مركز مدافع لحقوق الإنسان
DEFENDER CENTER FOR HUMAN RIGHTS

دليل الأخصائيين النفسيين والعاملين على الناجين من التعذيب في ليبيا

إعداد: د. شـعبان امحمد فضل بشر

أستاذ جامعي | معالج معرفي سلوكي | معالج EMDR

مركز مدافع لحقوق الإنسان
DEFENDER CENTER FOR HUMAN RIGHTS

دليل الأخصائيين النفسيين والعاملين على الناجين من التعذيب في ليبيا

إعداد: د. شعبان امحمد فضل بشر
أستاذ جامعي | معالج معرفي سلوكي | معالج EMDR

فهرس المحتويات

تقديم 05
مقدمة 06
تعريف التعذيب 08
تعريف التعذيب لغوياً 08
تعريف التعذيب وأشكال سوء المعاملة 08
أشكال التعذيب 09
التعذيب الجسدي 09
التعذيب النفسي 10
الدور المركزي للتقييم النفسي لضحايا التعذيب 12
ما السياقات القانونية المختلفة التي يكون فيها التقييم النفسي للتعذيب ذا صلة؟ 12
كتابة التقارير 13
الآثار النفسية للتعذيب 14
مبادئ أساسية للتدخل النفسي والاجتماعي 15
الدور المركزي للتقييم النفسي 15
سياق التقييم النفسي 16
الاعتبارات أثناء الفحص وكذلك العلاج 18
الخصوصية 18
السلامة والأمن 18
الثقة 19
التهدئة 19
استراتيجيات مفيدة لمعالجة ردود الفعل العاطفية 20
عوامل قد تؤدي إلى تناقضات واختلافات في تذكر وسرد قصة التعذيب 20
الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به 21
اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة 21
منظور ليبي 22

الدور المركزي للتقييم النفسي 23
التقييم الطب نفسي والتقييم النفسي للناجين من التعذيب 23
اختبار الحالة العقلية 24
الناجون من التعذيب وإساءة استخدام المواد 26
الاستجابات النفسية والاجتماعية لمجتمع يعاني من الصدمة 29
الأحداث الصادمة الشائعة 29
إعادة التأهيل الشامل 30
إساءة استخدام المواد بالنسبة إلى اللناجين من التعذيب، الاعتبارات السريرية 32
الأمراض المتزامنة 33
قاعدة الأدلة بخصوص التدخلات العلاجية 33
علاج المشكلات النفسية الناتجة عن التعذيب 33
العلاج المعرفي السلوكي 34
ذاكرة الصدمة 35
الذاكرة الثنائية 35
تقييم الذاكرة 38
طبيعة وتفاصيل الصور المتطفلة 38
طبيعة الكوابيس وذكريات الماضي 38
الصدمة والدماغ 39
كيف تتم عملية علاج معرفي سلوكي مركز نحو الصدمة TFCBT؟ 42
كيف يعمل علاج إزالة حساسية العين للصدمات EMDR؟ 43
علاج التعرض السردي 47
المراجع 49
الملحقات: ملحق رقم 1 - نموذج تقييم وفق برتوكول إسطنبول 58
الملحقات: ملحق رقم 2 - مقياس تقييم الطب النفسي الموجز 61
أدوات القياس 75

فهرس الأشـــــــكال

1. معدل الاضطرابات المألوفة 28
2. نظام الذاكرة الثنائي 36
3. الذاكرة الطبيعية 36
4. ذاكرة الصدمة 37
5. نموذج معرفي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة 38
6. اللوزة المخية والحصين والقشرة ما قبل الجبهية 39
7. حالة الفرد المصاب باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وعجزه جزئياً أو كلياً عن متابعة حياته والاستمتاع بها 40
8. معالجة الذكريات الصدمية 41
9. معالجة الذكريات الصدمية 41
10. إعادة تمرير الذاكرة الصدمية 41
11. الفرق بين ذكريات الصدمة والذكريات العادية 42
12. تفاعل الصدمات المتعددة 45
13. كيفية تفاعل الصدمات المتعددة 46
14. الصدمة وفق النظام الذهني الانفعالي 46
15. الاستثارة السمبثية والباراسمبثية 47
16. مآل الصدمات المعقدة 48

أدوات القيـــــاس

اختبار صحة المريض PHQ9 76

اختبار القلق العام GAD7 77

مقياس الرهاب IAPT Phobia Scales 78

مقياس الوسواس القهري 79

Penn State Worry Questionnaire 82

مقياس الرهاب الاجتماعي Social Phobia Inventory 84

مقياس قلق الصحة Health Anxiety Inventory 86

مقياس التجنب 88

مقياس رهاب الخلاء Agoraphobia - Mobility Inventory 89

مقياس أثر الحدث Impacts of Events Scale 90

مقياس شدة اضطراب الهلع Panic Disorder Severity Scale 92

تقديـــــــم

على الرغم من انضمام ليبيا لاتفاقية مناهضة التعذيب في 16 مايو 1989؛ فإن البيئة التشريعية الوطنية خلت من أي نص عقابي بخلاف نص وحيد، ورد في المادة 435 في قانون العقوبات، وهو لا يكفي لمكافحة انتشار ظاهرة التعذيب في البلاد في ظل سيادة الإفلات من العقاب.

وحتى بعد صدور القانون رقم 10 لسنة 2013، بشأن تجريم التعذيب، والذي حاول معالجة الخلل في التشريع الوطني؛ فإنه قد خلا من تعريف منضبط للتعذيب كما هو وارد في اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ظروف سوء المعاملة أو العقوبة القاسية أو المُهينة أو اللاإنسانية.

كذلك أغفل القانونُ النصَّ على عدم جواز سقوط الدعوى الجنائية والمدنية الناشئة عن التعذيب بالتقادم، الأمر الذي يسمح بإفلات الجناة من العقاب، كما لم ينص القانون على إبطال أي أقوال أو اعترافات يثبت الحصول عليها تحت وطأة التعذيب. بالإضافة إلى أن القانون لم ينص على إلزامية حضور المحامي في تحقيقات قضايا التعذيب في كل المراحل. علاوة على ذلك، لم يحظر القانون استيراد أجهزة التعذيب ولم يُجرِّم صناعتها.

وفي ظل ضعف البيئة التشريعية وعدم توافر آليات الحماية للضحايا أصبح التعذيب سلوكًا منهجيًا تنتهجه أغلب الجهات المشرفة على مراكز الاحتجاز في مختلف أنحاء البلاد؛ وهو الأمر الذي خلّف عددًا لا يمكن حصره من ضحايا التعذيب في ليبيا. وبينما يفتقر أولئك الضحايا إلى سبل الانتصاف القانوني، فإنهم في الوقت نفسه بحاجة ماسة للحصول على المساعدة النفسية ليتمكنوا من تجاوز هول الصدمة التي نتجت عن التعذيب. وفي هذا السياق، قام مركز مدافع لحقوق الإنسان في عام 2020 بإطلاق برنامج إعادة تأهيل ضحايا التعذيب خلال النزاع في ليبيا.

وفي إطار نشاط البرنامج، تمكن مركز مدافع، حتى لحظة كتابة هذه السطور، من الوصول لعدد 170 ضحية وقد جرت إعادة التأهيل النفسي لـ 55 ضحية تعذيب منهم، من بينهم 15 امرأة. وقد تعرض أولئك الضحايا للتعذيب خلال النزاعات التي نشبت في أعقاب اندلاع ثورة فبراير 2011. ولا يكتفي مركز مدافع بتوثيق حالات ضحايا التعذيب، بل يسعى لتقديم المساعدة النفسية المتخصصة لهم؛ ليتمكنوا بعد تلقي العلاج من المضي قدمًا والعودة إلى ممارسة الأنشطة الحياتية والاندماج مجددًا في المجتمع، وهو الأمر الذي من شأنه في نهاية المطاف المساعدة في الوصول إلى السلام المجتمعي والاستقرار في ليبيا.

ويوفـر مركـز مدافـع المسـاعدة النفسـية مـن خـلال شـبكة مـن الاختصاصييـن النفسـيين فـي داخل وخارج ليبيا. كما شرع المركز في إعداد شبكة من المختصين القانونييـن للمسـاعدة فـي عملية التوثيـق لحـالات التعذيـب، والمسـاهمة فـي تقديـم الدعـم القانونـي للضحايا الراغبيـن فـي الوصـول إلـى سـبل الانتصاف عبر طرق أبـواب الآليـات الوطنيـة القضائيـة وغيرهـا مـن أجـل محاسـبة الجنـاة.

وفـي إطار العمل عـن قرب مـن الاختصاصييـن النفسـيين الليبييـن، فـي الشـرق والغرب والجنـوب، لاحـظ المركـز وجـود حاجـة ماسـة لوضـع دليـل إرشـادي للاختصاصييـن النفسـيين المنخرطيـن فـي تقديـم المسـاعدة النفسـية لضحايـا النـزاع. وذلـك بهـدف توفيـر القواعـد الإرشـادية المهنيـة اللازمـة لكافـة العامليـن فـي هـذا المجـال، سـواء مـن شـبكة مركـز مدافـع، أو غيرهـم فـي كافـة أنحـاء ليبيـا، ممـن يحتاجـون إلـى بنـاء قدراتهـم والتعـرف علـى الأسـاليب والبروتوكـولات العلاجيـة المهنيـة فـي التعامـل مـع ضحايـا التعذيـب.

وقـد قـام بوضـع الدليـل الدكتـور شـعبان امحمـد فضـل بشـر، وهـو طبيـب نفسـي متمـرس فـي هـذا المجـال، فضـلا عـن كونـه أسـتاذًا جامعيًـا ومعالجًـا معرفيًـا سـلوكيًا. والدليـل الإرشـادي الـذي بيـن أيديكـم الآن هـو نتيجـة عمـل دؤوب وحـوارات مكثفـة وورش عمـل شـارك فيهـا الاختصاصيـون النفسـيون المنتمـون إلـى شـبكة مركـز مدافـع. وذلـك بهـدف التعـرف بشـكل ملمـوس علـى التحديـات اليوميـة التـي يواجهونهـا خـلال تقديـم المسـاعدة النفسـية لضحايـا التعذيـب فـي ليبيـا؛ ليغـدو الدليـل مرجعًـا حقيقيًـا يسـاعد الاختصاصييـن النفسـيين علـى التعامـل بطريقـة مهنيـة واحترافيـة مـع الضحايـا.

ويتطلـع مركـز مدافـع إلـى أن يتمكـن كافـة الاختصاصييـن النفسـيين فـي ليبيـا مـن الإفـادة مـن الدليـل الإرشـادي الـذي يوفـر نسـخة إلكترونيـة كاملـة منـه علـى موقعـه.

مركـــز مدافـــع لحقـــوق الإنســـان

مقدمـــــة

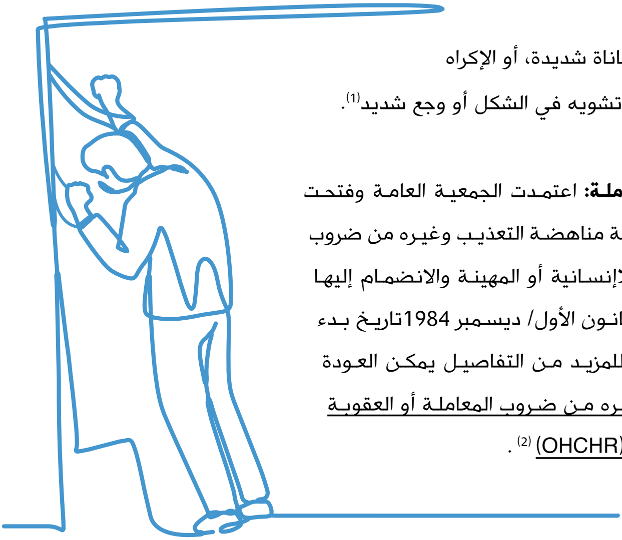
يعمل هذا الدليل وفق تراتبية تقديم الخدمة للضحايا والناجين من التعذيب، وكذلك وفق تسلسل وتوازٍ يتطلبه الانتقال المهني المفصل أثناء القيام بالعمل، وسيتم الإحالة ما أمكن إلى الأدلة المستخدمة في تنفيذ خطوات التدخل مع الإشارة إلى المراجع أو المواقع الإلكترونية الخاصة بتسهيل تقديم الخدمة من قبل اختصاصيّي الصحة العقلية في ليبيا، وطرح تفاصيل التدخل ليس فقط لضحايا التعذيب والاضطرابات الناجمة عنه، بل الاضطرابات النفسية المختلفة كذلك؛ حتى يتم تحديد المشكلات أو الاضطراب، ومن ثم القيام بالخدمة أو الإحالة إلى التخصصات المطلوبة، وستكون خريطة الدليل كالتالي:

العرض النظري للمفاهيم الخاصة بموضوع الدليل، والتطرق إلى الإشارات المرجعية المتعلقة بالتعريفات والنظريات النفسية، يحتوي الدليل على نموذج تقييم الحالة الذي يتضمن البيانات الأولية وخطوات التقييم وفق مرجعية برتوكول إسطنبول، ثُم عرض اختبار الصحة العقلية حتى يتم تشخيص الاضطرابات الطب_نفسية المتمثلة في وجود اضطرابات طيف الذهان واضطرابات المزاج واضطرابات إساءة استخدام المواد (الإدمان) أو وجود اضطراب مزدوج Dual diagnosis، وهذا الاختبار يمكِّن الاختصاصي من تحديد ما إذا كان هناك أعراض ذهانية أو أعراض اضطراب في المزاج؛ لكي يتمكن الاختصاصي أو مراكز تقديم الخدمة من إحالة المستفيد إلى مراكز الطب النفسي، سواء أكان العيادات الخارجية أو الإيواء داخل المصحات المتخصصة وفق القوانين والدستور الأخلاقي المعمول به، ويحدد مدى خطورة المستفيد على نفسه وعلى الآخرين، وما إذا كانت هناك أفكار انتحارية أو محاولات سابقة.

ونموذج الاختبار يمكّن الاختصاصي من قياس الحالة العقلية بشكل مفصل ودقيق، ومن ثم تقديم نموذج فحص للاضطرابات المألوفة (الاضطرابات العُصابية) وفق عرض مهني متسلسل ومتوازٍ يمكن اختصاصي الصحة العقلية من استخدام مجموعة من الاختبارات لفحص وتحديد المشكلة التي يعاني منها المستفيد، ويمكن لاختصاصي الصحة العقلية استخدام نموذج الفحص لكلٍّ من المستفيدين الناجين من التعذيب أو المستفيدين الذين يراجعون مراكز الخدمة بسبب اضطرابات نفسية لأسباب أخرى.

وهذا النموذج هو اقتباس من عمل مؤسسي تمت ترجمته إلى اللغة العربية ويحتاج إلى حساب درجات الثبات والصدق ووضع الدرجات المعيارية لتقييم المستفيدين، وكل اختبار يصاحبه الدرجات المعيارية للنقاط الفاصلة للتقييم ضمن الدراسات الأصلية للمقاييس، وبعض من هذه المقاييس تم استخدامها في دراسات ليبية وعربية، وأُجريت حسابات للثبات والصدق، وبعضها خضعت لدراسات تقنين. ويمكن لاختصاصي الصحة العقلية استخدام أي مقاييس بديلة دُرِست موثوقيتها مع تتبع خطوات نموذج الفحص الذي سيُعرَض في الدليل. وسيركز الدليل على اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بشكل أكثر تفصيلا، وطرق العلاج الأكثر فعالية وفق أدلة بحثية معتمدة.

تعريف التعذيب



تعريف التعذيب لغوياً: التسبب في معاناة شديدة، أو الإكراه عن طريق إلحاق ألم مبرح، وإحداث تشويه في الشكل أو وجع شديد[1].

تعريف التعذيب وأشكال سوء المعاملة: اعتمدت الجمعية العامة وفتحت باب التوقيع والتصديق على اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة والانضمام إليها في القرار 39/46 المؤرخ في 10 كانون الأول/ ديسمبر 1984تاريخ بدء النفاذ: 26 حزيران/ يونيه 1987 وللمزيد من التفاصيل يمكن العودة إلى اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة (OHCHR) [2] .

وقد انضمّت ليبيا إلى اتفاقية مناهضة التعذيب بوصفها دولة طرف في عام 1989، ولكن، يبقى الإطار القانوني الوطني المطبّق في البلاد حتى اليوم غير متوافق مع أحكام الاتفاقية، ويكاد التعذيب بعد أحداث عام 2011 يتحوّل إلى ممارسة منهجية مستشرية في البلاد[3].

ووفقاً للقانون الدولي الإنساني والقانون الدولي لحقوق الإنسان يُعرف التعذيب وفق ثلاثة مظاهر:

I. أي فعل يلحق أذى أو معاناة شديدة بشخص ما، سواء كانت المعاناة جسدية أو عقلية.

II. هذا الفعل يكون بشكل عمدي.

III. وهذا الفعل يجب أن يقع ضمن أغراض:

أ. الحصول من شخص أو شخص ثالث على معلومات أو اعتراف.

ب. معاقبته على فعل ارتكبه أو شخص ثالث يشتبه في ارتكابه لهذا الفعل.

ج. إكراهه أو إكراه شخص ثالث على الاعتراف بفعل ما.

د. وقد يكون التعذيب بسبب شكل من أشكال التمييز، وما يفرق التعذيب عن الأشكال الأخرى لسوء المعاملة أن سوء المعاملة يشمل معاملة قاسية أو لاإنسانية أو مهينة والاعتداء على الكرامة الشخصية، في حين أن التعذيب إلحاق ألم أو معاناة بدنية أو عقلية شديدة تتجاوز مجرد الإساءة أو الإذلال.

وضعت الأمم المتحدة الإطار الدولي العالمي لحظر التعذيب وسوء المعاملة. وقد وضع الإطار الإقليمي الدولي لأوروبا مجلس أوروبا الذي يوجد مقره في ستراسبورغ، فرنسا[4].

"**ولا يجوز أن يتعرض أحد للتعذيب أو المعاملة أو العقوبة اللاإنسانية أو المهينة**"[5].

"ينطبق حظر إساءة معاملة شخص ما بصرف النظر عن سلوك الضحية أو دوافع السلطات. ولا يمكن التعذيب أو المعاملة اللاإنسانية أو المهينة حتى في الظروف التي تكون فيها حياة الفرد معرضة للخطر. ولا يسمح بالانتقاص حتى في حالة الطوارئ العامة التي تهدد حياة الأمة. وتعترف المادة 3، التي صيغت بعبارات لا لبس فيها، بأن لكل إنسان حقًّا مطلقا غير قابل للتصرف في عدم التعرض للتعذيب أو المعاملة اللاإنسانية أو المهينة تحت أي ظرف من الظروف، حتى أشدها صعوبة. ولا يسمح الأساس الفلسفي الذي يقوم عليه الطابع المطلق للحق بموجب المادة 3 بأي استثناءات أو عوامل تبرر المصالح أو توازنها، بغض النظر عن سلوك الشخص المعني وطبيعة الجريمة المعنية"[6].

المعاملة المهينة أو العقوبة المهينة، مهينة إذا كانت "مثل إثارة مشاعر الخوف لدى الضحايا، والدونية القادرة على إذلالهم وتدنيسهم"[7]. في حين أن الإجهاد الناجم عن المعاملة اللاإنسانية يتسبب في المعاناة البدنية والعقلية، فإن الإهانة أو الحط من القدر والمعاملة المهينة شرطان مهمان. والمعاملة أو العقوبة المهينة ليست بالضرورة غير إنسانية[8]. ويكفي أن يتم استيفاء مستوى اختبار الشدة[9].

وللمزيد من المعلومات يمكن الاطلاع على صفحة الأمم المتحدة [10] وصفحة الاتحاد الأوروبي [11]. ويرد حظر التعذيب وغيره من ضروب المعاملة السيئة ببساطة ومباشرة في المادة 3 من الاتفاقية الأوروبية لحقوق الإنسان: "**لا يجوز إخضاع أحد للتعذيب أو للمعاملة أو العقوبة اللاإنسانية أو المهينة.**"[12].

أشـــكال التعـــذيب

• التعذيب الجسدي

قد يشمل الضرب المبرح بالأسلاك الكهربائية الغليظة أو بالعصي أو بالكرابيج أو استخدام الكهرباء أو الإغراق في المياه والتعليق بوضعيات مختلفة تسبب ألماً شديداً قد يؤدي إلى فقدان الوعي أو الإغماء أو حتى فقدان الحياة. وأساليب التعذيب الجسدي تزداد شدتها إذا لم يكن هناك إحالة إلى النيابة، وكان الاحتجاز من قبل جماعات إرهابية أو مجرمة؛ لأن الذين يمارسون التعذيب الوحشي لا يخشون وجود علامات جسدية ظاهرة تدل على التعذيب، وذلك لعدم وجود قاضي تحقيق أو إحالة إلى النيابة بالنسبة إلى المعتقِلين والمحتجِزين.

وقد أثبتت التقارير حول المعتقلات السرية أو غير الموثقة سواء كانت في ليبيا أو غوانتانامو أو سجن "أبو غريب" في العراق أو السجون السرية للمخابرات الأمريكية في دول كثيرة أنه تزداد وحشية التعذيب الجسدي في هذه المعتقلات؛ لأنه -كما تم الإشارة سابقاً- لا يخشى المسؤولون عنها إمكانية الملاحقة القانونية أو الرقابة من قبل جهات مسؤولة محليّا أو دوليّاً.

• التعذيب النفسي

يمكن أن يرتبط مصطلح "التعذيب النفسي" بجانبين مختلفين لنفس الكيان. من ناحية، حيث يمكن تعيين الأساليب من حيث استخدام "غير المادية" منها، في حين أن "الأساليب الفيزيائية" للتعذيب يمكن أن تكون بديهية إلى حد ما، مثل مسامير الإبهام، والجلد، والصعق بالتيار الكهربائي على الجسم وغيرها من التقنيات المماثلة، فإن "غير المادية" تعني طريقة لا تؤذي الجسم أو تشوهه أو حتى تلمسه، ولكنها تلمس العقل بدلا من ذلك.

وبنفس القدر الذي يمكن التعرف عليه بسهولة، من أساليب التعذيب في هذه الفئة الحرمان من النوم لفترات طويلة، أو الحرمان الحسي التام، أو الاضطرار إلى مشاهدة تعذيب أفراد الأسرة، على سبيل المثال لا الحصر. من ناحية أخرى، يمكن أيضا اعتبار مصطلح "التعذيب النفسي" لتعيين الآثار النفسية (على عكس الآثار الجسدية) للتعذيب بشكل عام. التعذيب "بشكل عام" يعني استخدام الأساليب الجسدية أو النفسية، أو كليهما. هناك في بعض الأحيان ميل إلى دمج هذين المفهومين المنفصلين في مفهوم واحد، مما يؤدي إلى الخلط، بين الأساليب (أو "المدخلات"، إن جاز التعبير) والتأثيرات، وقد دفع هذا الارتباك بعض السلطات إلى إنكار وجود "التعذيب النفسي" كياناً منفصلاً [13].

ويشير يعقوب إلى أن التعذيب النفسي يشمل العزل من الأحاسيس الطبيعية مثل الصوت والضوء والماء وانقطاع الطعام وانقطاع التواصل مع العالم الخارجي[14].

ومن الأمثلة على أساليب التعذيب النفسية "الأساليب الفيزيائية ذات العواقب النفسية" وهي طريقة تعرف باسم "Submarino" وهو مصطلح صِيغ من خلال استخدامه على نطاق واسع في أمريكا اللاتينية في السبعينيات والثمانينيات. ويستخدم أثناء الاستجواب، وقد وُثِّق على نطاق واسع في جميع مراكز إعادة تأهيل ضحايا التعذيب، وكذلك من قبل اللجنة الدولية للصليب الأحمر في عملها. وهي تكون بغمر رأس الضحية في وعاء مملوء بالماء، وقد يتكون من البول أو البراز أو الملوثات الأخرى قد أضيفت إليه أشكال أخرى لزيادة العذاب، ووُصف في العديد من النصوص وغالباً ما تم تصويره في السينما[15].

الأساليب النفسية المستخدمة أثناء الاستجواب هي تلك التي تسبب اضطرابات في الحواس أو الشخصية، دون التسبب في ألم جسدي أو ترك أي عواقب جسدية مرئية. هذه الطرق غير المادية كثيرة واستخدامها واسع الانتشار. وهي تشمل: الحرمان من النوم، الحبس الانفرادي، الخوف والإذلال، الإذلال الجنسي والثقافي الشديد، استخدام التهديدات والإرهاب للحث على الخوف من الموت أو الإصابة، استخدام "تقنيات" أخرى مثل العري القسري، والتعرض لدرجات الحرارة الباردة، والحرمان من الضوء، وما إلى ذلك[16].

وتعرض تجربة التعذيب الناجين لخطر متزايد للإصابة بمشاكل جسدية وعقلية، وفي دراسة لطالبي اللجوء في فنلندا دُرِس دور الثقافة ووضع اللاجئ والنوع الاجتماعي في الصحة العقلية والجسدية بين طالبي المساعدة في مركز للناجين من التعذيب في فنلندا. الطريقة: قوبل المشاركون الـ 78 (29 امرأة و49 رجلاً) وجرى تقييمهم باستخدام مقاييس تأثير، مقياس الحدث الصادم المنقح (IES-R) وقائمة هوبكنز المرجعية للأعراض - 25 (HSCL-25) وسُجِّلت شكاواهم الجسدية، وقورنت المجموعات ذات الخلفيات الثقافية في الشرق الأوسط وإفريقيا الوسطى وجنوب آسيا وجنوب شرق أوروبا.

ومن خلال النتائج برزت اختلافات المجموعة في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) وأعراض الاكتئاب والشكاوى الجسدية. أظهر الناجون من التعذيب في جنوب أوروبا مستوى أعلى من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مقارنة بالمجموعات الثقافية من المجتمعات الجماعية التقليدية في الشرق الأوسط وآسيا وإفريقيا، وأعراض اكتئاب أكثر من الناجين من خلفية جنوب آسيا. وأبلغ أشخاص من جنوب شرق أوروبا أيضا عن شكاوى جسدية أكثر من الناجين من وسط إفريقيا. عانت النساء من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وأعراض الاكتئاب أكثر من الرجال في جميع المجموعات الثقافية. ولم يرتبط وضع ملتمسي اللجوء هامشيا بأعراض القلق إلا في مجموعة جنوب شرق أوروبا[17].

الاستنتاج: ينبغي للخدمات الصحية أن تنظر في تأثير الثقافة في التعبير عن الأعراض النفسية والجسدية وأن تتجنب التمييز التبسيطي بين التعبيرات الجسدية والنفسية للألم.

الدور المركزي للتقييم النفسي لضحايا التعذيب

التعذيب تجربة حياتية استثنائية قادرة على التسبب في قدر كبير من المعاناة الجسدية والنفسية، الطبيعة المتطرفة لحدث التعذيب قوية بما يكفي من تلقاء نفسها لإنتاج عواقب عقلية وعاطفية، بغض النظر عن الحالة النفسية للفرد قبل التعذيب، غير أن العواقب النفسية للتعذيب تحدث في سياق الإسناد الشخصي للمعنى، وتطور الشخصية، والعوامل الاجتماعية والسياسية والثقافية. ولهذا السبب، لا يمكن افتراض أن جميع أشكال التعذيب لها نفس النتيجة. فعلى سبيل المثال، لا تكون العواقب النفسية للإعدام الوهمي هي نفسها الناجمة عن الاعتداء الجنسي، ومن غير المرجح أن يؤدي الحبس الانفرادي والعزلة إلى نفس الآثار التي تحدثها أعمال التعذيب الجسدية. وبالمثل، لا يمكن للمرء أن يفترض أن آثار الاحتجاز والتعذيب على شخص بالغ ستكون هي نفسها التي تلحق بالطفل. ومع ذلك، هناك مجموعات من الأعراض وردود الفعل النفسية التي لوحظت ووثقت في الناجين من التعذيب مع بعض الانتظام[18].

يعتبر التقييم النفسي ركيزة رئيسية في قضايا التعذيب؛ لأن هدف التعذيب هو تدمير الحياة النفسية وانتهاك الكرامة الإنسانية لضحايا التعذيب. ووفقاً لبرتوكول إسطنبول "وكثيرا ما يحاول الجناة تبرير أعمال التعذيب وسوء المعاملة التي يرتكبونها بسبب الحاجة إلى جمع المعلومات. وتحجب هذه المفاهيم الغرض من التعذيب وعواقبه المقصودة. ومن الأهداف الرئيسية للتعذيب تقليص الفرد إلى وضع من العجز الشديد والضيق يمكن أن يؤدي إلى تدهور الوظائف المعرفية والعاطفية والسلوكية. والتعذيب وسيلة لتدمير الأداء النفسي والاجتماعي للفرد. ولا يسعى الجلاد إلى شل حركة الضحية جسديا فحسب، بل أيضا إلى تفكيك شخصية الفرد: فالمعذب يحاول تدمير إحساس الضحية بأنه عضو في أسرة ومجتمع، وكإنسان لديه أحلام وآمال وطموحات للمستقبل..."[19].

ما السياقات القانونية المختلفة التي يكون فيها التقييم النفسي للتعذيب ذا صلة؟

- طلبات اللجوء بكل أشكالها.
- المحاكمات المتعلقة بحقوق الإنسان، ومحاكم جرائم الحرب.
- القضايا الجنائية سواء كان المُدعي أو المدعى عليه.
- القضايا المدنية (الأضرار أو غيرها من التعويضات).

وعند التقييم النفسي يجب مراعاة أنك لست الشخص المكتشف للحقيقة، وليست وظيفتك تحديد العواقب سواء كانت مالية أم غيرها، وليست وظيفتك تحديد ما إذا كان الجاني بريئاً أو مذنباً، وليست وظيفتك أن تتخذ قراراً بخصوص الشخص الذي يخضع للتقييم بخصوص النقاط المشار إليها أعلاه، أنت فقط تقوم بالتقييم النفسي وترى تجربة المعني في التعذيب، أي التقييم النفسي وفق معايير مهنية محضة.

يعّد برتوكول إسطنبول دليل التقصي والتوثيق الفعال للتعذيب وغيره من ضروب المعاملة القاسية واللاإنسانية، ويمكن أن يكون البروتوكول دليلا واضحا للعثور على المبادئ التوجيهية بما في ذلك المقابلات المناسبة والاعتبارات الاخلاقية وقضايا التوثيق وكتابة التقارير.[20].

كتابـــة التقاريـــر

إذا قمت بإجراء تقييم، فاتبع إرشادات بروتوكول إسطنبول التي تعني: إجراء التاريخ النفسي والاجتماعي والحالة قبل التعذيب، وصف مفصل لتجارب الشخص، أي وثائق تدعم، الملاحظات السريرية للأداء البيولوجي النفسي الاجتماعي – التوثيق الطبي من قبل طبيب مقيم، كتابة التوصيات. [21].

وقد صممت نموذج تقييم وفق الخطوط التي حددها بروتوكول إسطنبول والدراسات والبحوث التي أجريت حوله، هذا النموذج مقترح في **ملحق رقم (1)** للدليل الحالي، ونأمل من السادة اختصاصي الصحة العقلية في ليبيا استخدام هذا النموذج، ومن ثم التعرف على النقاط التي يمكن إضافتها أو تعديلها.

وقد يُطرح سؤال جوهري: لماذا يُعدّ الاختصاصيون النفسيون مهمين للجهود القانونية المستمرة للتصدي للتعذيب؟

لأن التعذيب مدمر نفسيا للغاية، ويكون المتخصصون في علم النفس ضروريين للعمل على توثيق التعذيب ومنعه وكذلك علاج الناجين من التعذيب، ويمكن أن يتم الاستفادة القصوى من الخبرة والتدريب لدى الاختصاصيين للعلاج وعملية التعافي، كما أن عدم الالتزام بأخلاقيات الاخصائي أو العالم النفسي قد يؤدي إلى استخدام بعض السلطات سواء كانت دولية أو سلطة مجموعة مسلحة أو متطرفة متخصصة في علم النفس في التعذيب مثلما وقع في الفضيحة الأخلاقية التي طالت العديد من المتخصصين في الولايات المتحدة الأمريكية، وكذلك حالات عديدة في دول تمنع حريات الإعلام، وظهرت تسريبات رفضت سلطات هذه الدول الاعتراف بها، ولم يخضع مرتكبوها للمحاسبة.

