Psychological Disorders Among Migrants: Between Universality and Specificity: Depression as a Case Study

DOI: 10.57642/AJOPSY97

Mohammed Abbou
mohammed.abbou.d23@ump.ac.ma
Faculty of Letters and Human Sciences, Mohammed I University of Oujda, Morocco
Received: 21/04/2024 Accepted: 24/06/2024 Published: 30/06/2024

Abstract

This study explores the relationship between immigration and mental disorders by examining how the immigration context impacts immigrants' mental health. This sociocultural context plays a crucial role in how immigrants perceive and seek treatment for mental disorders. we discuss the importance of cultural factors as key variables influencing the diagnosis and treatment of mental disorders among immigrants. Immigrants from diverse cultural backgrounds and identities may experience mental health problems in their host countries due to the negative effects of immigration. This raises the issue of how to diagnose and treat these disorders, as Western approaches may not always align with the cultures of immigrant populations suffering from mental illness. This paper addresses the challenge of diagnosing and treating mental disorders among immigrants. Our findings suggest that the diagnosis and treatment of mental disorders in immigrant populations must consider their cultural specificities and not rely solely on Western approaches that fail to account for the cultural nuances of immigrant experiences of mental disorders.

Keywords: mental disorders, migrants, cultural factors, migration context, depression

الاضطرابات النفسية لدى المهاجرين بين الكونية والخصوصية: الاكتئاب نموذجا

محمد عبو
mohammed.abbou.d23@ump.ac.ma
كلية الآداب والعلوم الإنسانية، جامعة محمد الأول بوجدة، المغرب
الاستلام: 2024/04/21 القبول: 2024/06/24 النشر: 2024/06/30

ملخص

نهدف من خلال هذا المقال إلى دراسة العلاقة بين الهجرة والاضطرابات النفسية، وذلك عبر البحث في كيفية تأثير سياق الهجرة على الصحة النفسية للمهاجرين. وهو سياق سوسيو ثقافي يلعب دورا مهما في كيفية تمثل المهاجرين للاضطرابات النفسية وطرق علاجها. من هذا المنطلق، سنناقش في هذا المقال أهمية العوامل الثقافية بوصفها متغيرات أساسية تؤثر على تشخيص الاضطرابات النفسية لدى المهاجرين وعلاجها. فالمهاجرون بمختلف انتماءاتهم الثقافية والهوياتية، يُمكن أن يعانوا نتيجة الآثار السلبية للهجرة من اضطرابات نفسية في بلدان الاستقبال. وهو الأمر الذي يطرح الإشكالية المتعلقة بكيفية تشخيص هذه الاضطرابات وعلاجها، فالطريقة الغربية لا تتوافق دائما من حيث التشخيص والعلاج مع الثقافات التي ينحدر منها المهاجرون الذين يعانون من الاضطرابات النفسية. لذا، سيهتم هذا المقال بالإجابة عن الإشكالية المتمثلة في كيفية تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية لدى المهاجرين. وقد خلصنا من خلال هذا البحث إلى أن تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية لدى المهاجرين في بلدان الاستقبال لابد أن يأخذ بعين الاعتبار الخصوصيات الثقافية للمهاجرين. وألا يستند فقط إلى الطرق الغربية التي لا تراعي الخصوصيات الثقافية التي تسم الاضطرابات النفسية التي يعاني منها المهاجرون.

الكلمات المفتاحية: الاضطرابات النفسية، المهاجرون، العوامل الثقافية، سياق الهجرة، الاكتئاب

مقدمة

تُعرّف منظمة الصحةِ العالمية (WHO) الصحة النفسية باعتبارها "حالة من الرفاه النفسي التي تمكّن الفرد من تحقيق إمكاناته والتأقلم مع صعوبات الحياة، والعمل والمساهمة في مجتمعه المحلي" (WHO, 2022). وبذلك، فهي جزء أساسي من الصحة العامة للفرد. ويمكن أن تتمظهر في ثلاث حالات على الأقل: في الحالة التي يغيب فيها المرض أو الاضطراب، وفي الحالة التي يؤدي فيها الجسم جميع وظائفه، وفي الحالة التي يحقق فيها الفرد التوازن النفسي داخل الذات وبين هذه الذات والبيئة المادية والاجتماعية المحيطة (Sartorius, 2002). ويُفهم من ذلك، أن الصحة النفسية ليست شأنا ذاتيا وداخليا محضا، بل هي نتاج تفاعل بين الذات ومحيطها الاجتماعي، فالفرد باعتباره كائنا اجتماعيا يعيش بالضرورة مع الآخرين في مجتمع يمنحه لغته وهويته وأدواره الاجتماعية. لذا، يدخل هذا الفرد في علاقات اجتماعية مع الآخرين ويُدير مشاعره وعواطفه في إطار شبكات اجتماعية تتكون من الأسرة والأقارب والأصدقاء وزملاء الدراسة أو العمل وغير ذلك.

تشمل الصحة النفسية الجوانب السلوكية والعاطفية والمعرفية، وتؤثر على كيفية تفكير الأفراد وشعورهم وتصرفاتهم وكيفية استجابتهم للتوتر والتعامل معه (Ajaelu, 2018). ويمكن أن تتعرض لتدهور أو اضطراب ناتج عن تفاعل معقد بين العوامل النفسية والاجتماعية (Beiser & Hyman, 1997) والعوامل البيولوجية والبيئية (Bhugra et al., 2013). وهو ما يعني أنه لا يمكن تفسير الاضطرابات النفسية من خلال تصور أحادي يختزل هذه الاضطرابات في عامل أو عوامل محددة ويغفل عن عوامل أخرى يمكن أن تكون متغيرات مؤثرة في إحداث الاضطراب.

إضافة إلى هذه العوامل، تتأثر الصحة النفسية للمهاجرين بعوامل أخرى مرتبطة بتجربة الهجرة وعملية الاندماج في المجتمع المضيف وما يمكن أن يتعرض له هؤلاء المهاجرين في هذا المجتمع من إقصاء وتهميش وضغط ثقافي. لذلك، تساهم الهجرة بمراحلها الثلاث (قبل الهجرة، أثناء الهجرة، ما بعد الهجرة) في تعريض الصحة النفسية للمهاجرين لمشاكل واضطرابات نفسية. في هذا السياق، أكدت عدة دراسات سيكولوجية، الأثر السلبي للهجرة في إحداث مشاكل نفسية لدى المهاجرين، فقد بين بولوك Pollock (1912) من خلال دراسته الرائدة حول الصحة النفسية للمهاجرين، أن معدل الإصابة بالاضطرابات النفسية في نيويورك أعلى بمرتين بين المهاجرين مقارنة بالسكان الأصليين (Devarenne-Megas, 2003). ونفس الأمر تؤكده دراسة أخرى حول العلاقة بين طول مدة الإقامة في البلد المضيف وصحة المهاجرين النفسية. فالمهاجرون من شمال إفريقيا، يعيشون في مونتريال قلقا مرتفعا مقارنة بالسكان الأصليين، ويرجع ذلك إلى ضغط الهجرة الذي يتضاءل تدريجيا مع مرور الوقت (Lasry & Sigal, 1975). وهكذا، وفي سياق متسم بتداخل ما هو نفسي بما هو اجتماعي وسياسي وثقافي، تتضافر عدة عوامل لتشكل حالات خاصة من الاضطرابات النفسية، يكون فيها المهاجرون ضحايا تجربتهم الهجروية. إذ تشمل هذه التجارب كل مراحل عملية الهجرة، بما فيها المرحلة الأخيرة التي يلجأ فيها المهاجر إلى الاندماج في مجتمعه المضيف. فالاندماج الثقافي تجربة قاسية تؤثر سلبا على الصحة النفسية للمهاجرين، وهي تجربة يمكن أن تعرض المهاجرين للإصابة بالتوتر والقلق والاكتئاب في حالة عجزهم عن الاندماج الناجح في المجتمع المضيف (Berry & Kim., 1987, p. 224).

