

علاقة كل من كرب ما بعد الصدمة والوحدة النفسية بالاضطرابات النفسية - الجسدية لدى عينة من مرضى الإيدز.

أ.عبد الحليم خلفي
طالب دكتوراه بجامعة باتنة

مقدمة

تتميز الدراسات الإبيديولوجية بتناولها لمدى انتشار الظواهر المرضية في المجتمعات، وأنها ذات أهداف وصفية تحليلية، وبالرغم من أنها لا تأخذ الطابع المسحي، فأنه من الممكن تقدير نسبة انتشار تلك الظواهر في بيئات بعينها، أو في المجتمع عامّة، كما أنها تزودنا بأساس واقعي لعوامل المخاطرة في تلك الظواهر وغيرها من الأبعاد الايتولوجية، التي تسهم في إجراءات التشخيص والعلاج من جهة، ورسم السياسات الوقائية بمستوياتها من جهة أخرى.

ومن هنا تتراكم وتتداخل المعطيات حول متغيرات الدراسة لتشكّل نسيجاً متألّفاً وامتداداً حول هذه العلاقة التي تجمع بين كرب ما بعد الصدمة، والشعور بالوحدة النفسية لدى الأفراد المصابين بالإيدز، وعلاقة ذلك بمجموعة الاضطرابات النفسية - الجسدية "كالطفح الجلدي والأرق والاكئاب،... " والتي كثيراً ما نلاحظها على مرضى الإيدز. **الكلمات المفتاحية:** كرب ما بعد الصدمة، الوحدة النفسية، الاضطرابات النفسية - الجسدية، مرضى الإيدز.

تتعلق الصدمة بأي حادث يهاجم الإنسان، ويحترق الجهاز الدفاعي (الجهاز المناعي) لديه، مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة. وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية، أو مرض عضوي، إذا لم يتم التحكم فيه، والتعامل معه بسرعة وفاعلية.

وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق والعجز أو الرعب، وهي حدث خارجي فجائي وغير متوقع يتسم بالحدة، ويفجّر الأمان والاستقرار في الكيان الإنساني، ويهدد حياته؛ بحيث لا تستطيع وسائل الدفاع النفسية والجسدية المختلفة أن تسعف الإنسان للتكيف معه. وبعد التعرض لمثل هذه الخبرات وبخاصة منها التي تصيب الإنسان بصفة دائمة ومستديمة، بحيث تتطور الأعراض السابقة الذكر، وتزداد يوماً بعد يوم، كما هو حال صدمة الإصابة بمتلازمة العوز المناعي المكتسب "الإيدز"؛ الذي يرتبط عامة بكل من مفهوم الموت والفناء والوصم الاجتماعي من جهة، ومن جهة أخرى هو مرض مركّب، يتميز بانهيار الجهاز المناعي في جسم الإنسان، ضدّ أي عدوان مهما كان بسيطاً، لذلك فإنّ المصابين معرضون للعدوى المكروبية "كالبكتيريا، والفيروسات، والفطريات، والطفيليات،..." بالإضافة إلى أنواع من السرطانات الانتهازية غير المعتادة عند الأشخاص العاديين⁽¹⁾، هذا فضلاً عن كون هذا الاضطراب قد بلغ مستوى من التعقيد، خاصة كونه غير قابل للعلاج من جهة، وتزايد معدلات انتشار الإصابة به من جهة أخرى يوماً بعد يوم؛ حيث تشير الإحصائيات الصادرة عن منظمة الصحة العالمية لعام 2010 إلى معدل انتشار عدوى فيروس الإيدز لدى البالغين في الفئة العمرية من 15 إلى 49 سنة، حيث سجل مثلاً في بعض الدول الإفريقية كالجزائر 0.1 %، التشاد 3.5 %، النيجر 0.8 %، وسوازيلند 26.1 %،...⁽²⁾. وهي معطيات إحصائية في غاية الخطورة والتهديد للأفراد المصابين، وحتى غير المصابين بهذا المرض والمتعاشين لهم، وصولاً للمجتمعات في هذه الدّول، وباقي دول المجاورة لهم، وحتى المتعاملة معهم اقتصادياً أو سياحياً.