حالة الوعي الضرورية لدى المتخصصين في علم النفس والمواثيق الأخلاقية والقوانين يجب أن تستمر في توجيه الاختصاصيين في المجال إلى أن المشاركة في التعذيب أو سوء المعاملة تُعدّ مدمرة للإنسانية وجرائم يحاسب عليها القانون، وكذلك يتم الإشارة إلى أن القانونيين الذين يتورطون في إجراء خطوات شكلية لتبرير شكل الاعتقال والتعذيب هم شركاء في هذه الجرائم وكذلك الأطباء والممرضون مثلهم مثل الجهات أو الأفراد الذين يقومون بالاعتقال والتعذيب وسوء المعاملة.

الآثار النفسية للتعذيب

يشير جيمس وآخرون في دراسته عن المحتجزين بشكل غير قانوني في خليج غوانتانامو إلى أن العواقب المحتملة على الصحة العقلية وما يتصل بها من عواقب على الصحة البدنية الناجمة عن التعرض لفترات طويلة للضغوطات الشائعة للمحتجزين في خليج غوانتانامو كوبا - تؤدي إلى الضيق الشديد وارتفاع معدلات الاضطرابات النفسية والمشاكل الطبية والإعاقات الوظيفية. والعواقب وخيمة، جسديا ونفسيا، وتؤثر في الفرد وأسرته والثقافة ككل.

الظروف المدمرة التي يعاني منها المحتجزون متعددة وقاسية. يحدد المؤلف أوجه التشابه بين معتقلي غوانتانامو والسكان الذين يتعرضون لسوء المعاملة (مثل أسرى الحرب وطالبي اللجوء والسجناء) لاستخلاص استنتاجات من الأبحاث الحالية بشأن النتائج المحتملة لمعتقلي غوانتانامو.

يتم تعطيل عوامل الحماية الموجودة عادة بشكل منهجي في غوانتانامو. وعموماً، من المرجح أن المحتجزين وأسرهم يعانون من مشاكل صحية عقلية وبدنية كبيرة نتيجة لتداخل الضغوطات الشديدة والمزمنة المتصلة بالاحتجاز، وأن هذا الوضع سيزداد سوءا بمرور الوقت، لا سيما في غياب التقييم والعلاج المناسبين. يتناول المؤلف العوامل السياسية والأخلاقية، بالإضافة إلى الآثار الأساسية للتقييم والعلاج والدعوة، ويؤكد أنه سيواجه الباحثون والأطباء السريريون تحديات في توفير الرعاية لهؤلاء السكان وفهم الآثار الطويلة الأجل لمثل هذه المعاملة السيئة. والمصادر المستعرضة سارية حتى أيلول/سبتمبر 2009[22].

وحسب البيانات الموثقة في هذا التقرير المشار إليه فإن آثار التعذيب وسوء المعاملة لا يتوقف تأثيرها المدمر على الصحة العقلية للمعتقل في حد ذاته، وإنما يمتد هذا التأثير إلى أفراد أسرته القريبين وكذلك مجتمعه المحلي، بل امتد تأثيره إلى الثقافة التي ينتمي إليها المحتجزون بشكل غير قانوني. وربما يكون الحط من قدر ثقافة معينة أمرًا ممتدًا يؤثر بشكل سلبي في الصراعات الأخرى بما فيها ليبيا، وذلك في صورته المحلية التي تشرعن الاعتقال خارج القانون والتعذيب وإساءة المعاملة، وهناك العديد من التقارير الموثقة التي تؤكد استمرار التعذيب والاعتقال القسري غير القانوني في ليبيا منذ بداية الصراع المسلح منذ سنة 2011 سواء كان للسكان المحليين أو مراكز احتجاز المهاجرين بشكل غير قانوني.

يمكن للتعذيب أن يدمر الضحية في مستويات مختلفة Gurr & Quiroga, 2001[23]; Jacobs, 2000[24]; Kira, 2002[25]. ومنها السلامة الجسدية والنفسية والكيان الكلي للفرد، الرفاه المعرفي والعاطفي والسلوكي والاجتماعي، الشخصية والهوية والاستقلالية وتحقيق الذات واحترامها، والشعور بالأمان، والبقاء على قيد الحياة والأحلام والآمال والتطلعات للمستقبل ونظام المعتقدات ونظام المعنى عن نفسه والعالم والتعلق والترابط والثقة. ويحطم التعذيب أيضا شعور الضحايا بأنهم متمركزون في الأسرة والمجتمع، وقد يسبب بعض المشاكل الثانوية مما يؤدي إلى تدهور الأداء الاجتماعي والتعليمي والمهني.

مبادئ أساسية للتدخل النفسي والاجتماعي

يتطلب العمل المهني من الاختصاصيين الممارسين للمهنة في ليبيا الاطلاع على دليل التقصي والتوثيق الفعالين للتعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، وبالتحديد مدونة السلوك المهني وخاصة النقاط الواردة بدليل إسطنبول فيما يخص آداب الرعاية الصحية(26).

وفي سلسلة التدريب المهني رقم Rev.1/8 الأمم المتحدة نيويورك وجنيف، دليل بروتوكول إسطنبول لعام 2004 بشأن التقصي والتوثيق الفعالين للتعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة، يشير الدليل في الفصل السادس إلى تفاصيل الأدلة النفسية على التعذيب، ومنها:

1. الدور المركزي للتقييم النفسي

التعذيب تجربة حياة خارجة عن المألوف وقادرة على التسبب في مدى واسع من المعاناة الجسدية والنفسية. يتفق معظم الأطباء والباحثين على أن الطبيعة المتطرفة لحدث التعذيب قوية بما يكفي من تلقاء نفسها لإنتاج عواقب عقلية وعاطفية، بغض النظر عن الحالة النفسية للفرد قبل التعذيب، غير أن العواقب النفسية للتعذيب تحدث في سياق الإسناد الشخصي للمعنى، وتطور الشخصية، والعوامل الاجتماعية والسياسية والثقافية. ولهذا السبب، لا يمكن افتراض أن جميع أشكال التعذيب لها نفس النتيجة. فعلى سبيل المثال، لا تتطابق الآثار النفسية للإعدام الوهمي مع الآثار الناجمة عن الاعتداء الجنسي، ومن غير المرجح أن يؤدي الحبس الانفرادي والعزلة إلى نفس الآثار التي تحدثها أعمال التعذيب الجسدية. وبالمثل، لا يمكن للمرء أن يفترض أن آثار الاحتجاز والتعذيب على شخص بالغ ستكون هي نفسها التي تلحق بالطفل. ومع ذلك، هناك مجموعات من الأعراض وردود الفعل النفسية التي لوحظت ووثقت لدى الناجين من التعذيب قد تكررت بشكل منتظم.

2. سياق التقييم النفسي

يشير التقرير في هذه النقطة إلى أن التقييمات تخضع لمجموعة من السياقات السياسية المتنوعة، ويؤدي ذلك إلى اختلافات مهمة في الطريقة التي ينبغي أن يجرى بها التقييم، ويجب على الطبيب أو الاخصائي المقيم تكييف المبادئ التوجيهية مع الحالة والغرض المحددين من التقييم، حيث سيختلف إمكان طرح بعض الأسئلة بأمان أو عدم إمكانه اختلافا كبيرا، ويعتمد الأمر على الدرجة التي يمكن بها ضمان السرية والأمن.

فعلى سبيل المثال، لا يمكن لفحص يجريه طبيب زائر في السجن، ويقتصر مدته على 15 دقيقة، أن يتبع نفس مسار فحص الطب الشرعي في مكتب خاص قد يستمر لعدة ساعات. تنشأ مشاكل إضافية عند محاولة تقييم احتمال كون الأعراض أو السلوكيات النفسية مرضية أو تكيفية.

عندما يتم فحص شخص أثناء احتجازه أو يعيش تحت تهديد أو اضطهاد كبيرين، قد تكون بعض الأعراض قابلة للتكيف. فعلى سبيل المثال، يمكن فهم تضاؤل الاهتمام بالأنشطة ومشاعر الانفصال أو القطيعة لدى شخص في الحبس الانفرادي. وبالمثل، قد تكون سلوكيات الإفراط في اليقظة والتجنب ضرورية للأشخاص الذين يعيشون في مجتمعات قمعية، ومن المهم بشكل خاص في الظروف الصعبة أن تلتزم الحكومات والسلطات المعنية بهذه المعايير قدر الإمكان.

ومن الاستجابات النفسية المألوفة للتعذيب والتي يجب على الفاحص مراعاتها عن الفحص والتوثيق:

إعادة معايشة التجربة الصدمية، فقد يقوم الفاحص بتحفيز ذكريات من الماضي أو تعزيز الذكريات المتطفلة، ويظهر ذلك إما من خلال الضيق الناتج عن التعرض للإشارات التي ترمز إلى الصدمة أو تشبهها أو الخوف من الأشخاص المرتبطين بالسلطة، ومنهم الاخصائي المقيم، الذي قد يأخذ في جلسة التقييم شكل التحقيق أو يعطي إشارات للمفحوص فتستثار مخاوفه وتزعزع ثقته. ويُعدّ ذلك خطأً أنه نوع من المرض أو الاضطراب، وفي بعض الأحيان قد يصل بالمفحوص إلى الانفصال عن الواقع وظهور أعراض إكلينيكية حادة. يكون المفحوص عادة لديه تجنب وخدر عاطفي، حيث يكابد المفحوص بشكل كبير ليتجنب أي فكرة أو محادثة أو نشاط أو مكان أو شخص يثير ذكريات الصدمة، وكذلك الانسحاب الاجتماعي، وحدوث ما يسمى تجزئة ذاكرة الصدمة أو العجز الكامل عن تذكر جزء مهم من ذكريات الحدث الصدمي، ويكون المفحوص متيقظًا بشكل كبير ويمكن أن يصل إلى مدى عالٍ جدا من الاستثارة في لحظات، ولديه قلق عام وضيق في التنفس وتعرق ودوخة وجفاف في الفم وتقلصات معوية حادة.

ويناقش التقرير المشار إليه تفاصيل العواقب النفسية، مثل: أعراض الاكتئاب وتدني مفهوم الذات والانفصال عن الواقع وغياب الآنية والسلوك غير الوظيفي، والشكاوى الجسدية، والعجز الجنسي، والأعراض الذهانية سواء كانت هلاوس سمعية أو بصرية أو ضلالات الاضطهاد، وإساءة استخدام المواد، والتشتت النفسي العصبي. للمزيد من التفاصيل نأمل الاطلاع على التقرير المشار إليه(27).

ينبغي للفاحص أن يستفسر عن الحياة اليومية للشخص، وعلاقاته مع الأصدقاء والعائلة، والعمل أو المدرسة، والمهنة، والمصالح، والخطط المستقبلية، وتعاطي الكحول والمخدرات. وينبغي أيضا استخلاص معلومات عن التاريخ النفسي والاجتماعي للشخص بعد الاحتجاز. عندما يكون الفرد لا يزال رهن الاحتجاز، يكفي وجود تاريخ اجتماعي أكثر محدودية فيما يتعلق بالمهنة.

الاستفسار عن الأدوية الموصوفة طبيا التي يتناولها المريض مهم بشكل خاص؛ لأن هذه الأدوية قد يحرم منها شخص محتجز، مع عواقب صحية ضارة كبيرة. تُعدّ التحقيقات في الأنشطة والمعتقدات والآراء السياسية ذات صلة بقدر ما تساعد على تفسير سبب احتجاز شخص أو تعذيبه، ولكن من الأفضل إجراء ذلك بشكل غير مباشر من خلال سؤال الشخص عن الاتهامات التي وجهت إليه أو لماذا يعتقد أنه احتجز وعذِّب(28).

الاعتبارات أثناء الفحص وكذلك العلاج

هناك اعتبارات عديدة يجب أن تكون في أولوياتنا عندما نقوم بعملية الفحص، ومن أبرزها **الأمن والخصوصية** بشكل عام، حيث يكون لدى كثير من طالبي الخدمة أو المحالين لخدمة التأهيل أو العلاج مخاوف كبيرة. وأحد مكونات المشكلات النفسية لديهم هو عجزهم أو خوفهم أو غضبهم حول إعادة الحديث حول المواقف التي مروا بها أو مررن بها أثناء التعذيب.

وحتى يتقبل ويألف الأشخاصُ المعالجَ أو مقدم الخدمة نحتاج إلى جهد كبير واستخدام أدوات أبرزها التعلم النفسي Psychoeducation وفيه يُزوَّد المستفيد بمعلومات علمية مفصلة وواضحة حول التقييم والفحص، وكذلك ماذا يعني العلاج أو التأهيل، ونساعدهم على الفهم، وكذلك نعرف توقعاتهم نحو العملية برمتها، ونساعدهم على مقاربة توقعاتهم مع العمل الموضوعي الواقعي الذي سيتم القيام به.

كذلك يجب علينا التعرف على احتياجاتهم الأساسية والضروريات لكي يستطيعوا الاستمرار في البرنامج، ومن أبرز هذه الحاجات والضروريات مثلا: هل العميل أو المستفيد لديه قدرة على الوصول إلى مكان أو مركز تقديم الخدمة، من حيث مرونة الوصول والمواصلات العامة أو الخاصة؟ وهل حاليا لديه سكن خاص أم يسكن مع أقارب وهل لديه أو لديها صعوبات معيشية أساسية؟ يجب على الفاحص عدم إثارة أي من الحاجات أو الضروريات مع العميل قبل وضع نقاط واضحة يمكن أن تساعده أو تساعدها على الاستمرار في البرنامج، وألا يعطي المعالج أو الفاحص وعودًا خارج نطاق صلاحيته، وإنما يساعد من خلال إرشادات أو إجراءات محددة.

- **الخصوصية**

الممارس الإكلينيكي يقوم بإجراء الفحوصات على انفراد، والخصوصية أثناء المقابلات ليست فقط ضرورية لأسباب أخلاقية، ولكن أيضا عند الحديث عن القضايا الحساسة التي تكون محرجة للشخص الذي يتم تقييمه. يجب على الممارس الإكلينيكي بناء الخصوصية والحفاظ عليها خلال المقابلات كلها[29].

- **السلامة والأمن**

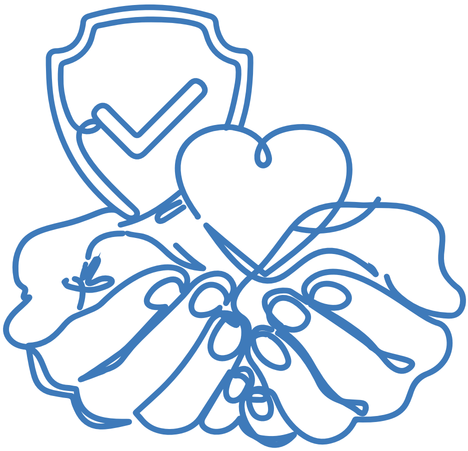
الأمان يشمل تقليل إمكانية الضرر إلى أقصى مدى ممكن. ويجب على الممارسين الإكلينيكيين أن ينظروا بعناية في السياق الذين يعملون فيه، واتخاذ الاحتياطات اللازمة وتوفير الضمانات وفقا لذلك. في حالة إجراء مقابلات مع أشخاص ما زالوا مسجونين أو في حالات مماثلة يمكن فيها الانتقام، يجب اتخاذ جميع الاحتياطات لضمان ألا تعرض المقابلة المحتجز للخطر (أو توقعه في صعوبة إضافية). وفي حالات أخرى، يجب أن يوضع في الاعتبار احتمال أن يظل الشخص مضطهدا. يختلف إمكان طرح أسئلة معينة بأمان أو عدم إمكانه اختلافا كبيرا. ويعتمد على الدرجة التي يمكن بها ضمان السرية والأمن. عند الضرورة، يجب تجنب الأسئلة حول الأنشطة المحظورة. إذا كان الفحص الطبي الشرعي يدعم مزاعم التعذيب، فلا ينبغي إعادته إلى مكان الاحتجاز، بل يجب المثول أمام المدعي العام أو القاضي لتحديد التصرف القانوني للمحتجز[30].

- **الثقـــــة**

يعـد إنشـاء علاقـة فعالـة وموثوقـة أثنـاء المقابلـة شـرطا أساسـيا لإجـراء تقييـم جيـد. إذا لـم يكـن مـن الممكـن إقامـة علاقـة فعالـة وموثوقـة مـع المسـتفيد، فليـس مـن الممكـن أخـذ تاريـخ كامـل وكـاف؛ فمـن المحتمـل جـدا أن يكـون مـن المسـتحيل إجـراء تقييـم مناسـب فـي التعذيـب. مـن المطلـوب خلـق منـاخ مـن الثقـة والاسـتماع النشـط والتواصـل الدقيـق والمجاملـة والتعاطـف الحقيقـي والصـدق. إن الحصـول علـى الثقـة أمـر بالـغ الأهميـة، ومـع ذلـك، فمـن الأهـم ألا نخالـف معاييـر هـذه الثقـة حتـى عـن غيـر قصـد، وأن تسـتمر هـذه الثقـة بطريقـة يشـعر بهـا المسـتفيد بشـكل مسـتمر[31].

- **التهدئــــــة**

تشـمل تهدئـة المشـاعر القويـة، وتعزيـز المرونـة والتعامـل الفعـال، وذلـك مـن خـلال اسـتخدام المهـارات الموجـودة لـدى الأفـراد والمجتمـع. ومـن الأمـور بالغـة الأهميـة معرفـة المجتمـع والأفـراد كيفيـة رعايـة الـذات أثنـاء الأزمـات. زيـادة الترابـط المجتمعـي وتعزيـز الأمـل المنطقـي والرسـائل الحيويـة الصادقـة والواعيـة والناضجـة.



ما الذي يمكـــن أن يســـبب أثـــراً ســـلبيّاً؟

أن يـرى المسـتفيد الأحـداث مـن منظـوره الموغـل فـي الشـخصانية، حيـث التفكيـر إمـا موضوعـي وإمـا شـخصي وإمـا موغـل فـي الشـخصانية. ويقـوم المسـتفيد بتجنـب كلـي لـكل مظاهـر الذاكـرة الصدميـة. وبلغـة مهنيـة توجـد صعوبـات كبيـرة فـي التعامـل مـع النقـاط السـاخنة فـي ذاكـرة الصدمـة ووجـود تقييمـات متحيـزة، وتنشـيط العواطـف المرتبطـة بالتقييمـات الموغلـة فـي الشـخصانية. وتكـون رؤيـة المسـتفيد مـن منظـور مسـؤوليته المفرطـة والرفـض ووجـود ذكريـات تطفليـة وتغييـرات تدريجيـة فـي النظـرة إلـى العالـم.

استراتيجيات مفيدة لمعالجة ردود الفعل العاطفية

قم بالتخطيط لعملك، فلا يقوم الأخصائي عند التعامل مع ردود الفعل العاطفية بإثارة المستفيد بالمقاطعة غير المدروسة أو بالنصح والوعظ. ابق هادئا متّزناً، فأنت مسؤول عن تناغمك الوجداني، وانتبه للتفاصيل والتمييز. فلا تقمع المستفيد، افهم ما سمعته.

يُعدّ اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة من أعلى الاضطرابات التي يتم تشخيصها لدى الأفراد الذين تعرضوا للتعذيب سواء كانوا الناجين من التعذيب أو ضحايا التعذيب. اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة هو متلازمة قابلة للتشخيص وقابلة للعلاج بيولوجياً ونفسياً. يجب على الطبيب المقيم أو الاخصائي النفسي أن يحاول فهم الارتباط بالمعاناة العقلية في سياق معتقدات الفرد ومعاييره الثقافية. ويشمل ذلك احترام السياق السياسي فضلا عن المعتقدات الثقافية والدينية. ونظرا لشدة التعذيب وعواقبه، ينبغي عند إجراء تقييم نفسي اعتماد موقف التعلم المستنير بدلا من التسرع في التشخيص والتصنيف. ومن الناحية المثالية، سينقل هذا الموقف إلى الضحية أن شكاواه ومعاناته معترف بها على أنها حقيقية ومتوقعة في ظل هذه الظروف. بهذا المعنى، قد يوفر الموقف الوجداني الحساس للضحية بعض الراحة من تجربة الاغتراب[32].

عوامل قد تؤدي إلى تناقضات واختلافات في تذكر وسرد قصة التعذيب

قد يواجه الناجون من التعذيب صعوبات ومشكلات في تذكر وسرد التفاصيل المحددة لتجربة التعذيب للعديد من الأسباب، منها ضعف الانتباه واضطرابات الذاكرة والتي تعتبر من مكونات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وربما تكون موجودة في أعراض اضطرابات أخرى مثل الاكتئاب أو القلق أو أي حالة طبية أخرى، وربما يكون الانفصال عن الواقع أو ضعف الآنية أحد أعراضه ضعف الذاكرة. وفي كثير من الأحيان يكون ذلك استجابة تكيفية يستخدمها المستفيد للوقاية من الأعراض المؤلمة والضاغطة.

يُعدّ الانفصال عرضاً كثيراً ما لوحظ لدى الناجين من التعذيب، ويتوقع أن يتداخل أثناء التقييم، وغالباً ما توضع استراتيجيات التعذيب عمدا بطريقة تربك أو تعطي معلومات خاطئة أو تخلق استياء في الزمان والمكان. ويجب أن ينظر إلى ذلك على أنه مشكلة خاصة عند محاولة الحصول على تقرير لا لبس فيه أو كامل عن الأحداث. ويمكن أن تسهم جهود الجناة لتشويه سمعة الناجي وإخفاء الفظائع في الصعوبات في تقييم لاحق.

العوامل التي يحتمل أن تتدخل عند الإبلاغ عن قصة الشخص أو عند أخذ التاريخ العوامل المرتبطة مباشرة بتجربة التعذيب:

- العوامل أثناء التعذيب نفسه، مثل عصب العينين، والتخدير، والارتباك في الزمان والمكان أثناء التعذيب بسبب طبيعة التعذيب أو الإجهاد الشديد الذي يتعرض له أثناء التعذيب، ضعف الذاكرة العصبية والنفسية الناجم عن إصابات الرأس، والاختناق أو الاقتراب من الغرق أو التجويع أو الإضراب عن الطعام أو نقص الفيتامينات، قد تؤدي الأحداث المتكررة والمماثلة أيضا إلى صعوبات في تذكر تفاصيل أحداث محددة بوضوح [33]. ويشير إلى هذا الدليل التشخيصي الخامس DSM5 الذي أفرد فصلاً تحت اسم **الوسواس القهري والصدمة والاضطرابات المرتبطة بها.**

الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة به

1. **اضطراب الوسواس القهري**، وخصائصه الرئيسة (أفكار أو الحاجات أو وساوس متكررة واقتحاميه لا يمكن السيطرة عليها، وسلوكيات أو أفعال عقلية متكررة يشعر بها الفرد، بأنه مجبر على أدائها، وأفعال قهرية.
2. **اضطراب تشوه الجسم**، وخصائصه انشغال شديد بالتدفق الخيالي لمظهر الفرد، سلوكيات أو أفعال تكرارية متكاثرة بخصوص الجسد (مثل فحص المظهر وسعي لإعادة الطمأنينة).
3. **اضطراب الاكتناز**، وخصائصه الرئيسية اقتناء عدد متزايد من الأشياء وعدم القدرة على مشاركة تلك الأشياء[34]. (رقم 1 افتراضي للترقيم).

• اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

1. **تعرض الفرد لموت حقيقي أو تعرضه لإصابة خطيرة أو لعنف جنسي بطريقة أو أكثر مما يلي: التعرض للحادث شخصياً أو مشاهدة الحدث شخصياً أو العلم بأن الوفاة من جراء العنف أو التهديد بالموت قد حدثت عن قرب أو التعرض بصورة متكررة أو شديدة لتفاصيل بغيضة للحدث أو الأحداث وليس من خلال تقارير الإعلام.**

2. **أحد الأعراض التالية على الأقل:**
   - ذكريات تطفلية مؤلمة مكرهة للصدمة أو لدى الأطفال لعب متكرر يخص موضوع الصدمة.
   - أحلام مفزعة متكررة ترتبط بالحادث أو الأحداث.
   - تفاعلات مفككة (مثل استرجاع الأحداث) حيث يشعر أو يتصرف الفرد وكأن الصدمة أو الصدمات تتكرر أو لدى الأطفال إعادة تمثيل الصدمة أثناء اللعب.
   - نشاط فسيولوجي مكثف أو مطول مفزع، استجابة لمفكرات عن الصدمة أو الصدمات.

3. **عرض واحد على الأقل من أعراض التجنب التالية:**
   - التهرب من المفكرات الداخلية للصدمة أو الصدمات.
   - التهرب من المفكرات الخارجية للصدمة أو الصدمات.

4. **تغييران على الأقل من التغييرات السلبية التالية في المفاهيم والمزاج:**
   - عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الصدمة أو الصدمات.
   - معتقدات أو توقعات سلبية مستمرة ومفرطة عن ذات المرء أو الآخرين أو العالم.
   - لوم مفرط مستمر للنفس أو الآخرين عن الصدمة والصدمات.
   - حالة انفعالية سلبية مستمرة لدى الأطفال أصغر من 7 سنوات، مزيد من العواطف السلبية المتكررة، اهتمام أو مشاركة قليلة ملحوظة في الأنشطة المهمة.
   - شعور بالانفصال أو النفور من الآخرين، أو في الأطفال أقل من 7 سنوات تراجع اجتماعي ملحوظ.
   - عجز مستمر عن مواجهة الانفعالات الإيجابية.

5. **تغيران على الأقل في الإثارة ورد الفعل:**
   - سلوك هياجي أو عدواني
   - يقظة مفرطة
   - اضطراب في النوم
   - ردود فعل مفاجئة مبالغ فيها
   - مشاكل في التركيز

6. **تبدأ الأعراض أو تتفاقم بعد الصدمة أو الصدمات وتستمر شهراً على الأقل.**

7. **بين الأطفال أقل من 7 سنوات تتطلب الأعراض معايير 1، 2، 3، 5، ولكن واحد فقط من الأعراض سواء من 3 أو 4** [35].

منظـــــور ليبــــــي

من خلال خبرتي في مجال العلاج النفسي وسجل الممارسة الإكلينيكية لعدد كبير من الحالات الليبية وددت مناقشة الاضطراب النفسي بشكل عام واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بشكل أكثر تحديدا بالنسبة إلى الحالات الليبية، حيث يمكن طرح مجموعة من الملاحظات المتعلقة بعلامات الاضطراب والأعراض. هذا الطرح لم يخضع لدراسة وفق معايير علمية دقيقة، وإنما هو مجموعة من الملاحظات جُمعت من خلال المخرجات الإكلينيكية لحالات عبر العيادات الخارجية وحالات أخرى داخل المستشفى أو المركز العلاجي، خلال الإحدى عشرة سنة الماضية **بدءاً من العام 2011 إلى السنة الحالية 2022.**

يميل طالبو الخدمة أو المرضى النفسيون والعقليون إلى إظهار شكوى جسدية مثل الإحساس بالتعب العام أو وجود وجع في المفاصل أو المعدة (قولون عصبي) أو ارتفاع ضغط الدم أو الإحساس بالدوار. ومن النادر جدا أن يصرح المستفيد بأنه يعاني أيًا من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مثل الكوابيس والصور المسترجعة والذكريات المتطفلة للحدث.

أُجريت دراسة ليبية حول تأثير فيروس كورونا والحرب في ليبيا على الصحة النفسية لطلاب كليات الطب، حددت الدراسة الحالة النفسية لطلاب الطب خلال نزاعات الحرب الأهلية وجائحة كوفيد-19 في ليبيا. أظهرت النتائج أن 64.5٪ من الطلاب لديهم درجات مختلفة من القلق.

من بين هؤلاء، أبلغ حوالي 11 و16 و37.5٪ عن أعراض قلق شديدة ومعتدلة وخفيفة، على التوالي. بالإضافة إلى ذلك، كان لدى 21.6٪ أعراض اكتئاب معتدلة إلى شديدة، وكان التفكير في الانتحار موجودا في 552 مشاركا (22.7٪). قد يكون المستوى المرتفع من القلق والاكتئاب مرتبطا بالحرب الأهلية والأخبار الساحقة والمتفاقمة التي تزيد من خوفهم من الفيروس وانتقال العدوى إلى العائلة أو الأصدقاء، ومضاعفات الفيروس، والضغط النفسي بسبب الحجر الصحي والعزلة.

يتعرض طلاب الطب الليبيون لمستويات عالية من التوتر النفسي بسبب صراعات الحرب الأهلية، وارتفاع معدل انتشار القلق والاكتئاب. ومن المهم ملاحظة أن 294 من طلاب الطب الذين أجابوا عن الدراسة الاستقصائية قد شردوا داخليا بسبب إقامتهم في منطقة صراع. اضطر هؤلاء الطلاب إلى مغادرة منازلهم والانتقال إلى منزل أحد أقاربهم أو اضطرت أسرهم إلى العثور على مكان آخر للعيش فيه مؤقتا. هذا يزيد من الإجهاد النفسي. وستتعرض أسر هؤلاء الطلاب لضغوط مالية أكبر بسبب إجبارهم على الإيجار، ولأن هؤلاء الطلاب معرضون لخطر كبير من الاختطاف أو القتل وسرقة منازلهم وممتلكاتهم أو تدميرها في الصراع[36].

الـدور المركــزي للتقييـــم النفســـــي

جميـع أنـواع التعذيـب تشـمل حتمـا عمليـات نفسـية، وغالبـاً مـا يسـبب التعذيـب أعراضـاً نفسـية علـى مسـتويات مختلفـة. غالبـاً مـا يتـم تصميـم أسـاليب التعذيـب بحيـث لا تتـرك آفـات جسـدية، وقـد تـؤدي أسـاليب التعذيـب الجسـدية إلـى نتائـج فيزيائيـة إمـا تحـل أو تفتقـر إلـى التحديـد.

وخلافا للأثـر البدنـي للتعذيـب، فـإن العواقـب النفسـية للتعذيـب غالبـاً مـا تكـون أكثـر ثباتـاً وإزعاجـاً مـن الإعاقـة الجسـدية. وقـد يسـتمر ضعـف عـدة جوانـب مـن الأداء النفسـي علـى المـدى الطويـل؛ وإذا لـم يعالـج الضحايـا فقـد يعانـون مـن العواقـب النفسـية للتعذيـب حتـى بعـد أشـهر أو سـنوات مـن وقـوع الحـادث، وأحيانـا مـدى الحيـاة، بدرجـات متفاوتـة مـن الشـدة[37].

التقييم الطب نفســـــي والتقييم النفســـــي للناجيـــــن من التعذيب

يحتاج بعض الناجين من التعذيب أيضا إلى مساعدة نفسية مثل التقييم والأدوية ورصد المشاكل النفسية التي قد تسبق التعذيب أو التي تطورت بعد تعرضهم للتعذيب.
(قد تشمل هذه الاكتئاب الحاد والذهان والتفكير في الانتحار).

والشرح التالي يبين اختبار الحالة العقلية الذي يمكّن الاخصائي النفسي أو اختصاصي الصحة العقلية من تقييم حالة المستفيد وتقديم الخدمة التي تتطلبها الحالة، سواء كانت خدمة دعم نفسي أم علاجاً نفسياً أم خدمات طب نفسية.

اختبـــار الحالـــة العقليـــة

- المظهر والسلوك: يتـم وصـف المظهـر والسـلوك العـام والهنـدام كالتالـي: أشـعث الشـعر، طريقـة اللبـاس، وكيفيـة السـلوك فـي المقابلـة ومسـتوى الاتصـال بالعيـن، وعنـد الرجـال حلاقـة الوجـه، حسـب الاقتضـاء، السـلوك البدنـي مثـل الأرق، والنشـاط الحركـي/التخلـف/الإفـراط، مسـتوى التعاون، أي دليـل علـى العـدوان أو العـداء، الإفـراط فـي الألفـة، علـى سـبيل المثال لمس الاخصائي بشـكل غيـر لائق.

