الفصل السادس
الأدلة النفسية على التعذيب

ألف – اعتبارات عامة

١- *الدور المركزي للتقييم النفسي*

٢٣٤- الرأي الشائع هو أن التعذيب تجربة حياتية خارقة وقادرة على التسبب في نطاق عريض من صنوف المعاناة البدنية والنفسية. ومعظم الأطباء والباحثين متفقون على القول بأن الطبيعة الشديدة لحدث التعذيب فيها، في حد ذاتها، من القوة ما يكفي لتوليد عواقب عقلية وانفعالية بصرف النظر عن الحالة النفسية التي كان عليها الفرد قبل تعذيبه. على أن العواقب النفسية للتعذيب تحدث في سياق تحدده كيفية تحميل الشخص لمعاني الأمور، ودرجة نمو شخصيته، وعوامل ذات طبيعة اجتماعية وسياسية وثقافية. ولهذا لا يمكن افتراض نتيجة واحدة لشتى صنوف التعذيب. فمثلا ستختلف العواقب النفسية لمواجهة إعدام صوري عن العواقب النفسية التي تتولد عن اعتداء جنسي، كما أن الحبس الانفرادي والعزلة لن يؤديا على الأرجح إلى نفس الآثار التي تتركها أفعال التعذيب البدني. وبالمثل لا يصح أن يفترض المرء أن آثار الحبس والتعذيب لدى البالغ ستكون مماثلة لآثارهما على الطفل. ورغم ذلك توجد من الأعراض وردود الفعل النفسية مجموعات شوهدت بشيء من الانتظام لدى الناجين بعد التعذيب، وتم توثيقها فعلا.

٢٣٥- وكثيرا ما يحاول مرتكبو التعذيب تبرير أفعال التعذيب وإساءة المعاملة بحاجتهم إلى جمع المعلومات. وهذه التأويلات تطمس في الواقع القصد من التعذيب وعواقبه المنتواة، ذلك أن من الأهداف الجوهرية للتعذيب الانحدار بالفرد إلى حالة عجز مطلق وكرب شديد على نحو ينتظر منه أن يؤدي إلى تدهور وظائفه الإدراكية والعاطفية والسلوكية[٩٢]. وبذلك يُتخذ التعذيب أداة لمهاجمة الأنماط الأساسية لأداء الفرد النفسي والاجتماعي. ففي هذه الظروف لا يسعى مرتكبو التعذيب إلى مجرد التسبب في إصابة الضحية بعجز بدني بل أيضا إلى تدمير شخصيته. فمرتكب التعذيب يحاول القضاء على شعور الضحية بتوطد أقدامه في أسرة ومجتمع بوصفه إنسانا لديه أحلام وآمال وتطلعات إلى المستقبل. وبتجريدهم لضحاياهم من إنسانيتهم وتحطيمهم لإرادتهم، يضرب مرتكبو التعذيب مثلا مفزعا ليراه من يكونون على اتصال بعد ذلك بالضحية. وبهذه الطريقة يستطيع التعذيب أن يحطم أو يقوض إرادة وتماسك مجتمعات بأسرها. ويضاف إلى ذلك أن التعذيب قد يلحق أضرارا جسيمة بالعلاقات الحميمة بين الأزواج والآباء والأبناء وسائر أعضاء الأسرة، وبالعلاقات بين الضحايا ومجتمعاتهم.

---

(٩٢) G. Fischer and N. F. Gurris, "Grenzverletzungen: Folter und sexuelle Traumatisierung", *Praxis der Psychotherapie - Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie*, W. Senf and W. Broda, eds. (Stuttgart, Thieme, 1996).

٢٣٦- ومـــن الأهمـــية بمكان إدراك أنه ليس محتما أن يصاب كل شخص عذب بمرض يندرج ضمن تشخيص الأمراض العقلية. غير أن الكثيرين من الضحايا يعانون في الواقع من ردود فعل انفعالية عميقة ومن أعراض نفسية. والاضـــطرابان النفســـيان الأساسيان المقترنان بالتعذيب هما الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات، والاكتئاب الشديد. ومع أن هذين النوعين يشاهدان بين عامة السكان فإن انتشارهما أعلى بكثير لدى المجموعات التي تعرضت لصـــدمات. كما أن القدرة على وصف التعذيب والحديث عنه تتأثر بما للتعذيب من دلالات ثقافية واجتماعية وسياسية بالنسبة للفرد. فهذه عوامل هامة تسهم في تحديد وطأة التعذيب النفسية والاجتماعية وينبغي أن تؤخذ بعين الاعتبار عند إجراء تقييم لشخص ينتمي إلى ثقافة أخرى. والبحوث عبر الثقافية تبيّن أن الطرق القائمة على التوصيف وتناول الظواهر العامة هي أصلح الطرق للاستخدام عند محاولة تقييم الاضطرابات النفسية المختلفة. فما يعد سلوكا مضطربا أو مرضيا في ثقافة ما قد لا يدخل في باب الأمراض في نظر ثقافة أخرى[٩٣]،[٩٤]،[٩٥]. ومنذ الحرب العالمية الثانية أحرز قدر من التقدم في فهم العواقب النفسية للعنف. فقد لوحظت أعراض نفسية معينة أو مجموعات من هذه الأعراض لدى الناجين بعد التعذيب أو بعد التعرض لأنواع أخرى من العنف، وتم توثيق ذلك.

٢٣٧- وفي السنوات الأخيرة أصبح تشخيص الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات يطبق على مجموعات عريضة مـــن الأفـــراد الذين عانوا وطأة أنواع مختلفة من العنف. غير أن جدوى هذا التشخيص ليست مثبتة فيما يخص الـــثقافات غير الغربية. ومع ذلك فإن الأدلة توحي بوجود معدلات عالية من أعراض الاضطراب النفسي اللاحق للصـــدمات وأعـــراض الاكتئاب لدى مجموعات متنوعة من اللاجئين المصدومين المنتمين إلى بيئات إثنية وثقافية مختلفة[٩٦]،[٩٧]،[٩٨]. ودراسة منظمة الصحة العالمية عبر الثقافية عن الاكتئاب تتيح كذلك معلومات مفيدة في هذا

---

(٩٣) A. Kleinman, "Anthropology and psychiatry: the role of culture in cross-cultural research on illness and care", paper delivered at the World Psychiatric Association regional symposium on psychiatry and its related disciplines, 1986.

(٩٤) H. T. Engelhardt, "The concepts of health and disease", *Evaluation and Explanation in the Biomedical Sciences*, H. T. Engelhardt and S. F. Spicker, eds. (Dordrecht, D. Reidel Publishing Co., 1975), pp. 125-141.

(٩٥) J. Westermeyer, "Psychiatric diagnosis across cultural boundaries", *American Journal of Psychiatry*, vol. 142 (7) (1985), pp. 798-805.

(٩٦) R. F. Mollica, and others, "The effect of trauma and confinement on functional health and mental health status of Cambodians living in Thailand–Cambodia border camps", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, vol. 270 (1993), pp. 581-586.

(٩٧) J. D. Kinzie and others, "The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance among Southeast Asian refugees", *American Journal of Psychiatry*, vol. 147(7) (1990), pp. 913-917.

(٩٨) K. Allden and others, "Burmese Political Dissidents in Thailand: trauma; and survival among young adults in exile", *American Journal of Public Health*, vol. 86 (1996), pp. 1561-1569.

الصـــدد[٩٩]. ومع أن بعض الأعراض المتماثلة قد تشاهد في إطار ثقافات متباينة، فإن هذه الأعراض قد لا تكون بالضرورة الأعراض التي يعلق عليها الفرد أكبر الأهمية.

٢- سياق التقييم النفسي

٢٣٨- تجري عمليات التقييم في سياقات سياسية مختلفة مما يؤدي إلى فروق هامة في الكيفية التي ينبغي أن يتم بها التقيـــيم. وعلى الطبيب أو الأخصائي النفسي أن يكيف الإرشادات التالية مع الحالة المعينة ومع الغاية من التقييم (انظر الفصل الثالث، الفرع جيم-٢).

٢٣٩- فتوجيه أسئلة معينة باطمئنان أمر سيتفاوت كثيرا من مكان إلى آخر حسب مدى ضمان الكتمان والأمان فيه. والفحص الذي يجريه مثلا طبيب زائر لسجن ملتزما بإتمامه في ١٥ دقيقة لا يمكن أن يسير على نفس منوال الفحص الذي يجريه أخصائي الطب الشرعي في عيادة خاصة على نحو قد يدوم عدة ساعات. وتنشأ قضايا أخرى عند محاولة تقدير ما إذا كانت الأعراض النفسية والسلوكية المشاهدة تعد مرضية أم تكيفية. فعند فحص شخص أثـــناء حبســـه أو عيشـــه تحت تهديد كبير أو في ظل وضع جائر قد تدخل بعض الأعراض في باب التكيف مع مقتضـــيات الحـــال. مثال ذلك أن قلة الاهتمام البادي بالأنشطة، وقوة الشعور بالانفصال أو الاغتراب، أمران مفهومان في حالة الشخص المودع في الحبس الانفرادي. وبالمثل فإن السلوك المتسم بالتيقظ المفرط والاجتناب قد يكون ضروريا للأشخاص الذين يعيشون في مجتمعات قمعية[١٠٠]. إلا أن القيود التي تفرضها على المقابلات أحكام معيـــنة لا ينـــبغي أن تحول دون محاولة تطبيق الإرشادات الواردة في هذا الدليل. ومن الأهمية بمكان في الظروف الصعبة التمسك، بقدر المستطاع، بضرورة مراعاة الحكومات والسلطات المعنية لهذه المعايير.

باء - العواقب النفسية للتعذيب

١- ملاحظات تحذيرية

٢٤٠- قبل الخوض في وصف الأعراض وفي تصنيفات الطب النفسي، يجدر التنويه بأن تصنيفات الطب النفسي تعتـــبر بصـــورة عامة من المفاهيم الطبية الغربية وأن تطبيقها على المجموعات السكانية غير الغربية يثير، ضمنا أو صراحة، صعوبات معينة. وقد يذهب البعض إلى أن الثقافات الغربية تسرف في إضفاء طابع طبي على العمليات النفسية. ففكرة أن الآلام الذهنية هي اضطراب كامن في الفرد وأنها تكتسب خصائص مجموعة نمطية من الأعراض فكـــرة قد لا تصادف قبولا لدى الكثيرين من أعضاء المجتمعات غير الغربية. ومع ذلك توجد أدلة ملموسة على

---

(٩٩) N. Sartorius, "Cross-cultural research on depression", *Psycho - pathology*, vol. 19(2) (1987), pp. 6-11.

(١٠٠) M. A. Simpson, "What Went Wrong?: diagnostic and ethical problems in dealing with the effects of torture and repression in South Africa", *Beyond Trauma: Cultural and Societal Dynamics*, R. J. Kleber, C. R. Figley, B. P. R. Gersons, eds. (New York, Plenum Press, 1995), pp. 188-210.

حـــدوث تغيرات بيولوجية في الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات. ومن هذه الزاوية فإن هذا الاضطراب يعد متلازمة قابلة للتشخيص والعلاج بيولوجيا ونفسيا[١٠١]. وينبغي أن يحاول الطبيب المقيّم للحالة، بقدر المستطاع، ربـــط المعاناة الذهنية بسياق معتقدات الفرد ومعاييره الثقافية. ويشمل ذلك مراعاة السياق السياسي فضلا عن المعـــتقدات الثقافية والدينية. ونظرا لقسوة التعذيب وعواقبه، ينبغي للمرء عند إجراء التقييم النفسي اتخاذ موقف المتعـــلم الـــذي يريد أن يزيد من تحصيله للمعرفة بدلا من الوصول المتعجل إلى تشخيص وتصنيف. ومن وجهة مثالية، فإن اتخاذ هذا الموقف سيشعر الضحية بأن شكاواه وآلامه هي محل اعتراف وتقدير بوصفها أشياء حقيقية ومـــتوقعة في ظل الظروف الملابسة. ومن هذه الزاوية، فإن موقف التعاطف الحساس قد يخفف عن نفس الضحية ويهون بعض الشيء من إحساسه بالاغتراب.

٢- الاستجابات النفسية الشائعة

(أ) تجدد الشعور بالصدمة

٢٤١- قد يعود الضحية بأحاسيسه إلى أحداث الماضي أو تداهمه الذكريات فتتكرر في ذهنه أحداث الصدمة من جديـــد حتى وهو يقظ وواع، أو تكثر في منامه الكوابيس التي تشمل عناصر من أحداث الصدمة، إما في شكلها الأصلي أو في صورة رمزية. وفي كثير من الحالات ستتجلى المعاناة النفسية، عند التعرض لخيوط ترمز إلى الصدمة أو تشبه معالمها، في الارتياب والخوف من الأشخاص ذوي السلطة، ومنهم الأطباء والأخصائيون النفسيون. على أنـــه في الـــبلدان التي تشارك فيها السلطات فعلا في انتهاك حقوق الإنسان ينبغي عدم افتراض طابع مرضي في الارتياب والخوف من الشخصيات ذات السلطة.

(ب) الاجتناب والتبلد العاطفي

'١' تجنب كل ما يثير ذكرى الصدمة من الأفكار أو المحادثات أو الأنشطة أو الأماكن أو الأشخاص؛

'٢' القبض العميق للعواطف؛

'٣' الانعزال الشخصي البالغ والانطواء عن المجتمع؛

'٤' عدم القدرة على تذكر جانب هام من الصدمة.

(ج) الإثارة الزائدة

---

(١٠١) M. Friedman and J. Jaranson, "The applicability of the post-traumatic stress disorder concept to refugees" *Amidst Peril and Pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*, A. Marsella and others, eds. (Washington, D. C., American Psychological Association, 1994), pp. 207-227.