هذا من جهة، ومن جهة أخرى اهتمّت الدّراسات بمرض الإيدز من النواحي الجسدية والعضوية دون الوقوف على النواحي النفسية والنفسية - الجسدية، فالدراسات النفسية كان اهتمامها نادراً بعلاقة اضطراب فقدان المناعة المكتسبة بالمتغيرات النفسية عامة، حيث نسجل

–حصرا- كل من دراسة فيروز *Feros* عام 1988 كأهم دراسة تناولت قلق الموت لدى مرضى الإيدز، ودراسة كيم *Kim* عام 1988 بعنوان "تقييم الجوانب النفسية لمرضى الإيدز" دراسة حالة، ودراسة دافيد وزملاؤه عام 1989 *Daivid* بعنوان "تقييم الأداء العصبي والنفسي المرتبط بفيروس الإيدز"، ودراسة كيردك ولورانس *Kurdek & Lawarene* عام 1990، حيث تم إجرائها بهدف التعرف على مدى التوافق النفسي والاجتماعي للمرضى المصابين بفيروس الإيدز، ودراسة كنت وتبيلر *Kent & Templer* عام 1991، وكان الهدف من الدراسة هو التعرف على العلاقة بين قلق الموت والتدين لدى المصابين بالإيدز، ودراسة ميشيل ألبرت وهانسلب برت *Michel Almert & Hanslip Bert* عام 1992 لدراسة مستويات قلق الموت، دراسة استطلاعية، ودراسة فيزنتيني وزملاؤه *Visintini et al* عام 1995 عن "تقييم تقدير الذات لدى المرضى المصابين بالإيدز"⁽³⁾.

وبالرغم من أن هذه المتغيرات لا تتناول كل الجوانب النفسية، ولا تشمل قطاعا كبيرا من متغيرات الشخصية إلا أنها متغيرات على درجة كبيرة من الأهمية.

فالأفراد في كل هذه الحالات السابق ذكرها، هل تتماثل هذه الاضطرابات والمشكلات التي يعانون منها بمفهوم الشعور بالوحدة النفسية، بحيث تجعلهم ينخرطون في هذه الحالة من الوحدة، الناتجة عن افتقاد الفرد للاتصال والاحتكاك الانفعالي والاجتماعي، وذلك لكونها خبرة من التوق والشعور بالفراغ، وقد وصفها أحد السيكياتريين "سوليفان" بأنها "خبرة مؤلمة، تترك التفكير بهدوء وصفاء، فليس من الضروري أن يكون الفرد معزولا "فيزيقيا" ليخبر هذا النوع من الشعور، والمتمثل في الوحدة النفسية.

ويصاحبها مجموعة من أعراض التوتر والاكتئاب وعدم الشعور بالراحة. وقد توصل "فايس" إلى أنه من الصعب أن تكونين الصداقة الجديدة هي البديل للتخلص من الشعور بالوحدة النفسية، فيميل

الشخص الذي يعاني من غياب عنصر الحب في علاقاته بالآخرين إلى الشعور بالوحدة النفسية المؤلمة، وذلك على الرغم من إمكانية تواجد أصدقاء أو أطفال يمكن قضاء بعض الوقت معهم.

فهل للخبرة الشعورية المتكونة من الوحدة النفسية أن تتماثل مع تلك التي يمكن أن تنتج عن الإصابة بالإيدز، والتي تنبؤ به بلا علاج، وأن المصاب به ينتظر الموت فقط، وبذلك يعيش هذا الفرد حقا وفعلا، فضلا عن الوحدة النفسية حالة صدمة عنيفة، وهذا يبدو من خلال ما تظهره الملاحظات العيادية على الأفراد المصابين باضطراب أو كرب ما بعد الصدمة، الذي تعرفه جمعية الطب النفسي الأمريكي في تصنيفها لعام (1994) DSM-IV بأنه اضطراب ينتج عن تعرض الفرد إلى صدمة نفسية، تتميز باستمرار الحدث الصدمي، وتجنب متواصل للمثيرات المرتبطة بالصدمة؛ من أفكار ومشاعر وأماكن أو أشخاص أو تراخ، في القدرة على الاستجابة، وقصور في المشاعر الوجدانية، وزيادة التوتر والتيقظ⁽⁴⁾.

