الصحة النفسية في السجون اللبنانية

دراسة حول مُعدّل انتشار الاضطرابات النفسية الشديدة لدى السجناء في سجنَي بعبدا وروميه

كثارسيس
لبنان، 2015

بدعم من الإتحاد الأوروبي، بالتعاون مع وزارة الداخلية والبلديات ووزارة العدل.

تمهيد

في العام 2012، وأثناء قيامي بتيسير جلسة علاج بالدراما في سجن بعبدا، دخلت السجينة «ف.م.» الغرفة. وتلك كانت المرّة الأولى التي تنضمّ بها للجلسات؛ فهي نادرًا ما تغادر زنزانتها. كانت شاحبة وبالكاد قادرة على المشاركة بالتمارين. وعندما سألتُها عن مدّة سَجنها، قالت: «إن الحكم الصادر بحقّي غير واضح، ولكن أظنّ بأنني محكومة بالسجن المؤبد».

وبالفعل، بعد الاستفسار عن الوضع القانوني لـ«ف.م.»، علمنا بأن الحكم الصادر بحقّها يتضمّن: «حجز المتهمة في مأوى احترازي (أي جناح مُخصَّص للاضطرابات النفسية) حتى ثبوت شفائها بقرار تصدره المحكمة». وكان يُعرف أن «ف.م.» تُعاني من مرضٍ نفسي. فسارعتُ لقراءة المواد المتعلّقة بالموضوع في قانون العقوبات اللبناني، واتصلت بأربعة قضاةٍ وقابلتهم (من بينهم القاضي الذي أصدر الحُكم) لأنني كنت بحاجة أن أفهم كيف يمكننا، وفي القرن الواحد والعشرين، أن ننتظر «شفاء المجنون» (كما ذُكر في المادة 232 من قانون العقوبات) وهو شخصٌ يعاني من مرضٍ نفسي. كيف ما زلنا نسمح باستخدام عبارة «مجنون»؟ ألم يُثبت العلم أنه يمكن متابعة المرض النفسي وليس «الشفاء منه»؟ وبأن استقرار حالة المريض تتمّ بالعلاج المناسب؟

وقد اجتمعت أيضًا بصنّاع القرار وبإدارة السجن[1] (ضباط من قوى الأمن الداخلي، وأعضاء من المجلس النيابي، ومسؤولين من وزارتي العدل والداخلية)، إذ كنت بحاجة أن أعرف إذا كانوا على علم بأن السجناء ذوي الاضطرابات النفسية يوضعون مع السجناء الذين لا يعانون من اضطرابات نفسية. وليس هناك مأوى احترازي في كافة السجون اللبنانية ما عدا مبنى صغير في

[1] إدارة السجون في لبنان هي حتى اليوم في عهدة قوى الأمن الداخلي أي تحت سلطة وزارة الداخلية. وقد تمّ الاتفاق عام 2006 على نقل مسؤولية إدارة السجون من وزارة الداخلية الى وزارة العدل إلاّ أن ذلك لم ينفّذ بعد.

© 2015 كثارسيس
جميع الحقوق محفوظة

+961 9 914932
+961 3 162573
info@catharsislcdt.org

سجن رومية: المبنى الأزرق الذي لم يتمّ حتى تجهيزه كمأوى احترازي (جناح مُخصَّص للاضطرابات النفسية) منذ إنشائه عام 2002. البعض منهم كان على علم بالأمر، وآخرون لم يكونوا كذلك... لكنّ الجميع وافق على أن السجناء ذوي المرض النفسي هم في وضع «الطريق المسدود» في ظلّ المواد الحالية المتعلقة بالمرض النفسي في قانون العقوبات اللبناني.

فشعرت بالضرورة الملحّة لمعرفة كم هناك من أمثال ومثيلات «ف.م.» في السجون اللبنانية... وأردت أن أعرف كيف تتم معالجة السجناء ذوي المرض النفسي في سجونٍ أخرى حول العالم، والأهم من ذلك ما هي الأحكام التي تصدر بحقّهم؟ لذلك، بدأت كثارسيس، المؤسسة المدنية التي أنشأتها عام 2007، بمشروع «قصّة منسيّين خلف القضبان» عام 2013، بتمويلٍ من الاتحاد الأوروبي. يشمل المشروع أربع مُخرَجات أساسية: دراسة تبحث في مدى انتشار الاضطرابات النفسية الشديدة لدى السجناء في سجنَي بعبدا ورومية (أي الدراسة التي بين أياديكم الآن)، ودراسة قانونية تتضمن مقارنة بين القانون الحالي في لبنان والقوانين المعتمدة في دُول أخرى، والتوصل في النهاية الى مسودّة مشروع قانون سندًا للدراستين المذكورتين آنفًا ومسرحية يؤديها السجناء في رومية (منهم مرضى).

لقد بدأت الدراسة الحالية في تشرين الأول عام 2014، حيث قام فريق البحث المُكلَّف من قبل كثارسيس بزيارة سجني رومية وبعبدا لمدّة شهرين بهدف جمع البيانات. وقد صدرت الدراسة الكاملة في إيلول عام 2015.

إنني ممتنّة جدًّا لكلّ شخصٍ ساهم، بشكلٍ مباشر أو غير مباشر، بهذه الدراسة. وأعبّر عن عُرفاني لمجهود كلّ واحدٍ وواحدة وصبرهم في مجابهة التحدّيات التي واجهوها. أتمنّى أن تصبح التوصيات المُستخلَصة من هذه الدراسة واقعًا ملموسًا إذ أنها ستُغيّر حياة الكثير من المنسيّين خلف القضبان، البعض منهم يقبع في السجن منذ أكثر من 35 سنة، كما ستقي السجناء ذوي الأمراض النفسية مصيرًا شبيهًا بـ«الحكم المؤبّد» في المستقبل.

زينة دكاش
المديرة التنفيذية لكثارسيس

مُلخَّص عن كثارسيس - المركز اللبناني للعلاج بالدراما

كثارسيس، هي أول مركز للعلاج بالدراما في لبنان والمنطقة العربية. وهي مؤسسة مدنية لا تتوخى الربح، تأسست عام 2007 بإدارة زينة دكاش – حائزة على شهادة ماجستير في علم النفس السريري و مُعالجة بالدراما مُسجّلة لدى جمعية أمريكا الشمالية للعلاج بالدراما NADTA.

تعمل كثارسيس على تعزيز العلاج بالدراما وتوفيره للأفراد والمجموعات وفئات عمرية مختلفة من خلال استخدام أساليب المسرح والفنون. تُقدّم كثارسيس خدماتها وبرامجها في الأطر الاجتماعية والتعليميّة والعلاجية المختلفة كمراكز إعادة التأهيل من الإدمان على المخدرات ومراكز العناية بالصحة العقلية والنفسية والمستشفيات والسجون والمدارس والمسارح والشركات. على صعيد آخر، تعمل كثارسيس داخل عيادتها الخاصة مع الأفراد والمجموعات الراغبين بتخطي مشاكل خاصة وتحسين نوعية حياتهم.

ما هو العلاج بالدراما؟

العلاج بالدراما هو الاستخدام المُتعمِّد لأساليب الدراما و/أو المسرح لتحقيق أهداف علاجية. يجمع هذا النوع من العلاج بين الأهداف والتقنيات التي تقوم عليها الدراما/المسرح من جهة، والعلاج النفسي من جهة أخرى، ممّا يعطي المستفيد من العلاج دورًا فاعلًا خلال علاجه في جوّ سليم وآمن.

كثارسيس داخل السجون اللبنانية

تعمل مؤسسة كثارسيس في السجون اللبنانية، وبشكلٍ خاص في سجن رومية (مع السجناء الذكور) منذ عام 2008 وفي سجن بعبدا (مع السجينات الإناث) منذ عام 2011، حيث توفّر جلسات العلاج بالدراما بشكلٍ مستمرّ.

وفي العديد من الحالات، تؤدّي جلسات العلاج بالدراما إلى عملٍ فني – مثل «12 لبناني غاضب» المسرحية الرائدة والفيلم الوثائقي الحائز على جوائز محلية وعربية وعالمية، اللذين قدّمهما عدد من السجناء الذكور من سجن رومية عام 2009، وكذلك مسرحيّة «شهرزاد في بعبدا» والفيلم الوثائقي «يوميّات شهرزاد» الحائز على جوائز عدّة، وقدّمتهما السجينات الإناث من سجن بعبدا بين عامي 2012 و2013. إن أعمالًا فنية مماثلة تُشكّل للسجناء أداةً للمناصرة الذاتية، وبالتالي يُمَكِّنُهم من إيصال رسالتهم إلى المجتمع وصانعي القرار.

وكان عمل كتارسيس خلال السنوات الثمانية الأخيرة بمثابة مثالٍ حيّ عن كيفيّة تنفيذ أنشطة اجتماعية داخل السجون لأجل تحويلها الى مركز للإصلاح بدلًا من أن تكون مجرّد مكانٍ للعقاب. هذا العمل يمدّ جسور التواصل بين السجناء والمجتمع، ويساعد في تخفيف التمييز والتعصّب ضدّهم. عام 2009، ساهمت المسرحيّة والفيلم الوثائقي «12 لبناني غاضب» في تطبيق قانون «تنفيذ العقوبات» الذي ينصّ على خفض العقوبة للمحكوم عليه، حَسَن السيرة. وقد صدر هذا القانون عام 2002 ولم يُطبّق إلاّ بَدءًا من عام 2009. هذا وقد بدأت كتارسيس، منذ آذار عام 2013، بتيسير جلسات العلاج بالدراما مع السجناء ذوي الأمراض النفسية المقيمين في المبنى الأزرق في سجن رومية.

الشكر

نخص بالشكر من ساهم بشكل مباشر في إعداد مسودّة هذه الدراسة، وتصحيحها، ومراجعتها ووضع صيغتها النهائية.