'١' الصعوبة إما في بدء النوم أو في استمراره؛

'٢' الترق أو تفجر الغضب؛

'٣' صعوبة التركيز؛

'٤' التيقظ المفرط، والشدة المفرطة في الإجفال عند المباغتة؛

'٥' القلق العام؛

'٦' ضيق التنفس، والتعرق، وجفاف الفم أو الدوار والمتاعب المعدية – المعوية.

(د) أعراض الاكتئاب

٢٤٢- قد تنطوي حالة الاكتئاب على الأعراض التالية: المزاج المكتئب، النقصان الواضح في الاهتمام بالأنشطة أو في التمتع بها، اضطرابات الشهية أو فقدان الوزن، الأرق أو الإفراط في النوم، التهيج أو التباطؤ الحركي – النفسي، الشعور بالإعياء وبانعدام الطاقة، الإحساس بتفاهة النفس وبالذنب الكبير، صعوبة الانتباه أو التركيز أو خمول الذاكرة، التفكير في الأموات والموت، تصور الانتحار أو الشروع فيه.

(هـ) الإحساس بالتلف وبأفول المستقبل

٢٤٣- يكون لدى الضحية شعور ذاتي بأنه قد حاق بشخصه تلف لا صلاح له وبأن شخصيته قد تبدلت على نحو لا رجعة فيه[١٠٢]. كما يشعر بأفول مستقبله وبأنه لم يعد له أمل في الترقي الوظيفي أو الزواج أو الإنجاب أو العيش إلى العمر الطبيعي.

(و) الانفصال والتجرد من الشخصية والسلوك غير النمطي

٢٤٤- الانفصال هو الخلل في التكامل بين الوعي وصورة المرء عن نفسه وذاكرته وتصرفاته. وقد يقطع المرء صلته بتصرفات معينة أو لا يصبح مدركا لها أو يشعر بأنه انقسم إلى شخصين وكأنما هو ينظر إلى نفسه من بعد. والتجرد من الشخصية هو الشعور بابتعاد المرء عن نفسه أو جسده. وتفضي صعوبة التحكم في النزوات إلى سلوكيات يعتبرها الضحية مخالفة تماما لنمط سلوك شخصيته السابقة للصدمة. فالفرد المعروف عنه التحفظ والحذر قد ينغمس في سلوك شديد المخاطر.

---

(١٠٢) N. R. Holtan, "How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care", *Caring for Victims of Torture*, J. M. Jaranson and M. K. Popkin, eds.. (Washington, D. C., American Psychiatric Press, 1998), pp. 107-113.

(ز) الشكاوى الجسدية المظهر

٢٤٥- إن الأعراض الجسدية المظهر، مثل الألم والصداع أو غير ذلك من الشكاوى التي قد تؤيدها أو لا تؤيدها نتائج الفحص الموضوعي، هي من المشاكل الشائعة بين ضحايا التعذيب. وقد يكون الألم هو الشكوى الوحيدة المطروحة، وهو قد ينتقل من موضع إلى آخر أو يتفاوت في الشدة. وقد تكون الأعراض الجسدية المظهر راجعة بصورة مباشرة إلى عواقب التعذيب البدنية أو إلى عوامل نفسية. فعلى سبيل المثال، قد يكون الألم بكل أنواعه من العواقب البدنية المباشرة للتعذيب أو قد يكون منشأه نفسيا. ومن الشكاوى الجسدية المألوفة وجع الظهر والأوجاع العضلية الهيكلية والصداع الذي كثيرا ما ينتج عن إصابات الرأس. والواقع أن حالات الصداع شائعة جدا بين الناجين بعد التعذيب، وهي كثيرا ما تؤدي إلى إصابة مزمنة بالصداع اللاحق للصدمات. كما أنها قد تكون ناجمة أيضا عن التوتر والمعاناة النفسية أو هي قد تتفاقم بسببهما.

(ح) الخلل في أداء الوظيفة الجنسية

٢٤٦- الخلل في أداء الوظيفة الجنسية من الشكاوى الشائعة بين الناجين بعد التعذيب، وخاصة بين الذين تعرضوا منهم للتعذيب الجنسي أو الاغتصاب ولكنها لا تنحصر في هؤلاء (انظر الفصل الخامس، الفرع دال-٨).

(ط) الذُهان

٢٤٧- قد يحدث خلط بين الفروق الثقافية واللغوية وأعراض الذُهان. فقبل إلصاق صفة الذُهان بشخص لا بد أن يتم تشخيص أعراضه في سياقه الثقافي الفريد. وردود الفعل الذُهانية قد تكون وجيزة أو مطولة؛ والأعراض قد تظهر أثناء حبس الشخص وتعذيبه أو فيما بعد. وقد توجد المظاهر التالية:

'١' التهيؤات؛

'٢' الهلوسة المبنية على السمع أو النظر أو اللمس أو الشم؛

'٣' التخيلات العجيبة والسلوك الغريب؛

'٤' الأوهام أو التصور المشوه للأمور مما قد يتخذ شكلا شبيها بالهلوسة ويقرب من حدود حالات الذُهان الفعلي. وظهور التهيؤات والهلوسات لحظة النوم أو عند الاستفاقة من النوم شائع لدى غالبية الناس ولا يمثل ذُهاناً. ويذكر ضحايا التعذيب أحياناً أنهم يسمعون صراخاً أو نداء لأسمائهم أو يرون ظلالاً من دون أن تظهر عليهم علامات أو أعراض أكيدة للذُهان؛

'٥' الهُذاء (البرانويا) وتهيؤات الاضطهاد؛

'٦' وقد يعود ظهور اضطرابات الذُهان، أو اضطرابات المزاج التي لها سمات الذُهان، لدى الأشخاص الذين لهم ماض من المرض العقلي. فالأشخاص الذين عانوا في الماضي من اضطراب القطبية الثنائية،

أو من الاكتئاب المتكرر المقترن بسمات الذُهان، أو من مرض انفصام الشخصية والاضطرابات المتصلة به قد يمرون بفترة تتجدد فيها المعاناة من هذه الاضطرابات.

(ي) تعاطي المواد

٢٤٨- كثيرا ما تظهر حالات إدمان تعاطي الكحول والمخدرات بين الناجين بعد التعذيب باعتبار ذلك وسيلة لمحو ذكريات الصدمة، وضبط المِزاج، والتحكم في القلق.

(ك) الأضرار العصبية - النفسية

٢٤٩- قد يسبب التعذيب صدمة بدنية تفضي إلى مستويات متفاوتة من إيذاء المخ. فتسديد الضربات إلى الرأس والخنق وسوء التغذية لفترات طويلة أمور قد تترك عواقب عصبية وعصبية - نفسية طويلة الأمد وقد لا يتيسر تقديرها أثناء الكشف الطبي. وقد تكون الاختبارات العصبية - النفسية وما يصاحبها من تقييم للحالة هي الوسيلة المعتمدة الوحيدة لتوثيق هذه الآثار، كما هو الحال في جميع أنواع إصابات المخ التي يتعذر توثيقها بتصوير الرأس أو بغير ذلك من الإجراءات الطبية. وكثيرا ما تكون الأعراض المستهدفة متداخلة بشكل ملموس مع أعراض الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات واضطراب الاكتئاب الشديد. فالتقلبات أو أوجه القصور في مستويات الوعي، والقدرة على التوجه والانتباه والتركيز، والذاكرة، ووظائف التنفيذ، يمكن أن تعود إلى اضطرابات وظيفية كما يمكن أن تعود إلى أسباب عضوية. ولذلك يتعين الاعتماد على المهارة المتخصصة في تقديرات الحالة العصبية - النفسية وكذلك على الوعي بالمشاكل المتعلقة بمدى انطباق الأدوات المستخدمة في أبحاث الحالات العصبية - النفسية على الثقافة المعينة، إذا كانت الحالة تقتضي مثل هذا التمييز (انظر الفرع جيم-٤ أعلاه).

٣- فئات التشخيص

٢٥٠- مع أن الشكاوى الرئيسية والنتائج البارزة للفحوص تتنوع كثيرا فيما بين الناجين بعد التعذيب، ومع كونها ترتبط بتجارب الفرد الحياتية الفريدة وبسياقه الثقافي والاجتماعي والسياسي، فإن من الحكمة أن يلم المقيّمون بفئات الاضطرابات الأكثر شيوعا في تشخيص حالات الناجين بعد الصدمات والتعذيب. كما أنه ليس من غير المألوف أن يشاهد أكثر من اضطراب عقلي واحد لأن الاضطرابات العقلية المرتبطة بالصدمات تنطوي على قدر كبير من التزاوج بين الأمراض. والقلق والاكتئاب بشتى مظاهرهما هما أكثر الأعراض شيوعا نتيجة للتعذيب. والأعراض التي سبق وصفها ستندرج في حالات غير قليلة تحت فئتي القلق واضطراب المِزاج. ونظاما التصنيف البارزان في هذا المضمار هما التصنيف الدولي للأمراض (الجزء الخاص بتصنيف الأمراض العقلية والسلوكية) (ICD-10)[١٠٣]، ودليل جمعية الطب النفسي الأمريكية التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية

---

(١٠٣) World Health Organization, *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders* (Geneva, 1994).

(DSM-IV)[١٠٤]. وللاطـــلاع على الأوصاف الكاملة لفئات التشخيص ينبغي الرجوع إلى هذين المرجعين. أما العـــرض الـــتالي فإنه سيركز على أكثر التشخيصات المرتبطة بالصدمات شيوعا أي الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات، والاكتئاب الشديد، والتغيرات الدائمة في الشخصية.

(أ) اضطرابات الاكتئاب

٢٥١- أشكال الاكتئاب تشاهد فيما يقرب من جميع حالات الناجين بعد التعذيب. ومن الصعب أن نفترض في ســـياق تقييم عواقب التعذيب أن الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات واضطراب الاكتئاب الشديد هما كيانان مرضيان منفصلان لكل منهما أسبابه المتميزة بوضوح. واضطرابات الاكتئاب الشديد تشمل الاكتئاب الشديد لمرة واحـــدة أو الاضـــطراب الشديد المتكرر (أي لأكثر من حدث واحد). وقد تقترن اضطرابات الاكتئاب الشديد بسمات ذُهانية أو جمودية أو سوداوية أو بسمات غير نمطية. ووفقا للدليل التشخيصي والإحصائي المشار إليه لا بـــد للتوصـــل إلى تشخيص الاكتئاب الشديد لمرة واحدة من توفر ما لا يقل عن خمسة من الأعراض التالي بيانها وذلـــك في غضـــون فترة أسبوعين متصلين، وأن تشكل الأعراض تبدلا عن نهج الأداء السابق (كما أنه يلزم أن يـــندرج واحد على الأقل من هذه الأعراض تحت عنوان المزاج المكتئب أو فقدان الاهتمام أو المتعة): (١) المزاج المكتئب؛ (٢) النقصان الواضح في الاهتمام بكل، أو ما يقرب من كل، الأنشطة أو في الشعور بمتعة في ممارستها؛ (٣) فقـــدان الوزن أو تبدل الشهية؛ (٤) الأرق أو الإفراط في النوم؛ (٥) الهياج أو التخلف النفسي - الحركي؛ (٦) الإحســـاس بالتعـــب وانعـــدام الطاقة؛ (٧) الشعور بتفاهة الذات أو بالذنب الزائد أو الذي لا محل لـــه؛ (٨) نقصان القدرة على التفكير أو التركيز؛ (٩) كثرة التفكير في الموت والانتحار. كما أنه يلزم للوصول إلى هذا التشخيص أن تتسبب الأعراض في إزعاج ظاهر أو إضرار بالأداء الاجتماعي أو المهني، وأن تكون غير راجعة إلى اضطراب فيزيولوجي وغير مشمولة بتشخيص آخر وارد في ذلك الدليل.

(ب) الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات

٢٥٢- يعتبر تشخيص الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات أكثر التشخيصات شيوعا عند بحث العواقب النفسية للتعذيـــب. وقـــد أصبحت الرابطة بين التعذيب وهذا التشخيص قوية جدا في أذهان مقدمي الخدمات الصحية ومحـــاكم الهجـــرة والـــرأي العـــام المطلع. وقد ولّد ذلك انطباعا خاطئا مبنيا على تبسيط الأمور مؤداه أن هذا الاضطراب هو العاقبة النفسية الرئيسية للتعذيب.

٢٥٣- وتعريف الدليل التشخيصي والإحصائي لهذا الاضطراب يعتمد اعتمادا شديدا على وجود اختلالات في الذاكـــرة متصلة بالصدمة من أمثال الذكريات المقتحمة، والكوابيس، وعدم القدرة على تذكر جوانب هامة من الصـــدمة. فقـــد يعجز الشخص عن تذكر دقائق أحداث التعذيب ولكنه يكون قادرا على تذكر كل المواضيع الرئيسية في محنة التعذيب. مثال ذلك أن الضحية قد يتذكر أنه اغتصب في عدة مناسبات ولكنه يعجز عن تحديد الـــتواريخ والمواقع وتفاصيل البيئة الملابسة أو أوصاف مرتكبي الاغتصاب. وفي ظل هذه الظروف فإن العجز عن

---

(١٠٤) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*: DSM-IV-TR, 4th ed. (Washington, D.C., 1994).