استحضارا لهذه الاعتبارات، وسعيا نحو فهم أفضل لخصوصية الاضطرابات النفسية التي يعانيها المهاجرون في سياق ثقافي-هجروي، وحتى تُفهم هذه الاضطرابات في سياقها السوسيو-ثقافي، سنحاول أن نجيب من خلال هذه المراجعة النظرية عن الأسئلة الأساسية التالية:

- كيف يمكن تفسير التأثيرات السلبية والإيجابية للهجرة على الصحة النفسية للمهاجرين؟
- ما دور العوامل الثقافية في تمثل المهاجرين للاضطرابات النفسية؟
- هل يمكن علاج الاضطرابات النفسية لدى المهاجرين بنفس طرق علاج هذه الاضطرابات لدى السكان الأصليين؟
- ما هي التحديات التي تطرح أثناء تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية لدى المهاجرين؟

1الصحة النفسية للمهاجرين بين فرضيتي الضغط الثقافي والاختيار الصحي

وجب التأكيد على الأثر الكبير الذي تتركه تجربة الهجرة على الصحة النفسية للمهاجرين، فهم أكثر تعرضا للإصابة بالاضطرابات النفسية من السكان الأصليين. وذلك ناتج حسب تقرير لمنظمة أطباء بلا حدود (2013) Médecins Sans Frontières، عن "الحوادث والصدمات المختلفة التي يتعرضون لها أثناء عملية الهجرة بمراحلها المختلفة، حيث يجب عليهم تكييف سلوكهم أو عاداتهم أو توقعاتهم باستمرار، وهو ما يسبب لهم التوتر والقلق والارتباك" (p. 29). ومن أهم الاضطرابات النفسية الشائعة لدى المهاجرين، نجد الاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة (Pumariega et al., 2005). وهي اضطرابات تمس مختلف الفئات العمرية من المهاجرين واللاجئين؛ كالأطفال (Jabbar & Zaza, 2017) والمراهقين والراشدين (Fox et al,. 2004) إضافة إلى كبار السن (Kuo & Justine, 2008). كما أنها تؤثر بشكل ملحوظ على النساء مقارنة بالذكور، فقد أظهرت مجموعة من الدراسات أن معدلات الإصابة بالاكتئاب واضطرابات القلق لدى المهاجرات أعلى بكثير مقارنة بالمهاجرين الذكور والسكان الأصليين (Miszkurka et al., 2010; Coid et al., 2008). ومهما كانت طبيعة هذه الاضطرابات النفسية، فإن التجارب القاسية والضغوط

المختلفة التي يواجهها المهاجرون، تجعلهم معرضين أكثر من غيرهم لعوامل الخطر المؤثرة على صحتهم النفسية بشكل عام. وقد اهتم علم النفس بظاهرة الهجرة من خلال تركيزه على دراسة الجانب السيكولوجي في هذه الظاهرة، والذي يتمثل بالذات في الآثار النفسية التي تنتج عن الهجرة، كالجوانب المرتبطة بما قبل الهجرة، وعمليات التكيف النفسي والضغوطات الناتجة عن تعلم واستيعاب لغة وثقافة البلد المضيف، إضافة إلى دراسته كل ما يتعلق بمتغيري الهجرة والصحة النفسية للمهاجرين، مع أخذه بعين الاعتبار متغيرات أخرى من قبيل: الثقافة وسياسات الهجرة والعوامل الاجتماعية والبيئية المرتبطة بهذه الظاهرة.

بناءً على ذلك، سيركز العلماء والباحثون في علم نفس الهجرة على ما تحدثه تجارب الهجرة من مشاكل نفسية لدى المهاجرين، حيث سينقسم العلماء إلى اتجاهين نظريين؛ الاتجاه الأول يرى أن المشاكل والاضطرابات النفسية والعقلية ناتجة عن تجارب الهجرة المؤلمة، وأن المهاجرين أكثر تعرضا للإصابة بهذه الاضطرابات مقارنة بالسكان الأصليين (Aroian, 1993; Berry & Kim, 1987). أما الاتجاه الثاني فيؤكد على أن المهاجرين يتمتعون بصحة نفسية جيدة مقارنة بالسكان الأصليين، ويرجعون ذلك إلى أن الهجرة الدولية قائمة على آلية اختيار تتضمن شروطا يجب أن تتوفر في المهاجرين. لذلك، فإن أغلب المهاجرين ينتمون إلى فئة الشباب المتعلمين. كما أن الهجرة تتطلب جهدا نفسيا وبدنيا كبيرا. لذلك، يصعب على الذين لا يتمتعون بصحة جيدة تنفيذ قرار الهجرة (Lu, 2008).

يندرج أنصار التصور الأول ضمن فرضية الضغط "الثقافي" stress hypothesis، في حين ينتمي المدافعون عن التصور الثاني إلى فرضية الاختيار "الصحي" selection hypothesis، إذ تركز الفرضية الأولى على فكرةِ تأثرِ المهاجرين بالضغوطات الثقافية والاجتماعية في البلد المضيف، في حين تذهب الفرضية الثانية إلى الإقرار بأن مشاكل الصحة النفسية التي يعاني منها المهاجرون أقل من تلك التي يعاني منها السكان الأصليون (Tinghög, 2009). وبذلك، تنفي فرضية الاختيار الصحي وجود مشاكل نفسية ناتجة عن الهجرة، بل إنها تؤكد على امتلاك المهاجرين لصحة نفسية أفضل من السكان الأصليين للبلد المستقبل.