فريق البحث

لوسي طاويديان (حائزة على شهادة ماجستير في علم النفس وطالبة دكتوراه في جامعة تلبرغ، هولندا)

رافي الماجيان (حائز على شهادة ماجستير في علم النفس)

سرار معلوف (حائزة على شهادة ماجستير في علم النفس)

الباحثون المساعدون

سركيس كشيشيان (طالب ماجستير في علم النفس)

فاطمة فرحات (طالبة ماجستير في علم النفس)

هادي نعال (حائز على شهادة بكالوريوس في علم النفس)

روزي كوفته جيان (حائزة على شهادة بكالوريوس في علم النفس)

فريق مراجعة الدراسة

زينة دكاش (حائزة على شهادة ماجستير في علم النفس، مُعالجة بالدراما مُسجّلة لدى جمعية أمريكا الشمالية للعلاج بالدراما NADTA)

مريان الكلاسي (حائزة على شهادة بكالوريوس في العمل الاجتماعي)

سولين دكاش (إختصاصية في الصحة النفسية والدراما)

ترجمة تقنية من الإنكليزية إلى العربية

سولين دكاش

نقدم الشكر والتقدير إلى

وزير العدل اللواء أشرف ريفي
وزير الداخليّة والبلديات نهاد المشنوق
المدعي العام التمييزي القاضي سمير حمود
رئيس لجنة تخفيض العقوبات القاضي حمزة شرف الدين
المدير العام لقوى الأمن الداخلي اللواء ابراهيم بصبوص
قائد الدرك الإقليمي العميد الركن جوزيف الحلو
رئيس مصلحة الصحة في قوى الأمن الداخلي العميد الركن عامر زيلع
العميد الياس سعاده
قائد سرية السجون المركزية العميد جورج الياس
العميد أنطوان ذكرى
رئيس مركز سجن رومية الطبي العقيد الطبيب حبيب الطقش
رئيس فرع السجون في قيادة الدرك المقدم غسان عثمان
آمر سجن المحكومين في رومية النقيب ايهاب أبي غنام
مديرة سجن بعبدا للنساء السيدة كريستيان ابو ناهض
الرقيب الأول كمال صغبيني
الرقيب الأول ايلي حليحل
المؤهل حسين مهدي
مركز عاريا الطبي
قسم الطبّ النفسي في المركز الطبي في الجامعة الأمريكية في بيروت
الدكتور زياد نحاس
السيدة ليال مروي
السيد خليل فريفر
جميع عناصر قوى الأمن الداخلي في سجن رومية وسجن بعبدا

شكر خاص

الإتحاد الأوروبي
جميع السجناء والسجينات الذين شاركوا في هذه الدراسة

تمّ تنفيذ هذه المطبوعة بدعم من الإتحاد الأوروبي. إن مؤسسة كثارسيس هي المسؤولة الوحيدة عن محتويات هذه المطبوعة التي لا يمكن بأي حال أن تعكس وجهات نظر الإتحاد الأوروبي.

إهـداء

إلى «ف.م.» التي كانت بمثابة حافزٍ أساسي لإجراء هذه الدراسة...

المحتويات

أ- الغاية من هذه الدراسة ١٧

ب- الوضع في السجون اللبنانية ١٩

ت- الخلفية والدلالة ٢١
1- الاضطرابات النفسية الشديدة: الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب ٢١
2- الجريمة والاضطرابات النفسية الشديدة ٢٢
3- معدّل انتشار الاضطرابات النفسية الشديدة في السجون في بعض البلدان ٢٢

ث- الأهداف والفرضيات ٢٥

ج- طرق البحث ٢٧
1- الاعتبارات الأخلاقية ٢٧
2- العيّنة ٢٧
3- الأدوات ٢٨
4- الإجراء ٣٠
5- تحليل البيانات ٣٠

ح- النتائج ٣١
1- الخصائص الديموغرافية ومعلومات أخرى كما ذكرها السجناء الذين شملتهم الدراسة ٣١
2- المرحلة الأولى: الكشف الأوّلي عن الأعراض النفسية ٣٤
3- المرحلة الثانية: مرحلة المقابلات ٣٦
4- الوضع القانوني وفقًا للملفات القضائية ٣٨
5- المعلومات الطبية ٣٩
أ – التقرير الذاتي ٣٩
ب – السجلات الطبية ٤٠

خ- المبنى الأزرق: تقييم عام ٤١
1- الإجراء ٤١
2- العيّنة ٤٢
3- النتائج ٤٢
4- الوضع القانوني وفقًا للملفات القضائية ٤٣
5- السجلات الطبية ٤٤

د- مناقشة النتائج ٤٧
1- مراجعة فرضيات الدراسة والنتائج الحاليّة ٤٧
2- النتائج الأخرى ٥٧
3- المبنى الأزرق ٥٨
4- التوصيات بناءً على النتائج ٥٩

المراجع ٦٣

ملحق ٧٠

لائحة الرسوم البيانية

-1 نسب معدّلات انتشار الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب لدى السجناء الذكور في بعض البلدان ٢٣
-2 نسب معدّلات انتشار الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب لدى السجينات في بعض البلدان ٢٣
-3 الجندر ٣١
-4 الجنسية ٣١
-5 الوضع العائلي ٣٢
-6 المستوى العلمي ٣٢
-7 الوضع القانوني بحسب ما ذكره السجناء ٣٣
-8 نوع الجريمة الحالية بحسب ما ذكره السجناء ٣٣
-9 معدّل انتشار فئات أعراض مقياس PDSQ لدى السجناء في سجنَي بعبدا ورومية (الجزء 1) ٣٥
-10 معدّل انتشار فئات أعراض مقياس PDSQ لدى السجناء في سجنَي بعبدا ورومية (الجزء 2) ٣٥
-11 معدّل انتشار فئات أعراض مقياس PDSQ لدى السجناء في سجنَي بعبدا ورومية (الجزء 3) ٣٦
-12 معدّل انتشار الفئات التشخيصية من مقياس SCID-NP في سجنَي بعبدا ورومية ٣٧
-13 معدّل انتشار الاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات الذهانية الأساسية في سجنَي بعبدا ورومية ٣٨
-14 الوضع القانوني (وفقًا للملفات القضائية) لدى السجناء الذين شُخِصت لديهم اضطرابات المزاج أو الذهان في رومية وبعبدا ٣٩
-15 نسب فئات الأعراض ضمن الكشف المُجرى في المبنى الأزرق ٤٣
-16 الوضع القانوني (وفقًا للملفات القضائية) للسجناء الذين تمّت مقابلتهم في المبنى الأزرق ٤٤
-17 المبنى الأزرق: التشخيصات الخاصة بالسجناء قبل دخولهم السجن حسب التقرير الطبي الوارد من قوى الأمن الداخلي ٤٥

-18 المبنى الأزرق: التشخيصات الخاصة بالسجناء بعد دخولهم السجن حسب التقرير الطبي الوارد من قوى الأمن الداخلي ٤٥
-19 نسبة معدّل انتشار الاضطراب ثنائي القطب: عموم السكان في لبنان (Karam et al., 2006) مقابل السجناء في سجني رومية وبعبدا (Catharsis, 2015) ٤٨
-20 نسبة معدّل انتشار الاضطرابات الذهانية: عموم السكان في فنلندا (Perälä et al.,2007) مقابل السجناء في سجني رومية وبعبدا (Catharsis, 2015) ٤٩
-21 مقارنة بين نسب معدّلات انتشار الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب لدى السجناء الذكور في بعض البلدان (ضمنها لبنان) ٥٠
-22 مقارنة بين نسب معدّلات انتشار الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب لدى السجينات في بعض البلدان (ضمنها لبنان) ٥١
-23 النتائج العائدة للفرضية 3 والفرضية 4 ٥٥

أ الغاية من هذه الدراسة

لقد تبيّن أنّ معدّل انتشار الأمراض النفسية هو أعلى لدى السجناء بالمقارنة مع عموم السكان، (Senior et al., 2013) خاصةً في البلدان ذات الدخل المنخفض إلى المتوسط (Mundt et al., 2013). ومع ذلك، فإن توفير الرعاية الصحية النفسية والكشف النفسي للسجناء هو أقل من المستوى الأمثل، وذلك كان محط انتقاد في جميع أنحاء العالم باعتبار أنه غير كافٍ وغير فعّال (Senior et al., 2013). وفي لبنان، هذه الخدمات بالكاد تتوفّر للسجناء حتى ولو بأبسط أشكالها.

إذ لا يُجرى أي كشف رسمي خاص بالصحّة النفسية لدى الدخول الى السجن ولا خلال فترة السَجن، ويُحكم على مقترفي الجرائم ذوي الأمراض النفسيّة بعقوبة السَجن لحين الشفاء. وفي الواقع، تتضمن المادة 232 من قانون العقوبات اللبناني التالي: «من ثبت اقترافه جناية أو جنحة مقصودة [...] وقضي بعدم مسؤوليته بسبب فقدانه العقل حُجز بموجب فقرة خاصة من حكم التبرئة في مأوى احترازي[...] ويستمر الحجز إلى أن يثبت شفاء المجنون بقرار تصدره المحكمة التي قضت بالحجز[...]». ومع ذلك، لا يتمّ تقديم تعريف لِما ينطوي عليه الجنون. ومن المعروف أنه لا يجري العمل عادةً على شفاء المرض النفسي بل تتمّ متابعته، تمامًا كأيّ مرض جسدي مُزمن آخر (مثل مرض السكري وارتفاع ضغط الدم وغيره...). وتتمّ المتابعة لأجل تحقيق استقرار حالة المريض واستعادة قدرته على أداء الوظائف الحياتية من خلال تدخلات مثل العلاج العقاقيري (الدواء) و/أو العلاج النفسي. إضافةً إلى ذلك، ليس هناك مأوى احترازي في كافة السجون اللبنانية ما عدا مبنى صغير في سجن رومية: المبنى الأزرق الذي لم يتمّ حتى تجهيزه كمأوى احترازي (جناح مُخصّص للاضطرابات النفسية) منذ إنشائه عام 2002.

وبناءً على ذلك، من الضروري إعادة النظر بقانون العقوبات اللبناني الحالي من أجل إصدار الأحكام السليمة ومتابعتها بشكلٍ مناسب. واللافت أن صياغة قانون العقوبات المتعلّق بالأمراض النفسية المطبّق حاليًّا، قد أُنجزت منذ أكثر

من ستّين عامًا ولم تتمّ مراجعته منذ عام 1943، علمًا أنّ الطبّ النفسي حقّق تقدّمًا كبيرًا منذ ذلك الحين، وبالتالي فمن اللازم والمُلحّ أن يواكب القانون هذا التقدّم.

ومع عدم وجود قوانين تحمي السجناء ذوي الأمراض النفسية وعدم وجود بروتوكول للكشف عن الأمراض النفسية في السجون اللبنانية، يزداد لدى ذوي الأمراض النفسية احتمال ارتكاب الجرائم والاعتداء على الآخرين أو التعرض للاعتداء (Wood & Buttaro Jr, 2013).

إن هدف هذه الدراسة هو الاستقصاء عن مدى انتشار الاضطرابات النفسية الشديدة، وبشكلٍ خاص الاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات الذهانية (أُنظر فقرة ت 1)، لدى عيّنة من السجناء الذكور في سجن رومية والإناث في سجن بعبدا. وستوفّر نتائج هذه الدراسة المعلومات للسعي الحثيث بغية تعديل القانون الحالي المتعلّق بمقترفي الجرائم الذين يعانون من الأمراض النفسية ولتحسين أوضاع السجناء ذوي الأمراض النفسية المحتجزين حاليًا في السجون اللبنانية. إن معرفة معدّل انتشار الاضطرابات النفسية الشديدة لدى السجناء هو أمر بالغ الأهمية لتطوير خدمات الصحة النفسية والوقاية من الجرائم المرتبطة بالأمراض النفسية (Vicens et al., 2011).