هذا بالنسبة للأحداث الصادمة العابرة؛ كالاعتداءات العنيفة، سواء بالسيارات المفخخة، أو الاعتداءات الجنسية... وغيرها ولكن ماذا لو كانت هذه الصدمة دائمة ومستمرة في مفعولها الصادم؛ كالإصابة بالإيدز، حيث تظهر مجموعة من الأعراض والأمراض النفسية الجسدية، تصاحب كلا من كرب ما بعد الصدمة، والوحدة النفسية، من أهمها:

إساءة استخدام العقاقير أو الكحوليات، القلق، الصداع، اضطرابات بالمعدة، مشاكل متعلقة بالجهاز المناعي؛ كالجسدية منها، على غرار الطّفح الجلدي، والسرطان، واضطرابات تنفسية، بالإضافة إلى الدّوار، ألم بالصدر، إرهاق يصيب بعض الأعضاء في الجسم... الخ.

وكثيرا ما يتعامل الأطباء مع هذه الأعراض على أنها لا تتصل باضطراب كرب ما بعد الصدمة. كما أن هذه الأعراض والأمراض المرتبطة أساسا بمتلازمة العوز المناعي المكتسب "الإيدز" من جهة، ومن جهة أخرى تتماثل كثيرا مع مجموعات الأمراض المصنفة في إطار

الاضطرابات النفسية- الجسدية " كحالات تكون فيها التغيرات التكوينية في الجسم راجعة -بصفة رئيسية- إلى اضطرابات انفعالية، وهي الآثار النهائية للاتصال الوثيق بين الجسم والعقل، أي التفاعل الذي لا انفصال له بين الشخصية والصراع الانفعالي من ناحية والجهاز العصبي المستقل من ناحية أخرى، وفي هذه التغيرات تتأثر الأعضاء التي لا تخضع للتوجيه الإرادي؛ كالرئتين أو القولون"⁽⁵⁾.

فإلى أي مدى يمكن الربط بين هذه الأعراض المصنفة في هذه الاضطرابات، والأمراض المختلفة الناتجة عن الإصابة بالإيدز.

واستناداً لهذا الأخير يمكن أن نتساءل: إلى أي مدى يمكن الجمع بين المرضى المصابين بمتلازمة العوز المناعي المكتسب "الإيدز" وما يعيشونه من خبرة الكرب التالي للصدمة، لكون هذا المرض مرتبط بمفهوم الموت في كثير من الأحيان؛ بحيث يعرف كل الأفراد أن المصاب بهذا المرض واقع تحت تأثير العزلة المديدة والقاتلة، أو الوحدة النفسية، وهو آيل إلى الموت، رغم أن النتائج العلمية الطبية تثبت غير ذلك.

وانطلاقاً من هذه المعطيات الواقعية، والمقاربات النظرية نقول: إلى أي مدى يمكن التوصل إلى جمعها لتحقيق التساؤل التالي؛

هل توجد علاقة بين كلٍّ من كرب ما بعد الصدمة، والوحدة

النفسية بالاضطرابات النفس- جسدية لدى الأفراد المصابين بالإيدز؟

الإيدز في إطار النظريات النفسية - الجسدية:

صادف تصنيف الالتهابات في عداد الأمراض النفسية الجسدية معارضة عنيفة، وقد زاد من تكريس هذه المعارضة بشكل متطرف ما توصل إليه البيولوجيون من الأطباء من تحديد دقيق للجراثيم المؤدية للإصابة بهذه الالتهابات، وفي حينها تدعمت هذه المعارضة باكتشاف المضادات الحيوية التي تشفي هذه الالتهابات، إلا أن هذه النظرة بقيت عاجزة عن الإجابة على عدد من الأسئلة والإشكاليات المطروحة، وقياساً بهذا المنطلق النظري الوجيه نتساءل: هل بالإمكان تحديد سبب إصابة

أحد حاملي جرثومة كوخ بالسل، في حين ينجو من هذا المرض آخر حامل للجرثومة نفسها؟

وإذا تكلمنا مرة أخرى عن الاضطرابات النفسية - الجسدية نذكر بأن أنصارها لا يرفضون النظرة البيولوجية، ولا يعارضوها، وإنما هم يعملون على مكاملتها، وتتفق مع النتائج التي تطالعنا بها أبحاث علم نفس المناعة، التي جاءت لتدعم وجهة نظر أنصار الاضطرابات النفسية - الجسدية، وذلك عن طريق الربط بين الحالة النفسية للمريض وبين قدرة جهازه المناعي، والأمر نفسه بالنسبة لمرض الايدز؛ حيث نجد المصابين بالمرض من جهة "المصابين الإيجابيين" وحاملي الفيروس من جهة أخرى، دون أن يكونوا مصابين بالمرض؛ "المصابين السلبيين".