نستنتج مما سبق، أن فرضية الضغط الثقافي تصور علمي يركز على الظروف التي يمر بها المهاجر، بدءا من المرحلة الأولى التي يواجه فيها ضغطا اقتصاديا واجتماعيا في بلده الأصلي يدفعه إلى اتخاذ قرار الهجرة، ومرورا بالمرحلة الثانية التي يعيش فيها تجربة قاسية أثناء فعل الهجرة التي يتعرض فيها لاعتداءات واحتجاز واستغلال، إلى المرحلة الأخيرة المتمثلة في الوصول إلى البلد المضيف. وهي المرحلة التي تختم عملية الهجرة بضغوطات إضافية متمثلة في مطلب الاندماج الاجتماعي والثقافي والتكيف النفسي. وبذلك تتفاعل مجموعة من العوامل للتأثير على الصحة النفسية للمهاجر وجعله عرضة للإصابة باضطرابات نفسية وعقلية. بالمقابل تركز فرضية الاختيار الصحي على العوامل التي تحدث قبل الهجرة، والتي تتمثل في اعتماد الدول المستقبلة معايير صارمة لاستقبال المهاجرين. وهي معايير تشترط سلامة الصحة الجسدية والنفسية. ما يعني أن الوافدين إلى دول الاستقبال أفراد يتمتعون بصحة نفسية جيدة، وأن تجربة الهجرة وظروفها لا يمكنهما التأثير في صحتهم النفسية. فهؤلاء الأفراد استطاعوا أن يحافظوا على صحة نفسية جيدة أمام الضغوطات الاقتصادية والاجتماعية في بلدهم المضيف، واتخذوا قرارهم بالهجرة مع علمهم المسبق بالظروف التي يمكن أن يواجهوها أثناء الهجرة. وعند وصولهم إلى البلد المضيف، يكون هؤلاء بصحة نفسية جيدة مقارنة بالسكان الأصليين لبلد الاستقبال.

إزاء هذا التضارب الواضح بين الفرضيتين، يؤكد تينهوغ Tinghög (2009) أن "عدم ملاءمة التصنيفات والمقاييس المختلفة لاضطرابات الصحة النفسية من الناحية الثقافية، يمكن أن يؤدي إلى المبالغة أو التقليل من تقدير المعدلات الحقيقية لانتشار هذه الاضطرابات في بعض المجموعات الثقافية" (p. 21). من هذا المنطلق، تعالت أصوات بعض الباحثين في الآونة الأخيرة من أجل إدراج الاختلافات الثقافية في تصنيف الاضطرابات النفسية والعقلية، وذلك قصد إجراء تشخيصات تلائم الخصوصيات الثقافية. وقد بين موينج نغوي Mwenge Ngoie (2022) أن هناك اختلافا في النظرة إلى تشخيص الاضطرابات النفسية وكيفية علاجها بين التصور العلمي الغربي والتصورات الثقافية الأخرى. ويعبر عن ذلك بقوله:

"في التصور الغربي لمسببات الاضطرابات النفسية، عادة ما يقع أصل هذه الاضطرابات في عامل داخلي. ونتيجة لذلك، يكمن الحل بالضرورة في استعادة وترتيب الآليات الداخلية المضطربة. أما في الثقافات الأكثر تقليدية، فيجب البحث عن سبب الاضطراب في العناصر أو العوامل الخارجية للفرد، ما يعني وجود مشكلة عدم توازن مع أشخاص آخرين أو مع قوى الطبيعة. وبهذا المعنى، يجب اللجوء إلى علاجات أو احتفالات محددة من أجل استخراج الشر من الفرد حتى يتمكن من الوصول إلى التوازن المفقود" (Mwenge Ngoie, 2021, p. 104).

لتقييم أهمية العوامل الثقافية في فهم الاضطرابات النفسية وتشخيصها وعلاجها، طور الباحثون والقائمون على إعداد الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية، أداة تسمى بـ"مقابلة الصياغة الثقافية للاضطرابات النفسية (DSM-IV Cultural Formulation Interview)"، والتي تم إصدارها مع الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في نسخته الخامسة (Lewis-Fernández et al., 2014). وتمكِّن هذه الأداة من جمع المعلومات المرتبطة بالعوامل الثقافية المؤثرة في تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية لدى الأفراد من خلفيات ثقافية مختلفة (Lewis-Fernández & Aggarwal, 2020).

تقوم هذه الأداة على أربعة أقسام أساسية؛ يعالج القسم الأول السياق الثقافي والخلفية الاجتماعية للفرد الذي يُحتمل أنه مصاب باضطراب نفسي، ويهتم القسم الثاني بتحديد العوامل الثقافية المؤدية إلى الاضطرابات النفسية. أما القسم الثالث، فيهتم بتوضيح المعنى الثقافي لأعراض هذه الاضطرابات. وأخيرا، يأتي القسم الرابع لتوضيح العلاقة بين تأثير الثقافة والتدخلات العلاجية (American Psychiatric Asoociation [APA], 2022).

تلعب العوامل الثقافية إذن، دورا مهما في تشخيص الاضطرابات النفسية. وعلى الرغم من تقديم الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) لوثيقة "مقابلة الصياغة الثقافية للاضطرابات النفسية" كمخرج من مأزق الاختلافات والخصوصيات الثقافية للاضطرابات النفسية التي تؤثر على التشخيص والعلاج، إلا أن اللجنة العلمية التي كُلفت بتحديد المكونات الثقافية لهذه الوثيقة استعصى عليها حسب موينج نغوي Mwenge Ngoie (2021) إدراج كل الاختلافات الثقافية للاضطرابات النفسية. وبدلا من ذلك، اختزلت الوثيقة هذه الاختلافات في أسئلة عامة وبسيطة لا تنحاز لأية ثقافة (APA, 2022).

الاضطرابات النفسية لدى المهاجرين من خلال المراحل النفسية للهجرة

تتضمن عملية الهجرة مراحل معقدة ومتداخلة، إذ تبدأ في البلد الأصلي حيث يتخذ الفرد قراره بالهجرة، وتستمر في بلد الوفود. وهكذا، تتضمن الهجرة جوانب فردية واجتماعية وثقافية وداخلية وخارجية مختلفة (Bhugra, 2004). ويمكن تقسيم هذه المراحل حسب كاساس Casas (2014) إلى ثلاث: قبل الهجرة، أثناء الهجرة، وبعد الهجرة. أما بالنسبة لـ كوريفا Gurieva وكينون Kinunen (2014)، فقد اقترحا نموذجا لمراحل الهجرة "دائرة الهجرة" Migration Circle والذي يتضمن أربع مراحل: اتخاذ قرار الهجرة (يتضمن تاريخا مفتوحا للمغادرة)، الاستعداد للهجرة (يتضمن تاريخا محددا للمغادرة)، فعل الهجرة، والهجرة العائدة. وقد قدما هذا النموذج كإطار منهجي لدراسة استراتيجيات تكيف واندماج المهاجرين في البلد المضيف والمشاكل النفسية التي يمكن أن تحدث خلال مراحل الهجرة الأربعة.

وفي تقسيم آخر يركز على الجوانب النفسية لعملية الهجرة، اقترحت كلي Kley (2011) نموذجا نفسيا لعملية الهجرة يضم أربع مراحل: مرحلة ما قبل القرار باعتبارها مرحلة يتم فيها النظر إلى الهجرة من خلال التداول في مدى نفعها، ثم المرحلة التحضيرية التي تتضمن تخطيطا للهجرة من خلال النظر في كيفية تنفيذ القرار، ثم المرحلة العملية التي يغادر فيها الفرد بلده الأصلي، وأخيرا، تأتي مرحلة ما بعد الهجرة التي تتضمن العيش في البلد المضيف. وما يميز هذا النموذج عن السابق، هو انتباهه إلى مرحلة ما قبل الهجرة، والتي تتضمن عمليات نفسية يمكن اعتبارها تمهيدا للمرحلة الموالية.