- الكلام: يتـراوح المعـدل بيـن "فقـر الـكلام" مـع القليـل مـن الـكلام إلـى "ضغـط الـكلام"، والعفويـة مـع القليـل مـن التصريحـات العفويـة أو عـدم وجودهـا، إلـى الظرفيـة مـع الإفـراط فـي إدراج التفاصيـل، والحجـم: مـن منخفضـة إلـى عاليـة، والإيقـاع: رتيبـة، دون اختـلاف أو انعطـاف، ولكـن كان هنـاك الكثيـر مـن الـكلام المتقطـع، مـع توقـف متكـرر بيـن الـكلام بطلاقـة، وطبيعـي، لهجـة: يتـراوح مـن منخفضـة إلـى عاليـة.

- المـزاج: وصفـه ذاتيـاً، أي تصـور المريـض عـن نفسـه، موضوعيـا، أي الملاحظـة الخارجيـة من قبل المحـاور. التعليـق أيضـا علـى التطابـق مـع العـرض التقديمـي. يوصـف بأنـه مكتئـب بشـكل معتدل / شـديد، أو معيـاري "طبيعـي"، أو معتـدل / شـديد الغبطـة، أو ضعيـف. عندمـا يتغيـر المـزاج فجـأة مـن حالـة إلـى أخـرى.

- النبـرة العاطفيـة: العامـة كمـا لوحظـت بموضوعيـة أثنـاء المقابلـة. التفاعـل مـع مـا يتـم مناقشـته، أي الشـعور بالأسـى المناسـب لوصـف الأحـداث المزعجـة أو الضحـك أو الابتسـام إذا كان ذلـك مناسـباً.

- شـكل الفكـر ومحتـواه: شـكل الفكـر هـو كيـف يتـم التعبيـر عـن أفـكار الشـخص فـي خطابـه. يرتبـط محتـوى الفكـر بالأفـكار الفعليـة الموصوفـة. يتـراوح شـكل الفكـر مـن الـكلام المتماسـك سـهل الفهـم إلـى تخفيـف الارتباطـات إلـى "سـلطة الكلمـات" غيـر المفهومـة. يشـير محتـوى الفكـر إلـى الأوهـام والأفـكار المبالـغ فيهـا والانشـغالات والهواجـس. ويمكـن تصـور محتـوى التفكيـر عبـر متصـل يبـدأ مـن طبيعـي ويمتـد إلـى إغـراق فـي التفاصيـل إلـى عـدم القـدرة علـى الحديـث فـي نفـس الفكـرة الرئيسـة إلـى أقصـى طـرف الحـد وهـو تطايـر الأفـكار.

- الإدراك: تشـير التصـورات غيـر الطبيعيـة إلـى الأوهـام والهلوسـة. يرجـى الرجـوع إلـى مـواد علـم النفـس المرضـي للحصـول علـى التعاريـف. الهلوسـة الأكثـر شـيوعا فـي الطـب النفسـي هـي السـمعية. تحتـاج إلـى تقييـم مـا إذا كانـت الهلوسـة الحقيقيـة (تحـدث فـي الفضـاء الخارجـي ولا تخضـع لسـيطرة الفـرد). إذا كانـت الهلوسـة السـمعية موجـودة، فإنهـا قـد تحـدث فـي الفضـاء الداخلـي أو الخارجـي، سـواء أكان الشـخص يمـارس أي سـيطرة أم لا، أو كان الشـخص الأول أو الثانـي، وسـواء أكان يعلـق علـى أفـكار الشـخص أو أفعالـه، أو كان يأمـر الشـخص بالقيـام بأشـياء أم لا (مهـم مـن وجهـة نظـر تقييـم المخاطـر).

- الخطورة: جزء حيوي من التاريخ يؤخذ من الممارسة السريرية. خطر على النفس - إيذاء النفس/ الانتحار. التمييز بين الأفكار والتخطيط والنية، المخاطر على الآخرين، أخطار أخرى (الإهمال الذاتي، إساءة معاملة مقدم الرعاية، ... إلخ).
- المعرفي: تحتاج إلى تقييم التوجه في الزمان والمكان والشخص، والاختبارات الإجمالية للذاكرة طويلة وقصيرة المدى.
- البصيرة: ليس "كل شيء أو لا شيء". يمكن تقسيمها إلى قبول كونها مشكلة، كونها نفسية/ نفسية بطبيعتها، وقبول أن المساعدة مطلوبة والاتفاق مع الموصي بها، والاستبصار يكون إما معطوبًا وإما جزئياً، وإما مستبصراً، وهناك نوعان من الاستبصار: استبصار فكري واستبصار عملي. يمكن أن يستخدم الاخصائي النفسي مقياس التقييم الطب نفسي (BPRS).

الملحق رقم (1) يبين مقياس التقييم الطب نفسي (BPRS) الذي يمكن استخدامه بشكل مفصل لقياس الحالة العقلية لدى المستفيد [38].

وبعد استخدام اختبار الحالة العقلية MSE في شكلها المفصل BPRS أو في شكلها المختصر MMSE 39)) والتأكد من عدم وجود أعراض ذهانية أو أعراض اضطراب مزاجي، بالتصنيف التقليدي المألوف اضطرابات عصابية وليس ذهانية، يقوم الفاحص باستخدام نموذج الفحص للاضطرابات المألوفة (ملحق رقم 2) وتوثق النتائج والخطة العلاجية وفق نموذج المقابلة أو بيانات الفحص النفسي للتعذيب المقترح (ملحق رقم 1)، يمكن إجراء تدريب مفصل للاختصاصيين النفسيين الليبيين في كيفية استخدام هذه الأدلة بطريقة مهنية ومتسلسلة.

الملحق رقم (2) يبين نموذج الفحص الذي يتكون من خطوات القياس النفسي والتقويم النفسي، ومن ثم التقييم للاضطرابات المألوفة (العصابية) والذي يمكّن اختصاصي الصحة العقلية من تقديم خدمة العلاج النفسي للمستفيد.

الناجين من التعذيب وإساءة استخدام المواد

لمجرد أن شخصا ما ناجٍ من التعذيب لا يعني أنه أكثر عرضة للإصابة بمشاكل تعاطي المخدرات أو الكحول. ومع ذلك، فإن الأشخاص الذين نزحوا قسراً من ديارهم بسبب النزاع المسلح أو انتهاكات حقوق الإنسان أو الاضطهاد هم أكثر عرضة لخطر تعاطي المواد الخطرة والضارة. غالباً ما يتطور تعاطي الكحول والمواد المخدرة بشكل ثانوي لدى الناجين من التعذيب كوسيلة لطمس الذكريات المؤلمة، وتنظيم التأثير، وإدارة القلق [40]، وهذا ما يطلق عليه مفهوم التطبيب الذاتي حيث يتكون اعتقاد خطأ وفق التعلم السلبي أن تعاطي هذه المواد سواء كانت مخدرات أو خموراً أو إساءة استخدام الأدوية هي طريقة مُثلى للمساعدة في الضغوطات التي تسببها آثار التعذيب.

تُعدّ إساءة استخدام المواد من المشكلات الرئيسية التي تواجهها ليبيا بسبب النزاع المسلح المستمر منذ سنة 2011 والتي ترتب عليها تهجير واعتقال وفقد وتردٍّ في مفاصل الحياة اليومية، وغياب القانون ومؤسسات الدولة وانهيار منظومة حماية الحدود وتهريب البشر والاتجار بالسلاح والجريمة المنظمة والجماعات المسلحة خارج القانون والإرهاب.

وتشير دراسة أجراها فتحي مفتاح العموري وآخرون (2017) إلى أن ليبيا تواجه وباء سريع النمو يتمثل في تعاطي المخدرات غير المشروعة وفيروس نقص المناعة البشرية. وتغذي هذا الوضع مجموعة معقدة من العوامل، وخاصة عواقب الاضطرابات السياسية والعسكرية لعدم الاستقرار، وعلى الرغم من أنه تم توثيقه على نطاق واسع في بيئات أخرى بأن الشباب هم واحدة من أكثر الفئات عرضة لكل من فيروس نقص المناعة البشرية وتعاطي المخدرات غير المشروعة، إلا أنه لم تستكشف أي دراسة هذه القضية بين الشباب في ليبيا. وتتناول الدراسة هذه الفجوة البحثية، وهي تستخدم مقابلات متعمقة تسترشد باستبيان شبه منظم. استخدمت فيه استراتيجية الحد الأقصى من التنوع وأخذ العينات الهادفة من المشاركين من الذكور والإناث، الذين تتراوح أعمارهم بين 14 و18 عاماً، من المدارس والسجون ومراكز إعادة التأهيل غير الرسمية المجتمعية في طرابلس، ليبيا. وكان المجموع، 31 مشاركاً: 6 من الإناث و25 من الذكور. وكان 16 مشاركا من السجناء والمقيمين في مراكز إعادة التأهيل وإعادة التأهيل المجتمعية غير الرسمية، و15 مشاركا في المدارس.

وشملت عوامل الخطر لتعاطي المخدرات تأثير الأقران، وزيادة توافر المخدرات والقدرة على تحمل تكاليفها، وتعطيل الحياة الاجتماعية والأنشطة الترفيهية الصحية، ومحنة الحرب والخسائر الناجمة عنها. وتتمثل عوامل الحماية في المعتقدات والممارسات الدينية، والترابط الجيد بين الوالدين والطفل، وارتفاع احترام الذات والتطلع إلى المستقبل.

وكانت عوامل الخطر للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية هي عدم كفاية المعرفة المتعلقة بانتقال فيروس نقص المناعة البشرية وممارسات الحقن غير المأمونة، مثل تقاسم الإبر وأدوات الحقن، وتوصلت النتائج إلى أن العوامل الفردية والشخصية والعائلية تفاعلت لتشكيل ضعف الشباب أمام تعاطي المخدرات والإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية في طرابلس، ليبيا.

وتوفر العوامل الهيكلية، بما في ذلك زيادة توافر العقاقير والقدرة على تحمل تكاليفها، الإطار الذي تعمل فيه عوامل أخرى، مثل تأثير الأقران، وعدم كفاية المعرفة بتعاطي المخدرات، وفيروس نقص المناعة البشرية.

وتؤثر في زيادة تعرض الشباب للمخدرات وفيروس نقص المناعة البشرية، في حين أن المعتقدات الدينية والترابط بين الوالدين والطفل هي عوامل وقائية مؤثرة. وثمة حاجة ماسة إلى بذل جهود ودراسات متعددة القطاعات لإجراء تقييم كمي لحجم هذه المشاكل وتوزيعها [41].

وبالرغم من صعوبة وجود بيانات موثقة عن الناجين من التعذيب في ليبيا وعن الاضطرابات النفسية الناتجة عن التعذيب بشكل عام وإساءة استخدام المواد - فإن العديد من المؤسسات الحقوقية والمؤسسات الدولية التي تقدم خدمات للمعتقلين بينت تقارير عديدة حول المهاجرين المحتجزين في ليبيا والمشكلات النفسية التي يعانون منها [42]. والبيانات المتعلقة بالسكان المحليين الليبيين تعاني من انعدام التوثيق سواء من السلطات المحلية أو من المؤسسات الدولية الرسمية وغير الحكومية المحلية والدولية.

والوضع في أمس الحاجة لإجراء إحصائيات موثقة بشكل علمي لتسهيل تقديم خدمة إعادة التأهيل. ومن خلال خبرتي في المجال، وخاصة في الفترة 2013 إلى الوقت الحالي، ومن خلال عملي مع مؤسسة تعمل في قطاع التأهيل النفسي للأشخاص الذين يعانون من اضطراب إساءة استخدام المواد (الإدمان) والأفراد الذين يعانون من اضطراب التشخيص المزدوج من الذكور - يمكن القول إن نسبة دالة من الليبيين الذين يطلبون خدمة إعادة التأهيل من اضطراب الإدمان قد تعرضوا للخطف أو الاعتقال غير القانوني وتعرضوا للتعذيب وإساءة المعاملة، وتشكل عدداً متزايداً من طالبي الخدمة من الفئات العمرية 18 إلى 50 سنة، وهؤلاء تم تشخيصهم بالإصابة باضطرابات شخصية واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وإساءة استخدام المواد الذي يشمل بنسبة أكبر تعاطي المخدرات غير القانونية من الامبيفيتمنات والمورفينات والحشيش والبانجو وإساءة استخدام الأدوية مثل الأدوية المجدولة البينزودايزابين والبريجابلين وغيرهما، ونسبة أقل للإدمان على الخمور.

وتستخدم هذه المراكز برامج إعادة التأهيل لبرنامج ال 12 خطوة والماتركس ومنع الانتكاسة، وبرامج علاجية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة واضطرابات الشخصية، مع وجود مراكز متخصصة في مجال تأهيل الأفراد الذين يعانون من اضطراب التشخيص المزدوج، وتركزت الخدمة بالنسبة إلى الليبيين في برامج التأهيل بجمهورية مصر العربية، وقد لوحظ ازدياد معدل الطلب على الخدمة في عدد كبير من المراكز المتخصصة.

وتجري مناقشة قوية بشأن إمكانية تطبيق فئات التشخيص النفسي، حيث يتم تعريف التشخيص في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية المستخدم بشكل رئيسي في الولايات المتحدة الأمريكية [43]، والتصنيف الدولي للأمراض [44]، المستخدم أكثر في أوروبا. على وجه الخصوص فإن قابلية تطبيق مفهوم ومقاييس اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) موضع خلاف، وهناك دائما سؤال حول تطبيق فئات التشخيص وأوصاف الأعراض أو السلوك الذي تم تطويره في المجتمعات الغربية على أشخاص من البلدان النامية لديهم معتقدات ووجهات نظر شخصية أو سياسية أو دينية مختلفة تماماً.

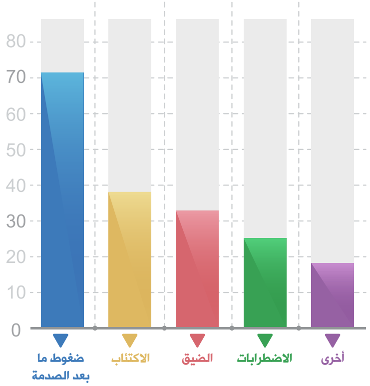
أحد الاختلافات الأكثر وضوحاً هو بين المجتمعات الفردية حيث غالباً ما يكون لتحقيق الأهداف الشخصية الأولوية على احتياجات الأقارب والتوقعات المجتمعية، والمجتمعات الجماعية التي تكون فيها احتياجات الأسرة والأدوار المحددة لها الأسبقية على التفضيلات الشخصية. الفرق الواضح الآخر هو الاعتقاد في حياة لاحقة تكافأ فيها المعاناة في هذه الحياة، وقد ظهر هذا في بعض الدراسات التي أجريت على الناجين من التعذيب في جنوب شرق آسيا [45].

يقوم الدليل الخامس DSM5 والدليل الحادي عشر ICD11 بعرض تشخيصات الاضطرابات الطب نفسية، وتطورات أدلة التشخيص الطب النفسي عبر سلسلة مرقمة من الإصدارات إلى أن وصلت إلى الأدلة المشار إليها سابقا، وعلى وجه التحديد يتم دائماً ربط التعذيب بـ **اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة Posttraumatic stress disorder PTSD**

حيث نسبة دالة من الأشخاص الذين تعرضوا للتعذيب يتم تشخيصهم بعد مرور وقت بهذا الاضطراب، كما تعتبر الأفعال التالية نتاجاً متوقعاً للعنف المنظم وهي:

- الاعتقال (و) التعذيب
- الحرب (قنابل، حريق، غاز، إصابات مروعة/موت).
- الإيذاء والمشقة.
- التطهير العرقي.
- الاغتصاب.
- الفجيعة والانفصال

وكل الأحداث المؤلمة الأخرى التي يمكن أن تحدث للأفراد الواقعين ضمن نطاق العنف المنظم. والشكل التالي يبين المشاكل النفسية الأكثر شيوعا نتاج عمليات التعذيب والعنف:



PTSD Depression Distress Somatic Anxiety [46]

من خلال الشكل رقم (1) تبين معدلات الاضطرابات النفسية الناجمة عن التعذيب وكل أشكال العنف المنظم، حيث يوضح الشكل البياني أن أعلى المعدلات هو اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة ويليه الاكتئاب ويليه الضيق والاضطرابات النفس جسمية وآخرها اضطراب القلق العام، وتشير الإحصائيات أن معظم الناس يتعافون ذاتيا دون علاج، وتتراوح معدلات الاضطرابات النفسية من ٪5 إلى ٪30، ومن العوامل التي تجعل بعض الأشخاص أكثر عُرضة النوع (الجنس) والصدمات السابقة وضغوط الحياة المتزامنة وصغر السن وشدة الصدمة وعواقب الحدث المدمر والخسائر والإعاقة الجسدية مثل تشوهات آثار الصدمة وغيرها، وعند بعض الناس تظهر نتائج الصدمة في وقت متأخر وتكون مزمنة.

الاستجابات النفسية والاجتماعية لمجتمع يعاني من الصدمة

- هناك حاجة إلى عملية منظمة لتحديد:

- الأشخاص المعرضين للخطر
- الموارد اللازمة
- التدخلات القائمة على الأدلة في مراحل مختلفة

- تدعم الممارسة القائمة على الأدلة وتوفر:

- الحد من التأثير السلبي
- تعزيز القدرة على الصمود
- تسهيل الاستجابات التكيفية

الأحـــداث الصـــادمة الشـــائعـــة

- الاعتقال (و) التعذيب.
- تطهير عرقي.
- الحرب (قنابل، حريق، غاز، إصابات مروعة/موت).
- اغتصاب.
- سنوات من الإيذاء.
- مشقة شديدة.
- الفجيعة والانفصال.
- جميع الأحداث الصادمة الأخرى، يمكن أن يكون كل ما سبق.

تتضمـــن أعـــراض الصـــدمة التالـــي:

- الأفكار أو الصور النهارية المتطفلة المتكررة للصدمة.
- الكوابيس المؤلمة المتكررة.
- الاضطراب العاطفي الشديد أو ردود فعل فسيولوجية عند التذكير بالصدمة.
- الشعور باليقظة أو الحذر دون سبب.
- استجابة ذهول مبالغ فيها وتهيج ملحوظ.
- التركيز أو مشاكل الذاكرة قصيرة المدى.
- الشعور بالبعد أو الانقطاع عن الآخرين.
- تبلد العواطف وعدم الاهتمام أو المتعة والمزاج المكتئب.
- اضطراب الشهية أو الاضطرابات التحفيزية.
- اليأس والأفكار الانتحارية وتجنب الأفكار أو المواقف التي تكون تذكيرًا بالصدمة.[47]

إعادة التأهيل الشامل

يهدف الجلاد إلى "قتل" شخص دون التسبب في وفاته، حيث يستخدم التعذيب لتفتيت شخص ما وكسره وتدميره، وبهذا تهدف إعادة التأهيل المساعدة على إعادة تجميع الفرد الذي دمر حياته الجلاد. للتعذيب تأثير مدمر لدرجة أن الأفراد الناجين قد يحتاجون إلى المساعدة على عدد من المستويات لإعادة بناء حياتهم بشكل فعال. تأخذ إعادة التأهيل الشاملة في الاعتبار الاحتياجات المتنوعة والمعقدة للناجين من التعذيب.

يشمل الفهم الشامل لإعادة التأهيل الفروع التالية:

1. الشق القانوني والمتعلق بالعدالة.
2. التعافي أو الشق الإكلينيكي.
3. الدعم العملي أو الاجتماعي.
4. إعادة الإدماج وزيادة الوعي بالتواصل الاجتماعي.

الهدف من إعادة التأهيل الشامل هو مساعدة الناجين في إعادة بناء حياتهم والشعور بالصحة والأمان والكمال مرة أخرى. تسعى برامج إعادة التأهيل الشامل جاهدة إلى ضمان أن الناجين ليسوا فقط مكتفين ذاتياً، ولكن تتعزز لديهم القدرة أيضا بالمشاركة مع مجتمعهم والمساهمة فيه بشكل فعال.

يمكن اتباع العديد من النهج المحتملة لإعادة التأهيل الشامل. وسيعتمد النهج الخاص الذي يستخدمه أي فرد من الناجين من التعذيب على ظروفه واحتياجاته. تشمل بعض النهج المحتملة ما يلي:

- العلاج النفسي والطبي - المشورة النفسية، والدعم (على المدى القصير إلى الطويل)
- المساعدة الطبية الفردية لمعالجة الأضرار الجسدية، وتخفيف الألم، وفقدان الحركة
- الدعم المهني
- الدعم الاجتماعي
- التكامل المجتمعي
- العمل الجماعي
- العلاجات البديلة، بما في ذلك: نشاطات كالبستنة - الكتابة - الفن - الموسيقى - مهارات العمل

يجب أن تكون برامج إعادة التأهيل الشاملة مرتبطة بشكل وثيق بحاجات ومتطلبات وصوت الناجين من التعذيب، حيث تعبر حقوق الإنسان عن الأفراد والمجتمعات ذوي المصلحة للبرامج، وأن يكونوا جزءًا أصيلًا، وليس أداة أو وسيلة أو هدفًا لمؤسسة أو جهات معينة. وهذه عملية تضمن حق النمو الإنساني الدينامي.

ووفقا لوثيقة مجموعة الأمم المتحدة الإنمائية، فإن النهج القائم على حقوق الإنسان إزاء التعاون الإنمائي من أجل التوصل إلى وضع مشترك بين وكالات الأمم المتحدة، ينبغي أن تتضمن البرامج والخدمات التي تسعى جاهدة إلى إدماج نهج قائم على الحقوق العناصر التالية:

1. يتم الاعتراف بالناس بوصفهم جهات فاعلة رئيسية في تنميتهم، وليسوا متلقين سلبيين للسلع والخدمات.
2. المشاركة وسيلة وهدف على حد سواء.
3. الاستراتيجيات هي التمكين وليس عدم التمكين.
4. يتم رصد كل من النتائج والعمليات وتقييمها.
5. تركز البرامج على الفئات المهمشة والمحرومة والمستبعدة.

6. عمليات التطوير تكون مملوكة محلياً.
7. تهدف البرامج إلى الحد من التفاوت.
8. يتم استخدام النهج من أعلى إلى أسفل ومن أسفل إلى أعلى بهدف تحقيق التآزر.
9. يتم استخدام التحليل الظرفي لتحديد الأسباب الفورية والكامنة والأساسية للمشاكل التنموية.
10. تستخدم الأهداف والغايات القابلة للقياس عند وضع البرامج.
11. تطوير الشراكات الاستراتيجية واستدامتها.
12. تدعم البرامج إمكانية المساءلة أمام أصحاب المصلحة [48].

وفيما يتعلق بإعادة تأهيل الناجين من التعذيب في ليبيا اجتمع أعضاء المجلس الدولي لمراكز إعادة التأهيل في **عمان الأردن (2014)** حيث أكد الاجتماع مساعدة الأعضاء الجدد بشكل عام وليبيا بشكل خاص من أجل تأسيس مركز لإعادة تأهيل ضحايا التعذيب في طرابلس ليبيا[49]. وقد قامت لجنة من الخبراء بإعداد دليل تأسيس وإدارة مراكز إعادة تأهيل ضحايا التعذيب والعنف المنظم في ليبيا ودول منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا التي تعاني من الصراعات والعنف. وقد اشتمل هذا التقرير المشار إليه في المراجع على دليل يشمل إعادة تأهيل ضحايا التعذيب، وعلى تعريف التعذيب الجسدي والنفسي والتعذيب والاحتياجات النفسية والتعذيب والاضطرابات النفسية. وللمزيد من المعلومات يمكن الاطلاع على الدليل المعد من مجموعة من الخبراء في تخصصات علمية مختلفة[50].

وهناك برامج لأدلة تأهيلية، ومنها دليل مجموعة علاج نفسي جمعي للعمل مع الناجين من التعذيب، وهذا الدليل أعدّه مركز ضحايا التعذيب بمينيسوتا الولايات المتحدة الامريكية العام 2003م، وهو دليل يتناول بشكل مفصل مجموعات علاجية علاجًا معرفيًا سلوكيًا للناجين من التعذيب. ولمزيد من الاطلاع يمكن العودة إلى الدليل المشار إليه[51].

وهناك برامج للمساعدة الذاتية تشمل البعد الروحي والنفسي والاجتماعي والمهني، ومن أبرزها برامج التعافي 12 خطوة للأشخاص الذين يعانون اضطراب إساءة استخدام المواد بشكل عام والأفراد الناجين من التعذيب ويعانون من هذه الاضطرابات، وهناك مراكز عديدة تدير برامج إعادة التأهيل التي تختلف بشكل نوعي عن المفهوم التقليدي لمستشفيات الطب النفسي، هذه المراكز تسمى بيوت التعافي أو مراكز منتصف الطريق، وتقوم بإعادة التأهيل وفق برامج متنوعة تضع أهدافًا يومية للتعافي وأهدافًا أسبوعية وأهدافًا مرحلية، وهي تعتمد على المشاركة النشطة من قبل المستفيد، فهو عنصر أساسي في البرامج ويمكن اختصار غاياتها إلى:

1. **مرحلة أولى:** تركز على المستفيد وكيفية التعافي وبدء النمو النفسي الاختياري والفعال بعد التجربة المدمرة التي مر بها بعد نجاته من التعذيب ومحاولة عودته الى حياته الاجتماعية والمهنية.
2. **إساءة استخدام المواد بالنسبة إلى الناجين من التعذيب، الاعتبارات السريرية:**

قصة الصدمة هي محور تقييم المدخل للعلاج أثناء جمع قصة الصدمة:

1. السؤال عن الزيادة في السلوكيات عالية الخطورة مثل الجنس غير الآمن وتدخين السجائر وتعاطي المخدرات.
2. فحص الاستخدام الإشكالي والاستفسار عن بداية تعاطي المخدرات، حيث قد لا يكون قد بدأ بعد التجربة المؤلمة التغلّب على الخوف.
3. إلقاء اللوم على الضحية، وبروتوكول العلاج: الاستفادة من الدعم الاجتماعي في التعافي من مشاكل الكحول أو المخدرات، والتي تشمل الجوانب النفسية والقانونية.
4. تمكين المستخدم والأسرة والمجتمع من خلال إشراكهم في النهج المجتمعية والإجراءات المنسقة.
5. التركيز على الفرد بكل شؤونه وعوامل الخطر الخاصة به وكذلك الوسط الاجتماعي الذي تحدث فيه هذه المشاكل حيث يؤثر تعاطي الكحول والمواد المخدرة على المجتمع كله، وليس فقط على المستخدم الفردي.
6. التعرف على المخدرات والكحوليات الشائعة الاستخدام في ثقافة عملائك لتنفيذ التدخلات الشاملة التي تعالج الفرد علاجاً تاماً ناجعاً وتلبي الاحتياجات الفورية مثل السكن والتوظيف والرعاية القانونية والروحية والطبية والنفسية.
7. تثقيف العملاء حول الآثار الطبية والنفسية وتأثير تعاطي المخدرات على علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وتعاطي المخدرات على طول مسارات متوازية؛ لأن الصدمة وتعاطي المخدرات مرتبطان ارتباطاً وثيقاً.
8. تقييم العلاج: تقييم الدافع للتغيير (الفعالية). إذا كان العميل لا يعتقد أنه يمكن أن يشفى ويصبح "شخصا كاملا مرة أخرى" ويستخدم مواد لعلاج هذا الألم، فقد يكون علاج تعاطي المخدرات مشكلة.
9. إذا كان شخص ما لا يتحسن، ففكِّر في إصابة مؤلمة في الرأس، وتذكر جيدا أن مرضى الهوس الخفيف ثنائي القطب الذين يسيئون استخدام المواد معرضون لخطر كبير للانتحار أو العنف (يمكنك استخدام الملحق رقم (2) الخاص بقياس الحالة العقلية).
10. المرضى المدمنون أو الذين يعتمدون على البنزوديازيبينات (الأدوية المجدولة) والأدوية الموصوفة طبياً يمكن أن يكونوا خطرين للغاية على المعالج (52).

العلاجات الرئيسية لاضطراب ما بعد الصدمة هي العلاج المعرفي السلوكي (CBT)، والعلاج بالتعرض السردي (NET).

في الواقع، غالباً ما يتضمن العلاج المعرفي السلوكي جلسات التعرض، وقد أوصى به المعهد الوطني للصحة والتميز العيادي لعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى السكان غير اللاجئين. التعرض هو ممارسة الانتباه المنهجي إلى الإشارات التي تم الخوف منها وتجنبها والمتعلقة بالصدمة، بهدف إطفاء الارتباط المستفاد بين تلك الإشارات والاستجابات. ومع ذلك يكون هذا أبسط عندما يكون هناك حدث واحد بدلا من أحداث متعددة، على الرغم من أنه في حالة واحدة قد يتم توليد الخوف من خلال إشارات متعددة في عدة طرائق (بصرية، سمعية، شمية، لمسية، مستقبلية). وترد بعض الشواغل المتعلقة بتطبيق التعرض بالتفصيل في الاستعراض الذي أجراه نيكرسون وآخرون[53].

الأمــــــراض المتزامنــــــة

يسبب اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة اضطرابات نفسية أو تصبح مصاحبة له مثل الاكتئاب MDD وإساءة استخدام المواد substance misuse والقلق Anxiety، وقد تكون العواقب متمثلة في الحدث نفسه مثل الخسائر والإعاقة والتشوهات، وقد تظهر ردود الفعل متأخرة، وهي ترتبط بزيادة تدريجية في التحفز، وقد يسبقها اكتئاب، وقد يكون اضطراب ما بعد الصدمة مزمناً.

قاعــــــدة الأدلــــــة بخصــــــوص التدخــــــلات العلاجيــــــة

بيَّن التحليل المركز ل van Etten & Taylor, 1998 333، Bisson & Andrew, 1999Bradley et al, 2005 444، Bisson et al 2007، Seider & Wagner, 2006- أن العلاجات التي تركز على ذاكرة الصدمة مثل العلاج المعرفي السلوكي المركز نحو الصدمة TFCBT، وعلاج إزالة حساسية العين للصدمات EMDR أكثر فاعلية باستمرار مقارنة بالعلاجات غير المركزة بالصدمات [54].

قد لا توجد أدلة بحثية كافية تشير إلى العلاجات النفسية التي لا تركز على الصدمة على أنها ناجعة في التعامل مع أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، مقارنة بالعلاجيات التي تركز على الصدمة مثل علاج معرفي سلوكي مركز نحو الصدمة أو علاج التعرض السردي أو إزالة حساسية العين للصدمات [55].

علاج الـمشــــــكلات النفســــــية الناتجــــــة عن التعذيــــــب

هناك بعض المراجعات والملاحظات عن الاضطرابات المرتبطة بالصدمة الناتجة عن العمل مع الناجين من التعذيب، وكذلك مع اللاجئين في كثير من الدول، وهذه العلاجات لا تستخدم مع الناجين من التعذيب أو الآثار النفسية الناتجة من التعذيب فقط، ولكنها تتبنى مدى أوسع لبيانات جُمعت وروجعت للعلاجات الناجعة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة PTSD، ووفقا للجمعية الأمريكية لعلم النفس APA يتم تقييم التدخلات العلاجية الأكثر شيوعا والمثبتة وفق أدلة بحثية. وضعت جمعية علم النفس الأمريكية (APA) مبدأ توجيهيا للممارسة السريرية (CPG) لتقديم توصيات بشأن العلاجات النفسية والدوائية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) لدى البالغين.