ب الوضع في السجون اللبنانية

يوجد في لبنان 21[2] سجنًا (CLDH, 2010)، وأربعة من هذه السجون مخصّصة للنساء. وهناك سجنان إضافيان للأحداث. إن الكشف النفسي والرعاية الصحية النفسية غائبان في السجون اللبنانية. ويصبح غياب هذه الخدمة أكثر إثارة للقلق نظرًا لكون الاكتئاب المرض المزمن الأكثر شيوعًا لدى السجناء في السجون اللبنانية، كما أوردت قوى الأمن الداخلي عن بياناتٍ عائدة لعام 2009 (National Health Statistics Report in Lebanon, 2012). وكذلك، أوردت دراسة أجراها على مدى ثلاث سنوات (2009-2011) مركز الخيام لتأهيل ضحايا التعذيب (KRC)، أنّ الاكتئاب هو الحالة النفسية الأكثر شيوعًا في السجون اللبنانية، تليها اضطرابات القلق (KRC, 2012). ومن الجدير بالذكر أن الدراسة لم تشمل بيانات عن سجن رومية الذي يُرسَل اليه عادةً السجناء الذين يعانون من الأمراض النفسية أو الجسدية واضطرابات استخدام المواد[3]، على الرغم من افتقاره إلى الرعاية المتخصّصة (National Health Statistics Report in Lebanon, 2012).

إن المبنى الوحيد المتوفّر حاليًّا لمرتكبي الجرائم ذوي الأمراض النفسية هو عبارة عن مبنى يُسمّى «المبنى الأزرق» في سجن رومية. فالسجناء الذين يُعرف أنهم يعانون من مرض نفسي يُحجزون في «المبنى الأزرق» الذي تمّ

[2] طرابلس (للرجال)، طرابلس (للنساء)، النبطيّة، صور، جب جنّين، راشيّا، بعلبك، رأس بعلبك، زحلة (للرجال)، زحلة (للنساء)، تبنين، جبيل، البترون، حلبا، أميون، زغرتا، جزّين، عاليه، رومية، بربر الخازن (للنساء)، بعبدا (للنساء).

[3] اضطرابات استخدام المواد بحسب DSM-IV هي اضطرابات مرتبطة بشكل أساسي بالاعتماد على المواد أو إساءة استخدامها، وبالانسمام بالمواد او الامتناع عنها. وتُسببها المواد المختلفة، سواء المشروعة وغير المشروعة. وتشمل هذه المواد: الكحول والأمفيتامينات والكافيين والنشوقات والنيكوتين، والأدوية التي قد يُساء استخدامها (المهدئات، المنومات، مضادات القلق)، والمواد الأفيونية (مثل المورفين والهيروين)، والحشيش والكوكايين والمهلوسات، والفينسيكليدين.

بناؤه عام 2012 بمبادرة من عائلة سجينٍ يعاني من مرض نفسي ليكون مكان إقامته. وفي عام 1994 تمّ إصدار مرسوم رقم 6164 ضمن قانون العقوبات والذي ينصّ رسميًا على «تخصيص جناح خاص في سجن رومية لتوقيف الأشخاص الذين يحكم عليهم بالحجز في مأوى احترازي». وبفعل الأمر الواقع، أصبح المبنى الأزرق هو المأوى الاحترازي لذوي الاضطرابات النفسية. وتضمّن المرسوم موادًا تستلزم تأهيل الجناح ليتوافق مع الشروط الصحية المعتمَدة في المأوى الاحترازي لمعالجة حالات الاضطرابات النفسية (أو كما ذُكرت في المرسوم: «مختلف حالات الأمراض العقلية»)، وتأمين التجهيزات الطبية الضرورية لمعالجة تلك الحالات. حاليًّا (حتى تاريخ إجراء هذا البحث، عام 2015)، يوجد حوالي 40 سجينًا في «المبنى الأزرق» وعلى الرغم مما جاء في المرسوم، لم يتمّ تأهيل المبنى قطّ، وهو لا يزال سيّئ التجهيز وغير صالح لرعاية السجناء الذين يعانون من الأمراض النفسية.

نظرًا إلى الغاية الأساسيّة من هذه الدراسة، كان لا بد من توفير المعلومات حول السجناء المحتجزين حاليًا في المبنى الأزرق. وبالتالي تم توسيع نطاق بحثنا لتقييم حالة السجناء ذوي الأمراض النفسيّة الموجودين في المبنى الأزرق في سجن رومية (أنظر فقرة خ).

ت الخلفية والدلالة (خلفيّة عن الاضطرابات النفسية الشديدة موضوع الدراسة ومعدّلات الانتشار الموجودة)

1- الاضطرابات النفسية الشديدة: الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب

الاضطرابات الذهانية هي اضطرابات نفسية شديدة تتّصف بالاختلال الحادّ في السلوك والشخصية (Jablensky et al., 2000). وبعض الأمثلة على الاضطرابات الذهانية تشمل الفصام واضطراب الفصام العاطفي والاضطراب الذهاني الوجيز والاضطراب التوهمي. واثنان من أبرز فئات أعراض الاضطرابات الذهانية هما الأوهام والهلوسة. وتتّصف الأوهام بمعتقداتٍ خاطئة يمكن أن تتعلّق بالشعور بالعظمة أو الاضطهاد ضمن غيرها. أما الهلوسات فهي إدراكات حسّية خاطئة، حيث يرى الفرد أو يسمع أو يحسّ بلمس أشياء ليست موجودة في الواقع (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM), 1994)[4]. وقد تبيّن أن الاضطرابات الذهانية تظهر خلال العقد الثالث من الحياة، مع وسيط عمر البداية في أوائل العشرينات، وزيادة في معدّل الانتشار ما بين 15 و17 سنة (Kessler et al., 2007).

ويتّصف الاضطراب ثنائي القطب بتقلّبات المزاج الملحوظة وغير المتوقّعة والتي قد تتراوح بين المتوسطة والشديدة. وتشمل الأعراض التي تميّزه الهوس والهوس الخفيف والاكتئاب مع أو من دون مظاهر ذهانيّة (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM), 1994). وتتّصف نوبة الهوس بفترة بارزة يكون فيها المزاج مرتفعًا أو

[4] هذا المرجع يُعرف باللغة العربية بـ «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية»، وتجدون ترجمة الدكتور تيسير حسّون لـ «المرجع السريع إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV)» في هذا الرابط:
fac.ksu.edu.sa/sites/default/files/DSM-IV-TR_-_Arabic_0.doc

متمددًا أو مستثارًا بصورة غير طبيعية، ويستمر لمدة أسبوع على الأقل، ويترافق على الأقل مع ثلاثة أعراض من لائحة تشمل انخفاض الحاجة الى النوم وكثرة الكلام وسرعته، والتشتّت وتطايُر الأفكار والشعور بالعظمة وتضخّم تقدير الذات، ضمن غيرها من الأعراض. أما نوبات الهوس الخفيف فهي تتّسم بمظاهر مشابهة لمظاهر نوبات الهوس ولكن يجب أن تكون موجودة لمدة 4 أيام بدلًا من الأسبوع (Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM), 1994).

إن الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب يشكّلان على السواء، مصدر اهتمام كبير للصحة العامة بما أنهما يرتبطان بارتفاع خطر إيذاء الذات والموت انتحارًا (Winokur & Tsuang, 1975).

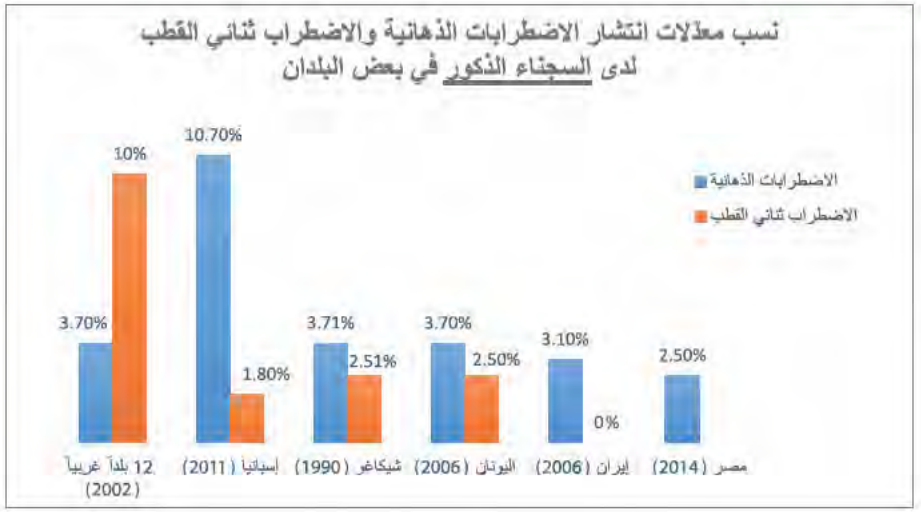
2- الجريمة والاضطرابات النفسية الشديدة

بالمقارنة مع عامة السكان، يبدو أن نسبة الجرائم –سواء كانت عنيفة أو غير عنيفة– ترتفع لدى الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات النفسية الشديدة (Seena Fazel, Grann, & Psych, 2006; Seena Fazel, Lichtenstein, Grann, Goodwin, & Långström, 2010; Hodgins, 1992). وقد تبيّن أن نسبة الجرائم تكون مرتفعة لدى الأفراد الذين يعانون من الهوس (Christopher, McCabe, & Fisher, 2012) والاضطرابات الذهانية، وأكثر تحديدًا أولئك الذين يستخدمون المواد بشكلٍ متزامن (Tiihonen, Isohanni, Rasanen, Koiranen, & Moring, 1997).

3- معدّل انتشار الاضطرابات النفسية الشديدة في السجون في بعض البلدان

يعرض الرسم البياني رقم 1 و2 نسب معدّلات انتشار الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب لدى السجناء في بعض البلدان.