تم التوصل إلى هذه المراحل من خلال دراسة الباحثين لعملية الهجرة. ويدل اختلاف الباحثين حول عدد وطبيعة هذه المراحل على تعقد ظاهرة الهجرة وارتباطها بعوامل ومتغيرات متعددة. في هذا السياق، يعلق موينج نغوي على هذه المراحل من خلال قوله:

"عند فحص عملية الهجرة بعناية، تم اكتشاف أنه من الناحية النفسية، تتكون بشكل أساسي من عدد من المراحل التي يمكن للفرد المتنقل من خلالها العبور ليس فقط عن طريق التخلي عن بلده الأصلي، ولكن أيضا عن طريق اختيار مكان إقامة آخر. صحيح أنه سيكون من الخطأ تجاهل خصوصية كل فرد، ومن المنطقي وجود استراتيجيات متعددة لمواجهة العواقب الضارة المتعلقة بهذه العملية. ومع ذلك، فهناك بعض أوجه التشابه وبعض الاختلافات التي يمكن أن تسهل إدراك هذه المراحل النفسية بشكل أفضل، وتمكن من توقع الصعوبات المتعلقة بهذه الظاهرة والتنبؤ بها" (Mwenge Ngoie, 2021, p. 42).

رغم أن هذا المراحل قد تبدو بسيطة ومختزلة، إلا أنها تبقى تقسيمات منهجية فقط، حيث يصعب تحديد متى تنتهي مرحلة وتبدأ أخرى، وذلك ناتج عن تداخل ما هو نفسي واجتماعي وثقافي واقتصادي في هذه المراحل. ومن بين أهم النماذج النفسية التي تدرس المشاكل والاضطرابات النفسية التي تحدث خلال مراحل الهجرة المختلفة، نجد النموذج الذي اقترحه كاساس Casas (2014) والذي يجمع بين ما هو نفسي واجتماعي. وكما سبقت الإشارة إلى ذلك، فإن هذا النموذج يقوم على ثلاثة مراحل أساسية: ما قبل الهجرة، أثناء الهجرة، وما بعد الهجرة. وبنظرة فاحصة، سنجد أن هذا النموذج يتضمن كل المراحل والعمليات النفسية والاجتماعية الموجودة في النماذج السابقة، إضافة إلى أنه يدرس المشاكل النفسية التي يمكن أن يتعرض لها المهاجرون في كل مرحلة. ويؤكد كاساس Casas (2014) أن جميع مراحل الهجرة أعلاه تتضمن عوامل يمكن أن تؤثر على الصحة النفسية للمهاجرين؛ ففي المرحلة الأولى يواجه الأفراد مشاكل متعلقة بالوضع الاقتصادي والتعليمي والمهني في بلد المنشأ. وهي مشاكل لا ترتبط بالفرد فقط، وإنما بأسرته أيضا، ما يشكل ضغطا إضافيا يعجّل بانتقاله إلى المرحلة الثانية (Bhugra, 2004). وفي المرحلة الثانية يواجه المهاجرون أثناء عبورهم إلى البلد المضيف أوضاعا محفوفة بالمخاطر، من قبيل الجوع والجفاف والظروف المعيشية القاسية والاعتداء الجنسي والاختطاف. وهي ظروف تسبب ضررا كبيرا على الصحة النفسية للمهاجرين (Casas, 2014).

في المرحلة الأخيرة، يتم التركيز على القضايا التي يواجهها المهاجرون عند وصولهم إلى البلد المضيف (Casas, 2014). ووفقا لـ بوماريغا Pumariega وآخرون (2005) فإن أغلب المهاجرين يتجهون عند وصولهم إلى البلد الجديد إلى السكن في أحياء ذات إيجار منخفض حيث تعيش العائلات في مبان مكتظة بمساحات صغيرة، وتكون هذه الأحياء غير آمنة وموبوءة بالجريمة.

إضافة إلى ذلك، يتعرض المهاجرون في بلد الاستقبال إلى شتى أنواع التمييز والاستبعاد من طرف مؤسسات ومجتمع البلد المضيف. ومع ذلك، فإن هؤلاء المهاجرين مطالبين بالاندماج في مجتمعهم الجديد من خلال عملية تثاقف يستدمجون من خلالها قيم وثقافة البلد المضيف. وبما أن التثاقف عملية نفسية-اجتماعية تتضمن تحولا ثقافيا وهوياتيا، فإنها تترك آثارا كبيرة على الصحة النفسية للمهاجرين.

عند وصول المهاجر إلى البلد المضيف، يكون مطالبا بالتكيف النفسي من جهة والاندماج الاجتماعي والثقافي من جهة ثانية. وهو ما يعني أنه أمام مرجعين ثقافيين؛ ثقافة بلده الأصلي وثقافة بلد الاستقبال. وبما أن ثقافة بلده الأصلي لا تتوافق مع الثقافة الجديدة، بل تتعارض معها في أحيان كثيرة، يتعرض بناؤه النفسي-الهوياتي إلى اهتزاز يمكن أن يؤدي إلى اضطرابات نفسية. هكذا، يجد هذا المهاجر نفسه أمام مجموعة من الخيارات للتعامل مع هذا الوضع بهدف الحفاظ على توازنه النفسي وتحقيق مطلب الاندماج في ثقافة مجتمعه الجديد. وأمام هذا الوضع المعقد الذي يتداخل فيه الثقافي والنفسي والديني والاجتماعي والسياسي، يقترح بيري Berry (2001) ما يسميه باستراتيجيات المثاقفة كإطار نظري لدراسة الاستراتيجيات التي ينهجها المهاجرون قصد اندماجهم، ويبين أن الاندماج لا يرتبط فقط باستراتيجيات المهاجر ورغبته في التكيف مع القواعد والثقافة الجديدة، بل يخضع أيضا لمواقف الدولة تجاه المهاجرين، إضافة إلى نظرة وتعامل المجتمع المضيف مع المهاجرين ومدى تقبله لاختلافاتهم الإثنية وأسلوب حياتهم. وفي نفس السياق، بينت فيني Phinney وآخرون (2001) في إطار دراسة العلاقة بين الهوية الإثنية للمهاجرين واندماجهم في البلد المضيف، أن وصول المهاجرين إلى هذا البلد واكتشافهم الأولي لثقافته وقيمه، يجعلهم يُكَوِّنون مواقف مرتبطة بكيفية الاحتفاظ بثقافتهم الأصلية والانضمام إلى المجتمع الجديد. ومهما كانت مواقفهم، فإنها ستخضع لسياسات وقوانين يضعها بلد الاستقبال لتؤطر اندماجهم. وهي سياسات مؤثرة في نظرة أفراد المجتمع المضيف للمهاجرين وتعاملهم معهم. وبناء على ما سبق، يدخل المهاجر عند وصوله إلى وجهته الجديدة، في عملية مثاقفة كشرط ضروري لاندماجه. وبما أن المهاجرين يختلفون في مواقفهم حول الاحتفاظ والتشبث بالثقافة الأصلية والاندماج في الثقافة الجديدة، ولأن العوامل السياسية (السياسات الهجروية للدولة المضيفة) والعوامل الاجتماعية-الاقتصادية (نظرة المجتمع المضيف، مطلب الولوج إلى سوق الشغل والاستفادة من الخدمات الطبية...) تشكل عوامل ضغط على المهاجرين من أجل الاندماج الذي يسهل حياتهم في البلد الجديد، ينهج المهاجرون استراتيجيات مثاقفة مختلفة.