تذكـــر التفاصيل الدقيقة يعد أمرا داعما لمصداقية حكاية الضحية لا منتقصا منها. فالمواضيع الرئيسية في الحكاية ســـتظل متسقة عند إعادة المقابلة. والتشخيص الوارد لهذا الاضطراب في التصنيف الدولي مشابه جدا لتشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي الذي يذكر أن هذا الاضطراب قد يكون حادا أو مزمنا أو مؤجلا، وأن الأعراض لا بد أن توجد لمدة تزيد عن شهر واحد وأن الاضطراب يجب أن يكون مسببا لإزعاج ظاهر أو لإخلال بالأداء. وللتوصل إلى تشخيص الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات لا بد أن يكون الشخص قد تعرض لصدمة انطوت عـــلى تهديد لحياته وحياة آخرين وولدت خوفا مركزا وإحساسا بالعجز التام أو بهول الحدث. ويجب أن تكون المعانـــاة من محنة الصدمة متكررة باستمرار بإحدى الطرق التالية: ذكريات مقتحمة مزعجة عن الحادث، أحلام مـــزعجة متكررة عن الحادث، التصرف أو الشعور وكأن الحادث يحدث من جديد بما في ذلك الهلوسة ونوبات رجـــوع الذهـــن إلى الماضي والأوهام، والضيق النفسي البالغ عند التعرض إلى كل ما يذكّر الشخص بالحادث، والاستجابة الفيزيولوجية عند التعرض لخيوط تشبه أو ترمز لجوانب من الحادث.

٢٥٤- ولا بد أن يظهر الشخص اجتنابه لكل المثيرات المقترنة بالحادث أو يظهر تبلدا عاما في التجاوب على نحو يتجلى في ثلاثة على الأقل مما يلي: (١) محاولة تجنب الأفكار أو المشاعر أو المحادثات المقترنة بالصدمة؛ (٢) محاولة تجنب كل ما يذكر الضحية بالصدمة من الأنشطة أو الأماكن أو الأشخاص؛ (٣) العجز عن تذكر جانب هام من الحـــادث؛ (٤) نقصان الاهتمام بالأنشطة ذات الأهمية؛ (٥) الانفصال أو الاغتراب عن الآخرين؛ (٦) قلة التأثر بالمشـــاعر؛ (٧) الإحساس بأفول المستقبل. وثمة سبب إضافي للخلوص إلى تشخيص الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات وفقا للدليل التشخيصي هو استمرار ظهور أعراض الإثارة الزائدة التي لم تكن ظاهرة قبل الصدمة على نحو يتجلى في اثنين على الأقل مما يلي: صعوبة بدء النوم أو استمراره، والنزق أو تفجر نوبات الغضب، وصعوبة التركيز، والتيقظ المفرط، والشدة المفرطة في الإجفال استجابة للمباغتة.

٢٥٥- وأعراض هذا الاضطراب قد تكون مزمنة أو هي قد تتذبذب على مدى فترات طويلة. وفي بعض الفترات الفاصلة قد تطغـــى على الصورة السريرية أعراض التهيج الزائد أو النزق. وفي هذه الأوقات من المألوف أن يشكو الناجي أيضا من زيادة في مداهمـــة الذكـــريات له وفي الكوابيـــس ونوبات رجوع الذهن إلى أحداث الماضي. وفي أوقات أخرى قد يبدو الناجي وكأنه خـــال نســـبيا مـــن الأعـــراض أو يبدو ميالا إلى حصر المشاعر والانطواء. وينبغي ألا يغرب عن البال أن عدم استيفاء المعايير التشخيصـــية لهـــذا الاضطراب أمر لا يعني أن التعذيب لم يحدث. ووفقا للتصنيف الدولي، قد يتخذ هذا الاضطراب، في نسبة معينة من الحالات، مجرى مزمنا على مدى سنوات عديدة ثم يتحول في نهاية المطاف إلى تغير دائم في الشخصية.

(ج) التغير الدائم في الشخصية

٢٥٦- بعـــد النكـــبات أو أحـــوال الكرب الشديد المديد قد تظهر اضطرابات في شخصية البالغ، وذلك لدى أشـــخاص لم يعانوا من قبل من أي اضطراب من اضطرابات الشخصية. ومن أنواع الكرب الشديد التي يمكن أن تـــبدل الشخصية تجربة الإيداع في معسكرات الاعتقال، والتعرض للكوارث، والأسر لمدد طويلة مع اقتران ذلك باحـــتمال الـــتعرض لقتل وشيك، ومواجهة أحوال أخرى تنطوي على تهديد للحياة كأن يقع الشخص ضحية للإرهاب أو التعذيب. وحسب التصنيف الدولي لا ينبغي الوصول إلى تشخيص التغير الدائم في الشخصية إلا إذا وجـــدت أدلة على تغير قاطع وهام ومستمر في نمط رؤية الشخص للأمور أو تواصله مع بيئته ونفسه أو فكرته عـــنهما، وذلك بالاقتران مع سلوكيات تفتقر إلى المرونة والاستعداد للتكيف ولم يكن لها وجود من قبل تجربة الصدمة. وتستبعد من التشخيص التغيرات التي يتجلى فيها وجود اضطراب عقلي آخر أو التي تمثل عرضا متبقيا من اضطراب عقلي قديم وكذلك التغيرات الشخصية والسلوكية الراجعة إلى مرض، أو خلل وظيفي، أو تلف أصاب المخ.

٢٥٧- وللوصـــول وفقـــا للتصنيف الدولي إلى تشخيص التغير الدائم في الشخصية بعد التعرض لنكبة لا بد من استمرار الـــتغيرات في الشخصـــية لمدة لا تقل عن سنتين بعد التعرض لكرب النكبة. ويشترط التصنيف أن يكون الكرب مفرطا في الشـــدة إلى حـــد "لا يعـــود مـــن الضروري معه النظر في حالة المناعة الشخصية لدى الشخص لتفسير أثره العميق على الشخصية". ويتسم هذا التغير في الشخصية باتخاذ موقف عدائي أو ارتيابي من العالم، وبانزواء اجتماعي وشعور بخواء النفس أو انعدام الأمل، وبإحساس مزمن لدى الشخص بأنه دائما "على الحافة"، وكأنما هو تحت تهديد مستمر، وبالاغتراب.

(د) تعاطي المواد

٢٥٨- لاحـــظ الأخصـــائيون كثرة ظهور حالات تعاطي الكحول والمخدرات بين الناجين بعد التعذيب وذلك كوسيلة لكبت ذكريات الصدمة وضبط المزاج المعكر والتحكم في مشاعر القلق. ومع أن من الشائع أن تصاحب الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات اضطرابات أخرى، فإن البحوث المنظمة لم تعنَ إلا في النادر بدراسة تعاطي المـــواد المخدرة من قبل الناجين بعد التعذيب. على أن الدراسات المنشورة عن المجموعات البشرية التي عانت من الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات قد تشمل بعض الناجين بعد التعذيب ضمن مجموعات أخرى مثل اللاجئين وأسرى الحرب والمحاربين القدماء، وهي تلقي بذلك بعض الضوء على الموضوع. وتظهر الدراسات المنصبة على هـــذه المجموعات تفاوتا في مدى انتشار تعاطي المواد فيما بين المجموعات المختلفة من الوجهتين الإثنية والثقافية. وقد لوحظ أن أسرى الحرب السابقين الذين يعانون من الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات أشد تعرضا لخطر تعـــاطي المواد، كما شوهدت لدى المحاربين القدماء مستويات أعلى من التزاوج بين مرضى الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات ومتعاطي المواد المخدرة[١٠٥،١٠٦،١٠٧،١٠٨،١٠٩،١١٠،١١١،١١٢]. وبإيجاز، توجد أدلة وفيرة

---

(١٠٥) P. J. Farias, "Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: Analysis of a clinical sample", *Culture, Medicine, and Psychiatry*, vol. 15 (1991), pp. 167-192.

(١٠٦) A. Dadfar, "The Afghans: bearing the scars of a forgotten war", *Amidst peril and pain: The Mental Health and Well-being of the World's Refugees*, A. Marsella, and others (Washington, D. C., American Psychological Association, 1994).

(١٠٧) G. W. Beebe, "Follow-up studies of World War II and Korean war prisoners, II: morbidity, disability, and malajustments", *American Journal of Epidemiology* vol. 101 (1975), pp. 400-422.

(١٠٨) B. E. Engdahl and others "Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war", *American Journal of Psychiatry*, vol. 155 (1998), pp. 174-1745.

(١٠٩) T. M. Keane and J. Wolfe, "Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies", *Journal of Applied Social Psychology* vol. 20 (21) (1990), pp. 1776-1788.

(١١٠) R. A. Kulka and others, *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study* (New York, Brunner/Mazel, 1990).

(١١١) B. K. Jordan and others, "Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls", *Archives of General Psychiatry*, vol. 48, No.3 (1991), pp. 207-215.

(١١٢) A. Y. Shalev, A. Bleich and R. J. Ursano, "Post-traumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance", *Psychosomatics*, vol. 31 (1990), pp. 197-203.

من المجموعات الأخرى المعرضة للاضطراب النفسي اللاحق للصدمات على أن تعاطي المواد هي حالة من حالات الأمراض المصاحبة التي قد تُشخَّص عند فحص الناجين بعد التعذيب.

(هـ) تشخيصات أخرى

٢٥٩- كما يتجلى من بيان الأعراض الموصوفة في هذا الفرع، توجد تشخيصات أخرى يصح النظر في أمرها بالإضافة إلى الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات مثل اضطراب الاكتئاب الشديد، والتغير الدائم في الشخصية (انظر أدناه). والتشخيصات الأخرى الممكنة تشمل الحالات التالية دون أن تقتصر عليها وحدها:

'١' اضطراب القلق العام الذي يتسم بالإفراط في الشعور بالقلق والهم تجاه مجموعة متنوعة من الأحداث والأنشطة، والتوتر الحركي، والزيادة في النشاط التلقائي؛

'٢' اضطراب الفزع الذي يتجلى في تكرر معاناة نوبات غير متوقعة من الخوف الشديد أو عدم الارتياح البالغ، وتندرج في إطاره أعراض مثل التعرق والاختناق والارتعاش وسرعة خفقات القلب والدوار والغثيان والإحساس غير الطبيعي بالبرد أو بالحر؛

'٣' الاضطراب النفسي الحاد، وله أساسا نفس أعراض الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات ولكن تشخيصه يكون في غضون شهر واحد من وقوع حادث الصدمة؛

'٤' أشكال الاضطرابات الجسدية المظهر، وهذه تتمثل في ظهور أعراض بدنية لا تفسرها حالة طبية؛

'٥' اضطراب ثنائية القطب، وهو يتسم بنوبات من السلوك الهوسي أو شبه الهوسي مقترنة بمزاج يتسم بالانتعاش أو الانفتاح أو العصبية، وبالإحساس بالعظمة، ونقصان الحاجة إلى النوم، وهروب الأفكار، والتهيج النفسي - الحركي وما يتصل بذلك من ظواهر الذُهان؛

'٦' الاضطرابات الراجعة إلى حالة طبية عامة، وهذه تكون في كثير من الأحيان في صورة إصابة لحقت بالمخ بما يترتب عليها من تقلبات أو قصور في مستوى الوعي والقدرة على التوجه والانتباه والتركيز والذاكرة والأداء التنفيذي؛

'٧' الرهاب من قبيل رهاب المجتمع ورهاب الخلاء.

جيم - التقييم من زاوية علم النفس والعلاج النفسي

١- اعتبارات أخلاقية وسريرية

٢٦٠- إن التقييمات النفسية يمكن أن توفر أدلة بالغة الأهمية على إساءة معاملة ضحايا التعذيب، وذلك لأسباب عديدة: فالتعذيب كثيرا ما يسبب أعراضا نفسية مدمرة؛ وأساليب التعذيب كثيرا ما تكون مصممة بحيث لا تترك إصابات بدنية؛ والآثار البدنية التي يتركها التعذيب قد تتلاشى أو قد تفتقر إلى التحديد النوعي.

٢٦١- والتقييمات النفسية تتيح أدلة نافعة للفحوص الطبية - القانونية، ولطلبات اللجوء السياسي، وتفيد في إثبات حالات الحصول على اعترافات كاذبة، وفي تفهم الممارسات الإقليمية للتعذيب، وتحديد الاحتياجات العلاجية للضحايا، كما أنها تشكل شهادة في تحقيقات حقوق الإنسان. والهدف العام من التقييم النفسي هو تقرير مدى الاتساق بين حكاية الفرد عن التعذيب والنتائج النفسية التي لوحظت أثناء التقييم. ولهذه الغاية ينبغي أن يتضمن التقييم وصفا مفصلا لتاريخ الفرد وفحصا لحالته العقلية وتقديرا لأدائه الاجتماعي، وبيانا بالانطباعات السريرية (انظر الفصل الثالث، الفرع جيم والفصل الرابع، الفرع هاء). وينبغي التوصل إلى تشخيص من أخصائي نفسي إن اقتضت الحالة ذلك. وحيث إن الأعراض النفسية بالغة الانتشار بين الناجين بعد التعذيب فإن من المستصوب للغاية تضمين كل تقييم للتعذيب تقديرا للحالة النفسية.

٢٦٢- وينبغي أن يكون تقدير الحالة النفسية والوصول إلى تشخيص سريري قائمين على معرفة صحيحة بالسياق الثقافي للشخص المعني. فالإلمام بالمتلازمات المقترنة بالثقافة المعينة وبالتعابير اللغوية عن الكرب التي يتم بها إبلاغ الأعراض هو أمر بالغ الأهمية في إجراء المقابلة وصياغة الانطباع السريري والاستنتاج. وعندما يكون القائم بإجراء المقابلة قليل المعرفة، أو عديم المعرفة، بثقافة الضحية تصبح الاستعانة بمترجم شفوي مسألة أساسية. ومن الوجهة المثالية، فإن المترجم الشفوي المنتمي إلى بلد الضحية سيكون ملما باللغة والعادات والتقاليد والمعتقدات الأخرى الواجب مراعاتها أثناء التقصي. ذلك أن المقابلة نفسها قد تثير الخوف والارتياب لدى الضحية بل قد تذكره باستجوابات سابقة تعرض لها. وللإقلال من عوامل تجدد الصدمة، ينبغي أن يظهر الأخصائي تفهما لتجارب الفرد وخلفيته الثقافية. فليس من اللائق هنا الالتزام بقاعدة "الحياد السريري" الصارم المتبعة في بعض أشكال العلاج النفسي حيث يتخذ الأخصائي موقفا ساكنا ولا يتكلم إلا قليلا. بل يجب على الأخصائي أن يشعر الفرد بأنه حليف له وأن يتخذ موقفا مساندا وبعيدا عن إصدار الأحكام.