الرسم البياني رقم 1



الرسم البياني رقم 2

من الجدير ذكره أنه تمّ إجراء عدة دراسات عن مدى انتشار المرض النفسي في الشرق الأوسط ولكنها ليست قابلة للمقارنة بسبب الاختلافات المنهجية. ورغم ذلك، فهي توفر معلومات هامة في ما يتعلق بوضع الصحة النفسية لدى السجناء. وتأتي أحدث المعلومات من مصر، حيث سُجّل معدّل انتشار الأعراض الذهانية بنسبة 2.5% (انظر الرسم البياني رقم 1) لدى عينة ملائمة من 80 سجينًا من الذكور (Ibrahim, Halim, Wahab, & Sabry, 2014). وفي دراسة أخرى أجراها الأسدي وآخرون (2006) مستخدمين مقياس (SCID -IV)، تم تشخيص اضطرابات ذهانية حاليّة لدى 3.9% من السجناء واضطرابات مزاج حالية لدى 48.7% منهم. ولم يتمّ الإبلاغ عن معدلات انتشار اضطراباتٍ محدّدة.

ث الأهداف والفرضيات

تهدف هذه الدراسة الى الاستقصاء عن مدى انتشار الاضطرابات النفسية، وبشكلٍ خاص الاضطراب ثنائي القطب والاضطرابات الذهانية، لدى عيّنة من السجناء الذكور في سجن رومية والإناث في سجن بعبدا (ولا تشمل المبنى الأزرق في رومية). ونظرًا لغياب البيانات والمعطيات حول معدّل انتشار الاضطرابات النفسية في السجون اللبنانية، وفي ضوء نتائج البحوث المذكورة أعلاه، تمّ اقتراح الفرضيات التالية:

الفرضية 1 نتوقع أن نجد ارتفاعًا في نسبة معدّل انتشار الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب لدى السجناء بالمقارنة مع ما هو مبيّن لدى عموم السكان.

الفرضية 2 نتوقع أن نجد عددًا من السجناء من دون تشخيص سابق، إلاّ أن الكشف المُجرى لهم في إطار هذه الدراسة يُثبِت أن لديهم اضطرابًا نفسيًا شديدًا (الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب)، وهم يقيمون في أجنحة للسجناء الذين لا يعانون من اضطراباتٍ نفسية.

الفرضية 3 نتوقع أن نجد عددًا من السجناء الذين يُثبِت الكشف المُجرى لهم في إطار هذه الدراسة ظهور اضطراب نفسي شديد لديهم (الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب) في عمرٍ سابق لدخولهم السجن، إلاّ أن هذا الاضطراب النفسي لم يؤخذ بعين الاعتبار في الأحكام الصادرة بحقّ المحكومين منهم.

الفرضية 4 نتوقع أن نجد عددًا من السجناء الذين بدأوا يعانون من اضطرابات نفسية خلال إقامتهم في السجن.

الفرضية 5 نتوقع أن نجد عددًا من السجناء المحكومين الذين يُثبت الكشف المُجرى لهم في إطار هذه الدراسة وجود اضطراب نفسي شديد لديهم (الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب)، وقد ذُكر في الأحكام

الصادرة بحقّهم وجوب حجزهم في مأوى احترازي، إلاّ أنهم يقيمون في أجنحة للسجناء الذين لا يعانون من اضطراباتٍ نفسية.

ج طرق البحث

1- الاعتبارات الأخلاقية

يصنّف السجناء على أنهم مجموعات معرّضة للاستضعاف نظرًا لطبيعة السَجن غير الطوعية والتي تجعل منهم عرضة للإكراه والاستغلال (Schwenzer, 2008). ولضمان حقوق السجناء، تمّت صياغة نموذج للموافقة المسبقة عن عِلم، يلقي الضوء على غاية البحث وإجراءاته، فضلًا عن الوقت اللازم لإكمال أدوات الدراسة. وتمّ التأكيد للسجناء على أنه سيتم الحفاظ على خصوصيّتهم. وقد ذكرت الموافقة المسبقة عن عِلم أن المشاركة هي طوعية بالكامل وأنه يمكن للسجين أن ينسحب من الدراسة في أي وقت من دون أن تترتّب على ذلك أيّة عواقب. كما وتمّ التأكيد للسجناء على أن قرارهم بالمشاركة في الدراسة أو الانسحاب منها لن يؤثّر على علاقتهم بكثارسيس – المركز اللبناني للعلاج بالدراما، ولا على وضع سَجنهم، ولا على علاقتهم بالحراس ولا على وضعهم القانوني كأفراد. وقد طُلب من جميع السجناء قراءة نموذج الموافقة والإشارة الى موافقتهم من خلال توقيعهم عليه. وكان الباحثون المساعدون متوفّرين للإجابة عن الأسئلة وتقديم المساعدة، وتحديدًا للسجناء الأُميين.

2- العيّنة

لقد تطابقت معايير المشاركة (من سنّ الثامنة عشر وما فوق، ومدّة عقوبتهم 3 سنوات أو أكثر) لدى مجموع 277 سجينًا، 261 من سجن رومية و16 من سجن بعبدا، وبناءً على ذلك إعتُبروا مؤهّلين للمشاركة. ومن بين السجناء الـ277 الذين تمّ التواصل معهم، هناك 212 وافقوا على المشاركة وأكملوا بروتوكول البحث. وجاء متوسط عمر العيّنة 39.71 سنة، مع العمر الأدنى 19 سنة والأقصى 84 سنة. وكان عدد المشاركين 198 من الذكور

(متوسط العمر= 39.81) من أحد مباني سجن رومية (المبنى أ المعروف بمبنى المحكومين)، و14 من الإناث (متوسط العمر= 38.17) من سجن بعبدا.

3- الأدوات

تمّ استخدام أداتين للقياس واستمارة سوسيوديموغرافية في هذه الدراسة. فتمّ إجراء الكشف الأولي للأعراض النفسية باستخدام مقياس PDSQ (الاستبيان النفسي للكشف التشخيصي)[5] (Zimmerman & Mattia, 1999)، وتمّ إجراء المقابلات النفس– طبيّة باستخدام مقياس SCID النسخة البحثية (المقابلة السريرية المنظمة للدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV)– محور رقم واحد)[6] (First et al., 2002). وبعد تعبئة الاستمارة السوسيوديموغرافية، تمّ إجراء مقياس PDSQ، وبعد احتساب مجموع نقاط مقياس PDSQ، تمّت مقابلة المشاركين الذين تبيّن أن لديهم بعض أعراض الهوس و/أو الذهان باستخدام مقياس SCID النسخة البحثية.

الاستمارة السوسيوديموغرافية: سمحت الاستمارة السوسيوديموغرافية بجمع المعلومات عن الجنسية وتاريخ الولادة والجندر والوضع العائلي وعدد الأطفال والمستوى العلمي، وإن كان هناك دخول للسجن في السابق، ونوع الجريمة السابقة، ونوع الجريمة الحالية، وإذا كان السجين/السجينة محكومًا أو ما زال ينتظر الحكم، ومدّة الحكم الحالي، وعدد السنوات (الأشهر) الممضية في السجن، وعدد الأشهر المتبقّية له في السجن في حال كان محكومًا.

[5] The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire-PDSQ. للحصول على الاسم النهائي لمقياس PDSQ باللغة العربية و لأي استفسار يُرجى مراجعة المركز الطبي في الجامعة الأميركيّة في بيروت، قسم الطبّ النفسي.

[6] Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders – Research Version. وتمّ الحصول على حقوق استخدام وترجمة هذه الأداة إلى اللغة العربية من قِبل لوسي طاويديان، عضو في فريق البحث لهذه الدراسة. لأي استفسار يُرجى مُراجعتها.

الاستبيان النفسي للكشف التشخيصي PDSQ - (Zimmerman & Mattia, 1999): إن مقياس PDSQ هو تقرير ذاتي موجز مُصمَّم للكشف عن الاضطرابات النفسية الأكثر شيوعًا. وهو يشمل 13 مقياسًا فرعيًا للكشف عن الاكتئاب واضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) والبوليميا واضطراب الوسواس القهري (OCD) واضطراب الهلع ورهاب الأماكن المفتوحة أو المزدحمة (رهاب الساح)، والرهاب الاجتماعي وسوء استخدام الكحول وسوء استخدام المواد والذهان واضطرابات القلق والجسدنة وتوهّم المرض (المُراق). وتمّ استخدام المقياس بترجمته العربية التي قام بها فريق البحوث في قسم الطبّ النفسي في المركز الطبي في الجامعة الأميركيّة في بيروت. وقد حصلت كثارسيس على إذن استخدام الترجمة العربية منهم.

مقياس SCID البحثي (المقابلة السريرية المنظمة للدليل التشخيصي والإحصائي– IV، محور رقم واحد) The Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders – Research Version (First et al., 2002)

إن مقياس المقابلة السريرية المنظمة للدليل التشخيصي والإحصائي –IV، محور رقم واحد (SCID-I) هو أداة للمقابلة شبه المنظّمة لأجل القيام بأبرز تشخيصات المحور الأوّل من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV Axis I). ويوجد منه نسختان، واحدة عيادية والثانية بحثية، وهو مؤلف من 10 وحدات ويتمّ إجراؤه مع البالغين من 18 سنة وما فوق لتشخيص التاريخ الحالي والماضي للأمراض النفسية. وفي هذه الدراسة، تمّ استخدام أربعة وحدات (أ، ب، ج، د) من النسخة البحثية لغير المرضى من مقياس SCID لتشخيص اضطرابات المزاج[7] والذهان.

[7] اضطرابات المزاج تشمل ضمن غيرها الاضطراب الاكتئابي الجسيم، والاضطراب ثنائي القطب. ويمكن أيضًا أن يكون اضطراب المزاج مُحدَثًا بالمواد كما يمكن أن ينتج عن حالة طبية.

4- الإجراء

تضمّنت هذه الدراسة مرحلتين. خلال المرحلة الأولى، أُجري كشف الأعراض النفسية للسجناء باستخدام مقياس PDSQ(Zimmerman & Mattia, 1999).

وبعد المرحلة الأولى، انتقل المشاركون الذين تبيّن أن لديهم ذهانًا (مجموع نقاط المقياس الفرعي ≤ 1) وهوسًا (مجموع نقاط المقياس الفرعي ≤ 2) إلى المرحلة الثانية من البحث، حيث قام فريق البحث والباحثون المساعدون بإجراء المقابلات باستخدام SCID-NP النسخة البحثية (First, et al 2002) بالعربية العامية. وقام بترجمة كلّ من الوحدات فريق مؤلّف من شخصين، كما شُكّلت لجنة لمناقشة نوعيّة الترجمات ودقّتها. وبعد الترجمة، تمّ تدريب الباحثين المساعدين على استخدام مقياس SCID-NP والقواعد والارشادات التوجيهية الخاصة بالوحدات أ، ب، ج، و د، وكيفية تكوين الاستنتاجات العيادية وفقًا لمعايير مقياس SCID، ومهارات عامة ضرورية لإجراء المقابلات الطب – نفسية.