ينطلق بيري Berry وآخرون (1997) من التأكيد على وجود استراتيجيات مختلفة يعتمدها المهاجرون للتكيف مع البلد الجديد. وتهم هذه الاستراتيجيات ثلاثة جوانب أساسية: الجانب السلوكي، والجانب النفسي والجانب المتعلق بالموقف. حيث يشير الجانب الأول إلى تلك التغيرات التي تظهر على مستوى السلوك نتيجة للمثاقفة؛ من تغير في العادات وكيفية التصرف في الثقافة الجديدة. في حين يرتبط الجانب النفسي بما يمكن أن يحدث للمهاجر من مشكلات واضطرابات نفسية ناتجة عن ضغط المثاقفة. أما بالنسبة للجانب المتعلق بالموقف، فإنه الجانب الذي يحسِم فيه المهاجر موقفه تجاه الثقافة الجديدة، ويكون تتويجا لمسار عملية المثاقفة.

قصد التكيف النفسي والاندماج الاجتماعي، يدخل المهاجرون في تفاعل ثقافي ضروري ينتج عنه تبنّي استراتيجية هوياتية معينة، وتتحدد هذه الاستراتيجية تبعا لموقفهم من الثقافة الأصلية والثقافة الجديدة. وقد طور بيري Berry (1980) نموذجا للمثاقفة التي ينخرط فيها المهاجرون، حيث اعتبر أن لاكتساب الثقافة الجديدة والاحتفاظ بالثقافة الأصلية بُعدَين مستقلّين يشكلان أربع استراتيجيات للمثاقفة: الاستيعاب باعتباره انصهارا للمهاجر في ثقافة البلد الجديد ورفضا لثقافته الأصلية، ثم الانعزال كرفض للثقافة المستقبلة واحتفاظ بالثقافة الأصلية، إضافة إلى الاندماج الذي يحتفظ من خلاله بثقافته الأصلية ويتبنى ثقافة بلده المستقبل. وأخيرا، التهميش الذي يرفض فيه المهاجر كلا الثقافتين.

يمكن أن نلاحظ أن المهاجرين عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية في كل مراحل الهجرة، غير أن أهم مرحلة تظهر فيها أعراض هذه الاضطرابات هي المرحلة النهائية المتمثلة في الوصول إلى بلد الاستقبال والانخراط في عملية الاندماج. وقد بين "بيري" كما وضحنا سابقا، الثقل والأثر الكبير الذي يتركه ضغط عملية المثاقفة على الصحة النفسية للمهاجرين. وتتضمن المثاقفة مجموعة معقدة من العمليات المتداخلة التي تؤثر سلبا على الصحة النفسية للمهاجرين (Choy et al., 2021). فقد أظهرت بعض الدراسات وجود علاقة بين المثاقفة وبعض المشاكل والاضطرابات النفسية لدى المهاجرين، كانخفاض تقدير الذات، الإدمان على المخدرات، القلق، الاكتئاب، المشكلات السلوكية وغير ذلك من الآثار السلبية لعملية المثاقفة (Koneru et al. 2007).

بيّن كوي Choy وآخرون (2021)، في دراستهم لعلاقة استراتيجيات المثاقفة التي اقترحها بيري، أن المهاجرين الذين تبنوا استراتيجية الاندماج كانوا أقل عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية، في حين أن الذين تبنوا استراتيجيات أخرى كانوا عرضة للإصابة باضطرابات نفسية مختلفة، فالذين تبنوا استراتيجية الاستيعاب عانوا لاحقا من اضطرابات الهوية والقلق، أما الذين تبنوا استراتيجية الانعزال، فكانوا عرضة للإصابة بمشاكل الاكتئاب والقلق. وأخيرا، يعاني المهاجرون الذين يتبنون استراتيجية التهميش من كل الاضطرابات التي سبق ذكرها إضافة إلى اضطرابات أخرى تتعلق بالجوانب العلائقية والتفاعلية مع الآخرين.

الاكتئاب كنموذج للاضطرابات النفسية الشائعة لدى المهاجرين وخصوصياته الثقافية

تتمثل أهم الاضطرابات النفسية الناتجة عن عملية الهجرة بمراحلها الثلاث، في اضطراب ما بعد الصدمة والقلق والاكتئاب (Tinghög, et al., 2017). ورغم أن هذه الاضطرابات تشمل جميع مراحل الهجرة (Arévalo et al. 2015). إلا أن عملية المثاقفة التي ينخرط فيها المهاجر عند وصوله إلى بلد الاستقبال، هي المرحلة الأكثر تأثيرا على الصحة النفسية للمهاجرين (Garrusi et al., 2022). وبذلك، تكون المثاقفة أشد خطورة على الصحة النفسية للمهاجرين من المرحلتين الأوليتين للهجرة، خاصة أنها تجمع بين الضغوطات والتجارب القاسية التي عاشها المهاجر قبل وأثناء الهجرة، وضغط التفاعل الثقافي الذي يختار بموجبه هذا المهاجر استراتيجية معينة لمواجهة وضعه الجديد.

على الرغم من كونية الاضطرابات النفسية وعموميتها، إلا أن دراستها في السياق الهجروي يتطلب الانتباه إلى خصوصياتها الثقافية والبيئية والسياقية. ما يعني أن تشخيص هذه الاضطرابات يتطلب معايير خاصة، وبنفس القدر من الانتباه يجب الأخذ بعين الاعتبار الخصوصيات الثقافية للمهاجرين في مرحلة التدخل العلاجي. وسنبين فيما يلي خصوصية الاكتئاب باعتباره اضطرابا شائعا لدى المهاجرين يطرح العديد من الإشكالات على مستوى تشخيصه وطرقه العلاجية. ومن بين أهم الاضطرابات النفسية التي يُطرح فيها مشكل الخصوصيات الثقافية والسياق الاجتماعي، نجد الاكتئاب الذي يعتبره فوكس Fox وآخرون (2001) من الآثار النفسية الأساسية لعملية الهجرة. ويرجع السبب في ذلك حسب كييس Keyes (2000) إلى الصدمات والضغوطات المختلفة التي يواجهها المهاجرون واللاجؤون في رحلتهم الجسدية والنفسية. ورغم أن الاكتئاب اضطراب كوني يمكن أن يصاب به جميع الأفراد من مختلف الثقافات، إلا أن أعراضه تحتمي بالخصوصيات الثقافية. وقد أثبت دي ويت de Wit وآخرون (2008) أن هناك اختلافات في مدى انتشار الاكتئاب بين المجموعات الإثنية المختلفة في أمستردام. أي أن المهاجرين الموجودين في أمستردام، لا يستجيبون بنفس الطريقة لتأثيرات وضغوطات الهجرة، كما أنهم لا يعبرون عن نفس الأعراض الاكتئابية. ويندرج الاكتئاب وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في نسخته الخامسة (DSM-5) ضمن الاضطرابات الاكتئابية المتعددة التي تشمل الاضطراب الاكتئابي المحدد بمادة أو دواء والاضطرابات الاكتئابية المحددة وغير المحددة واضطراب الاكتئاب الحاد واضطراب الاكتئاب المستمر وغير ذلك. وبينما كان الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية يجمع بين الاضطرابات الاكتئابية واضطرابات ثنائية القطب، عمل الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس على الفصل بينهما، وذلك نتيجة اختلافهما في الأعراض وطرق العلاج (APA, 2013, p. 155).