هذه الورقة هي ملخص ل CPG، بما في ذلك عملية التطوير. استخدم أعضاء فريق تطوير المبادئ التوجيهية (GDP) مراجعة منهجية شاملة أجراها معهد مثلث البحوث - مركز الممارسة القائمة على الأدلة بجامعة نورث كارولينا (RTI-UNC EPC) كقاعدة أدلة أساسية (Jonas et al.، 2013). يتكون أعضاء فريق وضع المبادئ التوجيهية Members of the guideline development panel من المهنيين الصحيين من علم النفس والطب النفسي والعمل الاجتماعي وطب الأسرة بالإضافة إلى أفراد المجتمع الذين عرفوا أنفسهم بأنهم مصابون باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. تم اختيار الحد من أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والأضرار الجسيمة من قبل أعضاء فريق وضع المبادئ التوجيهية كنتائج حاسمة لتقديم التوصيات.

يوصـي أعضـاء فريـق وضـع المبـادئ التوجيهيـة بشـدة باسـتخدام العلاجـات - التدخـلات النفسـية التاليـة (بالترتيـب الأبجـدي حسـب اللغـة الإنجليزيـة) للبالغيـن الذيـن يعانـون من اضطـراب ضغـوط ما بعـد الصدمة: العـلاج المعرفـي السـلوكي، والعـلاج بالمعالجـة المعرفيـة، والعـلاج المعرفـي، والعـلاج بالتعـرض لفتـرات طويلة. يوصي أعضاء فريق وضع المبادئ التوجيهية بشـكل مشـروط باسـتخدام العلاج النفسـي الانتقائي القصيـر، وإزالـة حساسـية حركـة العيـن وإعـادة معالجتهـا (EMDR)، والعـلاج بالتعـرض السـردي (NET).

بالنسـبة إلـى الأدويـة، يوصـي أعضـاء فريـق وضـع المبـادئ التوجيهيـة بشـكل مشـروط بمـا يلـي (بالترتيـب الأبجـدي): **Fluoxetine, Paroxetine, Sertraline, and Venlafaxine**. لا توجـد أدلـة كافيـة للتوصيـة مـع أو ضـد تقديـم علاج البحث عن السلامة والاسترخاء والعلاج الدوائي **Risperidone, and Topiramate** [56].

العــــلاج المعرفـــي الســــــلوكي

اضطـراب ضغـوط مـا بعـد الصدمـة PTSD يحـدث بسـبب تعـرض الشـخص لحـدث صـادم سـواء كان ناجيـاً مـن التعذيـب أو لأسـباب أخـرى مـن خـلال:

- الشخص الذي تعرض لحدث أو أحداث شهدها أو واجهها بشكل مباشر.
- والتـي تنطـوي علـى قتـل فعلـي أو التهديـد بـه أو إصابـة خطيـرة أو تهديد للسـلامة الجسـدية لـلذات أو للآخرين.
- تضمـن اسـتجابة الشـخص خوفـا شـديدا أو عجـزا أو رعبـا، وقـد يكـون بسـبب حـرب أو كـوارث طبيعيـة أو حـوادث أو اعتقـال أو تعذيـب.

ومعياريـة التشـخيص تكـون مـن خلال إعادة المعايشـة اللاإراديـة للحدث، والتجنب والإثـارة والتحفز والضيق والضعـف الوظيفـي. وقـد يكـون اضطـراب ضغـوط مـا بعـد الصدمـة متزامنًـا مـع نوبـات الاكتئـاب وإسـاءة اسـتخدام المـواد والقلـق، وتكـون العواقـب مدمـرة مثـل الحـدث نفسـه، ضمـن الخسـائر والإعاقـة والتشـوه. وردود الفعـل يمكـن أن تظهـر متأخـرة، وغالبـا مـا يرتبـط بزيـادة تدريجيـة فـي الإثـارة والتحفـز ويسـببه الاكتئـاب، كمـا قـد تكـون ردود الفعـل مـا بعـد الصدمـة مزمنـة لـدى البعض. ارجـع إلـى اختبار ضغـوط ما بعد الصدمـة (**الملحـق رقـم 2**).

يشـير (Ozer et al 2003) إلـى أن متنبئـات الصدمـة ترتبـط بــالصدمات النفسـية السـابقة والتوافـق النفسـي المسـبق والتاريـخ العائلـي بالنسـبة إلـى الأمـراض النفسـية، وتهديـدات الحيـاة المتوقعـة والدعـم الاجتماعـي مـا بعـد الصدمـة والاسـتجابات العاطفيـة المحيطـة بالصدمـة [57]. وفـي دراسـة تحليـل مركـز لتأثيـر مفهـوم Peritraumatic dissociation - والتـي تعـرف بأنهـا مجموعـة معقـدة مـن ردود الفعـل فـي وقـت الصدمـة تشـمل تبـدد الشـخصية، وفقـدان الإدراك، وفقـدان الذاكـرة الانفصالـي، والتجـارب خـارج الجسـم، والخـدر العاطفـي، وتغيـر إدراك الوقـت - وُجـد أنـه أقـوى مؤشـر علـى أعـراض اضطـراب مـا بعـد الصدمـة اللاحقـة مقارنـة بعوامـل الخطـر المحتملـة الأخـرى مثـل تاريـخ الصدمـة السـابق، وتهديـد الحيـاة المتصـور أثنـاء الصدمـة، والدعـم الاجتماعـي بعـد الصدمـة (58).

وفيمـا يتعلـق بالمسـار المرضـي لاضطـراب ضغـوط مـا بعـد الصدمـة، فإنـه يشـمل المعتقـدات والعواطـف السـلبية والتنشـيط التلقائـي للمعرفـة الحسـية.

ذاكــــرة الصـــدمة

من بين الظواهر التي تحتاج إلى تفسير الأنواع المختلفة من الذاكرة التي لوحظت في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وتحديدا الفرق بين ذكريات الماضي والذاكرة السياقية العادية (التي تستخدم في الحياة اليومية لتذكر الأحداث الماضية العادية) [59] تحدث هذه الأعراض عادة بعد التجارب الصادمة، ولكن في الغالبية العظمى من الحالات يتم حلها تلقائيا. ما الخطأ الذي يحدث في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة؟ تتضمن بعض طرق العلاج التي تبدو أكثر فعالية إنشاء سرد للتجربة المؤلمة، ووضعها في نوع من السياق. لماذا هذا هو الحال؟

الصور اللاإرادية والذكريات البصرية بارزة في العديد من أنواع الأمراض النفسية. المرضى الذين يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، واضطرابات القلق الأخرى، والاكتئاب، واضطرابات الأكل، والذهان غالبا ما يبلغون عن تدخلات بصرية متكررة تتوافق مع عدد صغير من الأحداث الحقيقية أو الخيالية، وعادة ما تكون حية للغاية ومفصلة وذات محتوى محزن للغاية. يبدو أن كلًا من الذاكرة والصور يعتمدان على شبكات مشتركة تشمل مناطق الفص الجبهي الإنسي، والمناطق الخلفية في القشرة الجدارية الإنسية والجانبية، والقشرة الصدغية الجانبية، والفص الصدغي الإنسي.

تتضمن الأدلة من علم النفس المعرفي وعلم الأعصاب قواعد عصبية متميزة للتمثيلات المجردة والمرنة والسياقية (C-reps) والتمثيلات غير المرنة والمرتبطة بالحواس (S-reps). نظرية التمثيل المزدوج لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لوضعها ضمن نموذج الأنظمة العصبية للذاكرة والصور الصحية. يستخدم النموذج المنقح لشرح كيفية ظهور الأنواع المختلفة من التدخلات البصرية المؤلمة المرتبطة بالاضطرابات السريرية، من حيث الحاجة إلى التفاعل الصحيح بين الأنظمة العصبية التي تدعم S-reps وC-reps عبر الذاكرة العاملة البصرية المكانية [60].

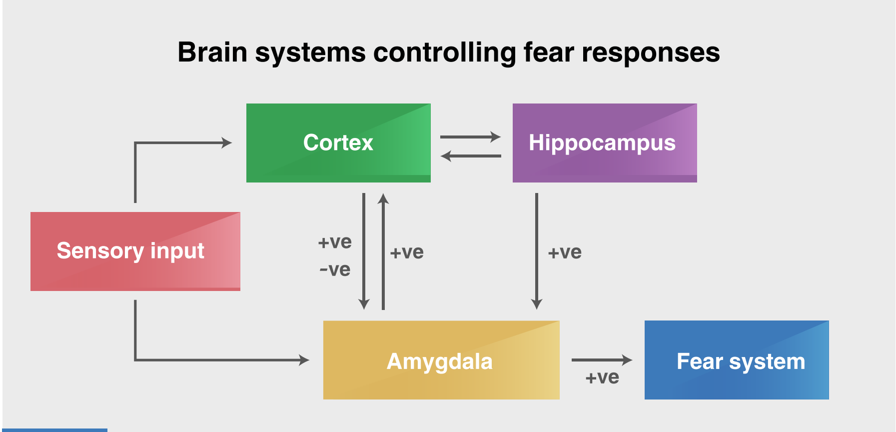
الذاكـــرة الثنائيـــة

يوجد نظامان للذاكرة، في الدماغ، يعتقد أن هناك طريقتين رئيستين لتذكر الحوادث المؤلمة (نموذج التمثيل المزدوج - انظر الرسم البياني أدناه)[61]. النظام غير اللفظي (الذاكرة التي يمكن الوصول إليها بشكل ظرفي - SAM) وهو بدائي للغاية من الناحية التطورية. أعضاء الحواس قادرة على تمرير الرسائل بسرعة كبيرة، باستخدام المسارات تحت القشرية، إلى جزء من الدماغ يسمى اللوزة الدماغية، والتي تثير مشاعر الخوف. طريق النقل هذا "سريع وقذر" بمعنى أن المعلومات تنتقل بسرعة، ولكن يتم تحليلها بشكل فظ فقط.

الذكريات التي يتم إنشاؤها بهذه الطريقة لا تمحى، ولكن يمكن استبدالها بذكريات جديدة تنطوي على مناطق أعلى (قشرية) في الدماغ. هناك القليل من التمييز في التفاصيل أو السياق في نظام SAM. بمجرد أن يرتبط مزيج معين من المحفزات باستجابة الخوف، فإن نظام مطابقة النمط منخفض المستوى سيعيد خلق هذا الخوف عند إعادة مواجهة هذه المحفزات[62، 63].

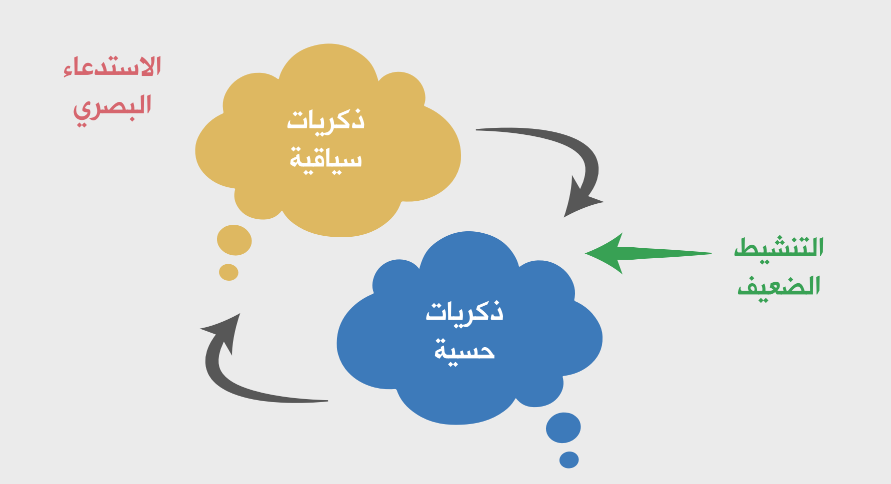
في اضطراب ما بعد الصدمة، تكون محفزات استجابة الخوف غير محددة نسبياً؛ وبالتالي، بالنسبة للناجي من التعذيب، قد تكون مشاهدة برنامج تلفزيوني يتضمن العدوان أو العجز كافية لإثارة ذكريات الماضي والعواطف الأولية.

نظام الذاكرة الثنائي شكل رقم (2):



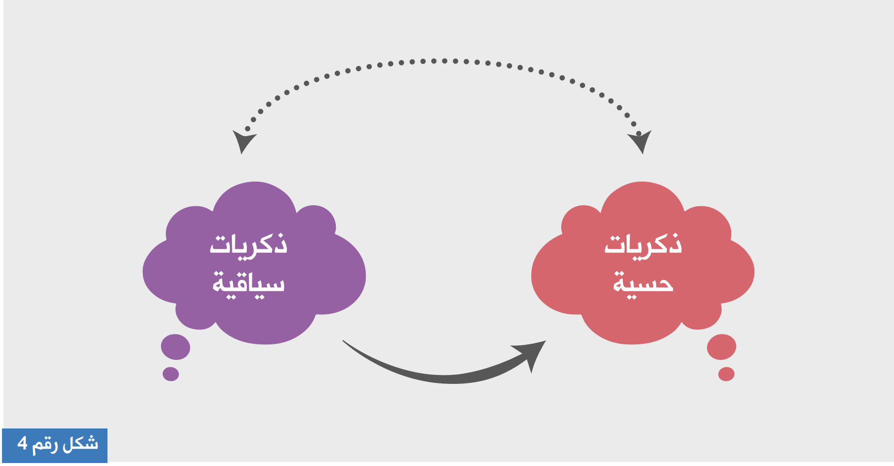
شكل رقم 2

والشكل رقم (3) يبين الذاكرة الطبيعية:



شكل رقم 3

أما الشكل رقم (4) يبين ذاكرة الصدمة:



شكل رقم 4

طبيعـــة الذاكـــرة:

الذاكرة التقريرية الذاكرة الإدراكية	الذاكرة غير التقريرية الذاكرة السياقية
السيطرة عليها تسلسل زمني ترتكز على السياق علامة الوقت	يتم تنشيطه تلقائيا من خلال: الإشارات الظرفية، الإشارات الداخلية تنشط حسياً عبر الجسد حسية، فسيولوجية، مجزأة لا توجد علامة للوقت، مفعلة الآن
الحصين Hippocampus	اللوزة المخية Amygdala

الخطوة الأولى التقييم، نظرة عامة:

هل اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة هو الاضطراب الرئيسي؟

الآثار الاجتماعية والجسدية.

الشكوى الحالية أو المشكلات الحالية للمفحوص:

بداية المشكلة Onset، مدى استقرار المستفيد، أي اضطرابات أخرى مثل الاكتئاب والخطورة على الذات والآخرين، والتأثير في العلاقات والعمل والأنشطة الأخرى، وتعاطي المخدرات، والتفكك. التأثير الرئيسي، وطرق التغلب، يُعدّ الملحق رقم (1) والملحق رقم (2) لهذا الدليل رئيسيان للتحديد أكثر.

تقييم الذاكرة:

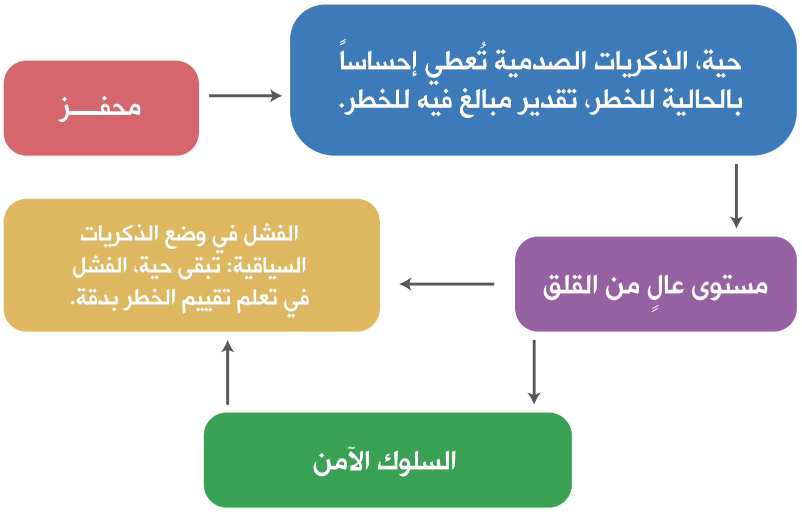
- طبيعة وتفاصيل الصور المتطفلة:

ذاكرة مجزأة مقابل استرجاع كلي، ذاكرة حية، والتكرار، التطفلات الرئيسية، المعنى، طرق التغلب، الأحداث الفعلية والتفاصيل.

- طبيعة الكوابيس وذكريات الماضي:

أي انفصال، إذا هناك انفصال، المحفزات، طرق التغلب، ذاكرة النوبة، الخطورة على الذات والآخرين.

شكل رقم (5) يبين نموذج معرفي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة [66].



شكل رقم 5

علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وفق النموذج المعرفي يتضمن الطرح التالي:

الصــــور التلقائيـــــــة:

الاستراتيجيات تقدم لتصغير المستوى العالي من التحفز والمرتبط بالصور والخيالات، بهذا يمكن أن يتم تمريرها إلى حالة سياقية. وهذا يعني تشكيل ذكريات تخضع للتقييم العقلاني. يُقضى على الإحساس بالخطر الحالي من خلال وضع الصور في سياق زماني ومكاني.

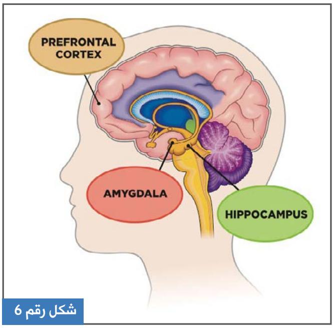
الصـــــدمة والدمــــاغ:

هذا تفسير مبسط للغاية لعملية معقدة للغاية. هناك ثلاثة أجزاء رئيسية من الدماغ تتأثر بشكل كبير بالتعرض لأحداث صدمة حادة أو مزمنة.

اللـــــــوزة الدماغيـــــة:

"مركز الخوف" في الدماغ. تساعد اللوزة الدماغية على تخزين الذكريات، وخاصة العواطف والأحاسيس الجسدية، وتتحكم في تنشيط هرمونات التوتر واستجابة الجسم للقتال أو الهروب.

في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، تصبح اللوزة الدماغية مفرطة في رد الفعل مما يسبب مستويات عالية متكررة أو قريبة من مستويات عالية من هرمونات التوتر.



والشكل رقم (6) يبين اللوزة المخية Amygdala

والحصين Hippocampus والقشرة ما قبل الجبهية Prefrontal cortex

الحصين: عمليات الحصين وذكريات الصدمة، من خلال إعادة تدوير الذاكرة، معظمها في الليل عن طريق الأحلام، والتي تحدث على مدى أسابيع أو أشهر. ومن ثم ينقل الذاكرة المخزنة المدمجة إلى جزء آخر من الدماغ. تؤدي المستويات العالية من هرمونات التوتر إلى تقلص الحصين أو عدم نموه، مما يؤدي إلى ضعف الوظيفة. صدمة الطفولة تبالغ في هذا التأثير. لذلك تظل ذاكرة الصدمة غير معالجة في الحصين، وتتفكك، وتكون مجزأة، وتشعر بأنها "حالية" بدلا من الماضي. (قد يولد بعض الأشخاص مع حصين أصغر مما يجعلهم أكثر عرضة للإصابة باضطراب ما بعد الصدمة).

القشرة قبل الجبهية: تساعدنا القشرة قبل الجبهية على تقييم التهديدات وإدارة العواطف وتخطيط الاستجابات والتحكم في الدوافع. إنها مركز التفكير العقلاني. تسبب صدمة الطفولة تخلف نمو القشرة ما قبل الجبهية؛ مما يؤدي إلى ضعف القدرة على تقييم التهديد من خلال التفكير العقلاني وإدارة العواطف والتحكم في الدوافع[67].

النتيجة الهيكلية الأكثر تكراراً هي تقليل حجم الحصين، مما قد يحد من التقييم والتصنيف المناسبين للتجربة. تشمل التغيرات الوظيفية الموضعية المكررة زيادة تنشيط اللوزة الدماغية بعد استفزاز الأعراض (والتي قد تعكس دورها في الذاكرة العاطفية) وانخفاض نشاط منطقة بروكا Broca's [68] في نفس الوقت (مما قد يفسر الصعوبة التي يواجهها المرضى في توضيح تجاربهم بكلمات أو وصفها).

اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة: المشغلات الحالية، يتذكر الحصين جزءاً من الذاكرة المجزأة والمتفككة - الفكر والصورة... إلخ، تتفاعل اللوزة الدماغية - الذاكرة العاطفية وذاكرة الجسم المعاد تنشيطها - "الصور المتطفلة" وإعادة تجربة الحدث، الذي يفسر على أنه تهديد حالي – طوارئ – هرمونات التوتر – استجابة للقتال/ الهروب، القشرة ما قبل الجبهية غير قادرة على ترشيد أو تحديد أن الوضع ليس تهديدا حالياً، ومن ثم الوضع آمناً، صعوبة في إدارة العواطف أو التحكم في الدوافع.
تعني محاولات الهروب أو تجنب الذكريات والمشاعر المؤلمة أن الذاكرة لا تتم معالجتها أبداً، لذلك تظل الأعراض مستمرة ومتكررة.

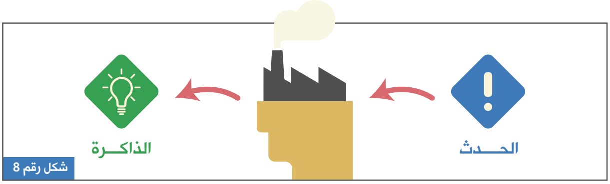
شكل رقم 7

الشكل رقم (7) يبين حالة الفرد المصاب
باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وعجزه
بشكل جزئي أو كلي عن متابعة حياته والاستمتاع بها.

العملية تحصل وفق السياق التالي:

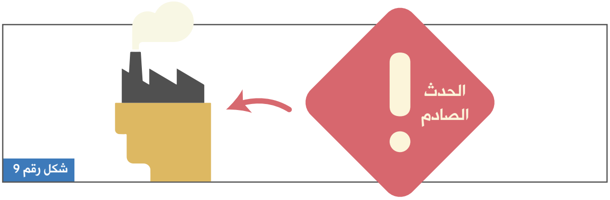
- المشغلات الحالية
- يتذكر الحصين جزءاً من الذاكرة المجزأة والمتفككة - الفكر والصورة وما إلى ذلك.
- تتفاعل اللوزة الدماغية - الذاكرة العاطفية وذاكرة الجسم المعاد تنشيطها - "الصور المتطفلة المعادة" وإعادة تجربة الحدث الذي يفسر على أنه تهديد حالي – طوارئ – هرمونات التوتر – استجابة للقتال/ الهروب.
- القشرة ما قبل الجبهية غير قادرة على ترشيد أو تحديد أن الوضع ليس تهديداً حالياً، ومن ثم الوضع آمن. صعوبة في إدارة العواطف أو التحكم في الدوافع.
- محاولات الهروب أو تجنب الذكريات والمشاعر المؤلمة تعني أن الذاكرة لا تتم معالجتها أبدا، لذلك تظل الأعراض.

معالجة الذكريات الصدمية



شكل رقم 8

شكل رقم (8) شرح مبسط لعملية معقدة جداً، حيث العقل يشبه المصنع وإحدى وظائفه هي معالجة أحداث الحياة حتى تصبح ذكريات. معظم أحداث الحياة ذات حجم وطبيعة يمكن للمصنع التعامل معها. ومع ذلك، في بعض الأحيان يكون الحدث شديدًا، مثل الصدمة، والتي هي ببساطة كبيرة جدا أو يصعب معالجتها والشكل رقم (9) يبين ذلك:

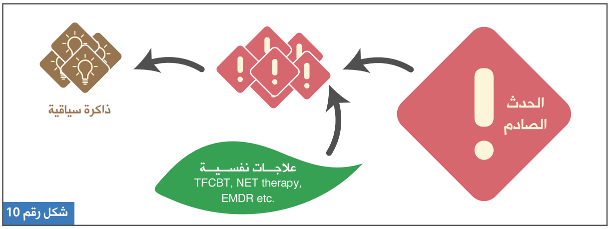


شكل رقم 9

يعجز الدماغ على معالجة الحدث لكي يصبح ذاكرة سياقية وفق نظام للذاكرة يسمى تكيف الذاكرة السياقية (Adaptation Information Processing - AIP)[69]. أي أن الحدث لا يتحول إلى ذاكرة، وهذا يعني أنه لا يزال مشكلة حية حالية يعجز فيها الفرد أن يكون هنا والآن، وفي كثير من الأحيان تحصل عملية الانفصال عن الواقع أو فقدان الديمومة، ويبقى الفرد في تداخل بين الآنية والماضي.

المواقف والأحداث الحالية التي تذكرنا بالصدمة الأصلية تدفعنا إلى ذكريات الماضي مما يعني أننا نعيد العيش ونعيد تجربة العواطف والأحاسيس الجسدية التي كنا نعاني منها في وقت الصدمة الأصلية. في تلك الأوقات العصيبة، نميل إلى الضغط على زر توقف في المصنع، كما أننا نتجنب المواقف التي من المحتمل أن تؤدي إلى تجارب "الصور المتطفلة المسترجعة" وهذا بسبب صعوبة أو استحالة معالجة الحدث وفق النموذج الذي تم طرحه.

نحتاج إلى التعامل الفعال مع الحدث الصادم حتى يتمكن "مصنعنا" من معالجته في ذكريات، وهذا يعني تعريض أنفسنا للتفكير في الحدث الصادم وتخيله، أو تعريض أنفسنا تدريجيا لمواقف حقيقية نتجنبها عادة أو فعل الأمرين. سيؤدي ذلك إلى الشعور بالضيق، ولكنه سيؤدي أيضا إلى قيام المصنع بمعالجة الحدث الصادم بفعالية، مما سيقلل بشكل كبير من الضيق على المدى الطويل.



شكل رقم 10

كيف تتم عملية علاج معرفي سلوكي مركز نحو الصدمة TFCBT؟

كيف تختلف إعادة معايشة الحدث عن الحديث عما حدث؟

يتم تخزين ذكريات الصدمة بشكل مختلف عن الذكريات الأخرى في أدمغتنا، وللسماح بقدر أكبر من السيطرة على هذه الذكريات من الأهمية بمكان ترتيبها وإعادة تقييم الإحساس الذي صنعناه بالأحداث وعواقبها. بعبارة أخرى، من أجل وقف إعادة المعايشة غير المرغوب فيها للحدث الصادم، سيتعين عليك أولا وقبل كل شيء استعادة الحدث عمداً. قد تعتقد جيدا أنك فكرت في الأمر بما فيه الكفاية بالفعل.

ربما كان عليك مناقشة الأمر مع الشرطة أو طبيبك أو محاميك أو عائلتك وأصدقائك. هذا ليس هو نفسه إعادة عيشه، فربما قمت بمناقشة الحدث مع العائلة أو الطبيب أو الشرطة، وهذا بالتأكيد ليس إعادة المعايشة في العلاج المعرفي السلوكي.

إعادة معايشة الحدث الصادم بالمعنى الحرفي تحتاج إلى وصف الذاكرة بتفاصيل دقيقة، حيث يتم إعادة معايشة الحدث بلغة المضارع، بما في ذلك الروائح والأصوات والمشاعر والأحاسيس الجسدية الموجودة في ذلك الوقت، على سبيل المثال إذا كنت سأقدم سردا عاديا حول إفطار اليوم صباحا ربما أبدأ حديثي بالقول "قامت زوجتي بإعداد الفطور بينما أنا أحاول إيقاظ نفسي بمزيد من الماء البارد على وجهي...إلخ"

إذا كنت سأمر بنفس الحدث في شكل إعادة معايشة "زوجتي تقوم بإعداد الفطور الصباحي، أسمع صوت الإناء الذي تملؤه ماء لسلق البيض، أشعر بأنني أحتاج إلى مزيد من الماء البارد لفتح عيني، وكما أشعر بأن زوجتي كثيرة الكلام والإلحاح صباحا وهي ستبدأ نفس الموشح بعد قليل، أفضل لو أني آخذ شطيرة وأخرج إلى السيارة بسرعة، ولكنني أيضا أجد متعة في تناول الفطور بكسل وتروٍّ، الأصوات التي تحدثها زوجتي في المطبخ تنبئ بقرب بداية الموشح اليومي.... إلخ". الوصف الأخير أكثر تفصيلا بكثير من الأول، ويتضمن المشاعر والأفكار التي عادة ما يقوم المرء بتحريرها من وصف الحدث، لكن هذا المستوى من التفاصيل أساسي لاستعادة الحدث الصادم من أجل بناء حساب مفصل في الوضع الطبيعي.

المكان الذي يتم فيه تخزين الذكريات. من غير المحتمل جدا أن تكون قد وصفت ما حدث لك بهذه الطريقة. والشكل رقم (11) يوضح الفرق بين ذكريات الصدمة والذكريات العادية.

ذكريات الصدمة	ذكريات عادية سياقية
حية جداً ويمكن أن تشمل الصور الأحاسيس الجسدية	أقل حيوية بكثير ولا تكون مصحوبة عموما بأحاسيس جسدية قوية
ليس بالضرورة أن تكون في ترتيب معقول: كثير من الأجزاء المهمة تكون مفقودة.	عادة ما تكون في ترتيب معقول: عادة ما تكون الأجزاء المهمة معروفة.
ليس لديك إحساس حقيقي بالوقت المنقضي منذ الصدمة: تشعر كما لو أن الصدمة قد حدثت للتو، أو لا تزال تحدث.	لديك وعي بالوقت المنقضي منذ الحدث الذي تم تذكره: الحدث موجود بقوة في الماضي.
غير مرتبطين بالأشياء التي نعرفها في موقعنا كذكريات عادية: يتم تجميدها في وقت معين ولا تأخذ في الاعتبار ما يعرفه الشخص الآن إذا كان صحيحاً.	ترتبط بذكريات أخرى تشكل قصة حياة واحدة.
يتم تشغيلها بسهولة عن طريق التذكيرات في البيئة مثل الأصوات والروائح التي قد يكون الشخص أو لا يكون على علم بذلك.	يتم تشغيلها من خلال محاولة تذكر أو استدعاء شيء ما.

شكل رقم 11

من المحتمل أن تكون الأفكار المتطفلة وذكريات الماضي والكوابيس هي محاولة دماغنا الأولية لفهم الأشياء ووضعها في نوع من النظام. ومع ذلك، فهي غير سارة لدرجة أن العديد من الناس يطورون استراتيجيات لتجنبها وتقصيرها قدر الإمكان. قد يعني هذا أنه لا يمكن معالجة الذكريات بشكل صحيح.

تحذير مهم جداً: لا يقوم الاخصائي النفسي بإجراء علاج معرفي سلوكي مركز نحو الصدمة بمجرد قراءة بحث أو مقالة أو كتاب أو الاطلاع على هذه المعلومات، وانما يحتاج إلى تدريب إكلينيكي وإشراف إكلينيكي من مختصين مؤهلين ومؤسسات مؤهلة.

ومن المؤسسات المتخصصة في مجال العلاج المعرفي السلوكي أكاديمية أرون بيك للعلاج المعرفي[70] ومركز أوكسفورد للعلاج المعرفي[71].

كيف يعمل علاج إزالة حساسية العين للصدمات EMDR؟

علاج إزالة حساسية العين للصدمات EMDR

يضع العلاج نظام معالجة المعلومات في الدماغ أولا وقبل كل شيء في كل من تطوير وعلاج علم الأمراض. عمل هذا النظام على أخذ الأحداث المزعجة وإجراء التوصيلات المناسبة التي تسمح بعودة التوازن العاطفي. على سبيل المثال، قد يتسبب الشجار مع أحد أفراد العائلة في أن يكون لدينا مشاعر وأفكار وردود فعل سلبية على الجسم، ولكن عادة ما يتم حلها من خلال التفكير في الأمر وخلال فترة نوم حركة العين السريعة (REM). قد ينتهي بنا الأمر إلى الشعور، لا بد أنه كان يمر بيوم سيئ. لقد مررنا بتجارب جيدة من قبل ويمكننا حل هذا الخلل.