٢- *عملية المقابلة*

٢٦٣- ينبغي أن يبدأ الأخصائي المقابلة على نحو يوضح فيه بالتفصيل الإجراءات التي ستتبع (الأسئلة التي ستطرح عن التاريخ النفسي والاجتماعي، بما في ذلك تاريخ التعذيب والأداء النفسي الحالي)، ويعد به الفرد للاستجابات الانفعالية الصعبة التي قد تثيرها في نفسه هذه الأسئلة. وينبغي أن تعطى للفرد فرصة طلب فترات استراحة، وإيقاف المقابلة في أي وقت، بل تمكينه من تركها كليا إن أصبح إحساسه بالضيق فائقا إلى حد لا يطاق، على أن تتاح له فرصة تحديد موعد لاحق لاستئنافها فيما بعد. ويجب أن يظهر الأخصائي حساسية وتعاطفا في توجيه الأسئلة دون إخلال بالموضوعية في تقديره للحالة. وفي الوقت نفسه ينبغي أن يكون مدركا لما قد يكون لديه هو نفسه من ردود فعل شخصية تجاه الناجي وتجاه أوصاف التعذيب مما قد يؤثر على تصوراته وأحكامه.

٢٦٤- فعملية المقابلة قد تذكر الناجي باستجوابه في مرحلة التعذيب، وقد تتولد لديه بالتالي مشاعر سلبية قوية نحو الأخصائي مثل الخوف أو الغضب أو النفور أو الإحساس بالعجز أو الحيرة أو الرهبة أو الكره. وينبغي أن يكون الأخصائي متهيئا لظهور هذه المشاعر وتفسيرها وأن يبدي تفهمه للوضع الصعب الذي يمر به الفرد. ولا ينبغي أن يغيب عن باله أيضا أن هذا الفرد ربما لا يزال يواجه اضطهادا أو قمعا. فيلزم إن اقتضى الحال تجنب أي استفسارات عن الأنشطة المحظورة. ومن الأهمية بمكان النظر في الأسباب التي يجري من أجلها هذا التقييم النفسي لأنها هي التي ستحدد مدى الكتمان الذي يتعين على الأخصائي التزامه. فإذا كان طلب تقييم مصداقية بلاغ الفرد

عن التعذيب آتيا من سلطة حكومية في إطار إجراء قضائي وجب إخطاره بأن هذا يعني زوال الالتزام بالكتمان الطبي بالنسبة لكل المعلومات التي سيتناولها التقرير. أما إذا كان طلب التقييم النفسي آتيا من الشخص المعذب نفسه فإن على الأخصائي احترام مبدأ الكتمان الطبي.

٢٦٥- وعلى الأخصائيين الذين يضطلعون بتقييمات بدنية أو نفسية أن يلموا بردود الفعل الانفعالية التي قد تولدها حالات الصدمات العنيفة لدى كل من الشخص موضع المقابلة والشخص القائم بإجراء المقابلة. وهذه الاستجابات الانفعالية تعرف باسم التحويل والتحويل المضاد. وتعد أحاسيس الارتياب والخوف والعار والغضب والذنب من الاستجابات النمطية التي تشاهد لدى الناجين بعد التعذيب، خاصة عندما يُطلب منهم إعادة سرد أو تذكر تفاصيل الصدمة. والتحويل هو المشاعر التي تختلج في صدر الناجي بعد التعذيب تجاه الأخصائي، التي هي في الواقع مشاعر تمت إلى تجارب سابقة ولكن يساء فهمها على أنها موجهة إلى الأخصائي شخصيا. وبالإضافة إلى ذلك فإن استجابة الأخصائي الانفعالية تجاه شخص الناجي بعد التعذيب، والتي يشار إليها بمصطلح التحويل المضاد، قد يكون لها تأثير على نتيجة التقييم النفسي. وبين التحويل والتحويل المضاد ترابط وتجاوب متبادل.

٢٦٦- واحتمال تأثير استجابات التحويل على عملية التقييم يتجلى عندما نأخذ بعين الاعتبار أن من شأن المقابلة أو الفحص اللذين ينطويان على سرد وتذكر لتفاصيل صدمة ماضية، تعريض الشخص لذكريات وخواطر ومشاعر مزعجة وغير مرغوب فيها. ولذلك فإنه بالرغم من أن ضحية التعذيب قد توافق على إجراء التقييم على أمل الاستفادة منه فإن هذا الكشف عن التفاصيل قد يؤدي إلى تجدد تجربة الصدمة نفسها. وقد يشمل الأمر الظواهر التي يرد تناولها فيما يلي.

٢٦٧- قد يشعر الشخص بأن أسئلة المقيّم فيها إكراه له على الكشف عن سرائره على نحو مشابه للاستجواب. وقد يشتبه في أن تكون لدى المقيّم دوافع تلصصية أو سادية، وقد يتساءل في نفسه "لماذا يحملني على أن أصف له أدق تفاصيل ما جرى لي؟" و"هل يمكن لشخص طبيعي أن يختار لنفسه كسب رزقه بالاستماع إلى حكايات مثل حكايتي؟ لا بد أن يكون لديه دافع غريب". وقد يظهر الشخص تحاملا على المقيّم لأنه لم يتعرض مثله لتجربة القبض عليه وتعذيبه. وقد يؤدي هذا بالشخص إلى تصور أن المقيّم ينتمي إلى جانب العدو.

٢٦٨- فهو ينظر إلى المقيّم على أنه شخص ذو سلطة - وهو قد يكون كذلك فعلا في كثير من الحالات - وبالتالي فإنه لا ينبغي أن يؤتمن على جوانب معينة من قصة التعذيب. ومن الجهة المضادة قد يجنح الأشخاص الذين تجري مقابلتهم، خاصة إن كانوا لا يزالون محتجزين، إلى الاطمئنان الزائد عن الحد في حالات لا يملك فيها القائم بإجراء المقابلة ضمان عدم حدوث أي انتقام منهم. لذا يجب اتخاذ كل ما يمكن من الاحتياطات لضمان عدم تعريض المسجونين لأنفسهم لخطر لا داعي له عن ثقة زائدة في قدرة الشخص الآتي من الخارج على حمايتهم من الضرر. وقد يخشى ضحايا التعذيب من استحالة إبقاء المعلومات التي تتكشف في سياق التقييم في مأمن حقيقي بحيث لا تطولها يد الحكومة التي تضطهدهم. والخوف والارتياب يشتدان كثيرا حين يكون قد شارك في التعذيب أطباء أو آخرون من المشتغلين بالمهن الصحية.

٢٦٩- وفي كثير من الظروف يكون المقيّم منتميا إلى ثقافة الأغلبية وتكوينها الإثني بينما يكون الشخص موضع المقابلة منتميا إلى فئة أو ثقافة أقلية. وهذا السياق غير المتكافئ قد يعزز من الاختلال، المتصور أو الحقيقي، في

مـــيزان القوى فيزيد من احتمال شعور الشخص بالخوف والارتياب والإذعان الاضطراري. وفي بعض الحالات، وبخاصة عندما يكون الشخص لا يزال محتجزاً، قد ينصب هذا الشعور على المترجم الشفوي أكثر مما ينصب على المقـــيّم نفســـه. ومن الزاوية المثالية ينبغي أن يكون المترجم الشفوي آتيا من الخارج وليس معينا محليا حتى يرى الجميع أن استقلاله لا يقل عن استقلال القائم بالتقصي. وبطبيعة الحال أنه لا ينبغي الاستعانة في الترجمة الشفوية بخدمات عضو في الأسرة يكون بوسع السلطات أن تضغط عليه للإفشاء بما جرى أثناء التقييم.

٢٧٠- وإذا كـــان نـــوع جـــنس المقيم مختلفا عن نوع جنس الضحية يصبح احتمال تصور الشبه بين المقابلة والاستجواب أشد مما لو كان المقيم منتميا إلى نفس نوع جنس الضحية. مثال ذلك أن المرأة التي اغتصبها أو عذبها في السجن حارس ذكر، يرجح أن تشعر بمزيد من الضيق والارتياب والخوف عندما تواجه مقيّما من الذكور مما لو كانت تواجه مقيّما من الإناث. والعكس صحيح في حالة الرجال الذين اعتدي عليهم جنسيا لأنهم قد يشعرون بخجل من الإدلاء بتفاصيل تعذيبهم إلى مقيّمة من الإناث. وقد أظهرت الخبرة أنه عندما تكون الضحية في الحبس، وفي جميع المجتمعات ما عدا أشدها تمسكا بالمعتقدات الأصولية التقليدية (حيث لا يكون واردا أصلا أن يقوم رجل حتى بمجرد إجراء مقابلة مع امرأة، ناهيك عن فحصها)، قد يكون أمراً أهم بكثير كون القائم بالمقابلة في حالات الاغتصـــاب طبيباً تستطيع الضحية أن تسأله أسئلة محددة من عدم كونه من الذكور. فقد تبين أن بعض ضحايا الاغتصاب يرفضن الإفضاء بشيء إلى المحققات الإناث من غير المشتغلات بالطب ويطلبن التحدث إلى طبيب، حتى لـــو كان من الذكور، ليتمكن من الاستفسار عن مسائل طبية محددة. وترمي أسئلتهن المألوفة إلى الاستفسار عن العقابيل المحتملة مثل الحمل والقدرة على الإنجاب فيما بعد أو عن مستقبل علاقاتهن الجنسية بأزواجهن. وفي سياق التقييمات التي تجرى لأغراض قانونية، من السهل تأويل الاهتمام بالتفاصيل وتوجيه أسئلة مدققة عن الماضي على أنهما من مظاهر عدم الثقة أو الشك من جانب الفاحص.

٢٧١- ونظـــرا للضغوط النفسية المشار إليها فيما سبق قد يتجدد شعور الناجين بالصدمة وتسحقهم الذكريات فيلجأون إلى آليات دفاعية تؤدي بهم إلى انزواء عميق وتبلد حسي أثناء الفحص أو المقابلة. وهذا الانزواء والتبلد يثير مشاكل خاصة في طريق التوثيق إذ إن الضحية قد يعجز بسببه عن الإفصاح بصورة فعالة عما جرى لـــه في الماضي وعن بيان آلامه الحالية مع أن ذلك كان سيعود عليه بفائدة بالغة.

٢٧٢- أما استجابات التحويل المضاد فكثيرا ما تكون لا شعورية وهي تصبح مشكلة عندما لا يكون الشخص مدركاً لها. فوجود مشاعر عند الاستماع إلى أشخاص يتحدثون عن تعذيبهم أمر متوقع ولو أن هذه المشاعر قد تؤثر على فعالية الأخصائي، فإنها إذا فهمت الفهم الصحيح أصبحت هادية له. فالأطباء والأخصائيون النفسيون الناشطون في تقييم وعلاج ضحايا التعذيب متفقون في الرأي على أن إدراك وفهم ردود الفعل النمطية الناتجة عن التحويل المضاد أمر حيوي لأن لها آثارا قد تحد من القدرة على تقييم وتوثيق العواقب البدنية والنفسية للتعذيب. فالتوثـــيق الفعال للتعذيب وغيره من صنوف إساءة المعاملة يتطلب فهما للدوافع الشخصية للعمل في هذا المجال. وثمة توافق عام في الرأي على أنه ينبغي للمهنيين الذين يداومون على إجراء هذا النوع من الفحص أن يحصلوا على إشراف ومساندة مهنية من أقرانهم المتمرسين في هذا المضمار. وتشمل استجابات التحويل المضاد الشائعة ما يلي:

'١' الاجتناب والانطواء واتخاذ موقف اللامبالاة كوسيلة دفاعية إزاء المادة المزعجة. وقد يؤدي هذا إلى إغفال بعض التفاصيل والتهوين من شدة العواقب البدنية أو النفسية؛

'٢' الشـــعور بخيبة الرجاء والعجز واليأس والإفراط في وضع النفس في موضع الضحية مما يؤدي إلى أعراض الاكتئاب أو الشعور بالصدمة بالنيابة مما يتجلى في أمور مثل الكوابيس والقلق والخوف؛

'٣' تصـــور القـــدرة على كل شيء والإحساس بالعظمة وكأنما هو المنقذ والخبير الأعظم في أمور الصدمات والأمل الأخير للناجي في التعافي والرفاهية؛

'٤' عـــدم الاطمئنان إلى كفاية مهارات المرء المهنية عند مواجهة هول القصة التي تحكى والآلام التي توصـــف. وقد يتجلى ذلك في قلة ثقة الأخصائي في قدرته على إنصاف الناجي وفي التعلق غير الواقعي بمعايير طبية مثالية؛

'٥' قد تؤدي الأحاسيس بالذنب لعدم تعرض المرء بنفسه لتجربة الناجي وآلامه، ولعدم إدراك المرء لما يُرتكب على الصعيد السياسي إلى اتخاذ مواقف يكون فيها إفراط في التأثر العاطفي أو تكون منطوية على تصوير مثالي لشخصية الضحية؛

'٦' ومـــع أن وجود مشاعر الحنق والغضب على مرتكبي التعذيب والاضطهاد أمر متوقع فإن هذه المشـــاعر قد تخل بالقدرة على التزام الموضوعية عندما تكون وراءها تجارب شخصية ليس المرء واعيا بها فتصبح بالتالي مزمنة أو تتخذ شكلا مفرطا؛

'٧' قـــد يظهر الأخصائي غضبا أو امتعاضا من الضحية بسبب تعريضه هو لمستويات غير عادية من القلـــق. كمـــا أنه قد يظهر ذلك أيضا إن شعر بأن الضحية يستغله، وذلك إذا كانت تساوره شكوك في صحة رواية التعذيب المدعى وقوعه وكانت للضحية فائدة سيجنيها إذا جاءت نتيجة التقييم موثقة لعواقب الحادث الذي يدعيه؛

'٨' قـــد تفضي فروق هامة في القيم الثقافية لكل من الأخصائي والفرد الذي يدعي أنه عُذب إلى تصـــديق خرافات عن بعض الفئات الإثنية وإلى التبسط مع الفرد على نحو ينم عن استعلاء ذاتي واســـتهانة بمـــدى رقي هذا الفرد أو بقدرته على تبصر الأمور. وعلى العكس من ذلك، فإن الأخصائي المنتمي إلى نفس فئة الضحية قد يؤلف تحالفا غير منطوق مع الضحية مما قد يؤثر أيضا على موضوعية التقييم.

٢٧٣- ومعظـــم الأخصائيين يتفقون في الرأي على أن استجابات التحويل المضاد لا تعتبر في كثير من الحالات مجرد أمثلة على تحريف الأمور بل هي أيضا مصادر هامة للمعلومات عن الحالة النفسية لضحية التعذيب. وفعالية الأخصـــائي قد تضار إذا تصرف بناء على التحويل المضاد بدلا من إمعان الفكر في أسبابه. ويحسن بالأخصائيين الممارسين لعمليات تقييم وعلاج ضحايا التعذيب بحث مسألة التحويل المضاد والحصول على إشراف ومشورة من أحد زملائهم إن تسنى لهم ذلك.

٢٧٤- وقد تقتضي الظروف أن يجري المقابلة أخصائي ينتمي إلى فئة ثقافية أو لغوية مخالفة لفئة الناجي. في هذه الحـــالات يمكن السيد على نهج من اثنين لكل منهما مزاياه وسيئاته. الأول أن يعتمد الأخصائي كليا على ترجمة

حرفية يقدمها مترجم شفوي (انظر الفصل الرابع، الفرع طاء)، والآخر أن يعتمد في المقابلة على أسلوب يجمع بين الثقافتين بحيث تصبح المقابلة عملا متضافرا يتولاه الأخصائي بالاشتراك مع مترجم يزوده بترجمة شفوية مصحوبة بشروح تيسر فهم مغزى الأحداث والتجارب والأعراض والتعابير في ثقافة الضحية. ذلك أن الأخصائي لا يكون في حالات كثيرة مدركا للعوامل الثقافية والدينية والاجتماعية ذات الأثر بينما يكون بوسع المترجم البارع أن يبرز ويفسر هذه المسائل للأخصائي. أما إذا كان القائم بإجراء المقابلة شديد الاعتماد على الترجمة الحرفية فلن يتوفر له هـذا الـنوع من التفسير المتعمق للمعلومات. ومن جهة أخرى فإنه إذا كان متوقعا من المترجمين الشفويين تنبيه الأخصـائي إلى العوامل الثقافية والدينية والاجتماعية ذات الصلة، يصبح من الأهمية بمكان أن لا تصدر منهم أية محاولـة للتأثير بأي شكل على إجابات الشخص على أسئلة الأخصائي. فعند عدم الاعتماد على الترجمة الحرفية الصرفة لا بد أن يكون الأخصائي على يقين من أن إجابات الشخص التي ينقلها المترجم تمثل في الواقع ما ذكره الشخص فعلا دون أي إضافة أو حذف من قبل المترجم. وأيا كان النهج الذي يتّبع، فإن هوية المترجم الشفوي وانتماءه الإثني والثقافي والسياسي هما من الاعتبارات ذات الأهمية في اختياره. وينبغي أن يكون ضحية التعذيب واثقا من أن المترجم الشفوي سيفهم كلامه وينقله بدقة إلى الأخصائي الذي يتقصى الحالة. لذا لا يجوز بأي حال من الأحوال إسناد الترجمة الشفوية إلى أي شخص من المكلفين بإنفاذ القانون أو من الموظفين الحكوميين. كما أنه لا يصح، احتراما للخصوصيات، الاستعانة في الترجمة بعضو من أعضاء أسرة الضحية. فعلى فريق التقصي أن يختار دائما مترجما مستقلا.

٣- *عناصر التقييم الذي يجريه الأخصائي في علم النفس أو الطبيب النفسي*

٢٧٥- ينـبغي أن تتضـمن المقدمة ذكر مصدر الإحالة، وبيانا موجزا بالمصادر التبعية (مثل السجلات الطبية والقانونية والخاصة بالعلاج النفسي) ووصفا لطرق التقييم المتبعة (المقابلات، والجرد العام للأعراض، وملء القوائم التسجيلية، والاختبارات العصبية - النفسية).

(أ) *تاريخ التعذيب وإساءة المعاملة*

٢٧٦- ينبغي بذل كل جهد ممكن لتوثيق التاريخ الكامل للتعذيب والاضطهاد والصدمات الأخرى ذات الصلة (انظر الفصل الرابع، الفرع هاء). وهذا الجزء من التقييم يسبب عادة إجهادا للشخص موضع التقييم، لذلك يلزم إجراؤه على مدى عدة جلسات. وينبغي أن تبدأ المقابلة باستعراض موجز عام للأحداث قبل الخوض في تفاصيل محنة التعذيب. وينبغي أن يكون القائم بإجراء المقابلة ملما بالقضايا القانونية التي تنطوي عليها الحالة لأنها هي التي ستحدد طبيعة ومقدار المعلومات اللازمة للوصول إلى توثيق الحقائق.

(ب) *الشكاوى النفسية الحالية*

٢٧٧- إن تقيـيم الأداء النفسي الحالي هو لب عملية التقييم. وحيث إنه تبين أن نسبة تتراوح بين ٨٠ و٩٠ في المائـة من مجموع أسرى الحرب الذين يتعرضون للفظائع وضحايا الاغتصاب يعانون مدى الحياة من الاضطراب النفسـي اللاحـق للصـدمات، سيصبح من اللازم توجيه أسئلة محددة تنصب على الفئات الثلاث الواردة لهذا الاضطراب في الدليل التشخيصي والإحصائي (التجدد النفسي لتجربة الصدمة؛ والاجتناب وتبلد الاستجابة بما في

ذلك فقدان الذاكرة؛ والهياج المفرط)[١١٣]،[١١٤]. ويجب وصف الأعراض التأثرية والإدراكية والسلوكية بالتفصيل وبيان مدى تواتر الكوابيس والهذيان واستجابة الإجفال المفرط لدى المباغتة وإيراد أمثلة على ذلك. وعدم إبداء الأعـــراض قد يكون راجعا إما إلى طبيعة الاضطراب المتراوحة بين وقت وآخر أو المؤجلة، أو إلى إنكار أعراض موجودة لاعتبارها شيئا مشينا.

(ج) تاريخ الفترة اللاحقة للتعذيب

٢٧٨- يســـعى هذا الجانب من التقييم النفسي إلى الحصول على معلومات عن ظروف الحياة الحالية. فمن المهم تقصي احتمال وجود منغصات أخرى مثل الانفصال عن أحب الناس إلى الضحية أو فقدانهم، والفرار من الوطن والعـــيش في المنفى. وينبغي أن يستفسر القائم بإجراء المقابلة أيضا عن تمكن الفرد من ممارسة نشاط مثمر ومن كسب الرزق ورعاية أسرته وعما هو متاح له من ركائز المساندة الاجتماعية.

(د) تاريخ الفترة السابقة للتعذيب

٢٧٩- إن اقتضـــى الحال، يجب وصف طفولة الضحية ومراهقته وشبابه الباكر وخلفية أسرته وأمراضها العائلية وتكوينها. كما ينبغي إيراد وصف لماضي الضحية التعليمي والمهني. ويجب تبيين أي صدمات تعرّض لها الضحية في الماضي مثل الاعتداء عليه في طفولته أو تعرضه لصدمات الحرب أو العنف داخل الأسرة، كذلك خلفيته الثقافية والدينية.

٢٨٠- فلوصف الماضي السابق على الصدمة أهميته في تقدير حالة الصحة العقلية ومستوى الأداء النفسي لضحية التعذيـــب قـــبل حـــادث التعذيب. وفي تقييم المعلومات عن الخلفية العامة ينبغي أن يضع المقيّم في اعتباره أن الاســـتجابة للصـــدمات تـــتأثر في أمدها وحدتها بعوامل عديدة. وهذه تشمل - دون أن تنحصر في - ظروف التعذيـــب، وكيفية رؤية الضحية للتعذيب وتفسيره لـــه، والسياق الاجتماعي قبل التعذيب وأثناءه وبعده، وما لدى المجتمع المحلي والأقران من موارد وقيم ومواقف تجاه تجارب الصدمات، والعوامل السياسية والثقافية، ومدى شدة وطول أمد أحداث الصدمة، وأوجه الضعف الجينية والبيولوجية، ومرحلة نمو الضحية وسنه، ومدى تعرضه لصـــدمات ماضية، وشخصيته السابقة على الحادث. وفي كثير من حالات المقابلات قد يتعذر الحصول على هذه المعلومات بسبب ضيق الوقت وغير ذلك من المشاكل. على أن من الأهمية بمكان الحصول على بيانات عن حالة الصـــحة العقلـــية والأداء النفسي للفرد قبل التعذيب بالقدر الكافي لتكوين انطباع عن مدى إسهام التعذيب في المشاكل النفسية الحالية.

---

(١١٣) B. O. Rothbaum and others, "A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims", *Journal of Traumatic Stress* 5 1992, pp. 455-475.

(١١٤) P. B. Sutker and others, "Cognitive deficits and psychopathology among former prisoners of war and combat veterans of the Korean conflict", *American Journal of Psychiatry*, vol. 148 (1991), pp. 62-72.

(هـ) التاريخ الطبي

٢٨١- يلخص التاريخ الطبي الأحوال الصحية السابقة على الصدمة، والأحوال الصحية الحالية، وأوجاع البدن، والشكاوى الجسدية المظهر، والأدوية التي يتعاطاها الفرد وآثارها الجانبية، وتاريخ الحالة الجنسية ذات الصلة، والجراحات السابقة التي أجريت له، وغير ذلك من البيانات الطبية (انظر الفصل الخامس، الفرع باء).

(و) تاريخ العلاج النفسي

٢٨٢- ينبغي التحري عن تاريخ الاضطرابات العقلية أو النفسية، وطبيعة المشاكل وما إذا كان قد وفر لها علاج أو اقتضت الإيداع في مستشفى للأمراض العقلية. كما ينبغي أن يشمل التحري أي استعمال علاجي سابق لعقاقير تندرج في عداد المؤثرات العقلية.

(ز) تاريخ استعمال وتعاطي المواد المخدرة

٢٨٣- ينبغي أن يتقصى الأخصائي أمر استعمال المواد المخدرة قبل حدوث التعذيب وبعد حدوثه، وأمر التغير في أنماط الاستعمال وما إذا كان اللجوء إلى هذه المواد يتم بقصد مواجهة الأرق أو التغلب على مشاكل يتناولها علم النفس أو الطب النفسي. وهذه المواد لا تقتصر فقط على الكحول والقنب والأفيون بل قد تشمل أيضا المواد المخدرة الشائعة على الصعيد الإقليمي مثل بزرة الفوفل ومواد أخرى كثيرة غيرها.

(ح) فحص الحالة العقلية

٢٨٤- يبدأ فحص الحالة العقلية في الواقع منذ أول لحظة يقابل فيها الأخصائي الشخص. وينبغي أن يلاحظ القائم بإجراء المقابلة مظهر الشخص مثل علامات سوء التغذية وقلة النظافة والتغير في النشاط الحركي أثناء المقابلة وكيفية استعمال الشخص للغة ومدى تلاقي أعينه معه، واستعداده للتجاوب معه، ووسيلته في التخاطب معه. وينبغي تغطية العناصر التالية مع إدراج كل جوانب فحص الحالة العقلية في تقرير التقييم النفسي، وهذه تشمل المظهر العام، والنشاط الحركي، والنطق، والمزاج والتأثر العاطفي، ومحتوى الفكر، وعملية التفكير، وتصورات الانتحار أو قتل الغير وفحص القدرة الإدراكية (التوجه والذاكرة البعيدة والمتوسطة والفورية).

(ط) تقدير الأداء الاجتماعي

٢٨٥- إن أحداث التعذيب والصدمات قد تؤثر، إما بصورة مباشرة أو غير مباشرة، على مدى قدرة الشخص على الأداء. ويمكن أن يتسبب التعذيب بصورة غير مباشرة في فقدان الأداء والعجز عندما تؤدي العواقب النفسية للمحنة التي مر بها الفرد إلى الإخلال بقدرته على العناية بنفسه وكسب رزقه وإعالة أسرته أو متابعة دراسته. وعلى الأخصائي أن يقوم بتقدير مستوى الأداء الحالي للفرد وذلك بالاستفسار عن أنشطته اليومية ودوره الاجتماعي (ربة بيت، طالب، عامل) وأنشطته الاجتماعية والترويحية وفكرته عن حالته الصحية. وينبغي للقائم بإجراء المقابلة أن يطلب من الفرد أن يعطي تقديره الشخصي لحالته الصحية وأن يفيده عن وجود أو عدم وجود شعور بالتعب المزمن وأن يبلغه عن أي تغيرات يحتمل أن تكون قد حصلت في أدائه العام.

(ي) الاختبار النفسي واستخدام القوائم التسجيلية والاستبيانات

٢٨٦- لا توجد بيانات كثيرة منشورة عن استعمال الاختبارات النفسية (اختبارات الشخصية الإسقاطية والموضوعية) في صدد تقييم حالات الناجين بعد التعذيب. كما أن الاختبارات النفسية للشخصية تفتقر إلى عنصر الصلاحية عبر مختلف الثقافات. والتقاء هذين العاملين يحد كثيرا من جدوى الاختبارات النفسية في تقييم حالات ضحايا التعذيب. على أن الاختبارات العصبية - النفسية قد تفيد في تقدير حالات إصابات المخ الناتجة عن التعذيب (انظر الفرع جيم-٤). والناجي بعد محنة التعذيب قد يجد عناء في التعبير بكلماته هو عن تجاربه وأعراضه. وفي بعض الحالات قد يفيد استعمال القوائم التسجيلية للصدمات وأعراضها والاستبيانات المعدة سلفا. وإن رأي القائم بإجراء المقابلة أن ذلك النهج قد يفيد، فيمكنه الرجوع إلى العديد من الاستبيانات المتوفرة ولو أنه لا يوجد أي استبيان منها له صفة النوعية والانطباق على ضحايا التعذيب على وجه التخصيص.

(ك) الانطباع السريري

٢٨٧- عند تحديد الانطباع السريري لأغراض الإبلاغ عن الأدلة النفسية على التعذيب، يتعين على الممارس أن يسأل نفسه الأسئلة التالية:

'١' هل النتائج النفسية متسقة مع التعذيب المبلغ عن وقوعه؟

'٢' هل النتائج النفسية تمثل استجابات متوقعة أو نمطية للمحنة الشديدة في السياق الثقافي والاجتماعي للفرد؟

'٣' في ضوء تقلب مجرى الاضطرابات العقلية الناتجة عن الصدمات على مر الوقت، ما هو الإطار الزمني بالنسبة لحوادث التعذيب؟ وما هو موقع الفرد على طريق الشفاء؟

'٤' ما هي المنغصات الإضافية التي يواجهها هذا الشخص حاليا (مثلا استمرار الاضطهاد، النزوح الجبري إلى الخارج، حياة المنفي، فقدان الأسرة أو الدور الاجتماعي)؟ وما هي وطأة هذه الأمور عليه؟

'٥' ما هي العوامل البدنية التي تساهم في الصورة السريرية؟ يجب الانتباه بوجه خاص إلى إصابات الرأس أثناء التعذيب أو الحبس؛

'٦' هل الصورة السريرية توحي بكذب ادعاء التعذيب؟

٢٨٨- وعلى الأخصائي أن يعلق على مدى الاتساق فيما بين النتائج النفسية، ومدى ارتباطها بما يُدعى من إساءة المعاملة. وينبغي وصف الحالة الانفعالية للشخص وتعابير وجهه أثناء المقابلة وأعراضه وتاريخ حبسه وتعذيبه والتاريخ الشخصي السابق للتعذيب. وينبغي تسجيل عوامل مثل مجيء أعراض معينة متصلة بالصدمة ومدى وضوح نسبة أية نتائج نفسية أو أنماط معينة من الأداء النفسي إلى الصدمة على وجه التخصيص. وينبغي أن تؤخذ بعين الاعتبار أي عوامل إضافية مثل النزوح الاضطراري، والتوطن في بلد آخر وصعوبة التكيف مع الثقافة الجديدة

ومواجهـــة صعوبات لغوية والتعرض للبطالة وضياع الديار والأسرة والمكانة الاجتماعية. وينبغي وصف العلاقة والاتساق بين الأحداث والأعراض. والحالات البدنية مثل إصابة الرأس أو المخ قد تستلزم مزيدا من التقييم. فقد يتطلب الأمر التوصية بإجراء تقدير للأمراض العصبية أو للحالة العصبية – النفسية.

٢٨٩- وإذا بلـــغ مستوى الأعراض الظاهرة لدى الناجي مستوى يفضي إلى تشخيص مرض نفسي وفقا للدليل التشخيصـــي والإحصائي أو وفقا للتصنيف الدولي، وجب إدراج هذا التشخيص. وقد ينطبق أكثر من تشخيص واحـــد. ومرة أخرى ينبغي التذكير بأنه رغم أنه مما يدعم صحة الادعاء بوقوع التعذيب أن يسفر الفحص عن التوصل إلى تشخيص مؤداه وجود اضطراب عقلي متصل بالصدمة، فإن عدم استيفاء المعايير اللازمة للوصول إلى تشخيص مرض نفسي لا يعني أن التعذيب لم يحدث. ذلك أن مستوى الأعراض لدى الناجي بعد التعذيب قد لا يـــبلغ المســـتوى المطلوب لكي تستوفى بالكامل معايير تشخيص معين بموجب الدليل التشخيصي والإحصائي أو بموجـــب التصنيف الدولي. وفي تلك الحالات، شأنها شأن جميع الحالات الأخرى، ينبغي النظر إلى الأعراض التي يشكو منها الناجي وحكاية التعذيب المدعى وقوعه ككل واحد متكامل، وينبغي تقييم مدى الاتساق بين حكاية التعذيب والأعراض التي يبلغ عنها الفرد ووصف ذلك في التقرير.

٢٩٠- ومـــن الأهمية بمكان التسليم بأن بعض الناس قد يعمدون، لأسباب شخصية أو سياسية، إلى المغالاة في تصوير محنة صغيرة نسبيا. فينبغي أن يكون المتقصي واعيا دائما لمثل هذه الاحتمالات وأن يحاول تبين أي أسباب ممكـــنة للمـــبالغة أو الاخـــتلاق. على أنه ينبغي أن يضع في اعتباره أن مثل هذا الاختلاق يتطلب معرفة دقيقة بالأعـــراض الـــتي تنتج عن الصدمات، وتلك معرفة يندر أن تتوفر لدى الأفراد. كما أن أوجه عدم التناسق في الشهادة قد تنشأ عن عدد من الأسباب الوجيهة مثل اختلال الذاكرة بسبب إصابة المخ، أو الارتباك، أو الانفصام، أو الاختلافات الثقافية في إدراك مفهوم الوقت، أو تشظي وكبت ذكريات الصدمة. إن التوثيق الفعال للشواهد النفســـية على التعذيب يتطلب ممارسين لديهم القدرة على تقييم أوجه الاتساق وأوجه عدم الاتساق في تقريره. وإذا اشـــتبه القائم بإجراء المقابلة في أن الأمر ينطوي على اختلاق، وجب إجراء مزيد من المقابلات لاستيضاح أوجـــه عدم الاتساق في التقرير. فقد يكون بوسع أعضاء الأسرة أو الأصدقاء تأكيد صحة الرواية. وإذا أجرى الممـــارس فحوصا إضافية وظل يشتبه مع ذلك في وجود اختلاق، وجب عليه أن يحيل الفرد إلى ممارس آخر وأن يستطلع رأي زميله في أمره. فالاشتباه في الاختلاق يجب أن يوثّق برأي ممارسين اثنين.

(ل) التوصيات

٢٩١- ســـتتوقف التوصيات المترتبة على إجراء التقييم النفسي على السؤال المطروح عند طلب إجراء التقييم. فالأمـــر قـــد ينصب على حسم مسائل قانونية وقضائية، أو طلب لجوء أو إعادة توطين أو لزوم توفير العلاج. والتوصيات قد تدعو إلى إجراء مزيد من تقدير الحالة، مثال ذلك بالاختبارات العصبية – النفسية، أو إلى العلاج الطبي أو النفسي، أو إلى توفير الأمان والملجأ.

٤- تقدير الحالة من الوجهة العصبية - النفسية

٢٩٢- الطب العصبي - النفسي هو علم تطبيقي يتناول التعبير السلوكي عن خلل وظيفي في المخ. فتقدير الحالة العصبية - النفسية يتناول على الأخص قياس وتصنيف الاضطرابات السلوكية المصاحبة لتلف عضوي في المخ. وقد أصبح هذا العلم علما معترفا به منذ أمد طويل لنفعه في التمييز بين الحالات العصبية والحالات النفسية وفي توجيه العلاج والتأهيل للمرضى الذين يعانون من عواقب مستويات متفاوتة من التلف في المخ. وإجراء التقييمات العصبية - النفسية للناجين بعد التعذيب هو من الأمور النادرة، ولا توجد حتى الآن في بطون الكتب والمراجع أية دراسات عصبية - نفسية تتناول حالتهم. ولذلك فإن الملاحظات التالية ستقتصر على تناول مبادئ عامة قد يسترشد بها مقدمو الخدمات الصحية في تفهم جدوى ودواعي التقدير العصبي - النفسي لحالات الأشخاص المشتبه في كونهم من ضحايا التعذيب. وقبل التعرض لقضايا الجدوى والدواعي لا بد من التسليم بأن التقدير العصبي - النفسي يخضع لقيود معينة في حالة هذه المجموعة.

(أ) حدود إمكانيات التقدير العصبي - النفسي

٢٩٣- يوجد عدد من العوامل المشتركة التي تعقد من عملية تقييم حالة الناجين بعد التعذيب عموما، وقد تم التطرق إليها في مواضع أخرى من هذا الدليل. وهي تسري على تقدير الحالة العصبية - النفسية مثلما تسري على الفحص الطبي أو النفسي. على أن إمكانيات التقدير العصبي - النفسي قد يحد منها عدد من العوامل الإضافية منها عدم وجود بحوث عن حالة الناجين بعد التعذيب، والاعتماد على معايير مبنية على مجموعة سكانية معينة، والفروق الثقافية واللغوية، واحتمال تجدد الشعور بالصدمة لدى من عانوا التعذيب.

٢٩٤- وكما ذكر من قبل، لا توجد سوى مادة ضئيلة يمكن الرجوع إليها بشأن التقدير العصبي - النفسي لحالة ضحايا التعذيب. فالكتابات ذات الصلة تتناول أنواعا مختلفة من إصابات الرأس والتقدير العصبي - النفسي لحالات الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات بصورة عامة. ومن ثم فإن ما هو مطروح أدناه والتفسيرات التالية لتقديرات الحالة العصبية - النفسية إنما تعتمد بحكم الضرورة على تطبيق مبادئ عامة استخدمت في حالة مجموعات أخرى.

٢٩٥- إن نشأة عملية تقدير الحالة العصبية - النفسية والكيفية التي تمارس بها في البلدان الغربية تعتمدان اعتمادا شديدا على نهج إحصائي يقوم على مقارنة نتائج حشد من الاختبارات الموحدة باستخدام معايير مستندة إلى المجموعة السكانية المعينة. ورغم أن تفسيرات تقديرات الحالة العصبية - النفسية المستندة إلى مرجع قياسي موحد يمكن تكملتها بالنهج الذي وضعه لوريا (Luria) يقوم على تحليل النوعية، لا سيما حين تتطلب الحالة السريرية ذلك، فإن الاعتماد على النهج الإحصائي لا يزال غالبا[١١٥،١١٦]. كما أن الاعتماد على نتائج الاختبارات يزداد

---

(١١٥) A. R. Luria and L. V. Majovski, "Basic approaches used in American and Soviet clinical neuropsychology", *American Psychologist*, vol. 32(11) (1977), pp. 959-968.

(١١٦) R. J. Ivnik, "Overstatement of differences", *American Psychologist"*, vol. 33(8) (1978), pp. 766-767.

إلى أقصى درجة عندما يكون التلف الذي أصاب المخ طفيفا أو معتدلا وليس شديدا أو عندما يُعتقد أن القصور العصبي – النفسي تابع لاضطراب نفسي.

٢٩٦- والفـــروق الثقافية واللغوية قد تحد كثيرا من جدوى التقدير العصبي – النفسي ومن مدى انطباقه على حـــالات الأشخاص المشتبه في كونهم من ضحايا التعذيب. فتقديرات الحالة العصبية – النفسية تصبح من الأمور المشـــكوك في صـــلاحيتها عندما لا توجد ترجمات موحدة للاختبارات ويكون الفاحص السريري غير مجيد للغة الشـــخص. فإذا لم تكن الترجمات الموحدة متوفرة و لم يكن الفاحصون مجيدين للغة فلن يتسنى أصلا الشروع في المهـــام اللفظـــية أو تفســـيرها عـــلى نحو مجدٍ. معنى هذا أن الاختبارات غير اللفظية هي وحدها التي سيستطاع اســـتخدامها وهذا يحول دون المقارنة بين القدرات اللفظية وغير اللفظية. ثم إن تحليل موطن القصور يصبح أشد صـــعوبة، وهو تحليل له فائدة كبيرة نظرا لعدم تماثل تنظيم المخ حيث يغلب النصف الأيسر عادة في أداء وظيفة الكلام. وما لم تتوفر كذلك معايير مستندة إلى المجموعة السكانية التي ينتمي إليها الشخص من الوجهتين الثقافية واللغوية، فإن صلاحية تقدير الحالة العصبية – النفسية تصبح من الأمور المشكوك فيها أيضا. ونتيجة اختبار مُعامل الذكاء هي من الاعتبارات المركزية التي تتيح للفاحصين وضع نتائج اختبارات الحالة العصبية – النفسية في إطارها الصـــحيح. وفـــيما يخص سكان الولايات المتحدة مثلا تشتق هذه النتيجة في أغلب الأحيان من مجموعات فرعية لفظية باستخدام مقاييس "وكسلر" (Wechsler)، وعلى الأخص المقياس الفرعي الخاص بالمعلومات لأنه عند وجود تلف عضوي في المخ فإن المعرفة المكتسبة عن الحقائق ستعاني تدهورا أقل على الأرجح مما تعانيه المهام الأخرى، وستظل معبرة بدرجة أكبر من سواها من المقاييس عن قدرة التعلم السابقة. كما أن القياس يصح أن يكون مستندا كذلـــك إلى حالة التعليم والعمل السابقين وبيانات الحالة الديمغرافية. وغني عن البيان أنه لا يمكن تطبيق أي من هذين الاعتبارين على أشخاص لا تتوفر في حالتهم معايير مستندة إلى مجموعتهم، وبذلك لن يتسنى في الواقع سوى إجراء تقديرات تقريبية للغاية للأداء الفكري السابق للصدمة. ومن ثم فإن أي قصور عصبي – نفسي يكون دون مستوى القصور الشديد أو المعتدل سيكون أمراً من المتعذر تفسيره.

٢٩٧- وتقديرات الحالة العصبية – النفسية قد تجدد الشعور بالصدمة لدى من عانوا التعذيب. وينبغي الحرص الـــبالغ عـــلى الإقـــلال إلى أدنى حد ممكن من احتمال تجدد إحساس الشخص بالصدمة من جراء أي نوع من الإجراءات التشخيصية (انظر الفصل الرابع، الفرع حاء). وأحد الأمثلة الواضحة جدا على ذلك بصدد الاختبار العصـــبي – النفســـي على وجه التخصيص هو أن السيد بصورة روتينية على المنوال المعتاد في مجموعة اختبارات "هالستيد – ريتان" (Halstead-Reitan) وخاصة اختبار الأداء اللمسي مع عصب العينين (Tactual Performance Test-TPT) قد يكون أمرا بالغ الضرر، لأن التعرض للشعور بالعجز التام الملازم لهذا الإجراء سيشكل صدمة بالغة في حالة معظم ضحايا التعذيب الذين مروا بتجربة عصب أعينهم أثناء الحبس والتعذيب، بل حتى في حالة من لم يمروا بهذه التجربة منهم. والواقع أن كل شكل من أشكال الاختبار العصبي – النفسي قد يوجد معضلة لأن وضع الشـــخص تحت الملاحظة وتوقيت استجاباته باستخدام ساعة توقيتية ومطالبته ببذل غاية جهده في أداء مهام غير مألوفة، بالإضافة إلى دعوته إلى القيام بعمل بدلا من المشاركة في حديث، كل هذا من الأمور التي قد تسبب عناء نفسيا بالغا له أو تذكرة له بمحنة التعذيب.

(ب) دواعي إجراء تقدير للحالة العصبية – النفسية

٢٩٨- عند تقييم أوجه القصور في سلوك أشخاص مشتبه في كونهم قد عذبوا ينشأ داعيان أساسيان لإجراء تقدير للحالة العصبية – النفسية هما إصابة المخ والاضطراب النفسي اللاحق للصدمات بما يصاحبهما من التشخيصات ذات الصلة. ولئن كانت هاتان الفئتان تتداخلان في بعض الجوانب كما أنهما كثيرا ما تجتمعان لدى الشخص الواحد، فإن فئة إصابة المخ هي وحدها التي تعتبر نمطيا وتقليديا مادة للطب العصبي – النفسي بينما فئة الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات فئة جديدة نسبيا لم يجر بشأنها القدر الكافي من البحوث وهي تعد إشكالية نوعا ما.

٢٩٩- إن إصابة المخ بما ينتج عنها من التلف قد ترجع إلى أنواع شتى من صدمات الرأس والاضطرابات الأيضيّة أثناء فترات الاضطهاد والحبس والتعذيب. وقد يشمل ذلك جروح الطلقات النارية، وآثار التسمم، والحالة الغذائية المتردية الناتجة عن الإشراف على الموت جوعا أو تعاطي مواد ضارة بالإكراه، وآثار قلة الأكسجين أو انعدامه نتيجة الخنق أو الإشراف على الغرق، وفي أكثر الحالات شيوعا تكون الصدمة ناشئة عن ضربات وجهت إلى الرأس أثناء عمليات الضرب. فتسديد ضربات إلى الرأس أمر كثير الحدوث في فترات الحبس والتعذيب. وقد تبين على سبيل المثال من عينة مؤلفة من عدد من الناجين بعد التعذيب أن ضربات الرأس تحتل المكان الثاني ضمن أشكال الاعتداء البدني التي تردد ذكرها (٤٥ في المائة) ولا تفوقها إلا الضربات الموجهة إلى الجسم (٥٨ في المائة)[١١٧]. فاحتمال إصابة المخ بتلف يعد احتمالا كبيرا في حالة ضحايا التعذيب.

٣٠٠- وقد تمثل إصابات الرأس المغلقة المفضية إلى مستويات خفيفة إلى معتدلة من الضرر الطويل الأجل السبب الأكثر شيوعا بين أسباب خلوص تقديرات الحالة العصبية – النفسية إلى وجود حالة غير سوية. ومع أن مواقع الإصابة قد تترك ندوبا على الرأس فإن الآفات الناتجة في المخ تكون في العادة مما يتعذر اكتشافه بالتصوير التشخيصي للمخ. وقد يغفل الممارسون في مجال الصحة العقلية عن المستويات الخفيفة إلى المعتدلة من إيذاء المخ، أو هم قد يعطونها أقل مما تستحق من الاهتمام لأن من المرجح أن تكون أعراض الاكتئاب أو الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات طاغية على الصورة السريرية مما يؤدي إلى توجيه عناية أقل إلى احتمال التأثر بصدمة للرأس. وتشمل الشكاوى الشخصية التي تتردد على ألسنة الناجين وجود صعوبة في الانتباه والتركيز والذاكرة القصيرة الأجل، وهذه شكاوى قد تكون ناتجة إما عن تلف في المخ أو عن الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات. ونظرا لشدة شيوع هذا النوع من الشكاوى بين من يعانون عموما من الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات فإن التساؤل عما إذا كانت راجعة في الواقع إلى إصابة حاقت بالرأس قد لا ينشأ أصلا.

٣٠١- ويتوجب على المشخّص أن يعتمد في المرحلة الأولى من الفحص على تاريخ إصابات الرأس المشار إليها في التقرير وعلى سير الأعراض. وكما في سائر حالات المصابين في المخ قد تتبين فائدة استقاء معلومات من أطراف

---

(١١٧) H. C. Traue, G. Schwartz-Langer, N. F. Gurris, "Extremtraumatisierung durch Folter: Die psychotherapeutische Arbeit der Behandlungszentren für Folteropfer", *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, vol. 18(1) (1997), pp. 41-62.

أخرى، وخاصة من الأقارب. فلا يغيب عن البال أن المصابين في المخ يجدون في كثير من الأحيان صعوبة بالغة في الإفصاح عما بأنفسهم أو حتى في إدراك الحدود التي تفرضها الإصابة على قدراتهم لأنهم، إن جاز القول، في "داخل" المشكلة. وفي تكوين الانطباعات الأولية عن الفارق بين التلف العضوي للمخ والاضطراب النفسي اللاحق للصدمات قد يفيد الانطلاق من تحديد التسلسل الزمني للأعراض. فإذا كانت أعراض ضعف الانتباه والتركيز والذاكرة متذبذبة على مدى فترة من الزمن ومتفاوتة حسب مستويات القلق والاكتئاب يكون الأمر راجعا على الأرجح إلى الطبيعة الطورية للاضطراب النفسي اللاحق للصدمات. ومن الجهة الأخرى إذا كان الضعف يبدو مزمنا لا تذبذب فيه ومؤكدا بشهادة أفراد الأسرة، وجب النظر في احتمال وجود تلف في المخ حتى إن لم يتوفر في البداية تاريخ واضح يشير إلى وقوع صدمة للرأس.

٣٠٢- وإذا ما تبدى الشك في احتمال التلف العضوي للمخ، فإن الخطوة الأولى للممارس في مجال الصحة العقلية ينبغي أن تكون النظر في إحالة الشخص إلى طبيب لإجراء مزيد من فحص الجهاز العصبي. وتبعا للنتائج الأولية قد يرى الطبيب استشارة أخصائي في طب الأعصاب أو يأمر بإجراء اختبارات تشخيصية. فإجراء فحوص طبية كلية شاملة أو الرجوع إلى أخصائي في مسألة محددة أو اللجوء إلى إجراء تقدير للحالة العصبية – النفسية، كل هذه احتمالات جديرة بالنظر. واللجوء إلى إجراءات التقييم العصبي – النفسي مما ينصح به عادة إذا لم تتبين أي مظاهر لخلل عصبي فادح، أو إذا كان الطابع الإدراكي غالبا على الأعراض المبلغ عنها، أو إذا لزم إجراء تشخيص مقارن بين حالة تلف المخ وحالة الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات.

٣٠٣- واختيار الاختبارات والإجراءات العصبية – النفسية يظل خاضعا للقيود والحدود المشار إليها آنفا، وينبغي ألا تتبع هذه الاختبارات والإجراءات قالبا موحدا جامعا بل يتعين أن تكون مخصصة للحالة المعينة وحساسة للخصائص الفردية. وتوفر المرونة اللازمة في اختيار الاختبارات والإجراءات يتطلب أن يكون الفاحص على قدر كبير من الخبرة والمعرفة والحيطة. وكما ذكر من قبل، فإن نطاق الأدوات التي تصلح للاستخدام سيقتصر في كثير من الحالات على المهام غير اللفظية، ومن الأرجح أن تفقد خواص القياس النفسي لأي اختبارات موحدة دلالتها عندما لا تكون المعايير المستندة إلى المجموعة السكانية المعينة منطبقة على حالة الشخص. وامتناع المقاييس اللفظية يمثل قيدا بالغ الشأن، لأن جوانب كثيرة من الأداء الإدراكي تتم من خلال اللغة، كما أنه يلزم في العادة إجراء مقارنات منهجية بين مختلف القياسات اللفظية وغير اللفظية للوصول إلى النتائج المنشودة بشأن طبيعة القصور.

٣٠٤- ومما يزيد الأمر تعقيدا ظهور أدلة على وجود فروق ملموسة في أداء المهام اللفظية فيما بين المجموعات ضمن ثقافات وثيقة العرى نسبيا. فعلى سبيل المثال قارن أحد البحوث أداء مجموعتين مختارتين عشوائيا من المجتمع المحلي تتألف إحداهما من ١١٨ من كبار السن الناطقين بالإنكليزية والأخرى من ١١٨ من أقرانهم الناطقين بالإسبانية، وذلك في مجموعة وجيزة من الاختبارات العصبية – النفسية[١١٨]. وقد تم اختيار العينتين بطريقة

---

(١١٨) D. M. Jacobs and others, "Cross-cultural neuropsychological assessment: a comparison of randomly selected, demographically matched cohorts of English and Spanish-speaking older adults", *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* vol. 19 (No. 3) (1997), pp. 331-339.

عشوائية مع مطابقتهما ديمغرافيا. ورغم تشابه نتائج القياسات اللفظية، فإن نتائج الناطقين بالإسبانية كانت أدنى بقـــدر مـــلحوظ فيما يقرب من جميع القياسات غير اللفظية. وهذه القياسات توحي بلزوم الحذر عند استخدام القياسات غير اللفظية والقياسات اللفظية لتقدير حالة أفراد من غير الناطقين بالإنكليزية عندما تكون الاختبارات قد أعدت أصلا لناطقين بالإنكليزية.

٣٠٥- ولا بـــد أن يـــترك أمـــر اختيار الأدوات والإجراءات التي تستخدم في تقدير الحالة العصبية – النفسية للأشـــخاص المشتبه في كونهم من ضحايا التعذيب للممارس الفرد الذي سيكون عليه أن يختارها وفقا لمتطلبات وإمكانـــيات الحالة. واختبارات الحالة العصبية – النفسية لن يتسنى استخدامها على الوجه الصحيح دون تدريب ومعرفة واسعين في مجال الصلات القائمة بين المخ والسلوك. ويمكن الاطلاع على قوائم شاملة بإجراءات وتجارب الطب العصبي – النفسي وكيفية تطبيقها على الوجه السليم في المراجع المعتمدة[١١٩].

(ج) الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات

٣٠٦- إن الاعتـــبارات المطروحة أعلاه كفيلة بتوضيح ضرورة التزام قدر كبير من الحذر عند السعي إلى إجراء تقدير عصبي – نفسي لإصابات المخ لأشخاص من المشتبه في تعرضهم للتعذيب. وذلك يصدق بدرجة أشد على محاولـــة توثـــيق وجود حالة الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات لدى الناجين ممن يشتبه في تعرضهم للتعذيب باللجوء إلى إجراء تقدير للحالة العصبية – النفسية. فحتى عند تقدير حالة الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات لدى أشخاص تنطبق عليهم المعايير المستندة إلى المجموعة السكانية المعينة، تظل هناك صعوبات كثيرة يتعين النظر فـــيها. فهـــذا الاضـــطراب يدخـــل في بـــاب الطـــب النفسي و لم يكن محل التركيز التقليدي في تقدير الحالة العصبية – النفسية. ثم إن هذا الاضطراب لا يطابق النموذج التقليدي المتمثل في دراسة آفة يمكن تحديدها في المخ ويتســـنى تأكيد وجودها باستخدام التقنيات الطبية. على أنه مع تزايد التشديد على دور الآليات البيولوجية في الاضـــطرابات النفسية عموما، وتعاظم تفهم هذا الدور، أصبح الرجوع إلى نماذج الطب العصبي – النفسي أكثر تواتـــرا ممـــا كان عليه الحال في الماضي. غير أنه كما ذكر أعلاه "لم يُكتب حتى الآن إلا النزر اليسير نسبيا عن الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات من زاوية الطب العصبي – النفسي"[١٢٠].

٣٠٧- وقـــد أســـفرت العينات المستخدمة في دراسات المقاييس العصبية – النفسية لحالات الاضطراب النفسي اللاحـــق للصدمات عن ظهور درجة عالية من التباين، ولعل ذلك يفسر التباين في المشاكل الإدراكية التي أفادت عنها هذه الدراسات. وقد أشير إلى أن "المشاهدات السريرية توحي بأن التداخل بين أعراض الاضطراب النفسي

---

(١١٩) O. Spreen and E. Strauss, *A Compendium of Neuropsychological Tests* 2nd ed. (New York, Oxford University Press, 1998).

(١٢٠) J. A. Knight, "Neuropsychological assessment in post-traumatic stress disorder", *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, J. P. Wilson and T. M. Keane, eds. (New York, Guilford, Press, 1997).

اللاحـــق للصـــدمات والمجالات العصبية يكون على أشده في مجالات الإدراك العصبي الخاصة بالتركيز والذاكرة والأداء التنفـــيذي". وهـــذا يتســـق مع شكاوى تتردد كثيرا على ألسنة الناجين بعد التعذيب حين يشكون من صعوبات في التركيز ومن الشعور بعدم القدرة على حفظ المعلومات والمشاركة في أي نشاط مخطط وهادف.

٣٠٨- ويبدو أن الوسائل المتبعة في تقدير الحالة العصبية - النفسية قادرة على تبيان وجود أوجه قصور عصبي إدراكـــي ضمن حالات الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات، وإن كان إرجاع أوجه القصور هذه إلى أسباب نوعـــية محـــددة أمرا أصعب. وقد وثّقت بعض الدراسات وجود أوجه قصور لدى الأشخاص الذين يعانون من الاضـــطراب النفســـي اللاحق للصدمات، وذلك عند مقارنتهم بمجموعات مقابلة من الأفراد العاديين الذين تم اختـــبارهم لغـــرض ضـــبط المقارنة، ولكنها لم تميز هؤلاء الأشخاص بالقياس إلى مجموعات مكافئة من المصابين بأمراض نفسية[١٢١]،[١٢٢]. وبكلام آخر، فإنه من المرجح أن تسفر نتائج الاختبارات عن ظهور أوجه قصور عصبي إدراكي في حالات الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات ولكنها لن تكفي في حد ذاتها لتشخيص الحالة على أنها حالة اضطراب نفسي لاحق للصدمة. وكما هو الحال بالنسبة لأنواع أخرى كثيرة من التقديرات، فإن تفسير نتائج الاختبارات يجب أن يكون جزءا لا يتجزأ من سياق أوسع يشمل المعلومات المستقاة من المقابلة وربما من اختبار الشخصية. ومن هذا المنظور يمكن أن تسهم طرق محددة من طرق تقدير الحالة العصبية - النفسية في توثيق حالة الاضـــطراب النفسي اللاحق للصدمات على نفس النحو الذي تسهم به في توثيق الاضطرابات النفسية الأخرى المقترنة بأوجه قصور عصبية إدراكية معروفة.

٣٠٩- ورغم القيود الكبيرة التي تحد من إمكانيات التقدير العصبي - النفسي، فإن هذا النوع من التقدير قد يفيد في تقيـــيم حالات أفراد يشتبه في معاناتهم من إصابة في المخ وفي تفرقة إصابة المخ عن الاضطراب النفسي اللاحق للصـــدمات. كما يمكن استخدام تقدير الحالة العصبية - النفسية في تقييم أعراض محددة مشاهدة في الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات وفي الاضطرابات المتصلة به مثل المشاكل الخاصة بالذاكرة.

٥- *الأطفال والتعذيب*

٣١٠- قـــد تكـــون للتعذيب وطأة شديدة على الطفل إما بصورة مباشرة أو غير مباشرة. وقد يعود ذلك إلى تعذيـــب الطفل نفسه أو حبسه أو إلى تعذيب الوالدين أو بعض أفراد الأسرة الأقربين أو إلى مشاهدته للتعذيب والعـــنف. فعـــندما يُعذَب أفراد ضمن بيئة الطفل لا مفر من أن يترك ذلك التعذيب أثره، وإن يكن بصورة غير مباشرة، على الطفل لأن التعذيب يمس أسر ضحاياه كلهم والمجتمع المحلي بأسره. ومع أن البحث الشامل لموضوع

---

(١٢١) J. E. Dalton, S. L. Pederson and J. J. Ryan, "Effects of post-traumatic stress disorder on neuropsychological test performance", *International Journal of Clinical Neuropsychology*, vol. 11(3) (1989), 121-124.

(١٢٢) T. Gil and others, "Cognitive functioning in post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, vol. 3, No. 1 (1990), pp. 29-45.

وطأة التعذيب النفسية على الأطفال وإيراد إرشادات مكتملة بشأن عملية تقييم حالة الطفل المعذب أمر يتجاوز إمكانيات هذا الدليل فإن من المستطاع التطرق بإيجاز إلى عدة نقاط هامة.

٣١١- فأولا عند تقييم حالة طفل اشتبه في تعرضه أو مشاهدته للتعذيب، يتعين على الممارس أن يتأكد من توفر المساندة اللازمة للطفل من أفراد يهمهم أمره، ومن إحساسه بالطمأنينة أثناء التقييم. وقد يقتضي ذلك أن يحضر التقييم أحد الوالدين أو شخص قائم برعاية الطفل ويحظى بثقته. ثانيا ينبغي أن يأخذ الممارس بعين الاعتبار أن الأطفال كثيرا ما لا يعبّرون عن أفكارهم وانفعالاتهم بصدد الصدمة باللفظ بل بالسلوك[١٢٣]. ومدى قدرة الطفل على التعبير اللفظي عن الفكر والشعور أمر يتوقف على سنه ومستوى نموه وعوامل أخرى مثل مؤثرات الأسرة وخصائص الشخصية والمعايير الثقافية.

٣١٢- وإذا كان الطفل قد اعتدي عليه بدنيا أو جنسيا يصبح من الأهمية بمكان عرضه، إن أمكن، على خبير في الاعتداء على الأطفال. وينبغي أن يكون القائم بفحص الأعضاء التناسلية للأطفال - وهذا الفحص عملية قد تشكل صدمة لهم - ممارساً متمرساً في تفسير النتائج. وقد يكون من المناسب أحيانا تسجيل الفحص على شريط فيديو لكي يتسنى لخبراء آخرين إبداء الرأي في النتائج البدنية دون حاجة إلى إعادة فحص الطفل من جديد. ولعله من غير المناسب إجراء فحص كلي للأعضاء التناسلية أو للشرج دون تخدير عام. كما ينبغي أن يدرك الفاحص أن الفحص نفسه قد يذكر الطفل بالاعتداء وأنه قد يطلق صرخة تلقائية أو تنهار آلياته الدفاعية أثناء الفحص.

(أ) الاعتبارات الخاصة بمستوى النمو

٣١٣- إن ردود فعل الطفل تتوقف على سنه ومرحلة نموه وقدراته الإدراكية. وكلما صغر سن الطفل عظم تأثير الاستجابات والمواقف التي يتخذها القائمون برعايته عقب الحادث مباشرة على تجربته وفهمه للصدمة[١٢٤]. وفي حالة الأطفال الذين تعرضوا لتعذيب أو شهدوا تعذيبا وهم لا يزالون دون الثالثة من العمر، يكتسي دور القائمين برعايتهم أهمية بالغة في توفير الشعور بالحماية والطمأنينة لهم[١٢٥]. وردود فعل الأطفال بالغي الصغر إزاء تجارب الصدمات تنطوي عادة على حالة هياج مفرط ومن ذلك عدم الاستقرار على حال، والاضطراب في النوم، وسرعة التأثر، واشتداد الإجفال، والاجتناب. ويجنح الأطفال ممن تجاوزوا الثالثة من العمر، في كثير من الحالات، إلى

---

(١٢٣) C. Schlar, "Evaluation and documentation of psychological evidence of torture", (وثيقة لم تنشر)، ١٩٩٩.

(١٢٤) S. Von Overbeck Ottino, "Familles victimes de violences collectives et en exil: quelle urgence, quel modèle de soins? Le point de vue d'une pédopsychiatre", *La Revue Française de Psychiatrie et de psychologie Médicale* vol. 14 (1998), pp. 35-39.

(١٢٥) V. Grappe, "La guerre en ex-Yougoslavie: un regard sur les enfants réfugiés", *Psychiatrie Humanitaire en ex-Yougoslavie et en Armenie. Face au traumatisme*, M. R. Moro and S. Lebovici, eds. (Paris, Presses universitaires de France, 1995).

الانـــزواء ورفـــض الحديث المباشر عن تجربة الصدمة. ومن المعروف أن القدرة على التعبير اللفظي تزداد مع نمو الطفل وتتجلى في ذلك الصدد زيادة محسوسة عند بلوغ مرحلة القدرة العملية الملموسة (٨ إلى ٩ سنوات) عندما تتوفر لدى الأطفال القدرة على السرد التاريخي للوقائع على نحو يمكن الركون إليه. في هذه المرحلة تظهر القدرات العملية وإمكانيات تحديد الزمان والمكان[١٢٦]. على أن هذه المهارات الجديدة تظل هشة ولن يتمكن الأطفال في العادة من سرد ما جرى بصورة متماسكة في جميع الظروف إلا عند بدء المرحلة العملية الرسمية (١٢ سنة). أما في سن المراهقة الذي يمثل مرحلة نمو عاصف فقد تتفاوت تأثيرات تجربة التعذيب تفاوتا كبيرا وهي قد تسبب تغيرات عمـــيقة في الشخصية تؤدي بالمراهقين إلى سلوك لا اجتماعي[١٢٧]. على أن تأثيرات التعذيب على المراهقين قد تكون أيضا مشابهة لما هو مشاهد في حالات الأطفال الأصغر منهم سنا.

(ب) اعتبارات سريرية

٣١٤- قد تظهر أعراض الاضطراب النفسي اللاحق للصدمات لدى الأطفال كذلك. وقد تشابه الأعراض ما هو مشاهد في حالة البالغين ولكن على الممارس أن يعتمد على ملاحظته لسلوك الطفل أكثر من اعتماده على تعبيره اللفظـــي عن حاله[١٢٨]،[١٢٩]،[١٣٠]،[١٣١]. مثال ذلك أن الطفل قد يظهر أعراض تجدد الصدمة في صورة لعب ممل متكرر يمثل جوانب من الحادث وذكريات لصور الأحداث في أثناء اللعب وخارجه وتكرار لأسئلة أو أقوال عن حـــادث الصدمة وتعرض للكوابيس أثناء النوم. وقد يبدأ الطفل في التبول في الفراش، ويفقد القدرة على ضبط حـــركة الأمعاء، ويجنح إلى الانزواء وحصر المشاعر، وقد تتبدل مواقفه تجاه نفسه وتجاه الآخرين ويشعر بأن لا مستقبل لـــه. وقد يعاني إفراطا في الهياج، وتساوره مشاعر الرعب في الليل ويقاوم النوم ثم يضطرب نومه، وتشتد لديه استجابات الإجفال، ويظهر قابلية لسرعة التأثر واختلالا ملحوظا في قدرته على الانتباه والتركيز. وقد تظهر لديه كذلك مخاوف وطرق سلوك عدواني لم يكن لها وجود في السابق على نحو يتجلى في اتخاذه مواقف عدوانية تجاه الأقران أو الكبار أو الحيوانات والخوف من الظلام ومن التوجه بمفرده إلى دورة المياه، كما يتجلى في أنواع شتى من الرهاب. وقد يبدي الطفل سلوكا جنسيا لا يتناسب مع سنه وردود فعل جسدية المظهر. وقد تتبدى في

---

(١٢٦) J. Piaget, *La naissance de l'intelligence chez l'enfant*. (Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1977).

(١٢٧) انظر الحاشية ١٢٥ أعلاه.

(١٢٨) L. C. Terr, "Childhood traumas: an outline and overview", *American Journal of Psychiatry*, vol. 148 (1991), 10-20.

(١٢٩) National Center for Infants, Toddlers and Families, *Zero to Three*, (1994).

(١٣٠) F. Sironi, "On torture un enfant, ou les avatars de l'ethnocentrisme psychologique", *Enfances*, No. 4 (1995), 205-215.

(١٣١) L. Bailly, *Les catastrophes et leurs conséquences psychotraumatiques chez l'enfant* (Paris, ESF, 1996).

حالـــته أعـــراض القلق من قبيل المغالاة في الخوف من الغرباء، والقلق من الانفصال، والفزع، والتهيج، ونوبات احتداد المِزاج والبكاء بلا توقف. وقد تنشأ مشاكل فيما يتعلق بتناوله للطعام.

(ج) دور الأسرة

٣١٥- للأسرة دور دينامي هام في استمرار الأعراض لدى الأطفال. فالحاجة إلى الحفاظ على تماسك الأسرة قد تفضـــي إلى أوجـــه سلوك مخلة بالأداء الوظيفي السليم وإلى إسناد غير عادي للأدوار. فقد يسند إلى بعض أفراد الأسرة، وفي كثير من الأحيان الأطفال منهم، دور المريض فتتولد لديهم اضطرابات حادة. وقد يحاط الطفل بحماية زائـــدة أو قد تُخفى حقائق هامة تتعلق بالصدمة. ومن الجهة المقابلة قد يُحوّل الطفل إلى دور الوالد ويتوقع منه رعاية الوالدين. فعندما لا يكون الطفل نفسه ضحية مباشرة للتعذيب بل متأثرا به فحسب يجنح الكبار في كثير من الأحيان إلى الاستهانة بمدى وطأة التعذيب على نفس الطفل وعلى نموه. ذلك أنه عندما يحدث اضطهاد واغتصاب وتعذيب لأشخاص من أحباء الطفل المقربين أو عندما يشهد الطفل بنفسه صدمة عنيفة أو تعذيبا، قد تنشأ لديه معتقدات خاطئة مثل كونه هو المسؤول عن الأحداث السيئة أو كون من واجبه تحمل أعباء والديه. وهذا النوع مـــن المعتقدات قد يفضي إلى مشاكل طويلة الأجل من حيث الشعور بالذنب وتضارب الولاء والنمو الشخصي والنضج اللازمين ليصبح بالغا مستقلا.