وقد بين الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس أن القاسم المشترك بين هذه الاضطرابات هو ظهور مزاج حزين أو مزاج فارغ Empty mood (شعور بالضياع أو اللامعنى أو اللامبالاة) أو مزاج عصبي مصحوب بتغيرات جسدية ومعرفية تؤثر في قدرة الفرد على أداء وظائفه (APA, 2013, p. 155). ووفقا للإحصائيات التي قدمتها منظمة الصحة العالمية بخصوص نسب انتشار الاكتئاب في العالم، فإن ما يقارب 280 مليون شخص يعانون من اضطراب الاكتئاب. وهو ما يمثل نسبة 3,8% من سكان العالم، بما في ذلك 5% من البالغين (4% من الرجال و 6% من النساء)، و5,7% من البالغين الذين تزيد أعمارهم عن 60 سنة (WHO, 2023). بناء على ذلك، فالاكتئاب اضطراب كوني يمكن أن يصيب أي شخص بغض النظر عن طبقته الاجتماعية أو مكان نشأته أو جنسه (Mwenge Ngoie, 2021, p. 100).

من وجهة نظر أخرى، يذهب بعض علماء النفس إلى التأكيد على تصور معارض يفيد عدم وجود الاكتئاب أو ندرته في بعض المناطق من الأرض (Fodzo, 2014). كما أن علماء آخرين، وإن أكدوا على كونية الاضطراب، فإنهم يشيرون إلى أن هناك اختلافات في شدة الإصابة والتأثر بأعراضه تبعا لاختلاف الثقافات (Douki, et al., 1997). وهو الأمر الذي تؤكده منظمة الصحة العالمية، حيث بينت أن معدلات انتشار الاكتئاب تعرف اختلافا كبيرا بين البلدان والمناطق، إذ تبلغ في إفريقيا 5.4%، بينما تبلغ في منطقة الأمريكتين 5.8% (WHO, 2023, p. 12).

قبل أن يطرح الاكتئاب لدى المهاجرين إشكالات مرتبطة بكيفية تشخصيه وطرق علاجه، يطرح أولا إشكالات مرتبطة بكيفية تواجده في سياق ثقافي-اجتماعي. فالمهاجرون الذين تختلف انتماءاتهم الجغرافية والثقافية والدينية والهوياتية، يختلفون أيضا في النظرة إلى الاكتئاب والوعي به والتعبير عن أعراضه. من هنا، يُعبّر وترس Watters (2010) عن تصور مفاده أن تصنيفات الاضطرابات النفسية تم تطويرها لوصف ما يعتبر غير مقبول في الثقافة الغربية. لذلك، فتطبيق هذه التصنيفات على الثقافات الأخرى يمكن أن يؤدي إلى تشخيصات غير دقيقة، وبالتالي إلى تدخلات علاجية غير فعالة. إن معدلات انتشار الاكتئاب أعلى في البلدان الغربية مقارنة بالبلدان النامية. ويمكن تفسير ذلك بكون المعايير الغربية للاكتئاب قد تُطبق على سلوكات لا تعتبر اضطرابات في الثقافات الأخرى. فقد يُنظر إلى البكاء أو الصراخ كمظهرين للصحة النفسية الجيدة في بعض الثقافات، في حين أن الثقافة الغربية تعتبرهما دلالة على القلق أو الاكتئاب.

يؤكد وترس Watters (2010) أن المعايير الأمريكية للصحة النفسية (الأعراض والتشخيص والعلاج) تُفرض على الثقافات الأخرى من خلال وسائل الإعلام والصناعات الدوائية والمؤسسات الدولية. ما يعني أن هناك اتجاها نحو عولمة الاضطرابات النفسية، فالمعتقدات الثقافية حول الاكتئاب مثلا، تستجيب للرسائل التي يمكن تصديرها من ثقافة إلى أخرى. أي أنه يمكن لمجموعة سكانية ما، استبدال نموذجها التفسيري للاكتئاب واضطرابات نفسية أخرى من خلال التأثر بنماذج تفسيرية غربية مدعومة بوسائل الإعلام والصناعات الدوائية. وبناء على المعطيات والدراسات السابقة، يمكننا أن نستنتج أن الاكتئاب اضطراب كوني يحدث في كل المجتمعات، غير أن أعراضه وطرق تشخيصه وعلاجه لا يمكن أن

تكون كونية. فوجود ثقافات مختلفة في نظرتها للاضطرابات النفسية والعقلية، بل إلى وجودها وعدم وجودها، يفرض علينا الأخذ بعين الاعتبار هذه الاختلافات الثقافية في مرحلتي التشخيص والعلاج. فكل تشخيص مبني على الثقافة الغربية دون تكييفه مع ثقافة الفرد موضوع التشخيص، سيؤدي لا محالة إلى تدخلات علاجية جاهزة لا تراعي الخصوصيات الثقافية لهذا الفرد.

إن التشخيص الغربي للاكتئاب، والطب النفسي وعلم النفس الغربي لا يأخذ بعين الاعتبار الاختلافات الثقافية والإثنية، ويُصدّر طرق علاجه إلى جميع أنحاء العالم باعتبارها قابلة للتطبيق على كل المجتمعات، مفترضا أن كونية الاضطراب تعني كونية أعراضه وتشخيصه وعلاجه (Marsella, 2003). ورغم صدور إحصائيات عن نسب انتشار الاكتئاب عالميا، خاصة من المنظمة العالمية للصحة، إلا أنها أرقام لا تأخذ بعين الاعتبار نظرة مختلف الثقافات إلى الاكتئاب وطرق التعبير عنه من طرف أفرادها. في هذا السياق يقدم غودمان Goodmann وآخرون (2021) مثالا بالصينيين الذين يعتبرون أن الاضطرابات النفسية بشكل عام تعبير عن ضعف الشخصية. لذلك، يلجأ هؤلاء إلى التعبير عن الاكتئاب من خلال إظهار أعراضه الجسدية والسكوت عن جوانبه العاطفية. أما الكنديون فيعبرون عن الاكتئاب من خلال أعراضه النفسية.