بالرغم من وجود العديد من الملاحظات والدراسات التي تبين هذا الترابط من قريب و/أو من بعيد، على غرار الدراسة التي عمد الباحثون -من خلالها- إلى معاينة التقييمات المعرفية، الأكثر تأثيرا على صحة الأفراد؛ وتبين ذلك في دراسة أجريت على مجموعة من الرجال، يحملون فيروس نقص المناعة المكتسبة، وذلك قبل ورود بعض التثبيطات (غوفري وآخرون)، فأتضح أن الأفراد الذين يحملون تفكيراً سلبياً مع وجود حقيقة حول تقدم مرضهم وفقدوا صديقاً عزيزاً عليهم أو شريكاً بسبب الإصابة بالإيدز خلال وقت وجيز "سنة تقريبا"، هؤلاء الأفراد تطورت عندهم أعراض مرض الإيدز أسرع من مجموعة أخرى من الرجال، يحملون فيروس نقص المناعة المكتسبة، ولكن يحملون مزاجاً تفاؤلياً حيال تقدم وإنذار مرضهم، فضلاً عن غياب عامل الوحدة النفسية والحزن "فقدان عزيز".

بالإضافة إلى ذلك وجد كيمي *Kemeny* أن تقييم الذات السليبي، ودم الذات تجاه حوادث سلبية، مرتبطة بنتائج صحية سيئة، مثل تسارع معدلات خلايا CD4T -القاتلة للخلايا- السرطانية والبكتيريا في الانخفاض، وذلك عند المصابين بالإيدز⁽⁶⁾.

إلا أن عملية إدراج الايدز في قائمة الالتهابات، ومناقشته من الواجهة النفسية - الجسدية هي من القضايا التي تستوجب الإجابة على العديد من التساؤلات، والتي في طليعتها ما يلي:

- هل توجد هناك شخصية -أو نمط سلوكي معين- من شأنها تشجيع أو تحفيز الإصابة بالايديز؟
- هل يمكننا تصنيف المصابين بالايديز في لوائح الأعصاب النفسية- الجسدية؟
- هل يلعب التوازن النفسي-الجسدي واضطرابه دورا في تحديد الإصابة بالمرض أو عدمه لدى حاملي الفيروس؟
- هل يمكن للعلاج النفسي أن يعطي نتائج ملحوظة و/ أو منظورة في علاج مرضى الايديز؟
- ما هي نوعية الحياة الحلمية لدى مرضى الايديز؟ وهل تختلف هذه الحياة الحلمية لدى حاملي الفيروس من غير المصابين بالمرض؟...⁽⁷⁾.

وما يزيد من محاولة تكريس هذا الاتجاه أثر بعض متغيرات الشخصية في تطور مرض فقدان المناعة المكتسبة، حيث تعامل الأستاذ ستيف كول مع المعلومات نفسها المرتبطة بأبحاث دراسة عوامل الشخصية المطورة للمرض وتفاقمه، والتي خلص إليها الباحثون في جامعة UCLA، وبشكل خاصّ عاين لماذا يحفي بعض الشاذين جنسيا من الرجال توجهاتهم الجنسية في مدينة مكتظة كمدينة لوس أنجلس الأمريكية، وأيضا لماذا يكون الرجال أنفسهم المصابين بفيروس نقص المناعة المكتسبة أكثر سرعة للمرض من أقرانهم الذين يحملون فيروس المناعة ولكن خارج المختلى.

أظهرت دراسة كول وتايلور وغيرهم أن الرجال الذين يبقون في المختلى يشاركون بالخصائص المتعلقة بالجملة العصبية، التي تقدم لهم الحساسية للرّفص الاجتماعي، وأن الترابطات الفسيولوجية لنموذج الشخصية الانطوائية؛ وبخاصة الميل الكبير للانخراط في متلازمة "الهروب

أو المواجهة" عندما يواجهون الشدة، مما يجعلهم أكثر عرضة للهجوم من قبل فيروس فقدان المناعة المكتسبة، كما يقول كول.⁽⁸⁾

وما يزيد من تأكيد ذلك وتأكيد الاجابة على السّؤال الحوري، نجد الدراسة التي قام بها كل من بِنْبِيَكِر وكِيث بَتْرِي *Binbaker & Kith Pitrie* من جامعة أوكلاند في نيوزيلندا، والتي تناولت 37 مريضا مصاب بنقص المناعة المكتسبة، طلب منهم أن يكتبوا لمدة 30 دقيقة في كل جلسة، ولأربع جلسات حول خبراتهم الحياتية السلبية، أو عن برنامجهم اليومي، وبعدها تم فحص تعداد كرياتهم البيضاء من نوع CD4 اتضح وجود زيادة في تعداد هذا النوع من الكريات البيض المناعية المضادة للبكتيريا، والقاتلة للخلايا السرطانية، وهو مؤشر مهم، ومقياس لتحسن المناعة عندهم، ولكن هذا التحسن استمر فقط لمدة ثلاثة أشهر، وبصرف النظر عن كون الجهاز المناعي قد تحسن عندهم لمدة كهذه المدة فقط، فإن الكتابة أضعفت عندهم الضغوط النفسية التي يسببها المرض ذاته، أي القلق الناجم عن الإصابة بمتلازمة العوز المناعي المكتسب⁽⁹⁾.

فالشخصية ما قبل المرضية أو الشخصية المشجعة للإصابة بالإيدز، ومن أجل دراسة خصائص ومميزات هذه الشخصية، يقتضي منا دراسة كل من تاريخ حالاتهم لأعداد كبيرة من المصابين، على غرار الإحصائيات الطبيّة التي توزع المصابين بالمرض على النحو التالي:

- 72 % من الشاذين جنسيا.
- 17 % من مدمني المخدرات.
- 02 % بسبب نقل دم ملوث.
- 01 % سيلان الدم.
- و 06 % من الحالات الأخرى.

وانطلاقا من هذه المعطيات والتّسبب، يمكن تبين الخصائص والسّمات والملامح الأساسية للفئة المستهدفة للإصابة بالإيدز، والمتثلة في كل من الشاذين جنسياً، ومدمني المخدرات، فضلا عن مميزات هذه الشخصيات

قبل الإصابة بالمرض لدى 90% من المرضى المصابين بالإيدز، وتبقى النسبة الأخرى المتبقية والمقدرة بـ 10%، والتي لا تبتعد كثيرا عن المشكلات الجنسية؛ كالمدمنين على الجنس، والمكبوتين جنسيا، والذين يصل بهم الأمر إلى حد الانتقاء العشوائي لشريكهم الجنسي⁽¹⁰⁾.

فهذه الدراسة تتفق كثيرا مع نتائج دراسة أجريت على مرضى الإيدز في ولاية نيويورك عام 1986، وتم التوصل من خلالها إلى النتائج التالية:

- 65% يمارسون اللواط، أو يمارس اللواط وفي الوقت نفسه يمارس الجنس مع النساء.

- 08% يمارس الجنس مع النساء، ويمارس اللواط، ويدمن المخدرات عن طريق الحقن الوريدية.

- 17% يمارس الجنس مع النساء بصورة طبيعية، إلا أنهم يدمنون المخدرات بواسطة الحقن في الوريد.

- 2.4% من المرضى بالميموفليا، وهم مضطرون لاستخدام الدم، عن طريق نقله إليهم من الآخرين، لذا فمن المحتمل أن تكون إحدى العينات المنقولة إليهم ملوثة بفيروس الإيدز.

- 05% من الحالات لم يتمكن من وضعها في أي من المجموعات السابقة، ولكن الباحثين يعتقدون أنها تخضع لنفس التقسيم، وأن سبب عدم تصنيفها راجع لعدم تعاون المريض بالمعلومات والحقائق⁽¹¹⁾.

من خلال ما سبق يمكن تبين معالم وسمات ومجموعة الأنماط السلوكية التي تعد ملامح شخصية المرضى قبل إصابتهم بالإيدز، فضلا عن كونها بمثابة عوامل تزيد من احتمالات الإصابة بالمرض، لأن مرضى الإيدز الشاذين جنسيا أو المدمنين مثلا ضحاياهم يكونون بمعدلات كبيرة جدا، وكأنها محاولة انتقامية لتعميم هذا الشذوذ، وعلى عكس ما إذا تم مقارنتهم مع غير الشاذين جنسيا أو غير المدمنين على المخدرات.

فالأمر هنا يتماثل بالنسبة للمراحل العامة، التي يمر بها المصاب باضطراب ما بعد الصدمة بخصائص شخصية المصاب بالإيدز بعد

الإصابة بالمرض، حيث تمرّ عملية معالجة المعلومات الصادمة في خمس مراحل متعددة كما يلي:

المرحلة الأولى: مرحلة الصّرخة *Outery Phase*؛ الرفض والنقمة والذهول؛ "حيث يرفض المصاب فكرة الإصابة بالإيدز".
المرحلة الثانية: مرحلة الإنكار *Denial Phase*؛ التجنب والتبليد؛ "كما يحاول في هذه المرحلة محاولة تجميل الآخرين لمسؤولية الإصابة بالإيدز".

المرحلة الثالثة: مرحلة الاقحام *Intrusion Phase*؛ التآرجح بين التجنب والتكرار، "كما يحاول الانتقام، وذلك بنقل الفيروس للآخرين؛ كردّ فعل انتقامي منهم، ومن المجتمع كله".

المرحلة الرابعة: مرحلة العمل على مواجهة الواقع *Working Through Phase*؛ مرحلة انتقالية، تتسم بالعزلة، ومحاولة المراجعات المتكررة للمأل الذي هو فيه".

المرحلة الخامسة: مرحلة الاكتمال *Completion phase*؛ تداخل الانبئات الصادمة في كيان الشخص، حيث يكون التسوية، ويميل للتدين وتقبل الواقع.⁽¹²⁾

خاتمة:

تبين أن هناك علاقة بين كرب ما بعد الصدمة والإصابة بالإيدز، على اعتبار أنها صدمة صارخة ومفاجئة، لكون الإنسان في وضعيته الاعتيادية يعلم أنه صائر إلى الموت لا محالة، ولكنه يحتبئ خلف فكرة "أني سأموت حقا ولكن ليس الآن" فإذا وجد هذا الشخص نفسه في وضعية مواجهة الموت و/ أو الكارثة، انقلب هذا الشعور لديه ليصبح متلخسا في فكرة "أني سأموت حتما الآن".

فإن هذه المواجهة مع الموت تؤدي إلى حدوث تغيرات عميقة في شخصية المتعرض لها، كما أنها تخلف لديه ردود فعل عشوائية؛ سواء على صعيد سلوكه الشخصي - وهذا ما يتبين من خلال شعوره

بالوحدة النفسية- أو على المستوى الفسيولوجي، بأشكال من الاضطرابات الفسيولوجية، والتي تتفاقم كلما تعقد الوضع النفسي للمصاب بالإيدز.

الهوامش والمراجع المعتمدة

- (1) محمد حسن غانم، 2008: 42.
- (2) World Health Organization.32: 2010 ،
- (3) محمد حسن غانم، 2008: 205 - 208.
- (4) APA, DSM-IV-TR, 2005: 533-534
- (5) عبير الصبان، 2003: 20.
- (6) محمد حمدي الحجار، 2004: 107 - 108.
- (7) محمد أحمد النابلسي، 1990: 122 - 123.
- (8) محمد حمدي الحجار، 2004: 108.
- (9) محمد حمدي الحجار، 2004: 108 - 109.
- (10) محمد أحمد النابلسي، 1990: 124.
- (11) محمد حسن غانم، 2008: 62.
- (12) غسان يعقوب، 1999: 72.

قائمة المراجع:

1. الحجار، محمد حمدي، 2004، العلاج السيكوسوماتي المعرفي، مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، طرابلس، لبنان.
2. حسن غانم، محمد، 2008، سيكولوجية مرضى الإيدز "التعريف، الوبائيات، الأسباب، الديناميات الوقائية، العلاج والإرشاد"، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
3. محمد أحمد النابلسي، 1991، الصدمة النفسية علم نفس الحروب والكوارث، دار النهضة العربية، بيروت.
4. يعقوب، غسان، 1999، سيكولوجية الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي (اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة)، دار الفارابي، بيروت، لبنان، ط 1.

5. عبير بنت محمد حسن الصبان، 2003، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة، أطروحة دكتوراه في علم النفس، تخصص صحة نفسية، كلية تربية البنات، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

6- DSM-IV-TR, *Manuel Diagnostique et Statistiques des Troubles Monteux*, 2005. HI Masson.

7- WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, World health statistics 2010. I. World Health Organization.