تمّ جمع بيانات المرحلة الأولى خلال 5 أيام عمل (4 أيام في رومية ويوم واحد في بعبدا). وبعد الموافقة على المشاركة، قام السجناء بتعبئة الاستمارة السوسيوديموغرافية ومقياس PDSQ . وكان فريق الباحثين في جهوزية لتقديم المساعدة عند الحاجة. وبعد المرحلة الأولى، تمّ إجراء المقابلات مع الذين تبيّن أن لديهم بعض أعراض الذهان و/أو الهوس باستخدام مقياس SCID-NP النسخة البحثية. وتولّى سبعة من الفريق إجراء المقابلات على مدى أربعة أيام في سجن رومية ويوم واحد في سجن بعبدا. وتمّ إجراء المقابلات بطريقة تحفظ خصوصيّة السجين أو السجينة بقدر ما تسمح به بيئة السجن.

5- تحليل البيانات

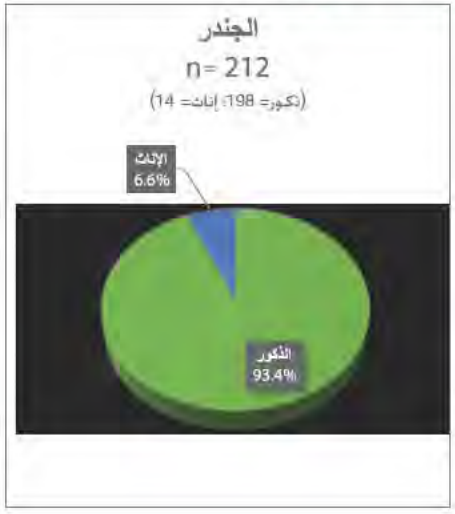
تمّ تحليل البيانات باستخدام الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية نسخة 21 (SPSS 21). وتمّ تسجيل خصائص العيّنة باستخدام الإحصائيات الوصفيّة.

ح النتائج

1- الخصائص الديموغرافية ومعلومات أخرى كما ذكرها السجناء الذين شملتهم الدراسة

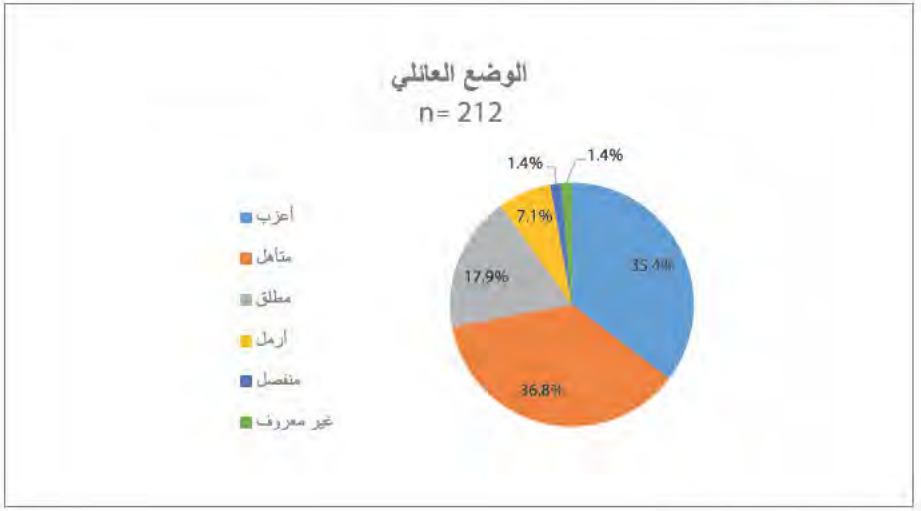
تعرض الرسوم البيانية التالية رقم 3، 4، 5، 6، 7 و8 الخصائص السوسيوديموغرافية والوضع القانوني لعيّنة الدراسة وفقًا للمعلومات التي ذكرها السجناء. أغلبيّة السجناء هم لبنانيّون (67.4%) ولديهم مستوى تعليمي أساسي (26.4%) وهم متزوّجون (36.8%) ولديهم أطفال (31.6%). ومتوسط عدد الأطفال هو 2.41.

الرسم البياني رقم 3

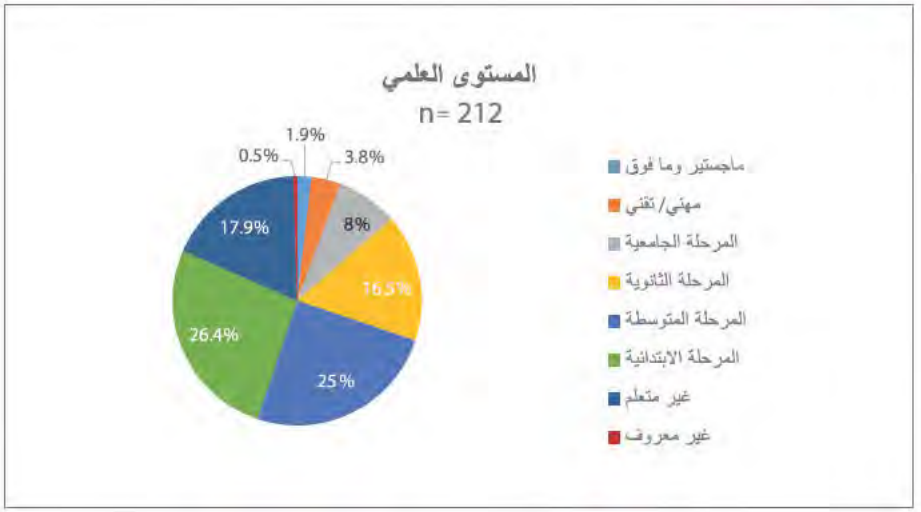


الرسم البياني رقم 4

الرسم البياني رقم 5

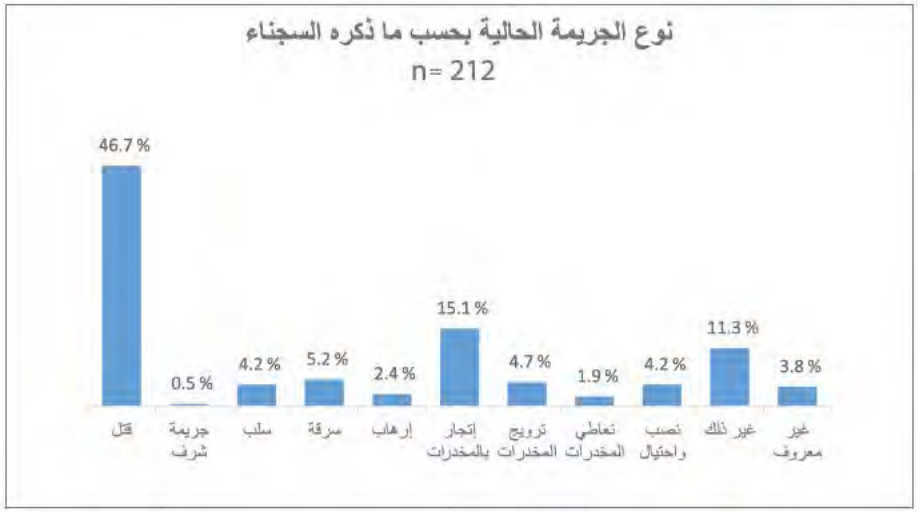


الرسم البياني رقم 6



الرسم البياني رقم 7

الرسم البياني رقم 8

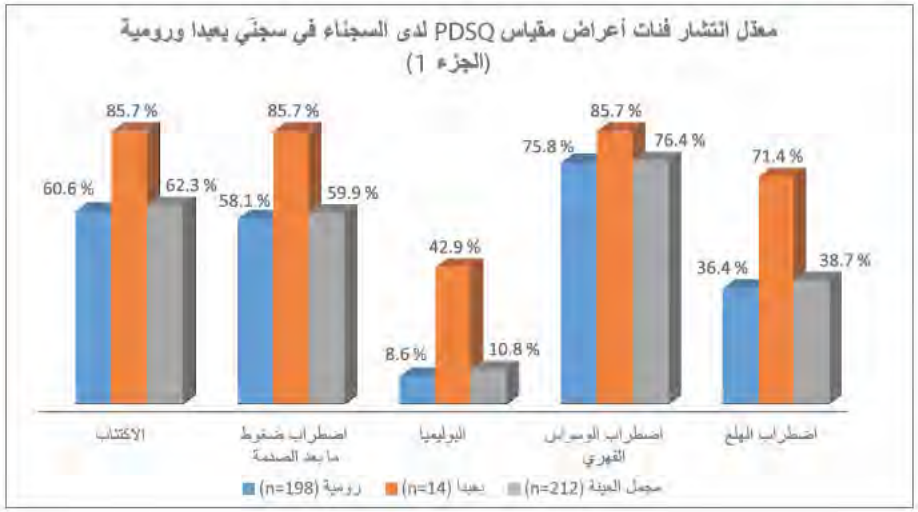


2- المرحلة الأولى: الكشف الأوّلي عن الأعراض النفسية

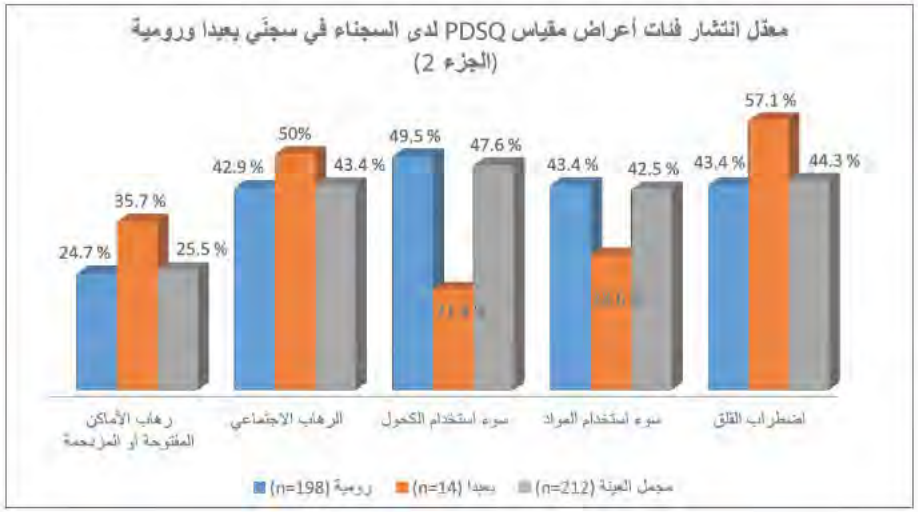
الرسوم البيانية رقم 9 و 10 و 11 تُظهر معدّل انتشار فئات أعراض مقياس PDSQ لدى السجناء في سجني بعبدا ورومية. وقد تبيّن أن الاكتئاب هو فئة الأعراض الأكثر انتشارًا (62.3%) وتبعه اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (59.9%) (PTSD) وسوء استخدام الكحول (47.6%) واضطراب الجسدنة (44.8%). وتجدر الإشارة إلى أن معدّل انتشار اضطراب الوسواس القهري جاء 76.4%؛ ولكن في بعض الحالات أسيئ فهم البنود إذ تمّ ربطها بالنظافة والحرص على الممتلكات الشخصية التي تُعتبر قيّمة في إطار السجن. وعليه، ينبغي مقاربة التفسيرات بشأن اضطراب الوسواس القهري بحذرٍ كبير. وجاء معدّل انتشار الأعراض النفسيّة أعلى لدى الإناث في جميع المقاييس الفرعية ما عدا مقاييس سوء استخدام الكحول والمواد التي جاءت أكثر انتشارًا لدى الذكور. أمّا معدّلات انتشار الهوس والذهان فكانت قابلة للمقارنة بين الجندرين. وكذلك تمّت ملاحظة الاضطرابات النفسية المتزامنة من خلال نتيجة مقياس PDSQ.[8]

[8] الرجاء مُراجعة كثارسيس للحصول على معلومات عن الاضطرابات النفسية المتزامنة ضمن الدراسة الكاملة.