لا تقتصر الاختلافات الثقافية المتعلقة بالاكتئاب على تشخيصه أو أعراضه، بل إنها تتجاوز ذلك إلى طرق علاجه. وقد بين توكمانين Toukmanian وبرويرس Brouwers (1998) أنه إذا كانت العلاجات النفسية الغربية الدينامية والمعرفية والسلوكية والإنسانية-الوجودية تركز على الفرد وتعتبر الاضطراب النفسي داخلي المنشأ، فإنها غير فعالة بالنسبة للمجموعات الثقافية التي تنظر إلى أنه يتأثر بما هو خارجي. وإذا كانت العلاجات الغربية توصي بضرورة الإفصاح عن المشاعر للتخفيف من التوتر والضيق، فإن العديد من الثقافات الآسيوية يكون فيها الإفصاح عن تجارب الفرد النفسية بمثابة عار. وبالنسبة للمهاجرين الذين يعانون من الاكتئاب، ورغم تواجدهم في مجتمع وثقافة مختلفين عن مجتمعهم وثقافتهم الأصليين، فإنهم لا يلجؤون بالضرورة إلى طرق العلاج الغربية. وهو الأمر الذي توضحه دراسة لـ سيكوت Sicot وتهامي Touhami (2018)، والتي ينتقدان فيها تلك الممارسات الطبية التي تقصي الطرق التقليدية بحجة كونها غير علمية، ويؤكدون في المقابل على أهمية الأخذ بعين الاعتبار ثقافة المهاجر، لدورها البالغ في مساعدته على تجاوز مجموعة من الاضطرابات النفسية، ومن ضمنها الاكتئاب. لتأكيد ذلك، يقدم الباحثان أمثلة لبعض الممارسات العلاجية المتعددة والتقليدية العابرة للحدود التي ينقلها المهاجرون المغاربة إلى البلد المضيف، مثل الرقية الشرعية والبخور والتعاويذ وبعض الوصفات والطقوس والصلاة وبعض مسكنات الآلام. وحتى في الحالات التي يلجأ فيها هؤلاء المهاجرون إلى الطرق العلاجية الغربية كحل أخير، فإنهم لا يتعاملون مع هذه الطرق كالغربيين. وقد وجدت دراسة حديثة لـ فاسرت Fassaert وآخرون (2010) حول الفروق الإثنية في خصائص العلاج في العيادات الخارجية للاكتئاب في هولندا، أن الأشخاص من أصول غير غربية كانوا أقل عرضة لتلقي العلاج في وقته المناسب، وأقل عرضة لتلقي العلاج المكثف، وأكثر عرضة للانسحاب من العلاج مقارنة بالأشخاص من أصول غربية.

خلاصة

تتأثر الصحة النفسية للمهاجرين بشكل سلبي بضغوطات تجربة الهجرة بمراحلها الثلاث (قبل الهجرة، أثناء الهجرة، وما بعد الهجرة). إذ يؤدي تفاعل هذه الضغوطات فيما بينها إلى زيادة خطر الإصابة باضطرابات نفسية، مثل الاكتئاب والقلق واضطراب ما بعد الصدمة وغير ذلك من الاضطرابات الشائعة لدى المهاجرين، والتي تتسم بطابع الخصوصية نتيجة نشوئها في سياق هجروي. وهو السياق الذي تتداخل فيه عدة عوامل، كالعوامل الاقتصادية والسياسية والاجتماعية والنفسية والثقافية والهوياتية. لذلك، فإن فهم الاضطرابات النفسية لدى المهاجرين لا يمكن أن يتم إلا من خلال أخذ هذه المتغيرات بعين الاعتبار وعدم التعامل معها - بشكل حصري - بناء على التشخيصات والتصنيفات الغربية التي قد لا تتلاءم مع الخصوصيات الثقافية للمهاجرين.

لقد حاولنا أن نبين من خلال هذه الورقة أن العامل الثقافي متغير أساسي يؤثر على كيفية فهم وتشخيص الاضطرابات النفسية لدى المهاجرين وعلاجها. فبما أن أعراض وتمثلات المهاجرين للاضطرابات النفسية تختلف باختلاف ثقافاتهم، فإن تشخيص هذه الاضطرابات وعلاجها لا يجب أن يتم دائما وفق الطريقة الغربية. ولا ينبغي أن يُفهم من ذلك، أننا ندافع على أن يكون العامل الثقافي عاملا تفسيريا للاضطرابات النفسية، بل يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار وألا يتم إقصاؤه على حساب العوامل البيولوجية والنفسية الداخلية، كما لا يجب التقليل من قيمته أو النظر إليه بدونية واعتباره تخلفا معرفيا وفكريا مقارنة بما توصل إليه الغرب. وبذلك، يتطلب التفكير في الصحة النفسية للمهاجرين، النظر إليها في سياق اجتماعي- ثقافي. وهو ما يعني الحاجة إلى مقاربة سيكولوجية في مجال الصحة النفسية للمهاجرين، تدرس مشاكلهم النفسية من منظور ثقافي. فقد حُسمت نظريا وعمليا أهمية العامل الثقافي في التأثير على الصحة النفسية للمهاجرين. وقد أكد أديبونلي Adeponle وآخرون (2015) أن المقاربة السيكولوجية عبر الثقافية قادرة على تحسين عمليات التقييم والفحص، وتقديم رعاية أكثر فعالية تكون ملائمة ثقافيا للمهاجرين واللاجئين الذين يعانون من الاضطرابات النفسية.

المراجع

Adeponle, A. B., Groleau, D., & Kirmayer, L. J. (2015). Clinician reasoning in the use of cultural formulation to resolve uncertainty in the diagnosis of psychosis. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, *39*, 16-42. https://doi:10.1007/s11013-014-9408-5

Aggarwal, N. K., & Lewis-Fernández, R. (2020). An Introduction to the Cultural Formulation Interview. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, *18*(1), 77–82. https://doi.org/10.1176/appi.focus.18103

Ajaelu, C. C. (2018). Biogenetic and environmental factors in mental health and mental disorders. *Journal of Clinical Psychology Behavioural Health*, 21-34.

American Psychiatric Association. (2022). Cultural Formulation Interview (CFI).

Arévalo, S. P., Tucker, K. L., & Falcón, L. M. (2015). Beyond cultural factors to understand immigrant mental health: neighborhood ethnic density and the moderating role of pre-migration and post-migration factors. *Social Science & Medicine*, *138*, 91-100.

Aroian, K. (1993). Mental health risks and problems encountered by illegal immigrants. *Issues in Mental Health Nursing*, *14*(4), 379-397.

Beiser, M., & Hyman, I. (1997). Southeast Asian refugees in Canada. *Ethnicity, immigration, and psychopathology*, 35-56.

Berry, J. W. (1980). *Acculturation as Varieties of Adaptation* in AM Padilla (Ed.), Acculturation: Theory, Models and Some New Findings, (pp. 9'25). Boulder, CO*:* West'view.

Berry, J. W. (2001). A psychology of immigration. *Journal of social issues*, *57*(3), 615-631.

Berry, J. W., & Kim, U. (1987). Acculturation and mental health.

Berry, J. W., & Sam, D. L. (1997). Acculturation and adaptation. *Handbook of cross-cultural psychology*, *3*(2), 291-326.

Bhugra D. (2004). Migration and mental health. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *109*(4), 243–258. https://doi.org/10.1046/j.0001-690x.2003.00246.x

Bhugra, D., Till, A., & Sartorius, N. (2013). What is mental health? *International Journal of Social Psychiatry*, *59*(1), 3-4.

Casas, M. (2014). Caution: Immigration can be harmful to your mental health. *Latino/a Psychology Today*, *10*(1), 6-9.