يحدث هذا القرار لأن دماغنا قد أجرى التوصيلات المناسبة، وتختفي ردود أفعالنا السلبية. ولكن عندما يكون الحدث مزعجا للغاية يمكن أن يطغى على نظام معالجة المعلومات، ويتم تخزين هذه التجربة السلبية في الذاكرة جنبا إلى جنب مع المشاعر غير السارة والأحاسيس الجسدية والمعتقدات. نظرا لأن كل ما يحدث في الوقت الحاضر يرتبط بشبكات الذاكرة المراد تفسيرها، فإن أي لقاء مستقبلي مع الشخص يمكن أن يؤدي إلى هذه الذكريات غير المعالجة وتنشأ الاستجابات السلبية. لمزيد من المعلومات حول مراحل النوم وعلاقتها بالذكريات والمشاعر والانفعالات يمكن مراجعة المرجع التالي[72].

كيف يعمل علاج إزالة حساسية العين للصدمات؟

من الصعوبة القول إننا نعلم بشكل جيد ودقيق كيف يعمل أي شكل من العلاج النفسي عصبياً بيولوجياً أو في الدماغ، وذلك بالرغم التقدم الكبير في مجال البحوث والدراسات المرتبطة بهذا الموضوع. نحن نعلم أنه عندما يكون الشخص مستاء للغاية، لا يستطيع دماغه معالجة المعلومات كما يفعل عادة. تصبح لحظة واحدة "مجمدة في الوقت المناسب"، وقد يبدو تذكر الصدمة سيئا مثل المرور بها في المرة الأولى لأن الصور والأصوات والروائح والمشاعر لم تتغير. مثل هذه الذكريات لها تأثير سلبي دائم يتداخل مع الطريقة التي يرى بها الشخص العالم والطريقة التي يرتبط بها بالآخرين.

يبدو أن EMDR له تأثير مباشر على الطريقة التي يعالج بها الدماغ المعلومات. يتم استئناف معالجة المعلومات العادية، لذلك بعد جلسة EMDR ناجحة، لم يعد الشخص يستعيد الصور والأصوات والمشاعر عندما يتم إحضار الحدث إلى الذهن. يتذكر ما حدث، لكنه أقل إزعاجاً. العديد من أنواع العلاج لها أهداف مماثلة. ومع ذلك، يبدو أن EMDR يشبه ما يحدث بشكل طبيعي أثناء الحلم أو نوم حركة العين السريعة (REM). لذلك، يمكن اعتبار EMDR علاجًا قائمًا على الفسيولوجيا يساعد الشخص على رؤية المواد المزعجة بطريقة جديدة وأقل إزعاجاً[74،73].

كيف يعمل علاج إزالة حساسية العين للصدمات EMDR؟

عندما يكون الدماغ منزعجاً، فإنه لا يعالج بنفس الطريقة كما هو الحال عندما يكون في حالة مستقرة، يتم تخزين متوسط المعلومات اليومية في الدماغ المتوسط (اللوزة) ثم يتم نقلها إلى القشرة المخية الحديثة أثناء نوم حركة العين السريعة، عندما تحدث الصدمة، تكون "كبيرة جداً" بحيث لا يمكن معالجتها وتبقى في اللوزة الدماغية حيث يمكن الشعور بها. تتشكل ذكريات مماثلة في مجموعات بحيث ترتبط مع ذكريات مماثلة في كل من القشرة المخية الحديثة واللوزة الدماغية. يعمل EMDR على تقسيم هذه المعلومات ومعالجتها في الذاكرة طويلة المدى ... حتى يتمكن من التذكر ولكن ليس إعادة التجربة.

التأثير العصبي البيولوجي الذي تم إنشاؤه أثناء EMDR ليس مفهوما تماماً، ومع ذلك، فمن المفترض حاليا أن EMDR يعيد إنشاء المعالجة على غرار ما يحدث أثناء نوم حركة العين السريعة.

يوجه نموذج معالجة المعلومات التكيفي Adaptation information processing AIP تطوير وممارسة علاج إزالة حساسية العين للصدمات EMDR المستخدم في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. يفترض نظام المعالجة التكيفي أن الذكريات غير الوظيفية المخزنة تعمل كأساس قاعدي لسيكوباثالوجيا اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة [75] بالإضافة إلى ذلك هناك نظام متأصل فينا جميعا موجه من الناحية الفسيولوجية لمعالجة المعلومات تصل بنا إلى حالة من الصحة العقلية، وبمعنى آخر من خلال هذا النظام يتم تفريغ الأحداث من المشاعر السلبية ويتم التعلم ودمجه سياقيا وظيفيا حتى يتم استخدامه في المستقبل [76].

يفترض النموذج أن الممارسة العلاجية المستهدفة تعالج المعلومات المخزنة في الذاكرة بشكل مختلف [78،77]. الفعالية السريرية لعلاج ال EMDR كانت راسخة وموثوقة وفق أدلة بحثية (80،79) ودراسات أخرى، وهو علاج مستند إلى أدلة بحثية موثقة ومخرجات إكلينيكية ناجعة.

خطوات بروتوكول علاج إزالة حساسية العين للصدمات EMDR

- الخطوة الأولى: History taken أخذ التاريخ المرضي ويشمل:

- المتغيرات الأسرية Genograms
- التقييم الشامل Thorough Assessments
- موازنة الصدمة مع مصادر القوى Balancing Trauma with Strengths.

- الخطوة الثانية: التحضير Preparation:

مهارة قوية لمعالج EMDR، وكذلك المعالجين الذين لا يعملون مع EMDR. وتشمل باختصار:

- الاحتواء Containment
- وضع الأساس Grounding
- المكان الآمن Safe/Calm Place
- مصادر القوة أو الحماية Allies/Protectors

- الخطوة الثالثة: التقييم Assessment:

وتشمل تقييم الحدث الصادم وتحديد الصورة، تقييم العواطف، وتقييم الأحاسيس الجسدية، وتقييم الإدراك السلبي، والكشف عن الإدراك الإيجابي المطلوب، وتحديد الدرجة على مقياس الضغوط SUDS والدرجة على مقياس الإدراك الإيجابي VOC.

- الخطوة الرابعة: إزالة الحساسية Desensitization:

تقديم الاستثارة الثنائية، واختبار الوعي بالخبرة، واستخدام الاستثارة الصوتية أو التربيت باللمس.

- الخطوة الخامسة: التثبيت Installing:

ويتم تثبيت الإدراك الإيجابي المرجو والتحقق من اعتقاد العميل في الإدراك الإيجابي، الماضي والحاضر والمستقبل.

- الخطوة السادسة: فحص الجسم Body scan:

التحقق من الخلو التام، وفي بعض الأحيان يتم اكتشاف معلومات أو عواطف جديدة، وتأكيد الطبيعة التجريبية.

- الخطوة السابعة: القفل Closure:

المكان الآمن، والاحتواء

- الخطوة الثامنة: إعادة التقييم Re-evaluation:

الجلسة القادمة يتم فحص مقياس SUDS ومقياس VOC فربما تجد عواطف أو معلومات جديدة، وفي بعض الأحيان تجد ذكريات مغذية[81].

أثر الصدمات المتعددة في الأعراض

التعرض لصدمات متعددة يزيد من شدة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة والاكتئاب وذلك منفصل عن شدائد الطفولة (Suliman et al, 2009)

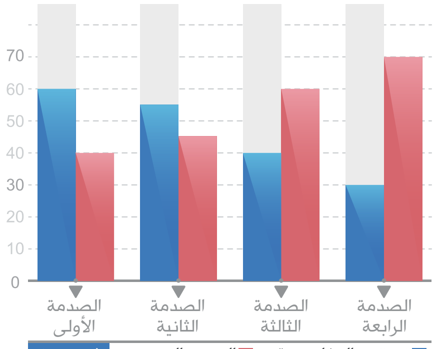
تظهر الأعراض الأشد بسبب التعرض المتعدد للصدمات[82]. والمرضى باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يبدون زيادة في الاستثارة نحو المحفزات الفسيولوجية للصدمات، أما المرضى باضطراب التعرض لصدمة شديدة التراكم فيظهرون تدني التفاعلية [83].

استدعاء الصدمات المتعددة للكبار:

ليس كل مكونات الصدمة ستكون متساوية الأهمية حيث بعض خبرات الصدمة ستكون أكثر إزعاجاً ومفعمة بالحيوية. ضبط المعنى الأهم أو الرابط الأساسي قبل ظهور المحفز ضروري.

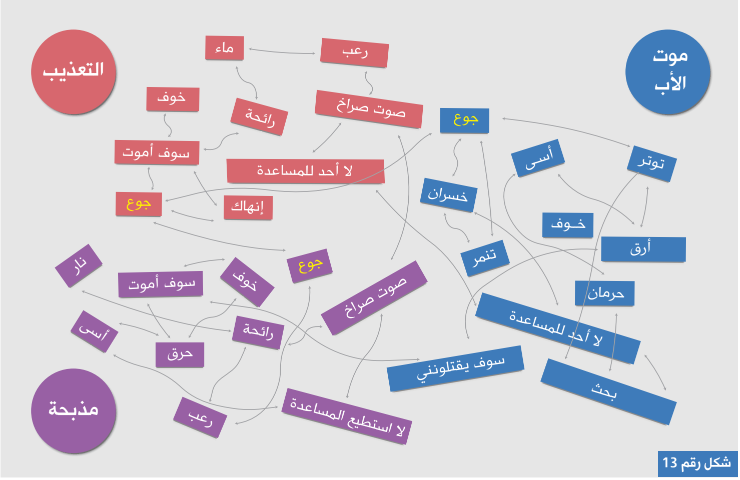
والشكل رقم (12) يبين تفاعل الصدمات المتعددة [84].

من خلال الشكل نرى أن الصدمات المتعددة تنطلق بسرعة أكثر في المعالجة الحسية والترميز يتدرج بطريقة أكثر تدنيا على مدى متعدد.



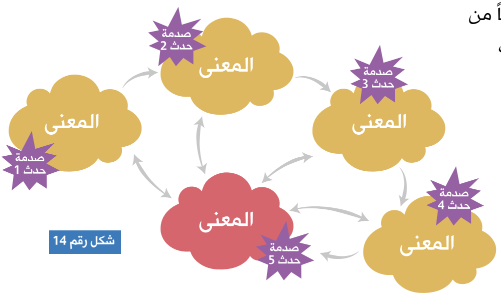
شكل رقم 12

والشكل رقم (13) يشرح كيفية تفاعل الصدمات المتعددة[85]



شكل رقم 13

الصدمات المتعددة تعطي معنى للمواقف اللاحقة وتؤثر بشكل سلبي دال في عملية التفاعل البيني والتفاعل الاجتماعي، حيث يصبح النظام الذهني من أعلى إلى أسفل هو المسيطر، في حين يُحدِث النظام الذهني من أسفل إلى أعلى ما يشبه حالة إغلاق كامل، والمنظومة الانفعالية كذلك تصبح مغلقة ومتكررة تمارس حالة اجترار انفعالي ذهني يحفز بشكل مستمر نظام المواجهة والهروب والتجمد عبر اللوزة المخية، والمعنى المتشكل مع مرور الوقت يستدعي بشكل متكرر أياً من الأحداث الصادمة ويُصبح متجذرًا من خلال المعنى، والحدث يعقد من تلقاء نفسه.



شكل رقم 14

ومن خلال مارتينا مولر 2012 يبين **الشكل رقم (14) حالة الصدمات المتعددة** وفق نظام الاستجابة الذهني الانفعالي[86].

- **المعنى يتشكل مع مرور الوقت**
- **استدعاء أي من الاحداث الصادمة يُصبح متجذراً**
- **من خلال المعنى التراكمي، ليست واحداً والحدث يعقد من تلقاء نفسه**

خلال الشكل رقم (14) يبدأ المعنى في التشكل مع مرور الوقت عبر الترابطات الذهنية الانفعالية، حيث المحفزات التي تستدعي حدثًا صادمًا تقوم باستدعاء باقي الأحداث الصادمة، ويزداد الوضع تعقيدا سواء أكان الشخص لديه استعداد جيني للإصابة باضطراب صحة عقلية ذهاني أو مزاجي أم لا، فتصبح هذه الأحداث متداخلة مع أعراض اضطراب الصحة العقلية، وكذلك نسبة دالة تتجه إلى إساءة استخدام المواد.

استدعاء الصدمات يستند إلى ما يطلق عليه نظام النزف الصدمي، أي أن الصدمات كما تم الإشارة سابقا تترابط وتنزف بشكل مترابط في غاية التعقيد، ويفضل لعلاج الصدمات المتعددة علاج التعرض السردي Narrative exposure therapy NET.

علاج التعرض السردي [87]

كيــف يتم اســتدعاء الإشــارة التلقائيــة؟

الشكل التالي يشرح الاستثارة السمبثية والباراسمبثية.

تنظيــم الاســتثارة التلقائيــة أثناء الاســتدعاء

عندما تكـون الاسـتثارة السـمبثية مهيمنـة	عندما تكـون الاسـتثارة الباراسـمبثية مهيمنة
استكشاف الذكريات الحسية والانفعالات ضمن تفاصيل دقيقة	استكشاف التفاصيل الحسية والتباين مع الحاضر
التوتر الحالي	استخدام المحفزات التمييزية
دعم التعبير الانفعالي	زيادة ضغط الدم والعضلات
دعم الانفتاح المتزايد نحو التجارب	الفعل الماضي
	تعزيز الشرح اللفظي مع الحفاظ على الارتباط مع هنا والآن
	تمييز الدعم الحسي، وقوة العضلات، توفير إشارات السلامة في كل مكان

شكل رقم 15

خصائص علاج التعرض السردي:

- مدى قصير
- المجال الموجه
- الحساسية الثقافية والمشقة
- الاستناد إلى أدلة
- التركيز العلاجي وحقوق الإنسان

يتمثل علاج التعرض السردي (ع ت س) في بناء التسلسل الزمني النشط لجميع الأحداث الهامة، والخلاص، والتعرض المطول للنقاط الساخنة، والتنشيط الكامل لذاكرة الخوف، وتكامل الاستجابات الحسية لتصحيح الوقت والمكان وتقييم الخبرات واستعادة الكرامة من خلال الشكر والتقدير. ومن الأدوات الأولية التي يستخدمها المعالج في أول جلسة للعلاج ما يطلق عليه بناء شريان الحياة. الشرح من خلال المثال التالي:

أنا ولدت في **الحجر 1 – سن 5-6**

.... قام بصفعي عندما جاء..... إلى بيتي بحثاً عن والدي. أمي قالت لي شيئاً حول المكان والذي قد يكون فهمه....

الحجر 2 – سن 7-8

طائرة هاجمت منزل الجيران المجاور، كنت نائماً في ذلك الوقت، ولكن استيقظت على صاروخ في الشارع. الجيران نقلوا إلى المستشفى وبعضهم نجا.

في سن 11 تسلمت تقريراً جيداً جداً من مدرستي. كنت أفضل تلميذ في مدرستي وتلقيت علامات ٪95 في جميع الدروس، والداي اشتريا لي قلمًا وملابس جديدة مكافأةً. القلم كان به قطار أو سيارة داخله وكانت تتحرك كلما قمت بإمالته. **حجر 3 – سن 11 - 12**

.... قتل خلال ...... قُتل في... والدتي أخبرتني بأنه قُتل. أُخبرت في البداية بأن والدتي ليس لديها علم بما حدث لوالدي، ولكن أحد الاقارب ذهب ليعرف ما حصل. تم إخباره بأن والدي دُفن في قبر قرب موقع ...

هذه القصة الافتراضية تبين بناء شريان الحياة عبر حبل مكون من حجارة للنقاط الساخنة في المراحل العمرية وكلما كبر الحدث الصادم تم وضع حجر أكبر حجماً، وزهور تمثل الذكريات الجميلة للمفحوص، كبر الحدث الصادم يحدده المفحوص من خلال أثره عليه وليس المعالج وكذلك أهمية الذكريات الجميلة.

الشكل رقم (16) يبين عملية الانتقال ما بين الماضي والحاضر، وكذلك عناصر بنية الصدمة لمثال لحدث صادم وترابطه مع أحداث أخرى (الصدمات المعقدة).[88]

عنصر بنية الخوف	ماضٍ	حاضر
حســــي	كيف يبدو الجسد المشوه؟ هل تستطيع شم رائحة الأجساد الميتة؟ هل تستطيع سماع الآخرين يصرخون؟ هل تستطيع الشعور بالبندقية في ظهرك؟ هل تستطيع الشعور بالألم في ساقيك؟	هل لديك صور في ذهنك للجثث المشوهة الان مثلما كانت تبدو عليه حينها؟ ماذا تستطيع ان ترى؟ هل تستطيع رؤية الجندي الان مثلما كان في حينه؟ كيف كان يبدو؟ هل تستطيع شم الأجساد الميتة الان كما كنت تشمها حينها؟ هل تستطيع الشعور بالبندقية في ظهرك الان مثلما شعرت بها حينها؟ هل تستطيع الشعور بالألم في ساقيك الآن مثلما كنت تشعر به حينها؟ كيف هو الشعور؟
معرفــــي	هل كنت تفطر بانك ستموت في تلك اللحظة؟	ماذا كنت تفكر حينها؟ وفيما ماذا تفكر الان؟
فسـيولوجي	هل كان قلبك يدق بطريقة أسرع في تلك اللحظة؟ هل كنت تتعرق أكثر في تلك اللحظة؟	هل تستطيع ان تشعر الان بقلبك يدق بسرعة، مثلما كان حينها؟ هل يديك تتعرق الآن، مثلما كان حينها؟

في هذا الدليل تم عرض مختصر لأكثر أنواع العلاج شيوعا في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وهو عرض استرشادي لا يمنع أن يقوم اختصاصي الصحة العقلية بممارسة أي من الأنواع العلاجية المعتمدة أي المستندة إلى براهين، كما يجب التنويه إلى ضرورة خضوع المعالج المتدرب لإشراف إكلينيكي من قبل معالج أو متخصص معتمد، كما نود التنويه من جديد أن هذا الدليل لا يغني عن التدريب الإكلينيكي وفق مؤسسات معتمدة لممارسة أي من أنواع العلاج المشار إليها.

المراجـــــع

References - المراجع

1. Torture Definition & Meaning - Merriam-Webster .

2. اتفاقية مناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهين | OHCHR

3. (libyanjustice.org).

4. The address of the Council of Europe webpage is http://www.coe.int/en/. Regional international frameworks have also been developed in the Americas by the Organization of American States (http://www.oas.org/en/), including the American Convention on Human Rights.

5. Council of Europe, European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, as amended by Protocols Nos. 11 and 14, 4 November 1950, ETS 5.

6. Gäfgen v Germany (Application no. 22978/05) Judgment of 1 June 2010, Paragraph 107: http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-99015.

7. Kudla v Poland (Application no. 30210/96) Judgment of 26 October 2000, Paragraph 92: http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-58920.

8. See, for instance, Yankov v Bulgaria (Application no. 39084/97) Judgment of 11 December 2003, Paragraph 120: http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-61539.

9. See, for instance, Yankov v Bulgaria (Application no. 39084/97) Judgment of 11 December 2003, Paragraph 120: http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-61539.

10. The address of the United Nations webpage is http://www.un.org/en/index.html.

11. The address of the Council of Europe webpage is http://www.coe.int/en/.

12. Council of Europe, European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, as amended by Protocols Nos. 11 and 14, 4 November 1950, ETS 5: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_ENG.pdf. The prohibition of torture and other forms of ill-treatment is also set out in Article 5 of the Universal Declaration of Human Rights (http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html); Article 7 of the UN International Covenant on Civil and Political Rights (http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx).

13. Reys (2007): The worst scars are in the mind: psychological torture, international review of the red cross, Volume 89 Number 867.

14. ------ (2015): تأسيس وإدارة مراكز إعادة تأهيل ضحايا التعذيب والعنف المنظم في ليبيا ودول منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا التي تعاني من الصراعات والعنف، ص 20.

15. Herna´n Reyes et all (2007): The worst scars are in the mind: psychological torture, international review of the red cross, Volume 89 Number 867, p 603.

16. Herna´n Reyes et all (2007): The worst scars are in the mind: psychological torture, international review of the red cross, Volume 89 Number 867, p 598.

17. Mental health among torture survivors: cultural background, refugee status and gender: Nordic Journal of Psychiatry: Vol 65, No 3 (tandfonline.com).

18. PROFESSIONAL TRAINING SERIES No. 8/Rev.1 UNITED NATIONS New York and Geneva, Istanbul Protocol Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (2004)

19. (Istanbul Protocol, § 235).

20. training8rev1en.pdf (ohchr.org)

21. Adeyinka M. Akinsulure-Smith, Katherine Porterfield, & Hawthorne E. Smith (2016): Assessment and Treatment of Torture Survivors, Resilience-Centered Healing, Bellevue/NYU Program for Survivors of Torture http://www.survivorsoftorture.org/ p 17

22. James Connell JD*, Alka Pradhan JD, LLM*, Margaux Lander BA* (2017): Obstacles to torture rehabilitation at Guantánamo Bay, *United States Department of Defense, Military Commissions Defense Organization. This article has been redacted by the United States military authorities before being published.

23. Gurr, R., & Quiroga, J. (2001). Approaches to torture rehabilitation: A desk study covering effects, cost-effectiveness, participation, and sustainability. Torture 11(Suppl.1).

24. Jacobs, U. (2000). Psycho-political challenges in the forensic documentation of torture: The role of psychological evidence. Torture 10(3), 68-71.

25. Kira, I. A. (2002). Torture assessment and treatment: The wraparound approach. Traumatology 8(2), 61-90

26. بروتوكول إسطنبول النسخة العربية (صـ 20، 21، 22، 23، 24، 25)

27. ------ (2004): PROFESSIONAL TRAINING SERIES No. 8/Rev.1 UNITED NATIONS New York and Geneva, Istanbul Protocol Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, p 45-58.

28. ------ (2004): PROFESSIONAL TRAINING SERIES No. 8/Rev.1 UNITED NATIONS New York and Geneva, Istanbul Protocol Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, p 45

29. بروتوكول إسطنبول النسخة العربية ص 25

30. Istanbul protocol p 91, 93, 126, 129, 239,264.

31. بروتوكول إسطنبول النسخة العربية الفقرات 129 و149

32. --------(2004): PROFESSIONAL TRAINING SERIES No. 8/Rev.1 UNITED NATIONS New York and Geneva, Istanbul Protocol Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, p45.

33. ________ (2007): PSYCHOLOGICAL EVALUATION OF TORTURE ALLEGATIONS A practical guide to the Istanbul Protocol – for psychologists Istanbul Protocol: Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, p 17

34. ملك جاسم، مترجم (2016): الوسواس القهري والصدمة والاضطرابات المرتبطة بها، علم النفس المرضي مكتبة الأنجلو المصرية، 400

35. ملك جاسم، مترجم (2016): الوسواس القهري والصدمة والاضطرابات المرتبطة بها، علم النفس المرضي مكتبة الأنجلو المصرية، 400، ص 420 – 421

36. Muhammed Elhadi1 et al (2020) Psychological impact of the civil war and COVID19 on Libyan medical school, cross sections study, frontiers in psychology.

37. (PDF) Approaches to Torture Rehabilitation - a desk study covering effects, cost effectiveness, participation, and sustainability. (researchgate.net).

38. Appendices (bristolcbt.co.uk)

39. GetPdf.cgi (nih.gov)

40. Substance-Abuse1.pdf

41. Fauzi Muftah Elamouri (2017):"Now drugs in Libya are much cheaper than food": A qualitative study on substance use among young Libyans in post-revolution Tripoli, Libya, Int J Drug Policy 2018 Mar;53:23-31. 10.1016/j.drugpo.2017.11.026.

42. Libya: Unlawful lethal force and mass arrests in unprecedented migrant crackdown - Libya | Relief Web.

43. DSM-5 (psychiatry.org)

44. ICD-11 (who.int)

45. The psychological impact of torture - PMC (nih.gov)

46. Norris FH, Kaniasty K, Conrad ML, Inman GL, Murphy AD. (2002). Placing age differences in cultural context: a comparison of the effects of age on PTSD after disasters in the United States, Mexico, and Poland. J Clin Geropsychol 8(3): 153–173.

47. David R. Johnson (2005): Helping Refugee Trauma Survivors in the Primary Care Setting the Center for Victims of Torture, P5 www.cvt.org.

48. http://www.undg.org/?P=221

49. ------ (2015): تأسيس وإدارة مراكز إعادة تأهيل ضحايا التعذيب والعنف المنظم في ليبيا ودول منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا التي تعاني من الصراعات والعنف، ص 7.

50. ------ (2015): تأسيس وإدارة مراكز إعادة تأهيل ضحايا التعذيب والعنف المنظم في ليبيا ودول منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا التي تعاني من الصراعات والعنف.

51. Andrea Northwood (2003): Study Group Guide for Psychotherapy with Torture Survivors, Training for Psychological Services, the center for victims of torture, Web site: http://www.cvt.org.

52. Amanda C de C Williams1 and Jannie van der Merwe (2013): The psychological impact of torture, British Journal of Pain 7(2) 101–106.

53. Nickerson A, Bryant RA, Silove D, et al (2010): A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. Clin Psychol Rev 39(3): 399–417.

54. Anke Ehlers et al (2009): Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? Clin Psychol Rev Mar;30(2):269-76.

55. Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? - PMC (nih.gov).

56. PsycINFO - an overview | ScienceDirect Topics

57. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. Psychol Bull 129: 52-73.

58. J Trauma Stress.(2017): The Association Between Peritraumatic Dissociation and PTSD Symptoms: The Mediating Role of Negative Beliefs About the Self, The Association Between Peritraumatic Dissociation and PTSD Symptoms: The Mediating Role of Negative Beliefs About the Self - PMC (nih.gov).

59. Chris R. Brewin(2003): Posttraumatic stress disorder and the brain, September 2013 Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, PubMed.

60. Chris R Brewin 1, James D Gregory, Michelle Lipton, Neil Burgess(2010): Intrusive images in psychological disorders: characteristics, neural mechanisms, and treatment implications, Psychol Review, 117(1):210-32.

61. Brewin CR (2001): . A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. Behavior Research and Therapy, 39: 373-393.

62. Chris R. Brewin* and Neil Burgess(2014): Contextualization in the revised dual representation theory of PTSD: A response to Pearson and colleagues, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 217–219.

63. Emily B Falk et al (2013): What is a representative brain? Neuroscience meets population science, pub MED, 17615-22.

64. Martina Mueller (2012): PTSD following adult trauma: the basics and beyond, TFCBT workshop, OCTC,
مترجم: شعبان امحمد فضل بشر، شكل رقم (3) و(4)

65. Anke Ehlers ,David M. Clark (2000): A cognitive model of posttraumatic stress disorder, Behavior Research and Therapy Volume 38, Issue 4, April, Pages 319-345.

66. Westbrook, David, et al (2012): An introduction to cognitive behavioral therapy, skills and applications, 2nd edition, SAGE, P311.

67. trauma-and-the-brain.pdf (unco.edu)

68. Alastair M Hull (2002):Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. Systematic review, Psychiatry Aug;181:102-10

69. Vasilis M Karlaftis, Joseph Giorgio, Elisa Zamboni, Polytimi Frangou, Reuben Rideaux, Joseph J Ziminski, and Zoe Kourtzi(2021): Functional Interactions between Sensory and Memory Networks for Adaptive Behavior, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34185848. Dec; 31(12): 5319–5330.

70. Beck Institute | Home

71. Oxford Cognitive Therapy Centre (octc.co.uk)

72. Marie Vandekerckhove and Yu-lin Wang (2018) :Emotion, emotion regulation and sleep: An intimate relationship, neuroscience 5(1): 1–17 10.3934/Neuroscience.2018.1.1

73. remotEMDR

74. https://www.youtube.com/watch?v=hKrfH43srg8

75. Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedures, 2nd Edn. New York, NY: Guilford Press.

76. Shapiro, F. (2018). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EDMR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures, 3rd Edn. New York, NY: The Guilford Press.

77. Solomon, R., and Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model. J. EMDR Pract. Res. 2, 315–325.

78. Shapiro, F., and Laliotis, D. (2011). EMDR and the adaptive information processing model: integrative treatment and case conceptualization. Clin. Soc. Work J. 39, 191–200. doi: 10.1007/s10615-010-0300-7

79. Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A. M., and Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: a meta-analysis. Clin. Psychol. Rev. 29, 599–606. doi: 10.1016/j.cpr.2009.06.008

80. Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., and Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Syst. Rev. 12:Cd003388. doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub4

81. Francine Shapiro (2018): Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures, Guilford Publications.

82. Bonnie L. Green et al (2000): Outcomes of Single Versus Multiple Trauma Exposure in a Screening Sample, Journal of Traumatic Stress volume 13, pages271–286.

83. M.McTeaguea et al (2010): Aversive Imagery in Posttraumatic Stress Disorder: Trauma Recurrence, Comorbidity, and Physiological Reactivity, Biological Psychiatry Volume 67, Issue 4, Pages 346-356.

84. Shaban Besher (2012): translated, Martina Muller (2012): Libyan day 3, presentation on Libyan mental health professionals training, Malta, cognitive therapy center, Libyan foundation for rehabilitation.

85. Shaban Besher (2012): translated, Martina Muller (2012): Libyan day 3, presentation on Libyan mental health professionals training, Malta, cognitive therapy center, Libyan foundation for rehabilitation.

86. Shaban Besher (2012): translated, Martina Muller (2012): Libyan day 3, presentation on Libyan mental health professionals training, Malta, cognitive therapy center, Libyan foundation for rehabilitation.

87. Schauer, M., Neuner, F., Elbert T. (2011). Narrative Exposure Therapy: A short Term Treatment for Traumatic Stress Disorders (2nd edition). Cambridge, MA: Hogrefe Publishing.

88. Shaban Besher (2012): translated, Martina Muller (2012): Libyan day 3, presentation on Libyan mental health professionals training, Malta, cognitive therapy center, Libyan foundation for rehabilitation.

الـملحقــات

ملحق رقم 1 - نموذج تقييم وفق برتوكول إسطنبول

ملحق رقم (1): نموذج البيانات الخاصة بالتقييم والمقابلة

الاسم .... رقم المفحوص .... العمر: .... الجنس: □ ذكر □ أنثى

الحالة الاجتماعية: عازب/ة. متزوج/ة. مطلق/ة. أرمل/ة.

اسم الاخصائي الذي قام بالمقابلة/ التقييم: ....

عنوان مكان المقابلة سواء كانت مؤسسة أو مركز: ....
....

حالة المفحوص: وصف الخصائص الجسدية والمرئية (مثل الطول والوزن ولون العين والشعر والندوب المرئية والعمر):
....
....
....
....
....
....

سياق المقابلة ومحتوى الطلب: مثل: من أبلغ، من طلب المقابلة (الاسم، المنصب، الانتماء للشخص/ السلطة/ المؤسسة الطالبة)، ومن خلالها الوثائق، وسبب هذا الطلب:
....
....
....
....
....

حالة وظروف المقابلة / التقييم:

اسم ومنصب وانتماء المرافقين للمريض (إن وجدوا) ....
....

خصائص وظروف أو نواقص المقابلة من حيث الخصوصية خلال المقابلة، هل حضر أي شخص أو أشخاص أثناء التقييم أو المقابلة؟ وما تأثيرهم على مجرى المقابلة؟
....
....

ظروف المفحوص في وقت المقابلة/التقييم (مثل طبيعة أي قيود عند الوصول أو أثناء الفحص، أو سلوك أولئك الذين يرافقون المحتجز-في حالة تقييد حرية المفحوص أثناء المقابلة- أو التصريحات أو السلوكيات التهديدية للمحتجز (يتم تجاهل هذه الخانة إذا ما كان المفحوص غير محتجز):
....
....
....

ظروف المقابلة/ التقييم (على سبيل المثال أي ظروف غير مناسبة لغرفة المقابلة، أو أي تهديد، أو اضطهاد للفاحص، أو أي تدخل من أطراف ثالثة، أو أي قيود زمنية، أو أي صعوبات أو حواجز أثناء المقابلة/ التقييم):
....
....

هل المفحوص موافق على إجراء المقابلة والتقييم النفسي؟
....

المعلومات الأسرية للمفحوص وتاريخ الحالة الطبية والنفسية، معلومات عامة (المهنة، التعليم، تكوين الأسرة، إلخ) • التاريخ الطبي السابق • مراجعة التقييمات الطبية السابقة للتعذيب وسوء المعاملة • التاريخ النفسي والاجتماعي قبل الاعتقال:
....
....
....

تاريخ التعذيب وسوء المعاملة، ينبغي إدراج سجل مفصل لقصة الموضوع على النحو الوارد أثناء المقابلة، بما في ذلك أساليب التعذيب أو سوء المعاملة، والأوقات التي يدعى فيها حدوث التعذيب أو سوء المعاملة، ينبغي إدراج موجز للاحتجاز وسوء المعاملة، يجب كتابة وقائع الاعتقال والاحتجاز، وأماكن الاحتجاز الأولى واللاحقة (التسلسل الزمني، وظروف النقل والترحيل)، والسرد لسوء المعاملة والتعذيب (مع كل التفاصيل، في كل مكان من أماكن الاحتجاز)، واستعراض أساليب التعذيب:
....
....
....

إلحاق أوراق أخرى لهذا النموذج تتناول تفاصيل هذه الخانة.

التاريخ الطبي والمشاكل الجسدية والأعراض والنتائج: يتم تعبئة هذه الخانة من قبل الطبيب المختص:
....
....
....
....
....
....

في الفحص النفسي يجب وصف العناصر التالية من التقييم النفسي بالتفصيل في التقرير النهائي:

- طرق التقييم: ....

....
....
....

- الشكاوى النفسية الحالية: ....
....
....
....

- التاريخ النفسي ما بعد التعذيب: ....
....
....
....

- التاريخ النفسي ما قبل التعذيب، التاريخ النفسي السابق، تاريخ تعاطي المخدرات وإساءة استخدامها:
....
....
....

- فحص الحالة العقلية، استخدام ملحق رقم (2) اختبار الحالة العقلية: ....
....
....
....
....
....

- تقييم الأداء الاجتماعي: ....
....
....
....

- الاختبارات النفسية (ملحق رقم 3 نموذج الفحص النفسي):، والاختبار العصبي النفسي، وما إلى ذلك:
....
....
....

في هذه الخانة يتم تحديد المشكلة المستهدفة بالتدخل العلاجي، ضع علامة على المشكلة المهمة وهل تم علاجها قبل ذلك وخطة التدخل وذلك بالعودة إلى ملحق رقم (3) أو الاحالة إلى مقدم خدمة الطب النفسي إذا ما كانت الحالة العقلية (ملحق رقم 2) تستدعي تدخلا طبياً-نفسياً، المشكلات المألوفة التي تستدعي تدخلا علاجيا من الاخصائي النفسي:

قلق عام – قلق الصحة (توهم المرض) - رهاب اجتماعي- رهاب محدد- ذعر ورهاب الأماكن المفتوحة- اضطراب ذعر- اضطراب الوسواس القهري- اكتئاب – اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة- أي اضطراب آخر يذكر
....

ملحق رقم 2

مقياس تقييم الطب النفسي الموجز (BPRS) - النسخة الموسعة (4.0)

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) Expanded Version (4.0)

مقدمــة

يعرض هذا القسم جدول المقابلات وتعريفات والأعراض ونقاط الربط المحددة لتقييم الأعراض على BPRS. يجب على المعالجين السريريين الذين يعتزمون استخدام BPRS أيضا الرجوع إلى المبادئ التوجيهية التفصيلية اللاحقة.

قياس العناصر ونقاط الربط:

قيم البنود من 1 إلى 14 على أساس التقرير الذاتي للفرد. وتصنف البنود 7 و12 و13 من الملاحظة أيضا على أساس السلوك الملاحظ. وتصنف البنود من 15 إلى 24 على أساس السلوك والكلام الملحوظين.

1. القلق الجسدي:

درجة القلق بشأن الصحة الجسدية الحالية. قيم الدرجة التي ينظر بها الفرد إلى الصحة البدنية على أنها مشكلة، سواء كانت الشكاوى لها أسس واقعية أم لا. يجب تصنيف الأوهام الجسدية في النطاق الشديد مع قلق جسدي أو دونه. ملاحظة: تأكد من تقييم درجة الضعف بسبب المخاوف الجسدية فقط وليس الأعراض الأخرى، على سبيل المثال، الاكتئاب. بالإضافة إلى ذلك، إذا كان الفرد يقيم 6 أو 7 بسبب الأوهام الجسدية، فيجب عليك تقييم محتوى التفكير غير العادي على الأقل 4 أو أعلى.

1.1. مخاوف جسدية عرضية خفيفة جدا تميل إلى الاحتفاظ بها للذات.

2.1. مخاوف جسدية خفيفة في بعض الأحيان تميل إلى التعبير عنها للآخرين (على سبيل المثال، الأسرة، الطبيب).

3.1. التعبير المتكرر المعتدل عن القلق الجسدي أو المبالغة في العلل الموجودة أو بعض الانشغال، ولكن لا يوجد ضعف في الأداء. ليس وهميا.

4.1. شديدة إلى حد ما، التعبير المتكرر عن القلق الجسدي أو المبالغة في العلل الموجودة أو بعض الانشغال والضعف المعتدل في الأداء. ليس وهميا.

5.1. الانشغال الشديد بالشكاوى الجسدية مع ضعف كبير في الأداء أو الأوهام الجسدية دون التصرف بناء عليها أو الكشف عنها للآخرين.

"هل كنت قلقا بشأن صحتك البدنية؟" "هل عانيت من أي مرض جسدي أو راجعت طبيبا مؤخرا؟ (ماذا يقول طبيبك إنه خطأ؟ كيف؟ هل هو خطير؟)"

"هل تغير أي شيء فيما يتعلق بمظهرك؟"

"هل تداخلت مع قدرتك على أداء أنشطتك المعتادة وعملك أو أحدهما؟"

"هل شعرت يوما أن أجزاء من جسمك قد تغيرت أو توقفت عن العمل؟"

[إذا أبلغ الفرد عن أي مخاوف/ أوهام جسدية، فاسأل ما يلي]:

"كم مرة تشعر بالقلق إزاء [استخدام وصف الفرد]؟"

"هل عبرت عن أي من هذه المخاوف للآخرين؟"

2. القلـــق:

الإبلاغ عن الخوف أو التوتر أو الذعر أو القلق. قيم فقط تصريحات الفرد - لا يلاحظ القلق الذي يتم تصنيفه تحت التوتر.

1.2. **تقارير خفيفة جداً** وبعض الانزعاج بسبب القلق أو المخاوف النادرة التي تحدث أكثر من المعتاد لمعظم الأفراد العاديين.

2.2. **خفيف** القلق في كثير من الأحيان ولكن يمكن أن يحول الانتباه بسهولة إلى أشياء أخرى.

3.2. **معتدل** قلق معظم الوقت، ولا يمكنه تحويل الانتباه إلى أشياء أخرى بسهولة ولكن لا يوجد ضعف في الأداء أو قلق عرضي، ولكن لا يوجد ضعف في الأداء.

4.2. **فترات متكررة بشكل معتدل**، ولكن ليس يوميا، مع القلق اللاإرادي، أو تعطل بعض مناطق الأداء بسبب القلق.

5.2. **القلق الشديد** يومياً، ولكن لا تستمر على مدار اليوم أو تتعطل العديد من مجالات الأداء بسبب القلق أو القلق المستمر.

6.2. **القلق الشديد للغاية** على مدار اليوم أو تعطل معظم مجالات الأداء بسبب القلق أو القلق المستمر.

"هل كنت قلقا كثيرا خلال [الإطار الزمني]؟ هل كنت متوترا أو متخوفا؟ (ما الذي يقلقك؟)"

"هل أنت قلق بشأن أي شيء؟ ماذا عن الشؤون المالية أو المستقبل؟"

"عندما تشعر بالتوتر، هل تتعرق راحة يدك أم أن قلبك ينبض بسرعة (أو ضيق في التنفس، يرتجف، يختنق)؟"

[إذا أبلغ الفرد عن القلق أو المرافقة اللاإرادية، اسأل ما يلي]:

"كم من الوقت كنت [تستخدم وصف الفرد]؟" "هل تداخلت مع قدرتك على أداء أنشطتك/ عملك المعتاد؟"

3. الاكتئاب:

يشمل الحزن والتعاسة وعدم القدرة على الإحساس بالمتعة والانشغال بمواضيع محبطة، (لا يمكن مشاهدة التلفزيون أو المحادثات بسبب الاكتئاب)، واليأس، وفقدان احترام الذات (غير راض أو مثير للاشمئزاز من الذات أو مشاعر عدم القيمة).

1.3. **خفيف جداً** في بعض الأحيان يشعر بالحزن أو التعاسة أو الاكتئاب.

2.3. **خفيف** في كثير من الأحيان يشعر بالحزن أو التعاسة، ولكن يمكن أن يحول الانتباه بسهولة إلى أشياء أخرى.

3.3. **فترات متكررة معتدلة** من الشعور بالحزن الشديد، التعاسة، الاكتئاب المعتدل، ولكنه قادر على العمل بجهد إضافي.

4.3. **فترات متكررة بشكل معتدل**، ولكن ليس يومياً، من الاكتئاب العميق أو تتعطل بعض مناطق الأداء بسبب الاكتئاب.

5.3. **الاكتئاب الشديد يومياً**، ولكن لا يستمر طوال اليوم أو تتعطل العديد من مجالات الأداء بسبب الاكتئاب.

6.3. **شديد للغاية** الاكتئاب الشديد يومياً أو تتعطل معظم مناطق الأداء بسبب الاكتئاب.

"كيف كان مزاجك مؤخرا؟ هل شعرت بالاكتئاب (حزين، مزاج متدنٍ، غير سعيد، كما لو كنت لا تهتم)؟"

"هل أنت قادر على تحويل انتباهك إلى مواضيع أكثر متعة عندما تريد ذلك؟"

"هل تجد أنك فقدت الاهتمام أو تحصل على متعة أقل من الأشياء التي اعتدت الاستمتاع بها، مثل العائلة والأصدقاء والهوايات ومشاهدة التلفزيون وتناول الطعام؟" [إذا أبلغ الفرد عن مشاعر الاكتئاب، اسأل ما يلي]:

"كم من الوقت تستمر هذه المشاعر؟" "هل تداخلت مع قدرتك على أداء أنشطتك المعتادة؟"

4. الانتحــار:

الرغبة أو النية أو الأفعال المعلنة لإيذاء النفس أو قتلها.

1.4. **خفيفة جداً** مشاعر عرضية من التعب من العيش. لا توجد أفكار انتحارية علنية.

2.4. أفكار انتحارية **عرضية خفيفة** دون نية أو خطة محددة أو يشعر أنه سيكون أفضل حالا إذا كان ميتا.

3.4. الأفكار الانتحارية **المعتدلة** متكررة دون نية أو خطة.

4.4. **شديدة إلى حد ما**، العديد من الأوهام من الانتحار بطرق مختلفة. قد يفكر بجدية في القيام بمحاولة مع وقت محدد وخطة أو محاولة انتحار متهورة باستخدام طريقة غير قاتلة أو على مرأى ومسمع من المنقذين المحتملين.

5.4. **شديد** من الواضح أنه يريد قتل النفس. البحث عن الوسائل والوقت المناسبين، أو محاولة الانتحار الخطيرة المحتملة مع المعرفة الفردية بالإنقاذ المحتمل.

6.4. خطة ونية انتحارية محددة **شديدة الخطورة** (على سبيل المثال، "بمجرد أن _____ سأفعل ذلك عن طريق القيام ب X")، أو محاولة الانتحار التي تتميز بخطة يعتقد الفرد أنها قاتلة أو محاولة في بيئة منعزلة.

"هل شعرت أن الحياة لا تستحق العيش؟ هل فكرت في إيذاء أو قتل نفسك؟ هل شعرت بالتعب من العيش أو كما لو كنت أفضل حالا ميتا؟ هل سبق لك أن شعرت بالرغبة في إنهاء كل شيء؟" [إذا أبلغ الفرد عن التفكير في الانتحار، فاسأل ما يلي]: "كم مرة فكرت في [استخدام وصف الفرد]؟" "هل لديك خطة محددة؟"

5. الشــعور بالذنـــب:

الإفراط في الاهتمام أو الندم على السلوك السابق. قيِّم تصريحات الفرد فقط، ولا تستنتج مشاعر الذنب من الاكتئاب أو القلق أو الدفاعات العصبية. ملاحظة: إذا كان الفرد يقيم 6 أو 7 بسبب أوهام الذنب، فيجب عليك تقييم محتوى التفكير غير العادي على الأقل 4 أو أعلى، اعتمادا على مستوى الانشغال والضعف.

1.5. **خفيف جداً**، قلق بشأن خذلان شخص ما، أو في شيء ما، ولكن ليس مشغولا. يمكن تحويل الأفكار إلى أمور أخرى بسهولة.

2.5. **خفيف**، قلق بشأن خذلان شخص ما، أو في شيء ما، مع بعض الانشغال. يميل إلى التعبير عن الشعور بالذنب للآخرين.

3.5. **الانشغال المعتدل غير المتناسب والذنب**، أو ارتكاب خطأ، أو إصابة الآخرين من خلال القيام بشيء ما أو الفشل في القيام به، ولكن يمكن أن يحول الانتباه بسهولة إلى أشياء أخرى.

4.5. **الانشغال الشديد المعتدل بالذنب**، بعد أن فشل شخص ما أو في شيء ما، يمكن أن يحول الانتباه إلى أشياء أخرى، ولكن فقط بجهد كبير. ليس وهميا.

5.5. **الشعور بالذنب الوهمي الشديد** أو تأنيب الذات غير المعقول بشكل لا يتناسب مع الظروف. الانشغال المعتدل الحاضر.

6.5. **الذنب الوهمي الشديد للغاية** أو اللوم الذاتي غير المعقول بشكل صارخ لا يتناسب مع الظروف. الفرد مشغول جدا بالذنب ومن المرجح أن يكشف للآخرين أو يتصرف بناء على الأوهام.

"هل هناك أي شيء تشعر بالذنب تجاهه؟ هل كنت تفكر في مشاكل الماضي؟"
"هل تميل إلى إلقاء اللوم على نفسك على الأشياء التي حدثت؟"
"هل فعلت أي شيء ما زلت تخجل منه؟" [إذا أبلغ الفرد عن الشعور بالذنب/ الندم/ الأوهام، فاسأل ما يلي]:
"كم مرة كنت تفكر في [استخدام وصف الفرد]؟" "هل كشفت عن شعورك بالذنب للآخرين؟"

6. العـــــداء:

العداء والازدراء والتهديدات والحجج ونوبات الغضب وتدمير الممتلكات والعراك وأي تعبير آخر عن المواقف أو الأعمال العدائية. لا تستنتج العداء من الدفاعات العصبية أو القلق أو الشكاوى الجسدية. لا تدرج حوادث الغضب المناسب أو الدفاع الواضح عن النفس.

1.6. **خفيف جداً** سريع الانفعال أو غاضب، ولكن لا يتم التعبير عنه علنا.

2.6. **جدلية خفيفة** أو ساخرة.

3.6. **معتدل غاضب** علنا في عدة مناسبات أو يصرخ في الآخرين بشكل مفرط.

4.6. **شديد معتدل** هدد أو انتقد أو ألقى الأشياء.

5.6. **معتدٍ شديد** على الآخرين ولكن دون أي ضرر محتمل، على سبيل المثال، صفع أو دفع، أو تدمير الممتلكات، على سبيل المثال، طرق الأثاث، النوافذ المكسورة.

6.6. **شديد الخطورة** هاجم الآخرين مع احتمال مؤكد لإيذائهم أو بأذى فعلي، على سبيل المثال، الاعتداء بأشياء حادة أو السلاح.

"كيف كنت تتعايش مع الناس (العائلة، زملاء العمل، ... إلخ)؟"

"هل كنت سريع الانفعال أو غاضبا في الآونة الأخيرة؟ (كيف تظهر ذلك؟ هل تحتفظ بها لنفسك؟"

"هل سبق لك أن شعرت بالانفعال لدرجة أنك كنت تصرخ على الناس أو تبدأ معارك أو جدالات؟

(هل وجدت نفسك تصرخ في أشخاص لا تعرفهم؟)"

"هل ضربت أي شخص مؤخرا؟"

7. المـــــزاج المرتـفـــــع:

شعور منتشر ومستدام ومبالغ فيه بالرفاهية والبهجة والنشوة (مما يعني مزاجا مرضيا) والتفاؤل الذي لا يتناسب مع الظروف. لا تستنتج الغبطة من النشاط المتزايد أو من العبارات الفخمة وحدها.

1.7. **خفيف جداً**، يبدو أنه سعيد جدا، مبهج دون سبب كبير.

2.7. **خفيف**، بعض المشاعر غير الخاضعة للمساءلة والتي لا تزال قائمة.

3.7. **تقارير معتدلة** عن مشاعر مفرطة أو غير واقعية من الرفاهية أو البهجة أو الثقة أو التفاؤل غير مناسب للظروف، في بعض الأحيان. قد يمزح في كثير من الأحيان أو يبتسم أو يكون مبتهجا أو متحمسا بشكل مفرط أو حالات قليلة من المزاج المرتفع الملحوظ مع النشوة.

4.7. **تقارير شديدة** عن مشاعر مفرطة أو غير واقعية من الرفاه أو الثقة أو التفاؤل غير مناسبة للظروف، في كثير من الأحيان. قد تصف الشعور "على قمة العالم"، "مثل كل شيء يسقط في مكانه"، أو "أفضل من أي وقت مضى"، أو عدة حالات من المزاج المرتفع الملحوظ مع النشوة.

5.7. **تقارير شديدة**، العديد من حالات المزاج المرتفع الملحوظ مع النشوة أو المزاج المرتفع باستمرار تقريبا طوال المقابلة وغير مناسبة للمحتوى.

6.7. **تقارير فردية شديدة للغاية** عن كونه مبتهجا أو يبدو مخمورا تقريبا، يضحك، يمزح، فرِح باستمرار، يشعر بأنه غير معرض للخطر، وكلها غير مناسبة للظروف المباشرة.

"هل شعرت بالرضا أو الارتفاع لدرجة أن الآخرين اعتقدوا أنك لست نفسك الطبيعية؟" "هل كنت تشعر بالبهجة و"على قمة العالم" دون أي سبب؟" [إذا أبلغ الفرد عن مزاج مرتفع/ نشوة، فاسأل ما يلي]:

"هل بدا الأمر أكثر من مجرد شعور جيد؟" "كم من الوقت استمر ذلك؟"

8. العظمـــــة:

الـرأي الذاتــي المبالــغ فيــه، والاقتنــاع المعــزز ذاتيــا بالقــدرات أو القــوى الخاصــة أو الهويــة كشــخص غنــي أو مشــهور. قيِّــم تصريحــات الفــرد فقــط عــن نفســه، وليــس ســلوكه. ملاحظــة: إذا كان الفــرد يقيــم 6 أو 7 بســبب الأوهــام الفخمــة، فيجــب عليــك تقييــم محتــوى التفكيــر غيــر العــادي علــى الأقــل 4 أو أعلــى.

1.8. معتدل جداً يشعر أنه عظيم وينكر مشاكل واضحة، ولكن ليس غير واقعي.

2.8. رأي ذاتي مبالغ فيه معتدل يتجاوز القدرات والتدريب.

3.8. التباهي المعتدل غير اللائق، على سبيل المثال، يدعي أنه رائع أو ثاقب الفكر أو موهوب بما يتجاوز النسب الواقعية، ولكن نادرا ما يكشف عن نفسه أو يتصرف بناء على هذه المفاهيم الذاتية المتضخمة. لا يدعي أن إنجازات عظيمة قد حدثت بالفعل.

4.8. معتدل شديد، ولكن في كثير من الأحيان يكشف عن نفسه ويعمل على هذه الأفكار الفخمة. قد يكون لديك شكوك حول حقيقة الأفكار الفخمة. ليس وهميا.

5.8. الوهم الشديد - يدعي أن لديه سلطات خاصة، ولديه ملايين الدولارات، واخترع آلات جديدة، وعمل في وظائف عندما يكون من المعروف أنه/ أنها لم يتم توظيفها قط في هذه القدرات، أو أنه المهدي المنتظر، أو رئيس أو رئيس وزراء. قد لا يكون الفرد مشغولا جدا.

6.8. وهم شديد للغاية - ولكن يبدو الفرد مشغولا للغاية ويميل إلى الكشف عن الأوهام العظيمة أو التصرف بناء عليها.

"هل هناك أي شيء مميز عنك؟ هل لديك أي قدرات أو صلاحيات خاصة؟ هل فكرت أنك قد تكون شخصا غنيا أو مشهورا؟" [إذا أبلغ الفرد عن أي أفكار / أوهام فخمة، فاسأل ما يلي]:
"كم مرة كنت تفكر في [استخدام وصف الأفراد]؟ هل أخبرت أحدا عما كنت تفكر فيه؟ هل تصرفت بناء على أي من هذه الأفكار؟"

9. الشـــــك:

الاعتقاد الصريح أو الظاهر بأن أشخاصا آخرين تصرفوا بشكل خبيث أو بنية تمييزية. تشمل الاضطهاد من قبل أشياء خارقة للطبيعة أو غيرها من التهيؤات غير البشرية (على سبيل المثال، الشيطان). مع ضرورة الأخذ بعين الاعتبار للمعتقد والثقافة، ملاحظة: يجب أيضا تصنيف التقييمات التي تبلغ 3 أو أعلى ضمن محتوى الفكر غير العادي.

1.9. خفيف جداً يبدو على أهبة الاستعداد، مترددا في الرد على بعض الأسئلة "الشخصية". تقارير تكون مفرطة في الوعي الذاتي في الأماكن العامة.

2.9. يصف بشكل خفيف الحوادث التي قام فيها الآخرون بإلحاق الأذى به أو أرادوا إيذاءه/ إيذاءها والتي تبدو معقولة. يشعر الفرد كما لو أن الآخرين يشاهدونه أو يضحكون أو ينتقدونه في الأماكن العامة، لكن هذا يحدث فقط من حين إلى آخر أو نادرا. انشغال ضئيل أو معدوم.

3.9. معتدل يقول إن أشخاصا آخرين يتحدثون عنه بشكل خبيث أو لديهم نوايا سلبية أو قد يؤذونه. أبعد من احتمال المعقولية، ولكن ليس الوهم. تقع حوادث الاضطهاد المشتبه به من حين إلى آخر (أقل من مرة واحدة في الأسبوع) مع بعض القلق.

4.9. معتدل الشدة، ولكن الحوادث تحدث بشكل متكرر، مثل أكثر من مرة في الأسبوع. الفرد مشغول بشكل معتدل بأفكار الاضطهاد أو تقارير فردية عن أوهام الاضطهاد التي يتم التعبير عنها بالكثير من الشك (على سبيل المثال، الوهم الجزئي).

5.9. الوهم الشديد - يتحدث عن مؤامرات من أجهزة مخابرات محلية أو أجنبية، أو محاولة تسميم طعامه، والاضطهاد من قبل قوى خارقة للطبيعة.

6.9. شديدة للغاية، ولكن المعتقدات غريبة أو أكثر انشغالا. يميل الفرد إلى الكشف عن الأوهام الاضطهادية أو التصرف بناء عليها.

"هل شعرت يوما بعدم الارتياح في الأماكن العامة؟ هل يبدو الأمر كما لو أن الآخرين يراقبونك؟ هل أنت قلق بشأن نوايا أي شخص تجاهك؟ هل يبذل أي شخص قصارى جهده ليجعلك تقضي وقتا عصيبا، أو يحاول إيذاءك؟ هل تشعر بأي خطر؟"

[إذا أبلغ الفرد عن أي أفكار / أوهام اضطهاد، اسأل ما يلي]:

كم مرة كنت قلقا من أن [استخدام وصف الفرد]؟ هل أخبرت أحدا عن هذه التجارب؟

10. الهلوســـة:

تقارير عن التجارب الإدراكية في غياب المحفزات الخارجية ذات الصلة. عندما يتم تصنيف درجة تعطل الأداء بسبب الهلوسة، قم بتضمين الانشغال بمحتوى وتجربة الهلوسة، وكذلك تعطل الأداء من خلال التصرف بناء على محتوى الهلوسة (على سبيل المثال، الانخراط في سلوك منحرف بسبب هلوسة القيادة). قم بتضمين الأفكار بصوت عال أو الهلوسة الزائفة (على سبيل المثال، يسمع صوتا داخل الرأس) إذا كان الصوت موجودا، أو يسمع أشخاصا يتحدثون بعضهم مع بعض.

1.10. خفيف جداً أثناء الراحة أو الذهاب إلى النوم، يرى الرؤى أو يشم الروائح أو يسمع الأصوات أو الأصوات والهمسات في غياب التحفيز الخارجي، ولكن لا يوجد ضعف في الأداء.

2.10. معتدل أثناء وجوده في حالة وعي واضحة، يسمع صوتا ينادي باسم الفرد، ويعاني من الهلوسة السمعية غير اللفظية (على سبيل المثال، الأصوات أو الهمسات)، أو الهلوسة البصرية عديمة الشكل أو لديه تجارب حسية في وجود حافز نموذجي (على سبيل المثال، الأوهام البصرية) بشكل غير منتظم (على سبيل المثال، مرة أو مرتين في الأسبوع) وبدون ضعف وظيفي.

3.10. الهلوسة اللفظية أو البصرية أو الذوقية أو الشمية أو اللمسية المعتدلة في بعض الأحيان مع عدم وجود ضعف وظيفي أو الهلوسة السمعية غير اللفظية/ الأوهام البصرية أكثر من النادر أو مع ضعف.

4.10. تجارب شديدة معتدلة الهلوسة اليومية أو بعض مجالات الأداء تتعطل بسبب الهلوسة.

5.10. التجارب الشديدة الهلوسة اللفظية أو البصرية عدة مرات في اليوم أو تعطل العديد من مجالات الأداء بسبب هذه الهلوسة.

6.10. الهلوسة اللفظية أو البصرية الشديدة للغاية على مدار اليوم أو معظم مجالات الأداء تتعطل بسبب هذه الهلوسة.

"هل سبق لك أن سمعت اسمك ينادى؟"

"هل سمعت أي أصوات أو أشخاص يتحدثون إليك أو عنك عندما لم يكن هناك أحد حولك؟"

[إذا سمع أصواتا]:

"ماذا يقول الصوت/ الأصوات؟ هل كان لها جودة صوت؟"

"هل لديك رؤى أو ترى أشياء لا يراها الآخرون؟ ماذا عن الروائح التي لا يشمها الآخرون؟"

[إذا أبلغ الفرد عن الهلوسة، اسأل ما يلي]:

"هل تداخلت هذه التجارب مع قدرتك على أداء أنشطتك/ عملك المعتاد؟ كيف تفسرها؟ كم مرة تحدث؟"

11. محتـــوى الفكـــر غير العـــادي:

محتوى فكري غير عادي أو غريب. قيِّم درجة الغرابة، وليس درجة عدم تنظيم الكلام. الأوهام هي أفكار سخيفة بشكل واضح أو خطأ أو غريبة بشكل واضح يتم التعبير عنها باقتناع تام. اعتبر الفرد مقتنعا تماما إذا كان قد تصرف كما لو كان الاعتقاد الوهمي صحيحا. يمكن تمييز أفكار المرجعية/ الاضطهاد عن الأوهام في أن الأفكار يتم التعبير عنها بالكثير من الشك وتحتوي على المزيد من عناصر الواقع. تضمين إدراج الفكر والانسحاب والبث. قم بتضمين الأوهام الفخمة والجسدية والمضطهدة حتى لو تم تصنيفها في مكان آخر. ملاحظة: إذا تم تصنيف القلق الجسدي أو الشعور بالذنب أو الشك أو العظمة 6 أو 7 بسبب الأوهام، فيجب تصنيف محتوى التفكير غير العادي 4 أو أعلى.

1.11. أفكار مرجعية خفيفة جدا (قد يحدق الناس أو قد يضحكون عليه)، أفكار الاضطهاد (قد يسيء الناس معاملته). معتقدات غير عادية في القوى النفسية أو الأرواح أو الأجسام الغريبة أو المعتقدات غير الواقعية في قدرات المرء. لا تعتقد بقوة. بعض الشك.

2.11. معتدل، ولكن درجة تشويه الواقع أكثر حدة كما هو موضح في الأفكار غير العادية للغاية أو قناعة أكبر. قد يكون المحتوى نموذجيا للأوهام (حتى الغريبة)، ولكن دون قناعة كاملة. لا يبدو أن الوهم قد تشكل بالكامل، ولكنه يُعدّ أحد التفسيرات المحتملة لتجربة غير عادية.

3.11. الوهم المعتدل موجود ولكن لا يوجد انشغال أو ضعف وظيفي. قد يكون وهما مغلفا أو اعتقادا سخيفا مدعوما بقوة حول الظروف الوهمية السابقة.

4.11. الوهم الكامل الشديد المعتدل الموجود مع بعض الانشغال أو بعض مجالات الأداء يعطلها التفكير الوهمي.

5.11. الوهم الكامل الشديد الموجود مع الكثير من الانشغال أو العديد من مجالات الأداء تتعطل بسبب التفكير الوهمي.

6.11. الوهم الكامل الشديد للغاية موجود مع انشغال كامل تقريبا أو معظم مجالات الأداء التي تعطلها التفكير الوهمي.

"هل كنت تتلقى أي رسائل خاصة من الناس أو من الطريقة التي يتم بها ترتيب الأمور من حولك؟ هل رأيت أي إشارات إلى نفسك على شاشة التلفزيون أو في الصحف؟"

"هل يمكن لأي شخص أن يقرأ عقلك؟"

"هل لديك علاقة خاصة مع اللّه؟"

"هل يؤثر فيك أي شيء مثل الكهرباء أو الأشعة السينية أو موجات الراديو؟"

"هل توضع أفكار في رأسك ليست أفكارك؟"

"هل شعرت أنك تحت سيطرة شخص آخر أو قوة أخرى؟"

[إذا أبلغ الفرد عن أي أفكار / أوهام غريبة، اسأل ما يلي]:

"كم مرة تفكر في [استخدام وصف الفرد]؟"

"هل أخبرت أحدا عن هذه التجارب؟ كيف تفسرون الأشياء التي كانت تحدث [حدد]؟"

تقييم البنود 13-12 على أساس التقرير الذاتي للفرد والسلوك الملاحظ.

12. ســــلوك غريـــــــب:

تقارير عن سلوكيات غريبة أو غير عادية أو إجرامية ذهانيا. لا يقتصر على فترة المقابلة. تضمين السلوك الجنسي غير اللائق والتأثير غير المناسب.

1.12. معتدل جدا سلوك عام غريب أو غريب الأطوار، على سبيل المثال، يضحك أحيانا على الذات، ويفشل في إجراء اتصال بصري مناسب، لا يبدو أنه يجذب انتباه الآخرين أو سلوك غير عادي يتم إجراؤه، على سبيل المثال، طقوس غير ضارة، والتي لن تجذب انتباه الآخرين.

2.12. السلوك العام الغريب بشكل ملحوظ، على سبيل المثال، التحدث بصوت عال بشكل غير لائق، يجعل الاتصال البصري غير مناسب، أو السلوك الخاص الذي يجذب انتباه الآخرين في بعض الأحيان، ولكن ليس دائما، على سبيل المثال، يخزن الطعام، ويقوم بطقوس غير عادية، ويرتدي القفازات في الداخل.

3.12. السلوك المعتدل الغريب الواضح الذي يجذب أو من شأنه أن يجذب (إذا تم ذلك بشكل خاص) انتباه أو قلق الآخرين، ولكن دون الحاجة إلى تدخل تصحيحي. يحدث السلوك من حين إلى آخر، على سبيل المثال، التحديق في الفضاء لعدة دقائق، والتحدث مرة أخرى إلى الأصوات مرة واحدة، والضحك/ الضحك غير اللائق في مناسبة أو اثنتين، والتحدث بصوت عال إلى الذات.

4.12. السلوك الغريب المعتدل الشديد الواضح الذي يجذب أو من شأنه أن يجذب (إذا تم ذلك بشكل خاص) انتباه الآخرين أو السلطات، على سبيل المثال، التحديق في طريقة تخريبية اجتماعيا، أو الضحك/ الضحك غير اللائق المتكرر، أو يستجيب أحيانا للأصوات، أو يأكل غير الأطعمة.

5.12. السلوك الغريب الشديد الذي يجذب انتباه الآخرين وتدخل السلطات، على سبيل المثال، توجيه حركة المرور، والعري العام، والتحديق في الفضاء لفترات طويلة، وإجراء محادثة مع الهلوسة، والضحك/ الضحك غير اللائق المتكرر.

6.12. الجرائم الخطيرة للغاية التي ترتكب بطريقة غريبة تجذب انتباه الآخرين وسيطرة السلطات، على سبيل المثال، يشعل الحرائق ويحدق في النيران أو السلوك الغريب المستمر تقريبا، على سبيل المثال، القهقهة/ الضحك غير اللائق، ولا تستجيب إلا للهلوسة ولا يمكن أن تشارك في التفاعل.

"هل فعلت أي شيء جذب انتباه الآخرين؟"

"هل فعلت أي شيء كان يمكن أن يوقعك في مشكلة مع الشرطة؟" "هل فعلت أي شيء بدا غير عادي أو مزعجًا للآخرين؟"

13. إهمـــــال الـــــذات:

النظافة أو المظهر أو سلوك الأكل أقل من التوقعات المعتادة أو أقل من المعايير المقبولة اجتماعيا أو يهدد الحياة.

1.13. النظافة/ المظهر المعتدل جدا أقل قليلا من معايير المجتمع المعتادة، على سبيل المثال، قميص بأزرار غير مزررة، أربطة الأحذية غير مربوطة، ولكن لا توجد عواقب اجتماعية أو طبية.

2.13. النظافة/ المظهر المعتدل في بعض الأحيان أقل من معايير المجتمع المعتادة، على سبيل المثال، الاستحمام غير المنتظم، والملابس ملطخة، والشعر غير ممشط، وأحيانا يتخطى وجبة مهمة. لا توجد عواقب اجتماعية أو طبية.

3.13. النظافة/ المظهر المعتدل أقل بشكل ملحوظ من معايير المجتمع المعتادة، على سبيل المثال، يفشل في الاستحمام أو تغيير الملابس، والملابس المتسخة للغاية، والشعر غير المهذب، أو الأكل والشرب غير المنتظمين مع الحد الأدنى من المخاوف والعواقب الطبية.

4.13. معتدل الشدة العديد من مجالات النظافة/ المظهر أقل من معايير المجتمع المعتادة أو سيئ يثير انتقادات الآخرين ويتطلب دفعا منتظما. الأكل أو الشرب غير منتظم وضعيف، مما يسبب بعض المشاكل الطبية.

5.13. شديدة، العديد من مجالات النظافة/ المظهر أقل من معايير المجتمع المعتادة، ولا يستحم دائما أو يغير الملابس حتى لو طلب منه ذلك. وقد يتسبب ذلك في النبذ الاجتماعي في المدرسة/ الإقامة/ العمل، أو التدخل المطلوب. تناول الطعام غير المنتظم والفقير، قد يتطلب تدخلا طبيا.

6.13. شديدة الخطورة معظم مجالات النظافة/ المظهر/ التغذية سيئة للغاية ويمكن ملاحظتها بسهولة على أنها أقل من المعايير المجتمعية المعتادة أو النظافة/ المظهر/ التغذية تتطلب تدخلا طبيا عاجلا وفورياً.

"كيف كانت النظافة الخاصة بك في الآونة الأخيرة؟ كم مرة تغير ملابسك؟ كم مرة تستحم؟ هل اشتكى أي شخص (الآباء/ الموظفون) من النظافة الشخصية أو لبسك؟ هل تأكل وجبات منتظمة؟"

14. الارتبـــــــاك:

لا يفهم المواقف أو التواصل، مثل الأسئلة المطروحة خلال مقابلة مقياس الطب النفسي المختصر بأكملها. الارتباك فيما يتعلق بالشخص أو المكان أو الزمان. لا يقيم إذا كانت الاستجابات غير الصحيحة ناتجة عن الأوهام.

1.14. خفيف جداً يبدو مشوشا أو مرتبكا بشكل معتدل مرة أو مرتين أثناء المقابلة. موجهة نحو الشخص والمكان والزمان.

2.14. خفيف أحيانا مشوش أو مرتبك بشكل معتدل 4-3 مرات أثناء المقابلة. عدم الدقة الطفيفة في الشخص أو المكان أو الوقت، على سبيل المثال، التاريخ بأكثر من يومين، أو يعطي تقسيما خاطئا للمكان الذي تتم فيه المقابلة.

3.14. معتدل، كثيرا ما يتم الخلط أثناء المقابلة. ويلاحظ عدم الدقة الطفيفة في الشخص أو المكان أو الزمان، بالإضافة إلى ذلك، قد يواجه صعوبة في تذكر المعلومات العامة، على سبيل المثال، أسماء معروفة في المجتمع أو مشهورة.

4.14. شديد بشكل معتدل مرتبك بشكل ملحوظ أثناء المقابلة، أو للشخص أو المكان أو الزمان.
ويلاحظ عدم دقة كبيرة، على سبيل المثال، تاريخ التأجيل بأكثر من أسبوع واحد، أو لا يمكن إعطاء الاسم الصحيح للأماكن المألوفة ومن ضمنها مكان المقابلة. لديه صعوبة في تذكر المعلومات الشخصية، على سبيل المثال، أين ولد أو التعرف على أشخاص مألوفين.

5.14. الارتباك الشديد فيما يتعلق بالشخص أو المكان أو الزمان، على سبيل المثال، لا يمكن أن يعطي الشهر والسنة الصحيحين.

6.14. شديد، الارتباك الشديد للغاية فيما يتعلق بالشخص أو المكان أو الزمان، على سبيل المثال، لا يمكن أن يعطي الاسم أو العمر. مشوش في جميع المجالات الثلاثة.

"هل لي أن أسألك بعض الأسئلة القياسية التي نطرحها على الجميع؟"

"كم هو عمرك؟ ما هو تاريخ اليوم [السماح يومان]"

"ماذا يسمى هذا المكان؟ في أي سنة ولدت؟ من رئيس الوزراء؟"

قيم البنود 24-15 على أساس السلوك والكلام الملحوظين.

15. عـــــدم التنظيـــم المفاهيمـــــي:
درجة الخلط بين الكلام أو انفصاله أو غموضه أو عدم تنظيمه. معدل العرضية، الظرفية، التحولات المفاجئة في الموضوع، عدم الاتساق، الانحراف عن المسار، الحجب، اختراع ألفاظ جديدة غير مفهومة، وغيرها من اضطرابات الكلام. لا تقيِّم محتوى الكلام.

1.15. استخدام غريب جدا للكلمات أو التذبذب، ولكن الكلام مفهوم.

2.15. كلام معتدل يصعب فهمه بسبب العرضية أو الظرفية أو التحولات المفاجئة في الموضوع.

3.15. كلام معتدل يصعب فهمه بسبب العرضية أو الظرفية أو الكلام المميز أو تحولات الموضوع في العديد من المناسبات أو حالة إلى حالتين من العبارات غير المتماسكة.

4.15. يصعب فهم الكلام الشديد بشكل معتدل بسبب الظرفية أو العرضية أو الحداثة أو الحجب أو تحولات الموضوع معظم الوقت، أو 5-3 حالات من العبارات غير المتماسكة.

5.15. كلام شديد غير مفهوم بسبب ضعف شديد معظم الوقت. لا يمكن تصنيف العديد من عناصره عن طريق التقرير الذاتي وحده.

6.15. كلام شديد للغاية غير مفهوم طوال المقابلة.

16. تبلـــــد المشــــــاعـــر:
نطاق محدود في التعبير العاطفي للوجه والصوت والإيماءات. اللامبالاة الملحوظة أو التسطيح حتى عند مناقشة الموضوعات المؤلمة. في حالة الأفراد المبتهجين أو المضطربين، معدل تبلد المشاعر إذا كانت ردة الفعل الباردة موجودة بوضوح أيضاً.

1.16. النطاق العاطفي الخفيف جدا ضعيف قليلا أو محجوز، ولكنه يعرض تعبيرات الوجه المناسبة ونبرة الصوت التي تقع ضمن الحدود الطبيعية.

2.16. يتضاءل النطاق العاطفي المعتدل بشكل عام أو يتضاءل أو يحتجز، دون العديد من الاستجابات العاطفية العفوية والمناسبة. نبرة الصوت رتيبة قليلا.

3.16. يتضاءل النطاق العاطفي المعتدل بشكل ملحوظ، ولا يظهر الفرد العاطفة أو الابتسام أو لا يتفاعل مع الموضوعات المؤلمة إلا بشكل غير منتظم. نبرة الصوت رتيبة أو هناك انخفاض ملحوظ في الحركات التلقائية. عادة ما يتبع عرض العاطفة أو الإيماءات عودة إلى التأثير لردة الفعل الباردة.

4.16. معتدل شديد، النطاق العاطفي تضاءل جدا، لا يظهر الفرد العاطفة أو الابتسامة أو يتفاعل مع الموضوعات المؤلمة باستثناء الحد الأدنى، والإيماءات القليلة، وتعبيرات الوجه لا تتغير في كثير من الأحيان. نبرة الصوت رتيبة معظم الوقت.

5.16. شديد جدا، نطاق عاطفي أو تعبير ضئيل جدا. الميكانيكية في الكلام والإيماءات معظم الوقت. تعبيرات الوجه التي لا تتغير. نبرة الصوت رتيبة معظم الوقت.

6.16. شديد للغاية تقريبا لا يوجد نطاق عاطفي أو تعبير، حركات قاسية. نغمة الصوت رتيبة طوال الوقت.

استخدم المسابر التالية في نهاية المقابلة لتقييم المسؤولية العاطفية: "هل سمعت أي نكات جيدة مؤخرا؟ هل ترغب في سماع نكتة؟"

17. الانســــحاب العاطفــــي:

نقص في قدرة الفرد على التواصل عاطفيا أثناء حالة المقابلة. استخدم شعورك الخاص بوجود "حاجز غير مرئي" بين الفرد والمحاور. تشمل الانسحاب على ما يبدو بسبب العمليات الذهانية.

1. خفيف جداً وعدم وجود مشاركة عاطفية، يظهر من خلال الفشل العرضي في الإدلاء بتعليقات متبادلة، أو الظهور بحالة انشغال، أو الابتسام بطريقة مائلة، ولكنه يشرك المحاور بشكل عفوي معظم الوقت.
2. نقص خفيف في المشاركة العاطفية يظهر من خلال الفشل الملحوظ في الإدلاء بتعليقات متبادلة، أو الظهور بقلق، أو نقص في الدفء، ولكنه يستجيب للمحاور عند الاقتراب منه.
3. الاتصال العاطفي المعتدل لا يقدم الكثير من المقابلة؛ لأن الفرد لا يفصل الاستجابات، أو يفشل في إجراء اتصال بالعين، أو لا يبدو أنه يهتم إذا كان الشخص الذي يجري المقابلة يستمع، أو قد يكون مشغولا بمواد ذهانية.
4. معتدل شديد، ولكن الاتصال العاطفي لا يوجد معظم المقابلة.
5. شديد بنشاط يتجنب المشاركة العاطفية. غالبا ما لا يستجيب أو يستجيب بإجابات بنعم/ لا (ليس فقط بسبب أوهام الاضطهاد). يستجيب مع الحد الأدنى من التأثير فقط.
6. شديد للغاية يتجنب باستمرار المشاركة العاطفية. لا يستجيب أو يستجيب بإجابات بنعم/ لا (ليس فقط بسبب الأوهام الاضطهادية). قد يغادر أثناء المقابلة أو لا يستجيب على الإطلاق.

18. التخلــــف الحــركـــــي:

انخفاض في مستوى الطاقة يتضح من بطء الحركات والكلام، وانخفاض عدد حركات الجسم التلقائية. التقييم على أساس السلوك الملاحظ للفرد فقط. لا تقيِّم على أساس الانطباع الذاتي للفرد عن مستوى طاقته الخاصة. معدل بغض النظر عن آثار الدواء.

1. خفيف جداً تباطؤ أو انخفاض الحركات أو الكلام مقارنة بمعظم الناس.
2. خفيفة بشكل ملحوظ تباطؤ أو انخفاض الحركات أو الكلام مقارنة بمعظم الناس.
3. انخفاض كبير معتدل أو بطء في الحركات أو الكلام.
4. شديدة بشكل معتدل نادرا ما تتحرك أو تتحدث بشكل عفوي أو حركات ميكانيكية أو قاسية للغاية
5. شديد لا يتحرك أو يتكلم إلا إذا تم حثه.
6. شديدة التجمد، التخشب.

19. التوتـــــر:

ثمة مظاهر جسدية وحركية يمكن ملاحظتها للتوتر و"العصبية" والإثارة. يجب تصنيف تجارب التوتر المبلغ عنها ذاتيا تحت البند المتعلق بالقلق. لا تقيِّم إذا كان الأرق هو akathisia فقط، ولكن قم بتقييم إذا تفاقم akathisia بسبب التوتر.

1. خفيفة جدا أكثر تململاً من معظم الناس، ولكن ضمن المعدل الطبيعي. بعض علامات التوتر العابرة، على سبيل المثال، التقاط أظافر الأصابع، أو هز القدم، أو خدش فروة الرأس عدة مرات أو النقر بالإصبع.
2. خفيفة، ولكن مع علامات توتر أكثر تواترا أو مبالغة.
3. علامات معتدلة كثيرة ومتكررة للتوتر الحركي مع علامة واحدة أو أكثر تحدث أحيانا في وقت واحد، على سبيل المثال، هز قدم المرء أثناء تمرير اليدين معا. هناك أوقات لا توجد فيها علامات توتر.
4. معتدل شديد علامات كثيرة ومتكررة للتوتر الحركي مع واحد أو أكثر من العلامات التي غالبا ما تحدث في وقت واحد. لا تزال هناك أوقات نادرة لا توجد فيها علامات توتر.
5. شديدة، ولكن علامات التوتر مستمرة. المظاهر الحركية المتعددة شديدة للغاية والتوتر موجود باستمرار، على سبيل المثال، السرعة المستمرة وشد اليد.

20. عــــدم التعـــــاون:

المقاومة وعدم الرغبة في التعاون في المقابلة. قد ينتج عدم التعاون عن الشك. قيم فقط عدم التعاون فيما يتعلق بالمقابلة، وليس السلوكيات التي تنطوي على الأقران والأقارب.

1. خفيف جداً يظهر علامات غير لفظية على التردد، لكنه لا يشكو أو يجادل.
2. خفيفة أو يحاول تجنب الامتثال، لكنه يمضي قدما دون جدال.
3. معتدل، يقاوم ولكنه يمتثل في النهاية بعد إعادة صياغة الأسئلة أو تكرارها.
4. معتدل شديد، ولكن يتم حجب بعض المعلومات اللازمة للتقييمات الدقيقة.
5. يرفض بشكل حاد التعاون مع المقابلة، لكنه لا يزال في وضع المقابلة.
6. شديدة للغاية، مع جهود نشطة للهروب من المقابلة.

21. الإثـــــــارة:

زيادة النبرة العاطفية أو زيادة التفاعل العاطفي مع المحاور أو الموضوعات التي تتم مناقشتها، كما يتضح من زيادة كثافة تعبيرات الوجه أو نبرة الصوت أو الإيماءات التعبيرية أو الزيادة في كمية الكلام وسرعته.

1. خفيفة جداً خفية وعابرة أو مشكوك في زيادة الكثافة العاطفية. على سبيل المثال، في بعض الأحيان يبدو في حالة تأهب أو تنبيه مفرط.
2. زيادة خفيفة خفية ولكنها مستمرة في الكثافة العاطفية. على سبيل المثال، الاستخدام الحيوي للإيماءات والاختلاف في نبرة الصوت.
3. زيادة معتدلة محددة ولكن من حين إلى آخر في الكثافة العاطفية. على سبيل المثال، يتفاعل مع المحاور أو الموضوعات التي تتم مناقشتها بكثافة عاطفية ملحوظة. بعض الكلام المضغوط.
4. زيادة شديدة معتدلة ومستمرة في الكثافة العاطفية. على سبيل المثال، يتفاعل مع العديد من المحفزات، سواء كانت ذات صلة أم لا، بكثافة عاطفية كبيرة. الكلام المضغوط المتكرر.
5. زيادة حادة ملحوظة في الكثافة العاطفية. على سبيل المثال، يتفاعل مع معظم المحفزات بكثافة عاطفية غير مناسبة. لديه صعوبة في الاستقرار أو البقاء في المهمة. غالباً ما يتم الضغط على القلق أو الاندفاع أو الكلام.
6. شديدة للغاية زيادة ملحوظة ومستمرة في الكثافة العاطفية. يتفاعل مع جميع المحفزات بكثافة غير مناسبة، اندفاع. لا يمكن أن يستقر أو يبقى في المهمة، لا يهدأ جدا ومندفع معظم الوقت. الكلام المستمر الضغط.

22. تشـــــتيت الانتبـــــاه:

يقصد به الدرجة التي يتم بها مقاطعة تسلسل الكلام والأفعال المرصودة بواسطة محفزات لا علاقة لها بالمقابلة. يتم تصنيف التشتت عندما يظهر الفرد تغييرا في تركيز الانتباه كما يتميز بتوقف مؤقت في الكلام أو تحول ملحوظ في النظرة. يمكن لفت انتباه الفرد إلى الضوضاء في الغرفة المجاورة، والكتب على الرف، وملابس المحاور، وما إلى ذلك. لا تقيِّم الظرفية أو العرضية أو هروب الأفكار. أيضا، لا تقيم الاجترار بمواد وهمية. المعدل حتى لو لم يكن من الممكن تحديد الحافز المشتت للانتباه، كالتالي:

1. معتدل جداً بشكل عام يمكن التركيز على أسئلة المحاور مع الإلهاء أو التحول غير المناسب في الانتباه لمدة قصيرة
2. يحول الفرد المعتدل تركيز الانتباه إلى أمور لا علاقة لها بالمقابلة 3-2 مرات.
3. معتدل غالباً ما يستجيب للمحفزات غير ذات الصلة في الغرفة، على سبيل المثال، يتجنب النظر إلى الاختصاصي.
4. معتدل شديد نفس الشيء كما هو موضح أعلاه، ولكن الآن يتداخل التشتت بوضوح مع تدفق المقابلة.
5. شديد من الصعب للغاية إجراء مقابلة أو متابعة موضوع بسبب الانشغال بمحفزات غير ذات صلة.
6. شديد للغاية من المستحيل إجراء مقابلة بسبب الانشغال بالمحفزات غير ذات الصلة.

23. فرط النشاط الحركي:

زيـادة فـي مسـتوى الطاقـة تتجلـى فـي الحركـة الأكثـر تواتـرا والـكلام السـريع أو كليهمـا. لا تقيِّـم إذا كان الأرق بسـبب akathisia.

1. خفيف جداً بعض الأرق، صعوبة الجلوس ساكنا، تعبيرات الوجه الحيوية، أو الثرثرة إلى حد ما.
2. خفيفة في بعض الأحيان مضطربة جدا، زيادة واضحة في النشاط الحركي، إيماءات حية وحالات قصيرة من الكلام المضغوط.
3. معتدل إلى مضطرب جدا، تململ، تعبيرات وجه مفرطة، أو حركات غير منتجة ومتكررة. الكثير من الكلام المضغوط، ما يصل إلى ثلث المقابلة.
4. معتدل شديد في كثير من الأحيان لا يهدأ، تململ. العديد من حالات الحركات المفرطة غير المنتجة والمتكررة. أثناء التنقل معظم الوقت. الكلام المضغوط المتكرر، من الصعب مقاطعته، يرتفع في مناسبات لوتيرة عالية.
5. النشاط الحركي المفرط الشديد، والأرق، والتململ، والحديث بصوت عال، وصاخب، وما إلى ذلك، طوال المقابلة أو معظمها. لا يمكن مقاطعة الكلام إلا بجهد كبير.
6. عالي الشدة النشاط الحركي المفرط المستمر طوال المقابلة بأكملها، على سبيل المثال، السرعة المستمرة، الكلام المستمر المضغوط دون توقف مؤقت، لا يمكن مقاطعة الفرد إلا لفترة وجيزة ولا يمكن الحصول إلا على كميات صغيرة من المعلومات ذات الصلة.

24. الســــلوكيات والمواقـــــــــف:

سلوك غير عادي وغريب، أو حركات أو أفعال منمقة، أو أي مواقف من الواضح أنها غير مريحة أو غير مناسبة. استبعاد المظاهر الواضحة للآثار الجانبية للأدوية وإساءة استخدام المواد (بما فيها المخدرات والخمور). لا تقم بتضمين السلوكيات العصبية التي ليست غريبة أو غير عادية.

1. سلوكيات أو نشاط غريب معتدل جدا قد يجد الأشخاص العاديون صعوبة في شرحه، على سبيل المثال، التذمر، الانتقاء. لوحظ مرة واحدة لفترة وجيزة.
2. معتدل، ولكن يحدث في مناسبتين لفترة قصيرة.
3. السلوكيات المعتدلة أو المواقف، على سبيل المثال، الحركات أو الأفعال المنمقة، أو المزح، أو الإيماء، أو الفرك، أو التذمر، لوحظت في عدة مناسبات لفترات قصيرة أو بشكل غير متكرر ولكنه غريب جدا. على سبيل المثال، تم الحفاظ على وضع غير مريح لمدة 5 ثوان أكثر من مرتين.
4. معتدل شديد، ولكن يحدث في كثير من الأحيان، أو عدة أمثلة على السلوكيات الغريبة جدا أو المواقف التي هي خاصة للفرد.
5. السلوك النمطي المتكرر الشديد، يفترض ويحافظ على مواقف غير مريحة أو غير مناسبة، أو مزاح شديد، أو تلطيخ، أو طقوس غريبة أو مواقف الجنين. يمكن للفرد التفاعل مع الناس والبيئة لفترات قصيرة على الرغم من هذه السلوكيات.
6. شديدة للغاية، ولكن الفرد لا يستطيع التفاعل مع الناس أو البيئة بسبب هذه السلوكيات.

ملحـــــــق رقــم 2

س1: لجميـع المفحوصيـن مراجعـة النتيجـة علـى PHQ-9

إذا كانت الأعراض موجودة، يتم التقصي عن: مـدة النوبـة الحاليـة وعـدد تكـرار النوبـات الاكتئابيـة وتأثيرهـا علـى الأداء الشـخصي والاجتماعـي والمهنـي (بمـا فـي ذلـك إهمـال الـذات.

عندما PHQ9>9، استمرت أعراض الاكتئـاب أكثـر من أسـبوعين وهنـاك ضعـف الأداء.

س2 :هـل هنـاك أوقـات عندمـا كنـت خائفـا جـدا أو قلقـا، وتشـعر بعـدم الارتيـاح للغايـة؟

س3: هل تتعلق بحالة معينة أو كائن معين؟

اذا لم تكن تتعلق بحالة معينة أو كائن معين، اسأل التالي؟

هل هي حالة مفاجئة؟
هل ينطوي على الأحاسيس الجسدية مثل الخفقان، والتعرق، والارتعاش، والإحساس بضيق في التنفس، وآلام في الصدر، والدوخة، والغثيان، أو أفكار مثل الخوف من فقدان السيطرة أو الموت؟
هل عادة ما تبلغ ذروتها في غضون 10 دقائق؟

اذا اقتصرت على كائن معين أو أنشطة أو حالات؟

هل يرتبط خوفك أو قلقك بالقيام بنشاط أو الاتصال بجسم أو بتجنب ذلك أو الوجود في بيئة معينة (رحلات جوية أو ارتفاعات)؟
هل تعتقد أن خوفك مفرط أو غير معقول بطريقة ما؟

اذا تم التركيز على الأنشطة الاجتماعية أو الأوضاع المرتبطة بها.

هل يرتبط بمخاوف ملحوظة أو مستمرة من المواقف الاجتماعية أو الأداء ويرافقه أفكار الإذلال أو الإحراج (والقلق موجود والذي قد يأخذ شكل نوبات ذعر محددة في الحالة)؟
هل أنت غير مرتاح أو محرج في أن تكون مركز الاهتمام؟
هل تجد صعوبة في التفاعل مع الناس؟

اذا تم التركيز على الإمكان والحالات، مثال الوجود خارج البيت.

هل تخشى الخروج من البيت، الوجود في أماكن مزدحمة، أو استخدام المواصلات العامة؟

أدوات القياس

اختبار صحة المريض PHQ9

على مدى الأسبوعين الماضيين، كم مرة انزعجت من أي من المشاكل التالية؟	كل يوم تقريباً	أكثر من نصف أيام الأسبوع	عدة أيام	لم يحصل ذلك قط
1. القليل من الاهتمام أو المتعة في القيام بالأشياء.	3	2	1	0
2. الشعور بالإحباط أو الاكتئاب أو اليأس.	3	2	1	0
3. مشكلة في النوم أو النوم أكثر من اللازم.	3	2	1	0
4. الشعور بالتعب أو قلة الطاقة.	3	2	1	0
5. ضعف الشهية أو الإفراط في تناول الطعام.	3	2	1	0
6. الشعور بالسوء تجاه نفسك — أو أنك فاشل أو خذلت نفسك أو عائلتك.	3	2	1	0
7. صعوبة في التركيز على الأشياء، مثل قراءة الصحيفة أو مشاهدة التلفزيون.	3	2	1	0
8. تتحرك أو تتحدث ببطء بحيث يمكن أن يلاحظه الآخرون؟ أو العكس، تتحرك وتتململ أو لا تهدأ إن كنت تتحرك أكثر بكثير من المعتاد.	3	2	1	0
9. أفكار أنك ستكون أفضل حالا إذا كنت ميتا أو بإيذاء نفسك بطريقة أو بأخرى.	3	2	1	0

اختبار القلق العام GAD7

على مدى الأسبوعين الماضيين، كم مرة كنت منزعجا من المشاكل التالية؟	كل يوم تقريباً	أكثر من نصف أيام الأسبوع	عدة أيام	لم يحصل ذلك قط
1. الشعور بالتوتر أو القلق أو على الحافة.	3	2	1	0
2. عدم القدرة على إيقاف القلق أو التحكم فيه.	3	2	1	0
3. القلق كثيراً حول أشياء مختلفة.	3	2	1	0
4. صعوبة في الاسترخاء.	3	2	1	0
5. التحرك بلا هدوء بحيث أنه من الصعب الجلوس أو البقاء في مكان ثابت.	3	2	1	0
6. أن تصبح منزعجا أو سريع الانفعال بسهولة.	3	2	1	0
7. الشعور بالخوف كما لو أن شيئا مروعا قد يحدث.	3	2	1	0

مقياس الرهاب: IAPT Phobia Scales

العمل والتكيف الاجتماعي: تؤثر مشاكل الناس في بعض الأحيان في قدرتهم على القيام بمهام يومية معينة في حياتهم. لتقييم المشاكل الخاصة بك ننظر في كل قسم على المقياس أسفل الجملة مع تحديد مدى مشكلتك وضعف قدرتك على تنفيذ النشاط.

1. **العمل:** إذا كنت متقاعداً أو اخترت عدم الحصول على وظيفة لأسباب لا علاقة لها بمشكلتك، يرجى وضع علامة في المربع الصغير وعدم اختيار الأرقام على التدرج لاحقا (غير قابل للتطبيق)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
لا مطلقاً		قليلاً	بالتأكيد		بشكل ملحوظ	متكرراً بشدة		لا استطيع العمل

2. **إدارة المنزل:** التنظيف والترتيب والتسوق والطبخ، ورعاية المنزل/ الأطفال، ودفع الفواتير... إلخ.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
مطلقاً		قليلاً		بالتأكيد		بشكل متكرر		بشدة

3. **الأنشطة الترفيهية الاجتماعية:** مع أشخاص آخرين، مثل الحفلات والمقاهي والمطاعم والحفلات والترفيه وما إلى ذلك.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
مطلقاً		قليلاً		بالتأكيد		بشكل متكرر		بشدة

4. **الأنشطة الترفيهية الخاصة:** القيام بها وحدك، على سبيل المثال القراءة والبستنة والهوايات والمشي... إلخ..

0	1	2	3	4	5	6	7	8
مطلقاً		قليلاً		بالتأكيد		بشكل متكرر		بشدة

5. **الأسـرة والعلاقـات:** عقد علاقات وثيقة مع الآخرين والحفاظ عليها، بما في ذلك من أعيش معهم.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
مطلقاً		قليلاً		بالتأكيد		بشكل متكرر		بشدة

الدرجات	العمل واضطراب الأداء الاجتماعي
0 - 9	اضطراب منخفض
10 - 19	اضطراب متوسط
20 - 40	اضطراب شديد

مقياس الوسواس القهري

اسـم .... التاريخ / / الأولي / إعادة خط الأساس / الوسط / النهاية / المتابعة

تشير البيانات التالية إلى التجارب التي يعيشها العديد من الناس في حياتهم اليومية. يرجى وضع دائرة على الرقم الذي يصف أفضل استجابة من حيث درجة الانزعاج تجاه المواقف أو الحالات التي تصفها الفقرات:

على مدى الأسبوعين الماضيين، كم مرة انزعجت من أي من المشاكل التالية؟	مطلقاً	قليلاً	متوسطاً	كثيرة	بشدة
1.أفكار غير سارة تقتحم ذهني رغماً عن إرادتي ولا يمكن التخلص منها.	0	1	2	3	4
2. ملامسة إفرازات الجسم مثل العرق واللعاب والدم والبول وما إلى ذلك قد تلوث ملابسي أو تضرني بطريقة أو بأخرى.	0	1	2	3	4
3. أطلب من الناس تكرار الأشياء عدة مرات بالرغم من أني أفهمهم من أول مرة.	0	1	2	3	4
4. أغسل وأنظف بشكل هوسي.	0	1	2	3	4
5. من الضروري المراجعة الذهنية للأحداث الماضية للتأكد أنني أفعل شيئاً صحيحاً.	0	1	2	3	4
6. أقوم بادخار الكثير من الأشياء التي أجدها حولي أو في طريقي.	0	1	2	3	4
7. أتحقق من الأشياء أكثر من اللازم.	0	1	2	3	4
8. أتجنب استخدام المراحيض العامة مهما كانت نظيفة لأنني أخشى الأمراض أو التلوث.	0	1	2	3	4
9. أقوم بشكل متكرر بالتحقق من الأبواب والنوافذ والأدراج.	0	1	2	3	4
10. أتحقق مراراً وتكراراً من صنابير الغاز والمياه ومفاتيح الإضاءة بعد إيقاف تشغيلها.	0	1	2	3	4
11. أقوم بتجميع الأشياء التي لا أحتاجها.	0	1	2	3	4

12. لدي أفكار عن إيذاء شخص ما دون أن أعرف ذلك.	0	1	2	3	4
13. لدي أفكار أنني أرغب في إيذاء نفسي أو الآخرين.	0	1	2	3	4
14. أشعر بالضيق إذا لم ترتب الأشياء بشكل صحيح.	0	1	2	3	4
15. أشعر أنني مضطر لاتباع نسق معين في خلع ملابسي والاستحمام.	0	1	2	3	4
16. أشعر أنني مجبر على العد بينما أقوم بالأشياء.	0	1	2	3	4
17. أخشى من أن أتهور وأقوم بأشياء محرجة أو ضارة.	0	1	2	3	4
18. أحتاج إلى الدعاء بشكل متكرر لإلغاء أفكار سيئة أو ضارة من ذهني.لأنني أخشى الأمراض أو التلوث.	0	1	2	3	4
19. أكرر التحقق من الاستمارات أو النماذج التي كتبتها.	0	1	2	3	4
20. أشعر بالضيق من رؤية السكاكين أو المقص أو الأشياء الحادة خوفا من أفقد السيطرة.	0	1	2	3	4
21. أنا قلق بشكل مفرط حول النظافة.	0	1	2	3	4
22. أجد صعوبة في لمس الأشياء عندما أعرف أنه قد لمسها الناس.	0	1	2	3	4
23. أحتاج إلى ترتيب الأشياء بشكل معين.	0	1	2	3	4
24. أتأخر في عملي لأني أحتاج أن أكرر الأمور بشكل متواصل.	0	1	2	3	4
25. أشعر أنني يجب أن أكرر أرقاماً معينة.	0	1	2	3	4
26. بعد القيام بشيء بعناية، لا يزال لدي انطباع بأنني لم أنهه.	0	1	2	3	4
27. أجد صعوبة في لمس القمامة أو الأشياء القذرة.	0	1	2	3	4
28. أجد صعوبة في السيطرة على أفكاري.	0	1	2	3	4

29. يجب أن أفعل الأشياء مرارا وتكرارا حتى أشعر أنها صحيحة.	0	1	2	3	4
30. أنـا مســتاء مــن الأفــكار غيــر الســارة التــي تأتــي فــي ذهنــي ضــد إرادتــي	0	1	2	3	4
31. قبـل الذهـاب إلـى النـوم يجـب أن أقـوم بأشـياء معينـة بطريقـة معينـة.	0	1	2	3	4
32. أعـاود التفكيـر فـي الممكنـات حتـى أتأكـد أننـي لـم أؤذ أحـداً.	0	1	2	3	4
33. في كثير من الأحيان تطرأ أفكار سيئة في ذهني وأجد صعوبة في التخلص منها.	0	1	2	3	4
34. أتجنب رمي الأشياء لأني قد أحتاجها لاحقاً.	0	1	2	3	4
35. أشـعر بالضيـق إذا غيـّر الآخـرون الطريقـة التـي رتبـت بهـا أشـيائي.	0	1	2	3	4
36. أشـعر أننـي يجـب أن أكـرر بعض الكلمـات أو العبـارات في ذهني مـن أجـل القضاء علـى الأفكار السـيئة أو المشـاعر أو الانفعالات.	0	1	2	3	4
37. بعد أن أفعل بعض الأشياء، لدي شكوك ما إذا كنت قد فعلتها حقاً. الأشياء الحادة خوفا من أفقد السيطرة.	0	1	2	3	4
38. أحيانــا يجــب أن أغســل أو أنظـف نفســي لأننــي أشــعر أنــي ملــوث.	0	1	2	3	4
39. أشعر أن هناك أرقاماً جيدة وأرقاماً سيئة.	0	1	2	3	4
40. أتحقق مراراً وتكراراً من أنه لن يحدث حريق بسبب أي شيء.	0	1	2	3	4
41. عندمـا أقـوم بشـيء مـا بعنايـة قـد أشـعر أنه ليس صحيحاً تماماً.	0	1	2	3	4
42. أغسـل يـديّ أكثـر مـن الـلازم فـي كثيـر مـن الأحيـان.	0	1	2	3	4

الدرجات	شدة الوسواس القهري
0 - 20	تحت العتبة الإكلينيكية
21 - 72	فوق العتبة الإكلينيكية

Penn State Worry Questionnaire

الاســـم: .... الجنس: .... العمر: ....

قم باختيار الرقم الذي يمثل أفضل وصف لك وفق الفقرات التالية:	ليس نموذجياً على الإطلاق	ليس نموذجياً بشكل جيد	نوع ما نموذجي	نموذجي إلى حد ما	نموذجي جداً
1. إذا لـم يكـن لـدي الوقـت الكافـي لفعـل كل شـيء، لا أقلـق بشـأن ذلـك.	1	2	3	4	5
2. مخاوفي تطغى عليّ	1	2	3	4	5
3. لا أميل إلى القلق بشأن الأشياء.	1	2	3	4	5
4. العديد من المواقف تجعلني أقلق.	1	2	3	4	5
5. أعلـم أننـي يجـب ألا أقلـق حـول الأشـياء، ولكـن لا أسـتطيع أن أوقـف ذلـك.	1	2	3	4	5
6. عندما أكون تحت الضغوط أقلق كثيراً.	1	2	3	4	5
7. أنا دائما قلق حول شيء ما.	1	2	3	4	5
8. أجد أنه من السهل تجاهل الأفكار المثيرة للقلق.	1	2	3	4	5
9. بمجـرد أن أنهـي مهمـة واحـدة، أبـدأ فـي القلـق بشـأن كل شـيء آخـر يجـب أن أفعلـه.	1	2	3	4	5
10. لا أقلق أبدا بشأن أي شيء.	1	2	3	4	5
11. عندما لا يكون هناك أي شيء يمكنني القيام به حول أشياء تشغلني، لا أقلق بشأنها بعد ذلك.	1	2	3	4	5
12. لقد كنت قلقا طوال حياتي.	1	2	3	4	5

13. ألاحظ أنني مستمر في القلق حول الأشياء.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14. عندما أبدأ في القلق لا أستطيع أن أتوقف عن ذلك.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
15. أنا قلق طوال الوقت.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
16. أنا أقلق بشأن المشاريع حتى أنجزها.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

الدرجـــــات والتفســـــــير:

- 29 أو أقل تعني ليس قلقاً ولا منزعجاً.
- 30 - 52 منزعج من المخاوف ولكن أقل من النطاق السريري
- 66 فما فوق، انزعاج مزمن ويحتاج إلى علاج يستهدف هذه المشكلة.

يتم تحويل النتيجة الخام أيضا إلى ثلاث نسب مئوية تقارن النتيجة الإجمالية بثلاث عينات مختلفة:

- نسبة مئوية لمجتمع البالغين توضح درجة العميل فيما يتعلق بالأشخاص العاديين.
- نسبة مئوية لاضطراب القلق الاجتماعي تقارن درجة العميل مع أولئك الذين يعانون من القلق الاجتماعي.
- نسبة GAD المئوية التي تقارن الدرجات بالأشخاص الذين تم تشخيصهم باضطراب القلق العام.

النسب المئوية مفيدة في وضع النتائج في سياقها مقارنة بالعينات ذات الخصائص المعروفة. عادة ما يسجل الأفراد الذين يعانون من GAD حوالي النسبة المئوية 50th (زائد أو ناقص 20) على النسبة المئوية GAD (والتي تتوافق مع النسب المئوية العليا في النسبتين المئويتين الأخريين).

مقياس الرهــاب الاجتماعـــي
Social Phobia Inventory (SPIN)

الاســـم: .... الجنس: .... العمر: ....

مـن فضلـك قـم باختيـار تـدرج اسـتجاباتك حـول الفقـرات التاليـة التـي تصـف المشـاكل التـي تزعجـك خـلال الأسـبوع المنصـرم	على الإطلاق	قليلاً	متوسط	كثيراً	بشدة
1. أخاف من الناس الذين في السلطة.	0	1	2	3	4
2. أنزعج من احمرار وجهي أمام الناس.	0	1	2	3	4
3. الحفلات والمناسبات الاجتماعية تخيفني.	0	1	2	3	4
4. أتجنب التحدث مع أشخاص لا أعرفهم.	0	1	2	3	4
5. التعرض للانتقاد يخيفني كثيراً.	0	1	2	3	4
6. الخـوف مـن الإحـراج يدفعنـي لتجنـب القيـام بأشـياء أو التحـدث إلـى النـاس.	0	1	2	3	4
7. التعرق أمام الناس يسبب لي الضيق.	0	1	2	3	4
8. أتجنب الذهاب إلى الحفلات.	0	1	2	3	4
9. أتجنب الأنشطة التي أكون فيها مركز الاهتمام.	0	1	2	3	4
10. التحدث مع الغرباء يخيفني.	0	1	2	3	4

11. أتجنب الاضطرار إلى إلقاء الخطب.	0	1	2	3	4
12. سأفعل أي شيء لتجنب التعرض للانتقاد.	0	1	2	3	4
13. خفقان القلب يزعجني عندما أكون مع الناس.	0	1	2	3	4
14. أنا خائف من القيام بأشياء عندما يكون الناس يراقبونني.	0	1	2	3	4
15. الإحراج أو المظهر الغبي هو أسوأ مخاوفي.	0	1	2	3	4
16. أتجنب التحدث إلى أي شخص في السلطة.	0	1	2	3	4
17. الارتعاش أو الاهتزاز أمام الآخرين أمر محزن لي.	0	1	2	3	4

يقترح تفسير قاطع، حيث تعتبر الدرجات:

- الأقل من 20 لا SP،
- 21 - 30 SP معتدل
- 31 - 40 SP معتدل
- 41 - 50 SP شديد
- 51 أو أعلى SP شديد جداً

مقياس قلق الصحة
Health Anxiety Inventory (Short Week)

كل سؤال يتكون من مجموعة جمل، من فضلك اقرأها بعناية، وقم باختيار الجملة التي تصف استجابتك خلال الأسبوع المنصرم، مثال إذا كنت ترى الاختيار أ أو ب أو ج أو د صحيحا قم بوضع دائرة حول أي من الاختيارات التالية:

1. أ. لا أقلق بشأن صحتي.
ب. أنا قلق من حين إلى آخر على صحتي.
ج. أقضي الكثير من وقتي في القلق على صحتي.
د. أقضي معظم وقتي في القلق على صحتي.

2. أ. تلاحظ أوجاعاً/ آلاماً أقل من معظم الناس الآخرين (من عمري).
ب. تلاحظ أوجاعاً/ آلاماً بقدر معظم الناس الآخرين (من عمري).
ج. تلاحظ أوجاعاً/ آلاماً أكثر من معظم الناس الآخرين (من عمري).
د. على بينة من الأوجاع/ الآلام في جسدي في كل وقت.

3. أ. بشكل عام أنا لست على علم بالأحاسيس أو التغيرات الجسدية.
ب. أحيانا أنا على علم بالأحاسيس أو التغيرات الجسدية.
ج. أنا في كثير من الأحيان على بينة من الأحاسيس الجسدية أو التغييرات.
د. أنا على علم دائم بالأحاسيس الجسدية أو التغيرات.

4. أ. أفكار المرض ليست مشكلة أبدا.
ب. معظم الوقت أستطيع مقاومة أفكار المرض.
ج. أحاول مقاومة أفكار المرض لكنني في كثير من الأحيان غير قادر على القيام بذلك.
د. أفكار المرض قوية لدرجة أنني لم أعد أحاول مقاومتها.

5. أ. كقاعدة عامة أنا لست خائفا من أن يكون لدي مرض خطير.
ب. أخشى أحيانا أن أكون مصابا بمرض خطير.,
ج. أخشى في كثير من الأحيان أن يكون لدي مرض خطير.
د. أخشى دائما أن يكون لدي مرض خطير.

6. أ. ليس لدي صور (صور ذهنية) لنفسي وأنا مريض.
ب. أحيانا أتصور نفسي ذهنيا وأنا مريض.
ج. كثيرا ما أتصور نفسي ذهنيا وأنا مريض.
د. أتصور نفسي ذهنيا مريضا بشكل دائم.

7. أ. ليس لدي أي مشكلة في إبعاد الأفكار حول صحتي من ذهني.
ب. أحيانا أجد صعوبة في أن أتخلص من أفكاري حول صحتي.
ج. غالبا ما أجد صعوبة في إفراغ ذهني من الأفكار حول صحتي.
د. لا شيء يمكن أن يبعد ذهني عن الأفكار حول صحتي.

8. أ. أشعر بالارتياح الدائم إذا أخبرني طبيبي أنه لا يوجد مرض ولا ضرر.
ب. أشعر بالارتياح في البداية ولكن المخاوف تعود في بعض الأحيان في وقت لاحق.
ج. أشعر بالارتياح في البداية ولكن المخاوف تعود دائما في وقت لاحق.
د. لا أشعر بالارتياح إذا أخبرني طبيبي أنه لا يوجد مرض ولا ضرر.

9. أ. إذا سمعت عن مرض لا أعتقد أبدا أنني مصاب به.
ب. إذا سمعت عن مرض أعتقد أحيانا أنني مصاب به.
ج. إذا سمعت عن مرض أعتقد في كثير من الأحيان أنني مصاب به.
د. إذا سمعت عن مرض أعتقد دائما أنني مصاب به.

10. أ. إذا كان لدي إحساس جسدي أو تغير نادرا ما أتساءل عن تفاصيله.
ب. إذا كان لدي إحساس جسدي أو تغير أتساءل في كثير من الأحيان ما يعنيه.
ج. إذا كان لدي إحساس جسدي أو تغير أتساءل دائما ما يعنيه.
د. إذا كان لدي إحساس جسدي أو تغير يجب أن أعرف ما يعنيه.

11. أ. عادة ما أشعر بخطر منخفض جدا لإمكانية الإصابة بمرض خطير.
ب. عادة ما أشعر بخطر منخفض إلى حد ما لإمكانية الإصابة بمرض خطير.
ج. عادة ما أشعر بخطر محتمل إلى حد ما لإمكانية الإصابة بمرض خطير.
د. عادة ما أشعر بخطر كبير للإصابة بمرض خطير.

12. أ. لا أعتقد أبدا أن لدي مرضا خطيرا.
ب. أحيانا أعتقد أن لدي مرضا خطيرا.
ج. غالبا ما أعتقد أن لدي مرضا خطيرا.
د. عادة ما أعتقد أنني مريض بشكل خطير.

13. أ. إذا لاحظت إحساساً جسدياً غير مفسر، لا أجد صعوبة في التفكير في أشياء أخرى.
ب. إذا لاحظت إحساساً جسدياً غير مفسر، أجد أحيانا صعوبة في التفكير في أشياء أخرى.
ج. إذا لاحظت إحساساً جسدياً غير مفسر، فغالبا ما أجد صعوبة في التفكير في أشياء أخرى.
د. إذا لاحظت إحساساً جسدياً غير مفسر، أجد دائما صعوبة في التفكير في أشياء أخرى.

14. أ. عائلتي/ أصدقائي يقولون إنني لا أقلق بما فيه الكفاية على صحتي.
ب. عائلتي/ أصدقائي يقولون لدي موقف طبيعي حيال صحتي.
ج. عائلتي/ أصدقائي يقولون إنني أقلق كثيرا على صحتي.
د. عائلتي/ أصدقائي يقولون أنا أتوهم المرض.

الأسئلة التالية، يرجى التفكير فيما قد يكون عليه الأمر إذا كان لديك مرض خطير من النوع الذي يهمك بشكل خاص (مثل أمراض القلب والسرطان والتصلب المتعدد وهلم جرا). من الواضح أنك لا يمكن أن تعرف على نحو قاطع ما سيكون عليه الأمر. يرجى إعطاء أفضل تقدير خاص بك، ما كنت تعتقد أنه قد يحدث، مستندا إلى تقديرك لما تعرفه عن نفسك والأمراض الخطيرة بشكل عام.

15. أ. لو كنت مصابا بمرض خطير لكنت لا أزال قادرا على الاستمتاع كثيرا بالأشياء في حياتي.
ب. لو كنت مصابا بمرض خطير لكنت لا أزال قادرا على الاستمتاع قليلا بالأشياء في حياتي.
ج. لو كنت مصابا بمرض خطير، لكنت غير قادر تماما تقريبا على الاستمتاع بالأشياء في حياتي.
د. لو كنت مصابا بمرض خطير، لكنت غير قادر تماما على الاستمتاع بالحياة على الإطلاق.

16. أ. إذا بدأ يظهر لدي مرض خطير هناك فرصة جيدة أن الطب الحديث سيكون قادرا على علاجي.
ب. إذا بدأ يظهر لدي مرض خطير هناك فرصة معتدلة أن الطب الحديث سيكون قادرا على علاجي.
ج. إذا بدأ يظهر لدي مرض خطير هناك فرصة صغيرة جدا أن الطب الحديث سيكون قادرا على علاجي.
د. إذا بدأ يظهر لدي مرض خطير ليس هناك فرصة أن الطب الحديث سيكون قادرا على علاجي.

17. أ. أي مرض خطير سيدمر بعض جوانب حياتي.
ب. أي مرض خطير سيدمر العديد من جوانب حياتي.
ج. أي مرض خطير سيدمر تقريبا كل جانب من جوانب حياتي.
د. أي مرض خطير سيدمر كل جانب من جوانب حياتي.

18. أ. لو كنت مصابا بمرض خطير لما شعرت بأنني فقدت كرامتي.
ب. لو كنت مصابا بمرض خطير لشعرت بأنني فقدت القليل من كرامتي.
ج. لو كنت مصابا بمرض خطير لشعرت بأنني فقدت الكثير من كرامتي.
د. لو كنت مصابا بمرض خطير لشعرت بأنني فقدت كرامتي تماماً.

يتم تسجيل جميع المجموعات 0 أو 1 أو 2 أو 3 اعتماداً على العبارة المختارة (أ = 0، ب = 1، ج=2، د = 4)؛ إذا تم تحديد أكثر من عبارة واحدة، فاستخدم العبارة الأعلى تسجيلاً للنقاط من بين المختارات.
درجة القسم الرئيسي (الأسئلة من 1 إلى 14) = درجة النتائج السلبية (الأسئلة من 15 إلى 18)

مقياس التجنـــــــــب

يمكن استخدام الأسئلة التالية من قبل الاختصاصيين بالتعاون مع المستفيدين لمساعدتهم على اتخاذ قرار بشأن الأهداف والأنشطة العلاجية.

اختر رقماً من المقياس أدناه لإظهار مقدار ما تتجنبه في كل حالة من الحالات المذكورة أدناه بسبب الخوف أو مشاعر أخرى غير سارة. ثم اكتب الرقم الذي اخترته في المساحة الفارغة.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
لا أتجنب ذلك		**أتجنب قليلاً**		**بالتأكيد أتجنب ذلك**		**أتجنب ذلك بشكل ملحوظ**		**أتجنب ذلك دائماً**

1. استشارة طبيب عائلتك ....
2. زيارة صديق في المستشفى..
3. زيارة أحد الأقارب في المستشفى..
4. الذهاب للمستشفى للعلاج ....
5. الحديث عن المرض ....
6. القراءة حول المرض...
7. زيارة مستشفى لأسباب أخرى..
8. مشاهدة البرامج التلفزيونية حول المرض..........................
9. الاستماع إلى البرامج الإذاعية حول المرض............................
10. التفكير في المرض..

اختر رقماً من المقياس أدناه يصف على أفضل وجه عدد المرات التي تسعى فيها إلى الاطمئنان حول صحتك، من كل مصدر من المصادر الموضحة أدناه. ثم اكتب الرقم الذي اخترته في المساحة المتوفرة.

0	1	2	3	4	5	6	7	8
على الإطلاق		**نادراً**		**بعض الأحيان**		**غالبـــاً**		**يوميـــاً**

1. الأصدقاء.
2. الأسرة.
3. قراءة الكتب.
4. التحقق من التغيرات الجسدية.
5. الطبيب العام.
6. الممرضات.
7. العيادات الخارجية.
8. أي أشياء أخرى أقوم بالتحقق منها.

مقياس رهاب الخلاء
Agoraphobia - Mobility Inventory

يرجى الإشارة إلى الدرجة التي يمكنك تجنب الأماكن أو الحالات التالية بسبب عدم الراحة أو القلق. قم بتقييم مقدار التجنب عندما تكون مع رفيق موثوق به وعندما تكون وحدك. قم بذلك باستخدام المقياس التالي.

1. لا أتجنب أبداً.
2. نادراً ما أتجنب.
3. أتجنب ذلك نصف الوقت.
4. أتجنب ذلك أغلب الوقت.
5. دائماً أتجنب ذلك.

المكـــان	برفقة أحد ما	عندما تكون وحيداً
المناسبات الاجتماعية		
مراكز التسوق		
القاعات أو الفصول الدراسية		
المقاهي والمطاعم		
مصاعد البنايات (الأسانسيرات)		
قاعات المحاضرات أو الملاعب		
الأماكن العالية (حدّد الارتفاع)		
الأماكن المغلقة (مثال الأنفاق)		
الأماكن المفتوحة		
الأماكن الخارجية (مثال الحقول، الشوارع الواسعة، الحدائق العامة)		
الأماكن الداخلية (الغرف الكبيرة، ردهات الأماكن العامة كالمراكز التجارية، والفنادق، وساحات المساجد الكبيرة)		
ركوب الحافلات		
الطائرات		
المراكب البحرية		
قيادة أو ركوب السيارات		
ركوب أو قيادة السيارات في أي وقت		
ركوب أو قيادة السيارات في الطرق السريعة		
الوقوف في طوابير		
عبور الطريق أو الشارع		
المشي في الشارع		
البقاء في البيت وحيداً		
البقاء بعيداً عن المنزل		
أي شيء آخر يتم ذكره		
المجمـــــوع		

مقياس أثر الحدث – النسخة المعدلة
Impacts of Events Scale – Revised

الاســـم: .... التاريخ: .... العمر: ....

فيما يلي قائمة بالتعليقات التي أدلى بها الأشخاص بعد أحداث الحياة المجهدة. يرجى التحقق من كل عنصر، مع الإشارة إلى عدد المرات التي كانت فيها هذه التعليقات صحيحة بالنسبة إليك **خلال الأيام السبعة الماضية.**	على الإطلاق	قليلاً	متوسطاً	كثيراً	شديداً جداً
1. أي شيء يعيد لي المشاعر حول الحدث أو الموضوع.	0	1	2	3	4
2. واجهت صعوبة في البقاء نائماً.	0	1	2	3	4
3. أشياء أخرى تجعلني أستمر في التفكير في الأمر.	0	1	2	3	4
4. شعرت بالتهيج والغضب.	0	1	2	3	4
5. أتجنب السماح لنفسي بالضيق عندما أفكر حول الحدث أو يتم تذكيري به.	0	1	2	3	4
6. أفكر في الحدث بالرغم من أنني لا أقصد ذلك.	0	1	2	3	4
7. شعرت كما لو أن ذلك لم يحدث أو لم يكن حقيقياً.	0	1	2	3	4
8. أحاول أن أبتعد عن أي شيء يذكرني بالموضوع.	0	1	2	3	4
9. تقتحم صور ذهني دون إرادتي.	0	1	2	3	4
10. دائما أكون متقلباً وأشعر بالذهول بسهولة.	0	1	2	3	4

11. أحاول جاهدا أن أتوقف عن التفكير في الموضوع.	0	1	2	3	4
12. كنت على علم أنه لا يزال لدي الكثير من المشاعر حول هذا الموضوع، ولكن لم أتعامل معها..	0	1	2	3	4
13. لدي خدر في مشاعري حول الموضوع.	0	1	2	3	4
14. وجدت نفسي أتصرف وأشعر كأنني عدت إلى وقت قديم.	0	1	2	3	4
15. واجهت مشكلة في النوم.	0	1	2	3	4
16. كان لدي موجات من المشاعر القوية حول هذا الموضوع.	0	1	2	3	4
17. حاولت إزالته من ذاكرتي.	0	1	2	3	4
18. كان لدي مشكلة في التركيز.	0	1	2	3	4
19. يتسبب التذكير بذلك في أن يكون لدي ردود فعل جسدية، مثل التعرق أو صعوبة التنفس أو الغثيان أو خفقان القلب.	0	1	2	3	4
20. كان لدي أحلام حول هذا الموضوع.	0	1	2	3	4
21. شعرت باليقظة والحذر.	0	1	2	3	4
22. حاولت ألا أتحدث عن ذلك.	0	1	2	3	4

مجموع النقاط: مجموع جميع العناصر ال 22

إذا حذف العميل أي عناصر، فاحسب متوسط العناصر غير المفقودة ثم اضربها في 22 للوصول إلى النتيجة الإجمالية، أي المعدل التناسبي.

مقياس شدة اضطراب الهلع – نموذج تقرير
Panic Disorder Severity Scale – Self Report Form

تشير الأسئلة التالية إلى نوبات ذعر وبعض الأعراض المحدودة، في هذا الاختبار نعرف نوبات الذعر بأنها اندفاع مفاجئ من الخوف وعدم الراحة يكون مصحوبا ب 4 أعراض مكررة أدناه، ويجب أن تبلغ الأعراض ذروتها في غضون 10 دقائق، وعندما تظهر أقل من 4 أعراض تعتبر هذه الأعراض محدودة، والقائمة التالية تبين الأعراض: **التعرق، الغثيان، الخوف من فقدان السيطرة أو الارتعاش أو الاهتزاز، الدوخة والإغماء، الجنون، ضيق التنفس، مشاعر غير واقعية. الخوف من الموت. الشعور بالاختناق، خدر أو وخز.**

1. ما عدد نوبات الذعر والأعراض المحدودة التي تعرضت لها خلال الأسبوع؟

0 لا نوبات ذعر أو أعراض محدودة.
1 معتدلة، لا نوبات ذعر كامل وليس أكثر من نوبة أعراض محدودة.
2 متوسط، 1 أو 2 نوبات ذعر أو نوبات أعراض محدودة متعددة بمعدل يوم واحد.
3 شديد، أكثر من عدد 2 نوبات ذعر كاملة، ولكنها بمعدل ليس أكثر من يوم واحد.
4 شديدة جداً، نوبات ذعر كاملة تحصل أكثر من مرة واحدة في اليوم، لأيام متعددة.

2. إذا كان لديك نوبات ذعر خلال الأسبوع المنصرم، كيف كانت مؤلمة (غير مريحة أو مخيفة) وذلك عندما تمر بالنوبة؟ (إذا كانت لديك أكثر من نوبة حدد متوسط النوبات، وإذا لم تمر بنوبات ذعر ولكنها أعراض محدودة، فأجب سؤال الأعراض المحدودة.

0 لم تكن مؤلمة أو لا توجد نوبات ذعر أو كانت أعراضا محدودة خلال الأسبوع المنصرم.
1 ألم خفيف (ليست نوبات مكثفة).
2 ألم متوسط (شديد ولكن يمكن التعامل معها).
3 ألم شديد (شديد جدا).
4 ألم شديد جدا (ألم شديد جدا ولا يمكن التحكم فيه اثناء النوبات).

3. خلال الأسبوع المنصرم، ما مدى مخاوفك وقلقك حول ظهور نوبة الذعر التالية أو المخاوف المرتبطة بالنوبات (على سبيل المثال أنها ربما تعني وجود مشاكل جسدية أو عقلية قد تسبب لك الإحراج الاجتماعي)؟

0 على الإطلاق.
1 أحيانا أو بشكل خفيف.
2 بشكل متكرر أو معتدل.
3 غالبا أو ضاغط ومؤلم بشكل كبير.
4 تقريبا باستمرار أو إلى حد معطل جدا.

4. خلال الأسبوع المنصرم هل كانت هناك أي أماكن أو حالات (على سبيل المثال وسائل النقل العام والزحمة والطرق المزدحمة والمقاهي والمطاعم ومراكز التسوق) ترغب في مغادرتها بسبب الخوف من نوبات الذعر؟ أو هناك أي حالات أخرى كنت ستتجنبها أو تخاف منها إذا ما كنت فيها خلال الأسبوع؟ إذا كانت الإجابة نعم يرجي تقييم مستوى الخوف والتجنب خلال الأسبوع المنصرم

0 لا، لا يوجد مخاوف أو تجنب.
1 خفيف، خوف عرضي أو تجنب، ولكن يمكنني مواجهته أو تحمل الوضع، كانت هناك حالات قليلة أو منعدمة تطلبت تعديل نمط حياتي.
2 خوف معتدل أو تجنب، ولكن لا تزال السيطرة عليه ممكنة وتجنب في بعض المواقف، وكان يمكنني مواجهتها مع رفيق، وكان هناك بعض التعديل في نمط حياتي بسبب ذلك، وهذا لم يُظهر ضعفا عاما في نمط حياتي.
3 خوف شديد وتجنب واسع النطاق، كان هناك حاجة إلى القيام بتعديل كبير في نمط حياتي لاستيعاب التجنب والخوف، واجهتني مصاعب كبيرة في إدارة أنشطتي المعتادة.
4 شديد جداً، خوف متفشٍ ومعطل وتجنب شديد، وكان هناك حاجة إلى تعديل واسع النطاق في نمط حياتي بحيث وصلت إلى عجز عن تنفيذ المهام الهامة.

5. خلال الأسبوع المنصرم، هل هناك أي أنشطة (على سبيل المثال، المجهود البدني والاستحمام وشرب القهوة ومشاهدة فيلم مثير أو مخيف) قمت بتجنبها لأنها تسبب لك أحاسيس جسدية شبيهة بالتي تشعر بها أثناء نوبات الذعر أو أنك كنت خائفا لأنها قد تؤدي إلى نوبات ذعر؟ وهل هناك أي أنشطة أخرى كنت ستتجنبها أو تخاف منها لأنها قد تؤدي إلى ظهور أعراض نوبات ذعر؟ إذا كانت إجابتك بنعم يرجى تقييم مستوى الخوف والتجنب لهذه الأنشطة خلال الأسبوع المنصرم.

0 لا توجد مخاوف أو تجنب لتلك الحالات أو النشاطات التي سببت لك الضيق والألم.

1 خفيف، تظهر بشكل عرضي مخاوف وتجنب، ولكن في العادة أستطيع السيطرة عليها وتؤدي إلى ضغوط قليلة مرتبطة بأعراض جسدية، وهناك تعديل طفيف في نمط حياتي.

2 معتدل: تجنب ملحوظ، ولكن لا يزال من الممكن التحكم فيه. كان هناك تعديل واضح، ولكن محدود، لنمط حياتي بحيث لم يكن أدائي العام ضعيفا.

3 شديد: تجنب واسع النطاق. كان هناك تعديل كبير في نمط حياتي أو تدخل في أدائي.

4 المتطرفة: تجنب منتشر ومعوق. كان هناك تعديل واسع النطاق في نمط حياتي بسبب هذا بحيث لم يتم تنفيذ المهام أو الأنشطة الهامة.

6. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى تداخل الأعراض المذكورة أعلاه تماما (نوبات الهلع والأعراض المحدودة، والقلق بشأن النوبات، والخوف من المواقف والأنشطة بسبب النوبات) مع قدرتك على العمل أو القيام بمسؤولياتك في المنزل؟ (إذا كانت مسؤولياتك في العمل أو المنزل أقل من المعتاد في الأسبوع الماضي، فأجب عن الطريقة التي تعتقد أنك كنت ستفعلها إذا كانت المسؤوليات معتادة.)

0 عدم التدخل في مسؤوليات العمل أو المنزل.

1 تدخل طفيف في مسؤوليات العمل أو المنزل، لكن يمكنني أن أفعل كل ما بوسعي تقريبا إذا لم يكن لدي هذه المشاكل.

2 تدخل كبير في مسؤوليات العمل أو المنزل، لكن لا يزال بإمكاني القيام بالأشياء التي أحتاج إلى القيام بها.

3 ضعف كبير في مسؤوليات العمل أو المنزل؛ كان هناك العديد من الأشياء المهمة التي لم أستطع القيام بها بسبب هذه المشاكل.

4 ضعف شديد وعاجز لدرجة أنني لم أكن قادرا بشكل أساسي على إدارة أي مسؤوليات في العمل أو المنزل.

7. خلال الأسبوع الماضي، ما مدى تداخل الذعر ونوبات الأعراض المحدودة والقلق بشأن النوبات والخوف من المواقف والأنشطة بسبب النوبات مع حياتك الاجتماعية؟ (إذا لم يكن لديك العديد من الفرص للاختلاط الاجتماعي في الأسبوع الماضي، فأجب عن الطريقة التي تعتقد أنك كنت ستفعلها إذا كانت لديك فرص.)

0 لا يوجد تدخل

1 تدخل طفيف في الأنشطة الاجتماعية، لكن يمكنني أن أفعل كل ما بوسعي تقريبا إذا لم يكن لدي هذه المشاكل.

2 تدخل كبير في الأنشطة الاجتماعية ولكن يمكنني أن أتمكن من القيام بمعظم الأشياء إذا بذلت الجهد.

3 ضعف كبير في الأنشطة الاجتماعية؛ هناك العديد من الأشياء الاجتماعية التي لم أستطع القيام بها بسبب هذه المشاكل.

4 ضعف شديد وعاجز، بحيث لم يكن هناك أي شيء اجتماعي يمكنني القيام به.