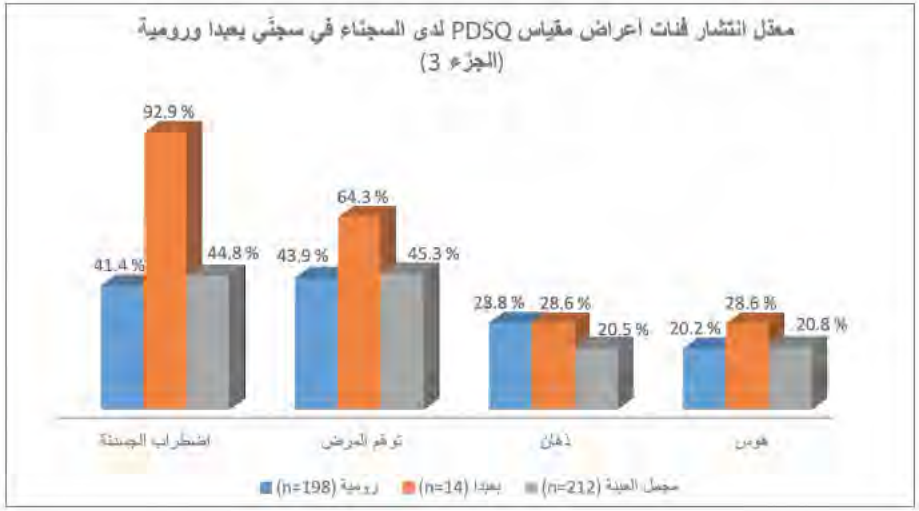
الرسم البياني رقم 9



الرسم البياني رقم 10



الرسم البياني رقم 11



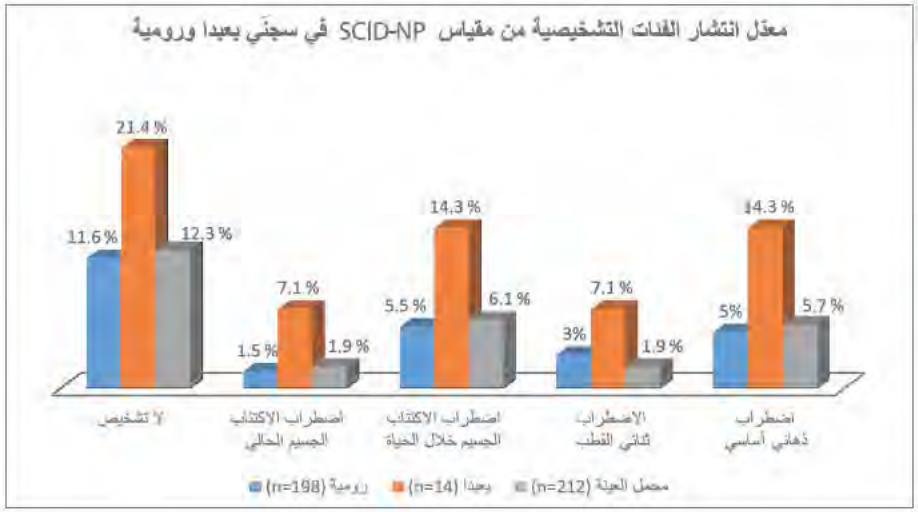
3- المرحلة الثانية: مرحلة المقابلات

أظهرت مرحلة الكشف الأولى أن مجموع 79 سجينًا (70 ذكور؛ 9 إناث) (37.3%) كانوا مؤهلين للمرحلة الثانية من الدراسة. وعند إجراء المقابلات (باستخدام مقياس SCID-NP)، لم يتمّ الوصول إلى 20 سجينًا من أصل السجناء الـ79 لأسباب عدّة[9]. وعليه، تمّ إجراء المقابلات مع 59 سجينًا (من أصل 79). وتمّ إجراء 6 من المقابلات مع السجين برفقة صديق له أو زميله في الزنزانة أو أحد أفراد أسرته الموجودين في السجن و/أو العاملين الاجتماعيين في مركز كثارسيس. وذلك بسبب عدم قدرة السجين على تقديم معلومات مترابطة وموثوقة. أما باقي المقابلات فأُجريت مع السجناء أنفسهم. وجاء متوسط عمر الذين تمّت مقابلتهم 37.36 سنة ومعدّل الفترة الزمنيّة الممضية في السجن 9.2 سنوات.

9 تمّ نقل7 سجناء إلى سجونٍ أخرى، وتمّ إطلاق سراح 3 و4 كان لديهم جلسة محاكمة، و2 رفضا المشاركة، و4 كانوا نائمين.

ومن السجناء الـ59 الذين جرت مقابلتهم، 33 (55.93%) تمّ تشخيص حالتهم النفسية ضمن أيّة فئة من الاضطرابات النفسية موضوع الكشف (اضطرابات المزاج والذهان)، ومن مجمل العينة المؤلفة من 212 سجينًا أتت نسبة معدل الانتشار 15.6%. ويعرض الرسم البياني رقم 12 معدّل انتشار الفئات التشخيصية من مقياس SCID-NP والتي تمّ احتسابها من مجمل العيّنة.

الرسم البياني رقم 12



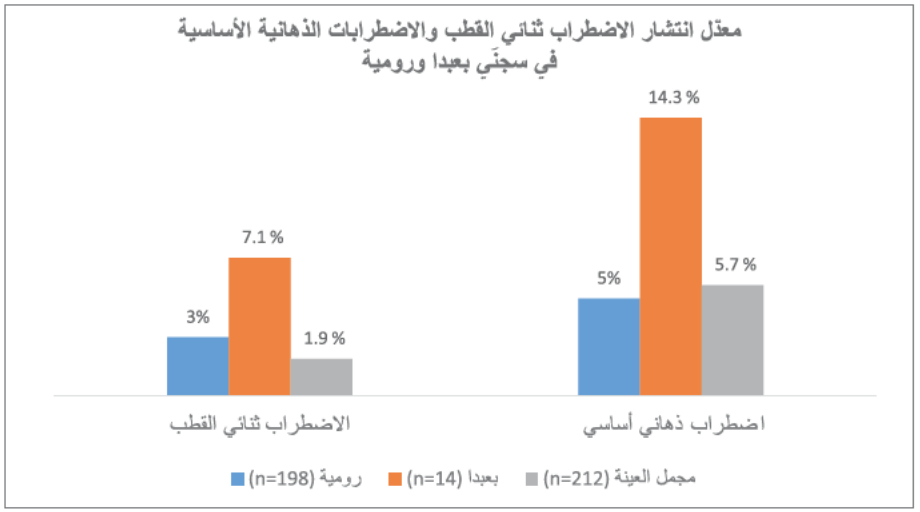
وفي حين لم يتمّ تشخيص اضطرابات أخرى متزامنة مع الاضطرابات موضوع البحث لدى السجينات في بعبدا، وُجدت لدى 6 سجناء في رومية اضطرابات أخرى متزامنة مع الاضطرابات موضوع البحث مثل عسر المزاج والاضطراب الاكتئابي الجسيم الحالي او خلال الحياة.

وقد توفّر عمر ظهور الاضطراب لدى 29 من أصل 33 سجينًا. صرّح 45.45% (n=15؛ 4 من بعبدا و 11 من رومية) بأن ظهور الاضطراب لديهم كان في عمر سابق لدخولهم السجن، وصرّح 42.42% (n=14؛ 1 من بعبدا و13 من رومية) بأن الأعراض قد بدأت تظهر لديهم خلال فترة السَجن، فيما لم يتوفّر عمر ظهور الاضطراب لدى 12.12% (n=4). وتبيّن أن عمر ظهور الاضطراب أعلى

لدى السجينات في بعبدا (متوسط عمر ظهور الاضطراب= 30.40) بالمقارنة مع السجناء في رومية (متوسط عمر ظهور الاضطراب= 26.92) مع متوسط عام لعمر ظهور الاضطراب 27.52 سنة.

وبحسب مقياس SCID - NP، 20% من السجناء الذين أُجري لهم الكشف في المرحلة الثانية (n= 59) لديهم اضطرابات ذهانية أساسية و6.8% لديهم الاضطراب ثنائي القطب. وبالنظر إلى مجمل العينة المؤلفة من 212 سجينًا، فإن معدّلي انتشار الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب هما 5.7% و1.9% على التوالي.

الرسم البياني رقم 13

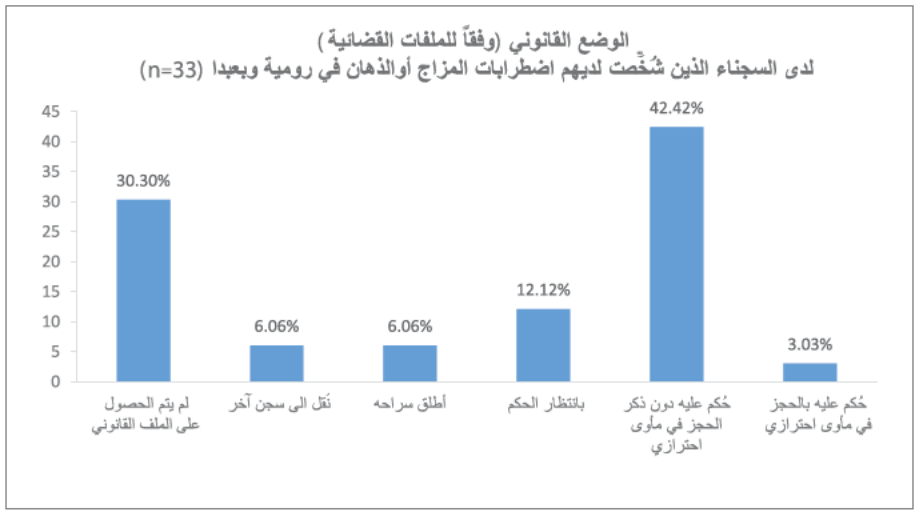


4- الوضع القانوني وفقًا للملفات القضائية

على الرغم من طلب الملفات القضائية للسجناء الثلاثة والثلاثين الذين شُخّص لديهم أيّ من الاضطرابات النفسية موضوع البحث (اضطرابات المزاج والذهان)، إلاّ أنه لم يتمّ الحصول سوى على معلومات عن 23 منهم. ومن بين السجناء الـ23 ، تمّ نقل اثنين من سجن رومية الى سجونٍ أخرى مما جعل من الصعب الحصول على ملفّاتهم، كما وتمّ إطلاق سراح اثنين

آخرين. أربعة سجناء كانوا بانتظار صدور الأحكام بحقّهم (موقوفين) (2 في رومية، 2 في بعبدا) و15 كانوا محكومين. ومن بين السجناء الخمسة عشر المحكومين، ذُكر ضمن الحكم الصادر بحق سجينةٍ واحدة من سجن بعبدا: «حجز المتهمة في مأوى احترازي حتى ثبوت شفائها بقرارٍ تصدره المحكمة»، وذلك بالرغم من واقع عدم وجود أي مأوى احترازي لا في بعبدا ولا في أي سجنٍ آخر، ما عدا سجن رومية للذكور.

الرسم البياني رقم 14



5- المعلومات الطبية

أ– التقرير الذاتي

ثمانية من أصل السجناء الثلاثة والثلاثين ذكروا أنهم يتناولون أدوية نفسية واثنان ذكرا استخدامهما السابق للأدوية. ومن بين هؤلاء العشرة، واحد يتناول دواءين وواحد يتناول ثلاثة أدوية. وقد وفّر خمسة سجناء أسماء الأدوية التي تضمنت تريبتيزول (n=3) وأنافرانيل (n=1) وسيروكوال (n=1) وديباكين (n=2) وأتاراكس (n=1).

ب– السجلات الطبية

بناء على طلبنا، أُرسل لنا من المركزين الطُبيين لكلا السجنين (بعبدا ورومية) والتابعين لقوى الأمن الداخلي (ISF) تقرير وارد عن السجلات الطبية الخاصة بالسجناء الثلاثة والثلاثين الذين شُخّص لديهم أيّ من الاضطرابات النفسية موضوع البحث (اضطرابات المزاج والذهان)، وتبيّن أنه تمّ تشخيص مرض نفسي لدى ستّة من السجناء الثلاثة والثلاثين. وتحديدًا، تمّ تشخيص اضطراب ذهاني مزمن واكتئاب حاد لدى سجينة واحدة من سجن بعبدا عند دخولها السجن، وقد تلقّت العلاج بالدواء. و تمّ تشخيص مرض نفسي لدى خمسة من السجناء (4 من رومية وواحد من بعبدا) خلال إقامتهم في السجن ووُصفت لهم أدوية خاصة بكل تشخيص. وتمّ تشخيص الاكتئاب الجسيم المتزامن مع الأرق لدى سجينين، وتشخيص الاكتئاب الجسيم مع محاولة انتحار لدى سجين واحد، واضطراب القلق لدى سجين واحد، وذهان حادّ مع أوهام وهلوسات اضطهادية لدى سجين واحد. وفي المجموع، تمّ وصف الدواء للسجناء الستة. وتحديدًا، 2 منهم وُصفت لهما فئتان من الدواء، و2 وُصفت لهما 3 فئات من الدواء، وواحد وُصفت له 5 فئات من الدواء، وواحد وُصفت له فئة واحدة فقط من الدواء. وفئات الدواء الموصوفة هي: مضادات الاكتئاب (n=6)، ومضادات الاختلاج (n=2)، ومضادات الذهان (n=2)، والبنزوديازيبين (n=2)، والأدوية المهدّئة (n=1)، والأدوية المنوّمة (n=1)، ومضادات الهستامين (n=1)، وأدوية لتخفيض نسب الكوليسترول في الدم. ومن بين السجناء الستة، تمّ توقيف النظام الدوائي لثلاثة منهم، واحد عام 2003، وواحد عام 2014، وواحد في بداية عام 2015، ولم يرد في المعلومات التي حصلنا عليها أسباب توقيف النظام الدوائي.

خ المبنى الأزرق: تقييم عام

نظرًا إلى الغاية الأساسية من هذه الدراسة، كان لا بد من توفير المعلومات حول السجناء المحتجزين حاليًا في المبنى الأزرق. وبالتالي تم توسيع نطاق بحثنا لتقييم حالة السجناء ذوي الأمراض النفسية الموجودين في المبنى الأزرق في سجن رومية.

1- الإجراء

تمّ جمع البيانات في المبنى الأزرق من سجن رومية خلال يوم واحد. وأجريت المقابلات في قاعة صغيرة حيث يشاهد السجناء التلفاز عادةً. وبعد الحصول على الموافقة، باشر فريق البحث بإجراء مقياس SCID، إلاّ أن ذلك لم يكن ممكنًا بسبب وجود عدد من الصعوبات. فالصعوبة الأساسية الأولى لإجراء مقياس SCID بشكلٍ كامل تمثّلت في ضعف قدرة السجناء على الإجابة عن أسئلة حول تاريخهم النفسي المرضي. وفي مثل هذه الحالات يمكن إجراء مقياس SCID مع صديق أو أحد أفراد العائلة أو ممرض أو حتى حارس السجن الذي يعرف السجين بما فيه الكفاية لتوفير تاريخه النفسي المرضي بشكل دقيق. ولكن، لم يكن أيّ من الحراس يعرف السجناء معرفة كافية لتوفير هذه المعلومات.

بسبب هذه العوامل تم تعديل طريقة المقابلة لتكشف عن الأعراض بدلًا عن الاضطرابات. ولذا استخدم فريق البحث أسئلة من مقياس SCID للاستفسار عن وضع الدواء، وإذا كان هناك سوء استخدام للمواد، أوهام، هلوسات، أعراض هوس، أعراض اكتئاب، أو تفكير بالانتحار. وقد تمّ جمع المعلومات عن تاريخ هذه الأعراض عندما أمكن.

2- العيّنة

تمّت مقابلة 27 سجينًا من أصل 40 سجينًا موجودين في هذا المبنى، أما الباقون فإما رفضوا إجراء المقابلة وإمّا لم يكونوا متوفّرين لإجرائها. كلّ الذين تمّت مقابلتهم هم ذكور تتراوح أعمارهم بين 19 و 70 سنة، مع متوسّط عمر 40.42 (n=24 بما أن 3 سجناء لم يعرفوا بما يجيبون). و17 منهم عازبون و6 متزوجون و4 كانوا غير قادرين على الإجابة عن السؤال عن وضعهم العائلي.

3- النتائج

إن المعلومة الوحيدة عن الوضع القانوني التي حصلنا عليها وفقًا لما ذكره السجناء (وليس من الملفات القضائية) هي مدة السَجن التي توفرت لدى 20 سجينًا، مع حدّ أدنى 3.5 أشهر وحد أقصى 37 سنة.

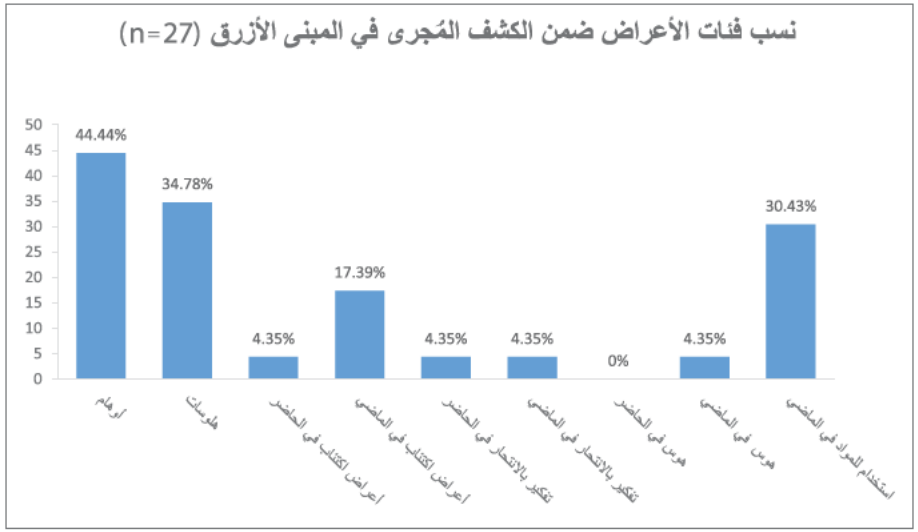
ذكر معظم السجناء أنهم يتناولون الأدوية النفسية (n=22؛ 81.48%). واثنان (7.4%) ذكرا أنهما لا يتناولان أي دواء للأمراض النفسية، وكانت المعلومات عن وضع الدواء غير واضحة لدى ثلاثة سجناء (11.11%). والفئة الأكثر شيوعًا من الأدوية الموصوفة كانت الأدوية المضادة للذهان. اثنا عشر من السجناء (44.44%) لم يدخلوا قطّ مستشفى للأمراض النفسية في حين أن 10 (37.03%) ذكروا أنهم قد دخلوا مستشفى لعلاج الأمراض النفسية قبل السَجن. وكانت المعلومات عن تاريخ الاستشفاء النفسي غير واضحة لدى 5 من السجناء (18.52%).

ويعرض الرسم البياني رقم 15 نسب فئات الأعراض ضمن الكشف المُجرى في المبنى الأزرق لدى السجناء الذين أظهر الكشف المُجرى لهم في إطار هذه الدراسة وجودًا للأوهام والهلوسات والاكتئاب في الماضي والحاضر، والتفكير في الانتحار في الماضي والحاضر، والهوس في الماضي والحاضر، واستخدام المواد. تبيّن لدى اثني عشر من السجناء الذين تمّت مقابلتهم (44.44%) وجود للأوهام، وتبيّن لدى ثمانية (34.78%) وجود للهلوسات،

وتبيّن أن سجينًا واحدًا قد عانى من الهوس في الماضي (4.35%)، وأن سجينًا واحدًا يعاني حاليًّا من الاكتئاب مع نزعة انتحاريّة (4.35%) وقد صرّح عن الوجود المستمر للهلوسات السمعية لديه.

ولم تتمّ مقابلة عدد من السجناء بسبب شدّة عجزهم.