Choy, B., Arunachalam, K., Gupta, S., Taylor, M., & Lee, A. (2021). Systematic review: Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health in Practice, 2(1)*, https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069

Coid, J. W., Kirkbride, J. B., Barker, D., Cowden, F., Stamps, R., Yang, M., & Jones, P. B. (2008). Raised incidence rates of all psychoses among migrant groups: findings from the East London first episode psychosis study. *Archives of general psychiatry*, *65*(11), 1250–1258. https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.11.1250

de Wit, M. A., Tuinebreijer, W. C., Dekker, J., Beekman, A. J. T., Gorissen, W. H., Schrier, A. C., Penninx, B. W., Komproe, I. H., & Verhoeff, A. P. (2008). Depressive and anxiety disorders in different ethnic groups: a population based study among native Dutch, and Turkish, Moroccan and Surinamese migrants in Amsterdam. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *43*, 905-912. https://doi.org/10.1007/s00127-008-0382-5

Devarenne-Megas, H. (2003). Psychopathologie et insertion sociale des migrants polonais en France. *Revue européenne des migrations internationales*, *19*(1), 5-24. https://doi:10.4000/remi.373

Douki, S., Tabbane, K., & Taktak, M. J. (1997). Cross-cultural aspects of depressive disorders. *European Psychiatry*, *12*(S2), 124s-124s.

Fassaert, T., Peen, J., van Straten, A., de Wit, M., Schrier, A., Heijnen, H., Cuijpers, P., Verhoeff, A., Beekman, A. & Dekker, J. (2010). Ethnic differences and similarities in outpatient treatment for depression in the Netherlands. *Psychiatric Services*, *61*(7), 690-697. DOI: https://doi.org/10.1176/appi.ps.61.7.690

Fodzo, L. (2014). *Dépression nerveuse. Une maladie en expansion*. Yaoundé, Cameroun: L´Harmattan.

Fox, P. G., Burns, K. R., Popovich, J. M., Belknap, R. A., & Frank-Stromborg, M. (2004). Southeast Asian refugee children: self-esteem as a predictor of depression and scholastic achievement in the U.S. *The international journal of psychiatric nursing research*, *9*(2), 1063–1072.

Garousi, S., Amirkafi, A., Mohammadi, F., & Garrusi, B. (2022). Iranian older adults women: The Impact of COVID-19 and Coping Strategies. *Quality & quantity*, 1–25. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s11135-022-01551-1

Garrusi, B., Garrusi, S., Amirkafi, A., Moqaddasi Amiri, M., & Baneshi, M. R. (2022). Mental Disorders in Iranian and Afghan Immigrant Women: the impact of acculturation. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, *29*(3), 226-236.

Goodmann, D.R., Daouk, S., Sullivan, M., Cabrera, J., Liu, N.H., Barakat, S., Muñoz, R.F. & Leykin, Y. (2021). Factor analysis of depression symptoms across five broad cultural groups. *Journal of affective disorders*, *282*, 227-235.

Gurieva, S., and Kinunen, T. (2014) Social-Psychological Model of the "Migration Circle": Potential Emigrants, Migrants, Remigrants. *Open Journal of Social Sciences, 2*, 174-182. http://dx.doi.org/10.4236/jss.2014.211023

Jabbar, S. A., & Zaza, H. I. (2019). Post-traumatic stress and depression (PSTD) and general anxiety among Iraqi refugee children: A case study from Jordan. *Early Child Development and Care, 189*(7), 1114–1134. https://doi.org/10.1080/03004430.2017.1369974

Keyes E. F. (2000). Mental health status in refugees: an integrative review of current research. *Issues in mental health nursing*, *21*(4), 397–410. https://doi.org/10.1080/016128400248013

Koneru, V. K., De Mamani, A. G. W., Flynn, P. M., & Betancourt, H. (2007). Acculturation and mental health: Current findings and recommendations for future research. *Applied and Preventive Psychology, 12*(2), 76-96. https://doi.org/10.1016/j.appsy.2007.07.016

Kuo, B. C., Chong, V., & Joseph, J. (2008). Depression and its psychosocial correlates among older Asian immigrants in North America: a critical review of two decades' research. *Journal of aging and health*, *20*(6), 615–652. https://doi.org/10.1177/0898264308321001

Lasry, J. C. M., & Sigal, J. J. (1975). Durée de séjour au pays et santé mentale d'un groupe d'immigrants. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *7*(4), 339. https://doi.org/10.1037/h0081919

Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Bäärnhielm, S., Rohlof, H., Kirmayer, L. J., Weiss, M. G., Jadhav, S., Hinton, L., Alarcón, R. D., Bhugra, D. & Lu, F. (2014). Culture and psychiatric evaluation: operationalizing cultural formulation for DSM-5. *Psychiatry: Interpersonal and biological processes*, *77*(2), 130-154.

Lu, Y. (2008). Test of the 'healthy migrant hypothesis': a longitudinal analysis of health selectivity of internal migration in Indonesia. *Social science & medicine*, *67*(8), 1331-1339.

Marsella, A. J. (2003). Cultural Aspects of Depressive Experience and Disorders. *Online Readings in Psychology and Culture, 10*(2). https://doi.org/10.9707/2307-0919.1081

Miszkurka, M., Goulet, L., & Zunzunegui, M. V. (2010). Contributions of immigration to depressive symptoms among pregnant women in Canada. *Canadian journal of public health, 101*(5), 358–364. https://doi.org/10.1007/BF03404853

Phinney, J. S., Horenczyk, G., Liebkind, K., & Vedder, P. (2001). Ethnic identity, immigration, and well-being: An interactional perspective. *Journal of social issues*, *57*(3), 493-510.

Pumariega, A. J., Rothe, E., & Pumariega, J. B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community mental health journal*, *41*(5), 581–597. https://doi.org/10.1007/s10597-005-6363-1

Sans Frontières, M. (2013). *Violences, Vulnérabilité et Migration: Bloqués aux Portes de l'Europe*, Un Rapport sur les Migrants Subsahariens en Situation Irrégulière au Maroc.

Sartorius, N. (2002). *Fighting for mental health: a personal view*. Cambridge University Press.

Sicot, F., & Touhami, S. (2018). Le pluralisme thérapeutique des migrants et héritiers de l'exil maghrébin en France. Nouvelles données et perspectives. *Revue européenne des migrations internationales*, *2*(3), 101-130. DOI: https://doi.org/10.4000/remi.10870

Tinghög, P. (2009). *Migration, stress and mental ill health: post-migration factors and experiences in the Swedish context* (Doctoral dissertation, Linköping University Electronic Press).

Tinghög, P., Malm, A., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Lundin, A., & Saboonchi, F. (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ open*, *7*(12), e018899. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018899

Toukmanian, S. G., & Brouwers, M. C. (1998). *Cultural aspects of self-disclosure and psychotherapy*. In S. S. Kazarian & D. R. Evans (Eds.), Cultural clinical psychology: Theory, research, and practice (pp. 106–124). Oxford University Press.

Watters, E. (2010). *Crazy like us: The globalization of the American psyche*. New York, NY: Free Press.

World Health Organization (2022). *Mental health*. Retrieved from www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/

World Health Organization, (2023). *Global and regional estimates of prevalence of depression*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression

World Health Organization. (2023). *Depression*. Geneva, Switzerland. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression