين يتمتعون بحالات مزاجية أكثر قوة.^{٣١،٣٢،٣٣}

٦. إعطاء الأولوية للتقييم الدقيق لبرامج التدخل والاستراتيجيات في البيئات المتأثرة بالنزاعات

لا تغطي معظم البحوث الأطفال المتأثرين بالنزاعات والنزوح، كما أن المعلومات المتوفرة عن أفضل الممارسات في هذه السياقات محدودة. فلا بد من الوصول لفهم أفضل بنطاق المشكلة بين الأطفال والأسر المتضررين من النزاعات.

٧. فهم تأثير كوفيد-١٩ على الإجهاد الضار لدى الأطفال

خلال جائحة كوفيد-١٩، قد تسفر الإجراءات المتبعة للحد من انتشارها عن تعريض الأطفال للعديد من الشدائد دون قصد نتيجة لغلق المدارس والقيود المفروضة على التنقل والاضطراب الاقتصادي. ففي الهند، على سبيل المثال، أسفر الإغلاق العام عن حدوث هجرات جماعية عبر البلاد، مما عرض الأطفال لخطر الانفصال عن ذويهم ومخاطر انعدام الأمن الاقتصادي والعنف.^{٣٤}

توصيات بشأن السياسات

١. تنفيذ سياسات مدعومة بالأدلة للصحة والتغذية والنمو المبكر للطفل

تهدف السياسات القائمة على الأدلة إلى إحداث تحسن في الصحة والتغذية ونمو الأطفال خلال مراحل حياتهم المبكرة،^{٣٥} وينبغي تنفيذ مثل هذه السياسات وتوسيع نطاقها للوقاية من آثار صدمات الأطفال وعلاجها.^{٣٦} ويمكن توسيع نطاق أيضاً لتشمل الأطفال الأكبر سناً والمراهقين. ورغم أن التركيز الأساسي ينصب عموماً على السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل، فإن الجوانب الشخصية للأطفال الأكبر سناً وسلوكياتهم تتمتع بمرونة أكبر.^{٣٧،٣٨}

٢. ربط وتحسين مبادرات صحة الطفل والمبادرات التعليمية

على الأطباء السريريين وأطباء الأطفال التعاون بشكل وثيق مع قطاع التعليم لدمج برامج التدخل الوقائية والعلاجية في جميع أنظمة الرعاية. ويتوقف نجاح برنامج التدخل على تحقيق ذلك في وقت مبكر من حياة الطفل.^{٣٩} وينبغي كذلك تحقيق هذا الدمج بين أنظمة الصحة والتعليم في الوقت المناسب. ويعد إطار رعاية التنشئة^{٤٠} خطوة مرحب بها في هذا الاتجاه، إذ أتاح مشاركة الجهات المعنية، مثل العاملين في مجال الصحة المجتمعية والعاملين في دور الحضانة.^{٤١} كما أن برامج التدخل التي تجرى داخل بيئات متعددة، مثل خدمات الرعاية المجتمعية والمدرسية وخدمات رعاية ما بعد اليوم الدراسي، تثمر انخفاضاً في آثار الأحداث الصادمة.^{٤٢،٤٣}

٣. اعتماد مقاربات متعددة القطاعات مراعية للسياق، بما في ذلك في بيئات النزاع

لا بد من مشاركة الأطفال والأسر والمجتمعات والمجموعات الإنسانية في الوقاية من تأثير الإجهاد الضار وتخفيف حدته. وفي ظل زيادة عدد الأفراد المتأثرين بالنزاعات والنزوح، فلا بد أن تكون غايتنا العمل السريع على تقليل الآثار السلبية طويلة الأمد للإجهاد الضار. ويجب أيضاً تعديل برامج التدخل القائمة التي تهدف إلى تقليل حدة الإجهاد الضار في المناطق المتأثرة بالنزاعات بحيث تراعي السياق والقيم الثقافية، والفئات السكانية الفرعية الضعيفة، والقيود التي تعرقل تصميم الموارد وتقديمها.

٤. الاستفادة من استراتيجيات الصحة العامة في الوقاية الأولية والثانوية والثالثية

تشمل استراتيجيات الصحة العامة برامج تدخل شاملة وموجهة، تتراوح بين برامج الزيارات المنزلية إلى برامج تدريب الوالدين، والفحص الروتيني للشدائد، والعلاج المعرفي السلوكي.^{٤٤،٤٥} يفتقر الشرق الأوسط إلى خدمات صحة نفسية مسبقة التخطيط وكافية ومتكاملة. فينحتم على صانعي السياسات إدراج برامج تطوير خدمات الصحة النفسية في خطط وسياسات نظام الرعاية الصحية.

٥. صقل مهارات القوى العاملة في مجالي الصحة والمجتمع لتحديد الأمراض النفسية وعلاجها

قد يغفل أخصائيو الصحة عن تشخيص المرض النفسي. لذلك، يجب تدريب العاملين في مجال الرعاية الأولية على رصد الأمراض النفسية ومعالجتها وإحالتها إلى الأقسام المتخصصة. أما على المدى الطويل، فلا بد من زيادة تركيز مناهج كليات الطب على الصحة النفسية.^{٤٦} وعلى أخصائيي الصحة النفسية تدريب المساعدين والمعلمين والأخصائيين الاجتماعيين وغيرهم من العاملين الاجتماعيين على برامج الاستجابة من المستوى الأول لتعزيز استراتيجيات التكيف والمقاومة لدى الأطفال، وللتعرف على الذين يحتاجون إلى تدخلات متخصصة.

٦. الاستفادة من التكنولوجيا ونشر التثقيف الصحي

يمكن الاستعانة بالهواتف الجواله لجمع البيانات والحصول على الخدمات وتوفير برامج التدخل لما حققته من نتائج إيجابية، مثلما شهدنا في عمليات الكشف على الأطفال الفلسطينيين لتوفير برامج التدخل في الوقت المناسب.^{٤٧} وبإمكان حملات التثقيف بالصحة النفسية تخفيف وطأة الإحساس بالوصمة العار الذي يمنع الأطفال من التماس الرعاية أو المشاركة في البحوث.^{٤٨}

بناء القدرات أمر ضروري على المستويين المجتمعي والمتخصص. وتحظى البيئة متعددة التخصصات بأهمية كبيرة في تعزيز العمل المشترك وبناء الشبكات والاستخدام الفعال للموارد.^{٣١٩} وأخيرًا، يجب أن يكون الهدف طويل الأمد الارتقاء بخدمات الصحة النفسية ودمجها في قطاع الصحة.

شكر وتقدير

شارك في رئاسة المجلس الاستشاري للمنتدى المعني بهذا التقرير:

- نادين بورك هاريس، الجراح العام والناطق الرسمي حول شؤون الصحة العامة في كاليفورنيا،
- ذوالفقار بوت، المدير المشارك لمركز صحة الطفل العالمية بمستشفى الأطفال المرضى بتورنتو في كندا، والمدير المؤسس لمعهد الصحة العالمية والنمو بجامعة الآغا خان في كراتشي بباكستان.

نتقدم بخالص الشكر إلى أعضاء المجلس الاستشاري لمنتدى ويش ٢٠٢٠ عن الإجهاد واضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال، ممن ساهموا بأرائهم الفريدة في هذه الورقة البحثية، وهم:

- مارسيا بروفي، المستشارة الفنية للصحة النفسية العالمية والدعم النفسي الاجتماعي بالهيئة الطبية الدولية
- أندريا دانيس، أستاذ الطب النفسي للأطفال والمراهقين واستشاري الطب النفسي للأطفال والمراهقين، كلية كينجز كوليدج لندن
- تشارلز نيلسن، مدير البحوث بقسم طب النمو، كرسي ريتشارد ديفيد سكوت لبحوث طب الأطفال التنموي، وأستاذ طب الأطفال في كلية الطب بجامعة هارفارد
- مثنى سمارة، أستاذ علم النفس التنموي ورئيس مجموعة بحوث علم النفس التنموي بجامعة كينجستون

كما نعرب عن شكرنا للمساهمات التي قدمها السادة والسيدات الآتية أسماؤهم في هذا التقرير:

- نادر الدويك، أستاذ مشارك وعالم سريري استشاري في علم الوراثة الجزيئية والبشرية بقسم علم النفس في جامعة كينجستون بلندن، وقسم طب الأطفال ومعهد البحوث الانتقالية المؤقت بمؤسسة حمد الطبية، وكلية العلوم الصحية والحيوية بجامعة حمد بن خليفة
- أنوشكا عطالله جان، باحثة بمركز صحة الطفل العالمية في مستشفى الأطفال المرضى بتورنتو
- تيريزا إس بيتانكورت، مديرة برنامج بحوث الأطفال والشدائد بكلية بوسطن للخدمة الاجتماعية
- باسل الخصري، أستاذ علم النفس المساعد بقسم علم النفس في الجامعة الإسلامية بغزة
- سارة حمودة، زميلة باحثة في علم النفس بقسم علم النفس في جامعة كينجستون بلندن
- بانوس فوستانيس، أستاذ الصحة النفسية للأطفال بقسم علم الأعصاب وعلم النفس والسلوك بجامعة ليستر

يتوفر بيان تضارب المصالح لجميع المؤلفين على موقع bmj.com

1. Bellis MA, et al. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2019; 4, E517-528.
2. Nurius PS, et al. Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being: A stress process analysis. *Child Abuse and Neglect*. 2015; 45, P143-153.
3. Shonkoff JP, et al. *Supportive relationships and active skill-building strengthen the foundations of resilience: Working paper 13*. Cambridge, MA: National Scientific Council on the Developing Child; 2015.
4. Shonkoff JP, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012; 129, E232-246.
5. Shonkoff JP, et al; The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012; 129, E232-246.
6. Burke Harris N. *The Deepest Well: Healing the long-term effects of childhood adversity*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt; 2018.
7. Hertzman C. The significance of early childhood adversity. *Paediatrics and Child Health*. 2013; 18, P127-128.
8. Danese A, McLaughlin K, Muthanna S. Epidemiological and treatment research on trauma-related psychopathology in children pinpoints barriers to clinical implementation. *BMJ*. Forthcoming.
9. Afifi TO, et al. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse and Neglect*. 2009; 33, P139-147.
10. Lewis SJ, et al. The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6, P247-256.
11. Nelson CA III, Gabard-Durnam LJ. Early adversity and critical periods: Neurodevelopmental consequences of violating the expectable environment. *Trends in Neurosciences*. 2020; 43, P133-143.
12. Felitti VJ, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventative Medicine*. 1998; 14, P245-258.
13. Hillis SD, et al. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: A retrospective study. *Pediatrics*. 2000; 106, E11.
14. McDonald CM, et al. Nutrition Impact Model Study. The effect of multiple anthropometric deficits on child mortality: Meta-analysis of individual data in 10 prospective studies from developing countries. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2013; 97, P896-901.

القسم ١

نيلسون كاليفورنيا ، بوتتا زد أ ، بورك هاريس إن ، دانيس أ ، سامارا م. ترتبط المحنة في الطفولة بالصحة العقلية والجسدية طوال الحياة. *BMJ*. ٢٠٢٠؛ ٣٧١: ٣٠٤٨

القسم ٢

الأطفال المتأثرين بالصراع والنزوح. *BMJ*. ٢٠٢٠؛ ٣٧١: ٨٧٦٦

القسم ٣

لفترة طويلة للإجهاد السام لصدمة الحرب في الشرق الأوسط. *BMJ*. ٢٠٢٠؛ ٣٧١: ٣١٥٥

31. El-Khodary B, Samara M. The relationship between multiple exposures to violence and war trauma, and mental health and behavioural problems among Palestinian children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2020; 29(5), P719-731.
32. Jenkins LM, et al. Subcortical structural variations associated with low socioeconomic status in adolescents. *Human Brain Mapping*. 2020; 41, P162-171.
33. Johnson SB, Riis JL, Noble KG. State of the art review: Poverty and the developing brain. *Pediatrics*. 2016; 137, E20153075.
34. Luby JL. Poverty's most insidious damage: The developing brain. *JAMA Pediatrics*. 2015; 169, P810-811.
35. Noble KG, Farah MJ. Neurocognitive consequences of socioeconomic disparities: The intersection of cognitive neuroscience and public health. *Developmental Science*. 2013; 16, P639-640.
36. Noble KG, et al. Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nature Neuroscience*. 2015; 18, P773-778.
37. Teicher MH, et al. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience*. 2016; 17, P652-666.
38. McLaughlin KA, Sheridan MA, Lambert HK. Childhood adversity and neural development: Deprivation and threat as distinct dimensions of early experience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. 2014; 47, P578-591.
39. Sheridan MA, McLaughlin KA. Dimensions of early experience and neural development: Deprivation and threat. *Trends in Cognitive Science*. 2014; 18, P580-585.
40. Pierce LJ, et al. Association of perceived maternal stress during the perinatal period with electroencephalography patterns in 2-month-old infants. *JAMA Pediatrics*. 2019; 173, P561-570.
41. Bick J, Nelson CA. Early adverse experiences and the developing brain. *Neuropsychopharmacology*. 2016; 41, P177-196.
42. Sheridan MA, et al. Variation in neural development as a result of exposure to institutionalization early in childhood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2012; 109, P12927-12932.
43. Marshall PJ, Fox NA, Bucharest Early Intervention Project Core Group. A comparison of the electroencephalogram between institutionalized and community children in Romania. *Journal of Cognitive Neuroscience*. 2004; 16, P1327-1338.
44. Vanderwert RE, et al. Timing of intervention affects brain electrical activity in children exposed to severe psychosocial neglect. *PLoS One*. 2010; 5, E11415.
45. Burneo-Garcés C, et al. Interaction between socioeconomic status and cognitive development in children aged 7, 9, and 11 years: A cross-sectional study. *Developmental Neuropsychology*. 2019; 44, P1-16.
46. Ursache A, Noble KG. Socioeconomic status, white matter, and executive function in children. *Brain and Behavior*. 2016; 6, E00531.
15. Estrada P, et al. Affective quality of the mother-child relationship: Longitudinal consequences for children's school-relevant cognitive functioning. *Developmental Psychology*. 1987; 23, P210-215.
16. Gunnar MR, et al. Stress reactivity and attachment security. *Developmental Psychobiology*. 1996; 29, P191-204.
17. Traub F, Boynton-Jarrett R. Modifiable resilience factors to childhood adversity for clinical pediatric practice. *Pediatrics*. 2017; 139, E20162569.
18. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *The New England Journal of Medicine*. 1998; 338, P171-179.
19. McEwen BS. Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1998; 840, P33-44.
20. Danese A, Baldwin JR. Hidden wounds? Inflammatory links between childhood trauma and psychopathology. *Annual Review of Psychology*. 2017; 68, P517-544.
21. Danese A, van Harmelen A-L. The hidden wounds of childhood trauma. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017; 8(supp 5), 137584.
22. Danese A, van Harmelen A-L. The hidden wounds of childhood trauma. *European Journal of Psychotraumatology*. 2017; 8(supp 5), 137584.
23. Boyce WT. *The Orchid and the Dandelion: Why some children struggle and how all can thrive*. New York: Knopf Doubleday; 2019.
24. Berens AE, Jensen SKG, Nelson CA III. Biological embedding of childhood adversity: From physiological mechanisms to clinical implications. *BMC Medicine*. 2017; 15, P135.
25. Danese A, McLaughlin K, Muthanna S. Epidemiological and treatment research on trauma-related psychopathology in children pinpoints barriers to clinical implementation. *BMJ*. Forthcoming.
26. Afifi TO, et al. Adverse childhood experiences (ACEs), peer victimization, and substance use among adolescents. *Child Abuse and Neglect*. 2020; 106, 104504.
27. El-Khodary B, Samara M. The relationship between multiple exposures to violence and war trauma, and mental health and behavioural problems among Palestinian children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2019; 29(4).
28. Lewis SJ, et al. The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *Lancet Psychiatry*. 2019; 6, P247-256.
29. Samara M, et al. Rethinking trauma, PTSD, and resilience in the context of political violence: New directions in research and practice. *BMJ*. Forthcoming.
30. Afifi TO, et al. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse and Neglect*. 2009; 33, P139-147.

62. Danese A, Widom CS. Objective and subjective experiences of child maltreatment and their relationships with psychopathology. *Nature Human Behaviour*. 2020; 4, P811–818.
63. El-Khodary B, Samara M. Effectiveness of a school-based intervention on the students' mental health after exposure to war-related trauma. *Frontiers in Psychiatry*. 2019; 10, P1031.
64. Shonkoff JP, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012; 129, E232–246.
65. Suglia SF, et al. Childhood and adolescent adversity and cardiometabolic outcomes: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2018; 137, E15–28.
66. Danese A, Widom CS. Objective and subjective experiences of child maltreatment and their relationships with psychopathology. *Nature Human Behaviour*. 2020; 4, P811–818.
67. Danese A, McLaughlin K, Muthanna S. Epidemiological and treatment research on trauma-related psychopathology in children pinpoints barriers to clinical implementation. *BMJ*. Forthcoming.
68. Jichlinski A. Defang ACEs: End toxic stress by developing resilience through physician-community partnerships. *Pediatrics*. 2017; 140, E20172869.
69. Samara M, et al. Rethinking trauma, PTSD, and resilience in the context of political violence: new directions in research and practice. *BMJ*. Forthcoming.
70. Baldwin JR, et al. Agreement between prospective and retrospective measures of childhood maltreatment: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019; 76, P584–593.
71. Danese A, Widom CS. Objective and subjective experiences of child maltreatment and their relationships with psychopathology. *Nature Human Behaviour*. 2020; 4, P811–818.
72. Samara M, et al. Do cross-national and ethnic group bullying comparisons represent reality? Testing instruments for structural equivalence and structural isomorphism. *Frontiers in Psychology*. 2019; 10, P1621.
73. Bush NR, Aschbacher K. Immune biomarkers of early-life adversity and exposure to stress and violence—searching outside the streetlight. *JAMA Pediatrics*. 2019; 174, P1–3.
74. Deighton S, et al. Biomarkers of adverse childhood experiences: A scoping review. *Psychiatry Research*. 2018; 269, P719–732.
75. Shonkoff JP. Capitalizing on advances in science to reduce the health consequences of early childhood adversity. *JAMA Pediatrics*. 2016; 170, P1003–1007.
76. Wing R, et al. Association between adverse childhood experiences in the home and pediatric asthma. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*. 2015; 114, P379–384.
47. Hair NL, et al. Association of child poverty, brain development, and academic achievement. *JAMA Pediatrics*. 2015; 169, P822–829.
48. Turesky TK, et al. The relationship between biological and psychosocial risk factors and resting-state functional connectivity in 2-month-old Bangladeshi infants: A feasibility and pilot study. *Developmental Science*. 2019; 22, E12841.
49. Xie W, et al. Growth faltering is associated with altered brain functional connectivity and cognitive outcomes in urban Bangladeshi children exposed to early adversity. *BMC Medicine*. 2019; 17, P199.
50. Karlén J, et al. Early psychosocial exposures, hair cortisol levels, and disease risk. *Pediatrics*. 2015; 135, E1450–7.
51. Merrick MT, et al. Vital signs: Estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for Prevention—25 States, 2015–2017. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2019; 68, P999–1005.
52. Suglia SF, et al. Childhood and adolescent adversity and cardiometabolic outcomes: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2018; 137, E15–28.
53. Elwenspoek MMC, et al. The effects of early life adversity on the immune system. *Psychoneuroendocrinology*. 2017; 82, P140–154.
54. Bick J, et al. Effect of early institutionalization and foster care on long-term white matter development: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*. 2015; 169, P211–219.
55. Blackburn EH, Epel ES, Lin J. Human telomere biology: A contributory and interactive factor in aging, disease risks, and protection. *Science*. 2015; 350, P1193–1198.
56. Marini S, et al. Adversity exposure during sensitive periods predicts accelerated epigenetic aging in children. *Psychoneuroendocrinology*. 2020; 113, 104484.
57. Danese A, Baldwin JR. Hidden wounds? Inflammatory links between childhood trauma and psychopathology. *Annual Review of Psychology*. 2017; 68, P517–544.
58. Thaler L, Steiger H. Eating disorders and epigenetics. *Advances in Experimental Medicine and Biology*. 2017; 978, P93–103.
59. Shonkoff JP, et al. *Supportive relationships and active skill-building strengthen the foundations of resilience: Working paper 13*. Cambridge, MA: National Scientific Council on the Developing Child; 2015.
60. Theall KP, et al. Association between neighborhood violence and biological stress in children. *JAMA Pediatrics*. 2017; 171, P53–60.
61. El-Khodary B, Samara M. The relationship between multiple exposures to violence and war trauma, and mental health and behavioural problems among Palestinian children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2020; 29(5), P719–731.

93. Nelson CA, et al. The course of human development can be altered by exposure to adversity in the early years of life. *BMJ*. Forthcoming.
94. McEwen CA, McEwen BS. Social structure, adversity, toxic stress, and intergenerational poverty: An early childhood model. *Annual Review of Sociology*. 2017; 43, P445-472.
95. Alvhill Strømme ES, et al. *Stop the war on children: Gender matters*. London: Save the Children; 2020.
96. UNICEF. *Child migration*. data.unicef.org/topic/child-migration-and-displacement/migration [accessed 14 September 2020].
97. Miller KE, Jordans MJ. Determinants of children's mental health in war-torn settings: Translating research into action. *Current Psychiatry Reports*. 2016; 18, P58.
98. McDonald A. *Invisible wounds, The impact of six years of war on the mental health of Syria's children*. London: Save the Children; 2017.
99. Parcesepe A, et al. Measuring physical violence and rape against Somali women using the neighborhood method. *Violence Against Women*. 2016; 22, P798-816.
100. Dahab M, et al. *COVID-19 Control in Low-income Settings and Displaced Populations: What can realistically be done*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2020.
101. Wilkinson A. Local response in health emergencies: Key considerations for addressing the COVID-19 pandemic in informal urban settlements. *Environment and Urbanization*. 2020; 0956247820922843.
102. Lau LS, et al. COVID-19 in humanitarian settings and lessons learned from past epidemics. *Nature Medicine*. 2020; 26, P647-648.
103. Fallon K. *The Greek refugees battling to prevent COVID-19 with handmade face masks*. The Guardian. theguardian.com/global-development/2020/mar/18/the-greek-refugees-battling-to-prevent-covid-19-with-handmade-face-masks [accessed 14 September 2020].
104. Brooks SK, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020; 395, P912-920.
105. Yang Y, et al. Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020; 7, E19.
106. Wilkinson A. Local response in health emergencies: Key considerations for addressing the COVID-19 pandemic in informal urban settlements. *Environment and Urbanization*. 2020; 0956247820922843.
107. Dahab M, et al. *COVID-19 Control in Low-income Settings and Displaced Populations: What can realistically be done*. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2020.
77. Tang A, et al. Infant behavioral inhibition predicts personality and social outcomes three decades later. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2020; 117, P9800-9807.
78. Belsky J, Pluess M. Beyond diathesis stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin*. 2009; 135, P885-908.
79. Boyce WT. Differential susceptibility of the developing brain to contextual adversity and stress. *Neuropsychopharmacology*. 2016; 41, P142-162.
80. Ellis BJ, Essex MJ, Boyce WT. Biological sensitivity to context: II. Empirical explorations of an evolutionary-developmental theory. *Developmental Psychopathology*. 2005; 17, P303-328.
81. Vaivada T, Gaffey MF, Bhutta ZA. Promoting early child development with interventions in health and nutrition: A systematic review. *Pediatrics*. 2017; 140, E20164308.
82. Jenkins LM, et al. Subcortical structural variations associated with low socioeconomic status in adolescents. *Human Brain Mapping*. 2020; 41, P162-171.
83. Dow-Edwards D, et al. Experience during adolescence shapes brain development: From synapses and networks to normal and pathological behavior. *Neurotoxicology and Teratology*. 2019; 76, 106834.
84. Danese A, McLaughlin K, Muthanna S. Epidemiological and treatment research on trauma-related psychopathology in children pinpoints barriers to clinical implementation. *BMJ*. Forthcoming.
85. Danese A, McLaughlin K, Muthanna S. Epidemiological and treatment research on trauma-related psychopathology in children pinpoints barriers to clinical implementation. *BMJ*. Forthcoming.
86. World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. *Nurturing care for early childhood development*. 2018.
87. Richter LM, et al. Investing in the foundation of sustainable development: Pathways to scale up for early childhood development. *The Lancet*. 2017; 389, P103-118.
88. El-Khodary B, Samara M. The relationship between multiple exposures to violence and war trauma, and mental health and behavioural problems among Palestinian children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2020; 29(5), P719-731.
89. Samara M, et al. Examining the psychosocial wellbeing of refugee children in the UK. *British Journal of Educational Psychology*. 2020; 90, P301-329.
90. Macmillan HL, et al. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet*. 2009; 373, P250-266.
91. National Academies of Sciences Engineering and Medicine. *Vibrant and Healthy Kids*. Washington, DC: The National Academies Press; 2019.
92. Miller KE, Jordans MJ. Determinants of children's mental health in war-torn settings: Translating research into action. *Current Psychiatry Reports*. 2016; 18, P58.

123. Mourtada R, Schlecht J, DeJong J. A qualitative study exploring child marriage practices among Syrian conflict-affected populations in Lebanon. *Conflict and Health*. 2017; 11(supp 1), P27.
124. Lustig SL, et al. Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004; 43, P24–36.
125. Samara M, et al. Examining the psychological well-being of refugee children and the role of friendship and bullying. *British Journal of Educational Psychology*. 2020; 90, P301–329.
126. Betancourt TS, et al. We left one war and came to another: Resource loss, acculturative stress, and caregiver-child relationships in Somali refugee families. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 2015; 21, P114–125.
127. McDonald A. *Invisible wounds: The impact of six years of war on the mental health of Syria's children*. London: Save the Children; 2017.
128. Betancourt TS, et al. Stigma and acceptance of Sierra Leone's child soldiers: A prospective longitudinal study of adult mental health and social functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2020; 59(6), P715–726.
129. Bhutta ZA, Keenan WJ, Bennett S. Children of war: Urgent action is needed to save a generation. *The Lancet*. 2016; 388, P1275–1276.
130. Panter-Brick C, et al. C-reactive protein, Epstein-Barr virus, and cortisol trajectories in refugee and non-refugee youth: Links with stress, mental health, and cognitive function during a randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2020; 87, P207–217.
131. Devakumar D, et al. The intergenerational effects of war on the health of children. *BMC Medicine*. 2014; 12, P57.
132. Shrira A, Mollov B, Mudahogora C. Complex PTSD and intergenerational transmission of distress and resilience among Tutsi genocide survivors and their offspring: A preliminary report. *Psychiatry Research*. 2019; 271, P121–123.
133. Clukay CJ, et al. Association of MAOA genetic variants and resilience with psychosocial stress: A longitudinal study of Syrian refugees. *PLoS One*. 2019; 14, E0219385.
134. Franke HA. Toxic stress: Effects, prevention and treatment. *Children (Basel)*. 2014; 1, P390–402.
135. Kadir A, et al. The effects of armed conflict on children. *Pediatrics*. 2018; 142, E20182586.
136. Uchitel J, et al. The rights of children for optimal development and nurturing care. *Pediatrics*. 2019; 144, E20190487.
137. UN Children and Armed Conflict. *The Six Grave Violations*. childrenandarmedconflict.un.org/six-grave-violations [accessed 14 September 2020].
138. Murray JS. War and conflict: Addressing the psychosocial needs of child refugees. *The Journal of Early Childhood Teacher Education*. 2019; 40, P3–18.
108. Inter-Agency Standing Committee. *Interim Guidance on Scaling-up COVID-19 Outbreak in Readiness and Response Operations in Camps and Camp-like Settings (jointly developed by IFRC, IOM, UNHCR and WHO)*. interagencystandingcommittee.org/other/interim-guidance-scaling-covid-19-outbreak-readiness-and-response-operations-camps-and-camp [accessed 14 September 2020].
109. Kadir A, et al. The effects of armed conflict on children. *Pediatrics*. 2018; 142, E20182586.
110. Kadir A, et al. The effects of armed conflict on children. *Pediatrics*. 2018; 142, E20182586.
111. Akil L, Ahmad HA. The recent outbreaks and reemergence of poliovirus in war and conflict-affected areas. *International Journal of Infectious Diseases*. 2016; 49, P40–46.
112. Bhutta ZA, Keenan WJ, Bennett S. Children of war: Urgent action is needed to save a generation. *The Lancet*. 2016; 388, P1275–1276.
113. UN Children and Armed Conflict. *The Six Grave Violations*. childrenandarmedconflict.un.org/six-grave-violations [accessed 14 September 2020].
114. Centre for Research on Epidemiology of Disasters. *People Affected by Conflict: Humanitarian needs in numbers*. Brussels: Centre for Research on Epidemiology of Disasters; 2013.
115. Urdal H, Che CP. War and gender inequalities in health: The impact of armed conflict on fertility and maternal mortality. *International Interactions*. 2013; 39, P489–510.
116. d'Harcourt E, Purdin S. Impact of wars and conflict on maternal and child health. In: Ehiri J, (ed). *Maternal and Child Health*. Boston: Springer; 2009; P121–133.
117. Reid-Cunningham AR. Rape as a weapon of genocide. *Genocide Studies and Prevention*. 2008; 3, P279–296.
118. Deschamps M, Jallow HB, Sooka Y. *Taking action on sexual exploitation and abuse by peacekeepers. Report of an independent review on sexual exploitation and abuse by international peacekeeping forces in the Central African Republic*. New York: OCHA; 2015.
119. Notar SA. Peacekeepers as perpetrators: Sexual exploitation and abuse of women and children in the Democratic Republic of the Congo. *American University Journal of Gender, Social Policy and the Law*. 2006; 14, P413.
120. Lustig SL, et al. Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004; 43, P24–36.
121. Goldin S, et al. Stories of pre-war, war and exile: Bosnian refugee children in Sweden. *Journal of Medicine, Conflict and Survival*. 2001; 17, P25–47.
122. Lustig SL, et al. Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004; 43, P24–36.

154. Weine S, et al. A family approach to severe mental illness in post-war Kosovo. *Psychiatry*. 2005; 68, P17-27.
155. Weine S, et al. Evaluating a multiple-family group access intervention for refugees with PTSD. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2008; 34, P149-164.
156. Weine S, et al. A family approach to severe mental illness in post-war Kosovo. *Psychiatry*. 2005; 68, P17-27.
157. Betancourt TS, et al. Promoting parent-child relationships and preventing violence via home-visiting: A pre-post cluster randomised trial among Rwandan families linked to social protection programmes. *BMC Public Health*. 2020; 20, P621.
158. Uchitel J, et al. The rights of children for optimal development and nurturing care. *Pediatrics*. 2019; 144, E20190487.
159. Franke HA. Toxic stress: Effects, prevention and treatment. *Children (Basel)*. 2014; 1, P390-402.
160. Staples JK, Abdel Atti JA, Gordon JS. Mind-body skills groups for posttraumatic stress disorder and depression symptoms in Palestinian children and adolescents in Gaza. *International Journal of Stress Management*. 2011; 18, P246.
161. Catani C, et al. Treating children traumatized by war and Tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry*. 2009; 9, P22.
162. Gordon JS, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder in postwar Kosovar adolescents using mind-body skills groups: A randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2008; 69, P1469-1476.
163. Lustig SL, et al. Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004; 43, P24-36.
164. Cohen JA, Scheid J, Gerson R. Transforming trajectories for traumatized children. *Journal of American Child and Adolescent Psychiatry*. 2014; 53, P9-13.
165. United Nations Office for Disaster Risk Reduction. *Build Back Better in Recovery, Rehabilitation and Reconstruction*. Geneva: United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2017.
166. Kamali M, et al. Delivering mental health and psychosocial support interventions to women and children in conflict settings: A systematic review. *BMJ Global Health*. 2020; 5, P002014.
167. Lustig SL, et al. Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004; 43, P24-36.
168. Layne CM, et al. Trauma/grief-focused group psychotherapy: School-based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents. *Group Dynamics*. 2001; 5, P277.
169. Khamis V. Posttraumatic stress disorder and emotion dysregulation among Syrian refugee children and adolescents resettled in Lebanon and Jordan. *Child Abuse and Neglect*. 2019; 89, P29-39.
139. Allden K, et al. Mental health and psychosocial support in crisis and conflict: Report of the mental health working group. *Prehospital and Disaster Medicine*. 2009; 24(suppl 2), S217-227.
140. Memon A, et al. Perceived barriers to accessing mental health services among black and minority ethnic (BME) communities: A qualitative study in Southeast England. *BMJ Open*. 2016; 6, E012337.
141. Franke HA. Toxic stress: Effects, prevention and treatment. *Children (Basel)*. 2014; 1, P390-402.
142. Uchitel J, et al. The rights of children for optimal development and nurturing care. *Pediatrics*. 2019; 144, E20190487.
143. Samara M, et al. Examining the psychological well-being of refugee children and the role of friendship and bullying. *British Journal of Educational Psychology*. 2020; 90, P301-329.
144. Betancourt TS, et al. A behavioral intervention for war-affected youth in Sierra Leone: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2014; 53, P1288-1297.
145. Ahmed Z, et al. Understanding the factors affecting the humanitarian health and nutrition response for women and children in Somalia since 2000: A case study. *Conflict and Health*. 2020; 14, P35.
146. Tappis H, et al. Reproductive, maternal, newborn and child health service delivery during conflict in Yemen: A case study. *Conflict and Health*. 2020; 14, P30.
147. Franke HA. Toxic stress: Effects, prevention and treatment. *Children (Basel)*. 2014; 1, P390-402.
148. Kamali M, et al. Delivering mental health and psychosocial support interventions to women and children in conflict settings: A systematic review. *BMJ Global Health*. 2020; 5, P002014.
149. Tweedie MG, et al. Trauma-informed teaching practice and refugee children: A hopeful reflection on welcoming our new neighbours to Canadian schools. *BC TEAL Journal*. 2017; 2, P36-45.
150. Michelson D, et al. Effectiveness of a brief lay counsellor-delivered, problem-solving intervention for adolescent mental health problems in urban, low-income schools in India: A randomised controlled trial. *The Lancet Child and Adolescent Health*. 2020; S2352-4642(20)30173-5.
151. Samara M, et al. Examining the psychological well-being of refugee children and the role of friendship and bullying. *British Journal of Educational Psychology*. 2020; 90, P301-329.
152. Fernald LC, Hidrobo M. Effect of Ecuador's cash transfer program (Bono de Desarrollo Humano) on child development in infants and toddlers: A randomized effectiveness trial. *Social Science and Medicine*. 2011; 72, P1437-1446.
153. Franke HA. Toxic stress: Effects, prevention and treatment. *Children (Basel)*. 2014; 1, P390-402.

186. Khamis V. Posttraumatic stress disorder and emotion dysregulation among Syrian refugee children and adolescents resettled in Lebanon and Jordan. *Child Abuse and Neglect*. 2019; 89, P29–39.
187. Nooner KB, et al. Factors related to posttraumatic stress disorder in adolescence. *Trauma Violence Abuse*. 2012; 13, P153–166.
188. Save the Children International. *The War on Children: Time to end grave violations against children in conflict*. London: Save the Children; 2018.
189. Shonkoff JP, et al; The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012; 129, E232–246.
190. Shonkoff JP, et al; The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*. 2012; 129, E232–246.
191. Shonkoff JP, et al. An integrated scientific framework for child survival and early childhood development. *Pediatrics*. 2012; 129, E460–472.
192. Nelson CA, et al. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ*. 2020; 371, M3048.
193. Save the Children International. *The War on Children: Time to end grave violations against children in conflict*. London: Save the Children; 2018.
194. Inter-Agency Standing Committee. *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2007.
195. Dimitry L. A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East. *Child: Care, Health and Development*. 2012; 38, P153–161.
196. Charlson F, et al. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2019; 394, P240–248.
197. Al-Jawadi AA, Abdul-Rhman S. Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: A cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2007; 7, P274.
198. Al-Hadethe A, et al. Prevalence of traumatic events and PTSD symptoms among secondary school students in Baghdad. *European Journal of Psychotraumatology*. 2014; 5, P23928.
199. Summerfield D. War and mental health: A brief overview. *BMJ*. 2000; 321, P232–235.
200. Musisi S. Mass trauma and mental health in Africa. *African Health Sciences*. 2004; 4, P80–82.
201. Attanayake V, et al. Prevalence of mental disorders among children exposed to war: A systematic review of 7,920 children. *Medicine, Conflict and Survival*. 2009; 25, P4–19.
202. Al-Eissa YA. The impact of the Gulf armed conflict on the health and behaviour of Kuwaiti children. *Social Science and Medicine*. 1995; 41, P1033–1037.
170. Panter-Brick C, et al. Insecurity, distress and mental health: Experimental and randomized controlled trials of a psychosocial intervention for youth affected by the Syrian crisis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018; 59, P523–541.
171. Newnham EA, et al. The Youth Readiness Intervention for War-Affected Youth. *Journal of Adolescent Health*. 2015; 56, P606–611.
172. Betancourt TS, et al. A behavioral intervention for war-affected youth in Sierra Leone: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2014; 53, P1288–1297.
173. Dajani R, et al. Hair cortisol concentrations in war-affected adolescents: A prospective intervention trial. *Psychoneuroendocrinology*. 2018; 89, P138–146.
174. The Lancet. India under COVID-19 lockdown. *The Lancet*. 2020; 395, P1315.
175. Boserup B, McKenney M, Elkbuli A. Alarming trends in US domestic violence during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Emergency Medicine*. 2020; S0735-6757(20)30307-7.
176. El-Khodary B, Samara M. The relationship between multiple exposures to violence and war trauma, and mental health and behavioural problems among Palestinian children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2019; 29(4).
177. El-Khodary B, Samara M. The mediating role of trait emotional intelligence, prosocial behaviour, parental support and parental psychological control on the relationship between war trauma, and PTSD and depression. *Journal of Research in Personality*. 2019; 81, P246–256.
178. Save the Children International. *The War on Children: Time to end grave violations against children in conflict*. London: Save the Children; 2018.
179. United Nations Children's Fund. *How to help Syria and its children*. www.unicefusa.org/mission/emergencies/child-refugees-and-migrants/syria-crisis [accessed 14 September 2020].
180. Palestinian Centre for Human Rights. *Annual Report 2019*. Gaza City: Palestinian Centre for Human Rights; 2019.
181. Sana'a Centre for Strategic Studies. *The Impact of War on Mental Health in Yemen*. Sana'a: Sana'a Centre for Strategic Studies; 2017.
182. Shaw JA. Children exposed to war/terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2003; 6, P237–246.
183. Jordans MJ, Pigott H, Tol WA. Interventions for children affected by armed conflict: A systematic review of mental health and psychosocial support in low- and middle-income countries. *Current Psychiatry Reports*. 2016; 18, P9.
184. Save the Children International. *The War on Children: Time to end grave violations against children in conflict*. London: Save the Children; 2018.
185. Greenberg N, Brooks S, Dunn R. Latest developments in post-traumatic stress disorder: Diagnosis and treatment. *British Medical Bulletin*. 2015; 114, P147–155.

- 218.** El-Khodary B, Samara M. The relationship between multiple exposures to violence and war trauma, and mental health and behavioural problems among Palestinian children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2019; 29(4).
- 219.** Salloum A, et al. Parent and child PTSD and parent depression in relation to parenting stress among trauma-exposed children. *Journal of Child and Family Studies*. 2015; 24, P1203-1212.
- 220.** Weingarten K. Witnessing the effects of political violence in families: Mechanisms of intergenerational transmission and clinical interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2004; 30, P45-59.
- 221.** Han M. Relationship among perceived parental trauma, parental attachment, and sense of coherence in Southeast Asian American College Students. *Journal of Family Social Work*. 2006; 9, P25-45.
- 222.** Devakumar D, et al. The intergenerational effects of war on the health of children. *BMC Medicine*. 2014; 12, P57.
- 223.** Palosaari E, et al. Intergenerational effects of war trauma among Palestinian families mediated via psychological maltreatment. *Child Abuse and Neglect*. 2013; 37, 955-968.
- 224.** Hadi F, Llabre MM, Spitzer S. Gulf War-related trauma and psychological distress of Kuwaiti children and their mothers. *Journal of Trauma Stress*. 2006; 19, P653-662.
- 225.** Hadi F, Lai BS, Llabre MM. Life outcomes influenced by war-related experiences during the Gulf crisis. *Anxiety, Stress and Coping*. 2014; 27, P156-175.
- 226.** Llabre MM, Hadi F. War-related exposure and psychological distress as predictors of health and sleep: A longitudinal study of Kuwaiti children. *Psychosomatic Medicine*. 2009; 71, P776-783.
- 227.** Scharf M. Long-term effects of trauma: Psychosocial functioning of the second and third generation of Holocaust survivors. *Development and Psychopathology*. 2007; 19, P603-622.
- 228.** El-Khodary B, Samara M, Askew C. Traumatic events and PTSD among Palestinian children and adolescents: The effect of demographic and socioeconomic factors. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 11, P4.
- 229.** Saile R, et al. Does war contribute to family violence against children? Findings from a two-generational multi-informant study in Northern Uganda. *Child Abuse and Neglect*. 2014; 38, P135-146.
- 230.** El-Khodary B, Samara M. The relationship between multiple exposures to violence and war trauma, and mental health and behavioural problems among Palestinian children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2019; 29(4).
- 231.** El-Khodary B, Samara M, Askew C. Traumatic events and PTSD among Palestinian children and adolescents: The effect of demographic and socioeconomic factors. *Frontiers in Psychiatry*. 2020; 11, P4.
- 203.** Dubow EF, et al. Exposure to conflict and violence across contexts: Relations to adjustment among Palestinian children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2010; 39, P103-116.
- 204.** Al-Ammar F. *Post-traumatic Stress Disorder among Yemeni Children as a Consequence of the Ongoing War*. Bonn: Center for Applied Research in Partnership with the Orient; 2018.
- 205.** Dubow EF, et al. Exposure to conflict and violence across contexts: Relations to adjustment among Palestinian children. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2010; 39, P103-116.
- 206.** Dubow EF, et al. Cumulative effects of exposure to violence on posttraumatic stress in Palestinian and Israeli youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2012; 41, P837-844.
- 207.** El-Khodary B, Samara M. The relationship between multiple exposures to violence and war trauma, and mental health and behavioural problems among Palestinian children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2019; 29(4).
- 208.** Felitti VJ, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventative Medicine*. 1998; 14, P245-258.
- 209.** Hadi F, Llabre MM, Spitzer S. Gulf War-related trauma and psychological distress of Kuwaiti children and their mothers. *Journal of Trauma Stress*. 2006; 19, P653-662.
- 210.** Hadi F, Lai BS, Llabre MM. Life outcomes influenced by war-related experiences during the Gulf crisis. *Anxiety, Stress and Coping*. 2014; 27, P156-175.
- 211.** Llabre MM, Hadi F. War-related exposure and psychological distress as predictors of health and sleep: A longitudinal study of Kuwaiti children. *Psychosomatic Medicine*. 2009; 71, P776-783.
- 212.** Bronfenbrenner U, Morris PA. The ecology of developmental processes. In: *Handbook of Child Psychology: Theoretical models of human development*. New Jersey: Wiley; 1998; P993-1028.
- 213.** Franke HA. Toxic stress: Effects, prevention and treatment. *Children (Basel)*. 2014; 1, P390-402.
- 214.** Hornor G. Childhood trauma exposure and toxic stress: What the PNP needs to know. *Journal of Pediatric Health Care*. 2015; 29, P191-198.
- 215.** Weingarten K. Witnessing the effects of political violence in families: Mechanisms of intergenerational transmission and clinical interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2004; 30, P45-59.
- 216.** Han M. Relationship among perceived parental trauma, parental attachment, and sense of coherence in Southeast Asian American College Students. *Journal of Family Social Work*. 2006; 9, P25-45.
- 217.** Devakumar D, et al. The intergenerational effects of war on the health of children. *BMC Medicine*. 2014; 12, P57.

248. World Health Organization. *Building Back Better: Sustainable mental health care after emergencies*. Geneva: World Health Organization; 2013.
249. World Health Organization. *Country Cooperation Strategy for WHO and the Occupied Palestinian Territory 2017-2020*. Geneva: World Health Organization; 2017.
250. Okasha A, Karam E, Okasha T. Mental health services in the Arab world. *World Psychiatry*. 2012; 11, P52-54.
251. Mahamid F, Veronese G. Psychosocial Interventions for third-generation Palestinian refugee children: Current challenges and hope for the future. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2020; S11469-020-00300-5.
252. Younis MS, Lafta RK, Dhiaa S. Faith healers are taking over the role of psychiatrists in Iraq. *Qatar Medical Journal*. 2019; 2019, P13.
253. World Health Organization. *Mental Health ATLAS 2017*. Geneva: World Health Organization; 2018.
254. Vostanis P. Editorial: Global child mental health—emerging challenges and opportunities. *Child and Adolescent Mental Health*. 2017; 22, P177-178.
255. Sewilam AM, et al. Suggested avenues to reduce the stigma of mental illness in the Middle East. *International Journal of Social Psychiatry*. 2015; 61, P111-120.
256. Patel V, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. 2018; 392, P1553-1598.
257. Jordans MJD, et al. Implementation of a mental health care package for children in areas of armed conflict: A case study from Burundi, Indonesia, Nepal, Sri Lanka, and Sudan. *PLoS Medicine*. 2013; 10, E1001371.
258. Kalantari M, et al. Efficacy of writing for recovery on traumatic grief symptoms of Afghani refugee bereaved adolescents: A randomized control trial. *Journal of Death and Dying*. 2012; 65, P139-150.
259. Panter-Brick C, et al. Insecurity, distress and mental health: Experimental and randomized controlled trials of a psychosocial intervention for youth affected by the Syrian crisis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018; 59, P523-541.
260. El-Khodary B, Samara M. Effectiveness of a school-based intervention on the students' mental health after exposure to war-related trauma. *Frontiers in Psychiatry*. 2019; 10, P1031.
261. Gordon JS, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder in postwar Kosovo high school students using mind-body skills groups: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*. 2004; 17, P143-147.
262. Peltonen K, et al. Effectiveness of school-based intervention in enhancing mental health and social functioning among war-affected children. *Traumatology*. 2012; 18, P37-46.
263. Layne CM, et al. Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008; 47, P1048-1062.
232. El-Khodary B, Samara M. The mediating role of trait emotional intelligence, prosocial behaviour, parental support and parental psychological control on the relationship between war trauma, and PTSD and depression. *Journal of Research in Personality*. 2019; 81, P246-256.
233. Devakumar D, et al. The intergenerational effects of war on the health of children. *BMC Medicine*. 2014; 12, P57.
234. World Health Organization. *Annual Report: Libya*. Geneva: World Health Organization; 2019.
235. Charlson FJ, et al. Predicting the impact of the 2011 conflict in Libya on population mental health: PTSD and depression prevalence and mental health service requirements. *PLoS One*. 2012; 7, E40593.
236. Devakumar D, et al. The intergenerational effects of war on the health of children. *BMC Medicine*. 2014; 12, P57.
237. Halla Shoaibi H. Childbirth at checkpoints in the occupied Palestinian territory. *The Lancet* (Abstract), 2011. www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/abstracts/palestine/palestine2011-4.pdf [accessed 14 October 2020].
238. Marie M, Hannigan B, Jones A. Mental health needs and services in the West Bank, Palestine. *International Journal of Mental Health Systems*. 2016; 10, P23.
239. Samara M, et al. Eating problems at age 6 years in a whole population sample of extremely preterm children. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2010; 52, E16-22.
240. Samara M, et al. Pervasive behavior problems at 6 years of age in a total-population sample of children born at \leq 25 weeks of gestation. *Pediatrics*. 2008; 122, P562-573.
241. Al-Ammar F. Post-traumatic stress disorder among Yemeni children as a consequence of the ongoing war. Bonn: Center for Applied Research in Partnership with the Orient; 2018.
242. Nasser AA. *Country profile: Republic of Yemen*. Kobe: Asian Disaster Risk Reduction Center; 2017.
243. Burki T. Yemen health situation "moving from a crisis to a disaster". *The Lancet*. 2015; 385, P1609.
244. Qirbi N, Ismail SA. Health system functionality in a low-income country in the midst of conflict: The case of Yemen. *Health Policy and Planning*. 2017; 32, P911-922.
245. Sana'a Centre for Strategic Studies. *The Impact of War on Mental Health in Yemen*. Sana'a: Sana'a Centre for Strategic Studies; 2017.
246. Abdul-Razik MS, et al. Disaster response in a civil war: Lessons on local hospitals capacity. The case of Yemen. *International Journal of Healthcare Management*. 2019; P1-8.
247. Sana'a Centre for Strategic Studies. *The Impact of War on Mental Health in Yemen*. Sana'a: Sana'a Centre for Strategic Studies; 2017.

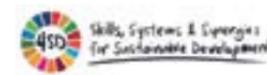
279. Ashfaq A, et al. Utilization of mobile mental health services among Syrian refugees and other vulnerable Arab populations—a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17, E1295.
280. Brems C. *Psychotherapy: Processes and techniques*. Boston: Allyn and Bacon Publishers; 1998.
281. Schafer CE. *Innovative Psychotherapy: Techniques in child and adolescent therapy*. New Jersey: Wiley; 1999.
282. Espié E, et al. Trauma-related psychological disorders among Palestinian children and adults in Gaza and West Bank, 2005–2008. *International Journal of Mental Health Systems*. 2009; 3, P21.
283. Wagner B, Schulz W, Knaevelsrud C. Efficacy of an Internet-based intervention for posttraumatic stress disorder in Iraq: A pilot study. *Psychiatry Research*. 2012; 195, P85–88.
284. Wagner B, Schulz W, Knaevelsrud C. Efficacy of an Internet-based intervention for posttraumatic stress disorder in Iraq: A pilot study. *Psychiatry Research*. 2012; 195, P85–88.
285. Knaevelsrud C, et al. Web-based psychotherapy for posttraumatic stress disorder in war-traumatized Arab patients: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*. 2015; 17, E71.
286. Lange A, van de Ven JP, Schrieken B. Interapy: Treatment of post-traumatic stress via the Internet. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2003; 32, P110–124.
287. Wagner B, Maercker A. A 1.5-year follow-up of an Internet-based intervention for complicated grief. *Journal of Traumatic Stress*. 2007; 20, P625–629.
288. World Health Organization. *Building Back Better: Sustainable mental health care after emergencies*. Geneva: World Health Organization; 2013.
289. Vostanis P, et al. Interprofessional training on resilience-building for children who experience trauma: Stakeholders' views from six low- and middle-income countries. *Journal of Interprofessional Care*. 2019; 33, P143–152.
290. Hashemi B, et al. Facilitating mental health screening of war-torn populations using mobile applications. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017; 52, P27–33.
291. Sewilam AM, et al. Suggested avenues to reduce the stigma of mental illness in the Middle East. *International Journal of Social Psychiatry*. 2015; 61, P111–120.
292. Jordans MJ, Pigott H, Tol WA. Interventions for children affected by armed conflict: A systematic review of mental health and psychosocial support in low- and middle-income countries. *Current Psychiatry Reports*. 2016; 18, P9.
293. Castro FG, Barrera M Jr, Martinez CR Jr. The cultural adaptation of prevention interventions: Resolving tensions between fidelity and fit. *Prevention Science*. 2004; 5, P41–45.
294. Younis MS, Lafta RK, Dhiaa S. Faith healers are taking over the role of psychiatrists in Iraq. *Qatar Medical Journal*. 2019; 2019, P13.
264. Staples JK, Abdel Atti JA, Gordon JS. Mind-body skills groups for posttraumatic stress disorder and depression symptoms in Palestinian children and adolescents in Gaza. *International Journal of Stress Management*. 2011; 18, P246.
265. Jordans MJ, Pigott H, Tol WA. Interventions for children affected by armed conflict: A systematic review of mental health and psychosocial support in low- and middle-income countries. *Current Psychiatry Reports*. 2016; 18, P9.
266. Staples JK, Abdel Atti JA, Gordon JS. Mind-body skills groups for posttraumatic stress disorder and depression symptoms in Palestinian children and adolescents in Gaza. *International Journal of Stress Management*. 2011; 18, P246.
267. Barron IG, Abdallah G, Smith P. Randomized control trial of a CBT trauma recovery program in Palestinian schools. *Journal of Loss and Trauma*. 2013; 18, P306–321.
268. Qouta SR, et al. Intervention effectiveness among war-affected children: A cluster randomized controlled trial on improving mental health. *Journal of Traumatic Stress*. 2012; 25, P288–298.
269. Palestinian Centre for Human Rights. *Annual Report 2019*. Gaza City: Palestinian Centre for Human Rights; 2019.
270. El-Khodary B, Samara M. The relationship between multiple exposures to violence and war trauma, and mental health and behavioural problems among Palestinian children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2019; 29(4).
271. El-Khodary B, Samara M. Effectiveness of a school-based intervention on the students' mental health after exposure to war-related trauma. *Frontiers in Psychiatry*. 2019; 10, P1031.
272. Kangaslampi S, Garoff F, Peltonen K. Narrative exposure therapy for immigrant children traumatized by war: Study protocol for a randomized controlled trial of effectiveness and mechanisms of change. *BMC Psychiatry*. 2015; 15, P127.
273. El-Khani A, et al. Syria: Refugee parents' experiences and need for parenting support in camps and humanitarian settings. *Vulnerable Children and Youth Studies*. 2018; 13, P19–29.
274. World Health Organization. *Mental health: Strengthening response*. Geneva: World Health Organization; 2016.
275. Vostanis P, et al. Development of child psychosocial framework in Kenya, Turkey and Brazil. *Journal of Children's Services (Mahwah NJ)*. 2019; 14, P303–316.
276. Wagner B, Schulz W, Knaevelsrud C. Efficacy of an internet-based intervention for posttraumatic stress disorder in Iraq: A pilot study. *Psychiatry Research*. 2012; 195, P85–88.
277. Lange A, van de Ven JP, Schrieken B. Interapy: Treatment of post-traumatic stress via the internet. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2003; 32, P110–124.
278. Wagner B, Maercker A. A 1.5-year follow-up of an Internet-based intervention for complicated grief. *Journal of Traumatic Stress*. 2007; 20, P625–629.

311. Kangaslampi S, Garoff F, Peltonen K. Narrative exposure therapy for immigrant children traumatized by war: Study protocol for a randomized controlled trial of effectiveness and mechanisms of change. *BMC Psychiatry*. 2015; 15, P127.
312. El-Khodary B, Samara M. The relationship between multiple exposures to violence and war trauma, and mental health and behavioural problems among Palestinian children and adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2019; 29(4).
313. El-Khani A, et al. Syria: Refugee parents' experiences and need for parenting support in camps and humanitarian settings. *Vulnerable Children and Youth Studies*. 2018; 13, P19–29.
314. World Health Organization. *Mental Health: Strengthening response*. Geneva: World Health Organization; 2016.
315. Vostanis P, et al. Development of child psychosocial framework in Kenya, Turkey and Brazil. *Journal of Children's Services (Mahwah NJ)*. 2019; 14, P303–316.
316. World Health Organization. *Building Back Better: Sustainable mental health care after emergencies*. Geneva: World Health Organization; 2013.
317. Hashemi B, et al. Facilitating mental health screening of war-torn populations using mobile applications. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2017; 52, P27–33.
318. Sewilam AM, et al. Suggested avenues to reduce the stigma of mental illness in the Middle East. *International Journal of Social Psychiatry*. 2015; 61, P111–120.
319. Vostanis P, et al. Interprofessional training on resilience-building for children who experience trauma: Stakeholders' views from six low- and middle-income countries. *Journal of Interprofessional Care*. 2019; 33, P143–152.
295. World Health Organization. *Mental Health ATLAS 2017*. Geneva: World Health Organization; 2018.
296. Vostanis P. Editorial: Global child mental health—emerging challenges and opportunities. *Child and Adolescent Mental Health*. 2017; 22, P177–178.
297. Sewilam AM, et al. Suggested avenues to reduce the stigma of mental illness in the Middle East. *International Journal of Social Psychiatry*. 2015; 61, P111–120.
298. Patel V, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. 2018; 392, P1553–1598.
299. Jordans MJD, et al. Implementation of a mental health care package for children in areas of armed conflict: A case study from Burundi, Indonesia, Nepal, Sri Lanka, and Sudan. *PLoS Medicine*. 2013; 10, E1001371.
300. Kalantari M, et al. Efficacy of writing for recovery on traumatic grief symptoms of Afghani refugee bereaved adolescents: A randomized control trial. *Journal of Death and Dying*. 2012; 65, P139–150.
301. Panter-Brick C, et al. Insecurity, distress and mental health: Experimental and randomized controlled trials of a psychosocial intervention for youth affected by the Syrian crisis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2018; 59, P523–541.
302. El-Khodary B, Samara M. Effectiveness of a school-based intervention on the students' mental health after exposure to war-related trauma. *Frontiers in Psychiatry*. 2019; 10, P1031.
303. Gordon JS, et al. Treatment of posttraumatic stress disorder in postwar Kosovo high school students using mind-body skills groups: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*. 2004; 17, P143–147.
304. Younis MS, Lafta RK, Dhiaa S. Faith healers are taking over the role of psychiatrists in Iraq. *Qatar Medical Journal*. 2019; 2019, P13.
305. Layne CM, et al. Effectiveness of a school-based group psychotherapy program for war-exposed adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008; 47, P1048–1062.
306. Greenberg N, Brooks S, Dunn R. Latest developments in post-traumatic stress disorder: Diagnosis and treatment. *British Medical Bulletin*. 2015; 114, P147–155.
307. Hadi F, Llabre MM, Spitzer S. Gulf War-related trauma and psychological distress of Kuwaiti children and their mothers. *Journal of Trauma Stress*. 2006; 19, P653–662.
308. Staples JK, Abdel Atti JA, Gordon JS. Mind-body skills groups for posttraumatic stress disorder and depression symptoms in Palestinian children and adolescents in Gaza. *International Journal of Stress Management*. 2011; 18, P246.
309. Barron IG, Abdallah G, Smith P. Randomized control trial of a CBT trauma recovery program in Palestinian schools. *Journal of Loss and Trauma*. 2013; 18, P306–321.
310. Qouta SR, et al. Intervention effectiveness among war-affected children: A cluster randomized controlled trial on improving mental health. *Journal of Traumatic Stress*. 2012; 25, P288–298.

شركاء أبحاث «ويش»



يعرب «ويش» عن امتنانه للدعم الذي قدمته وزارة الصحة العامة



ISBN 978-1-9139910-6-7



9 781913 991067 >

www.wish.org.qa