الرسم البياني رقم 15

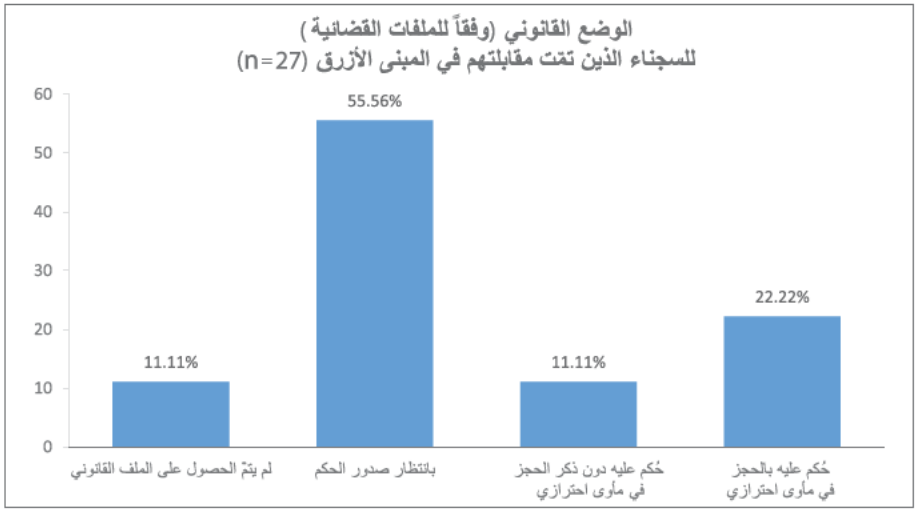


4- الوضع القانوني وفقًا للملفات القضائية

تمّ طلب الملفات القضائية للسجناء الـ27 المحتجزين في المبنى الأزرق وتمّ الحصول على معلومات عن 24 منهم. وكما يعرض الرسم البياني رقم 16، من أصل السجناء الأربع والعشرين، 15 كانوا ينتظرون صدور الأحكام بحقهم (موقوفون)، و9 قد صدرت الأحكام بحقهم (6 بتهمة القتل – بينهم واحد مع تهمة إضافية بالمثلية الجنسية، وواحد بتهمة الشروع في القتل، فيما كانت التهم غير واضحة بالنسبة لاثنين من السجناء). وستة من بين التسعة المحكومين قد تلقوا أحكامًا لَحظَت بأن

لديهم اضطرابات نفسية، وذكرت بأنه يجب أن يحجزوا «حتى ثبوت الشفاء» في المأوى الاحترازي والذي هو في حالتهم المبنى الأزرق.

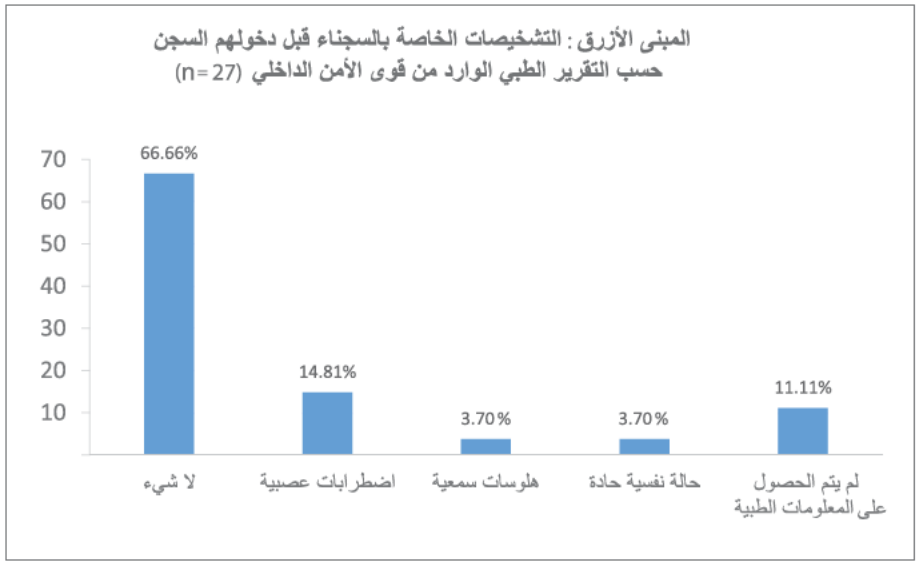
الرسم البياني رقم 16



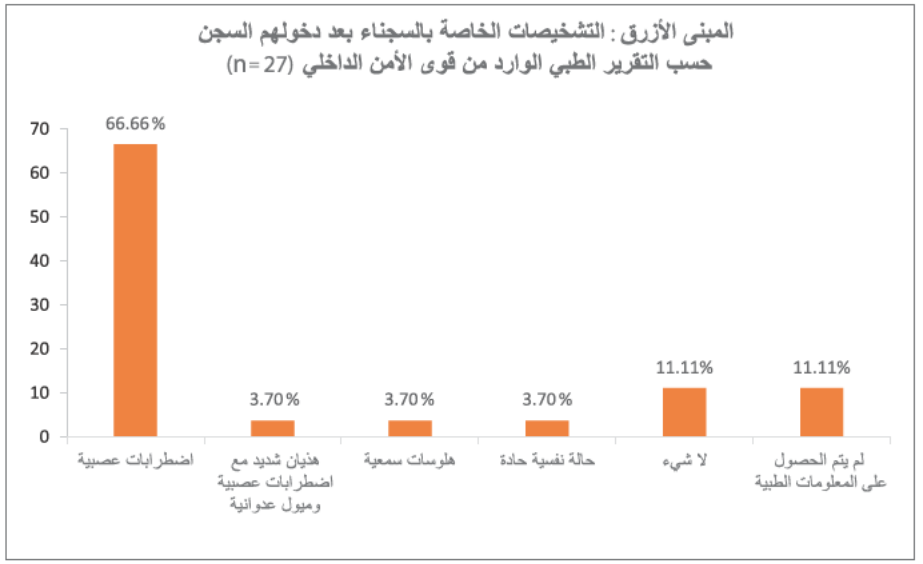
5- السجلات الطبية

لقد تلقّينا تقريرًا طبيًّا من مركز سجن رومية الطبي التابع لقوى الأمن الداخلي، ويذكر هذا التقرير التشخيصات الواردة في الملفات الطبية لـ24 سجينًا من أصل السجناء الـ27 الذين قابلناهم في المبنى الأزرق. ويعرض الرسمان البيانيان رقم 17 و18 التشخيصات لهؤلاء السجناء قبل دخول السجن وبعده كما وردت في التقرير الطبي الذي تلقّيناه.

الرسم البياني رقم 17



الرسم البياني رقم 18



من الجدير بالذكر أن التشخيصين «اضطرابات عصبيّة» و«حالة نفسية حادّة» لا يردان في أيٍّ أداةٍ تشخيصية مستخدمة عادةً في التقييم الطب–نفسي (مثلًا DSM-V وICD-10).

وفي ما يتعلّق بـ3 سجناء (2 منهم محكومان بالحجز في مأوى احترازي)، لم يُذكر وجود أي اضطراب نفسي سواء قبل دخولهم السجن أو خلال فترة السَجن في التقرير الطبي المُرسل من مركز سجن رومية الطبي. إضافةً الى ذلك، لم يتمّ وصف أيّ دواء لهؤلاء السجناء الـ3 خلال حجزهم في المبنى الأزرق (المأوى الإحترازي).

د مناقشة النتائج

إن هدف هذه الدراسة هو الاستقصاء عن مدى انتشار الاضطرابات النفسية الشديدة، لدى عيّنة من السجناء الذكور في سجن رومية والإناث في سجن بعبدا. تضمّنت هذه الدراسة مرحلتين. خلال المرحلة الأولى، أُجري كشف الأعراض النفسية للسجناء باستخدام مقياس PDSQ (Zimmerman & Mattia, 1999). وبعد المرحلة الأولى، انتقل المشاركون الذين تبيّن أن لديهم ذهانًا و/أو هوسًا إلى المرحلة الثانية من البحث حيث أجريت المقابلات معهم باستخدام SCID-NP النسخة البحثية (First, et al 2002). وكان لا بد من توفير المعلومات حول السجناء المحتجزين حاليًا في المبنى الأزرق في سجن رومية، وبالتالي تم توسيع نطاق بحثنا لتقييم حالة السجناء ذوي الأمراض النفسية الموجودين في هذا المبنى.

1- مراجعة فرضيات الدراسة والنتائج الحاليّة

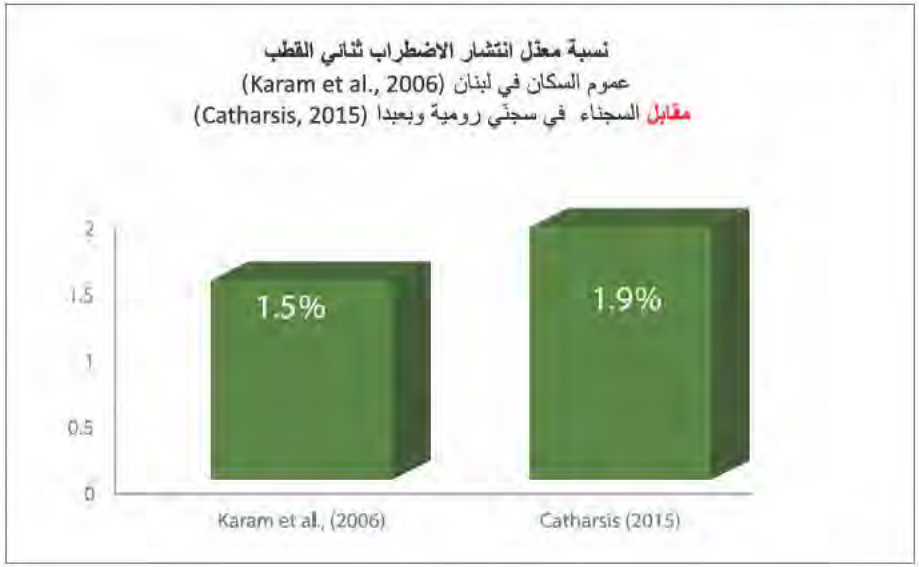
توقّعت الفرضية الأولى (فرضية 1) أن نجد ارتفاعًا في نسبة معدّل انتشار الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب لدى السجناء بالمقارنة مع ما هو مبيّن لدى عموم السكان.

بالنسبة للاضطراب ثنائي القطب، وجدت هذه الدراسة معدّل انتشار عاما بنسبة 1.9% ما هو مرتفع بالمقارنة مع معدّل انتشار بنسبة 1.5% للاضطراب ثنائي القطب الوارد في دراسة عن معدّل انتشار الاضطرابات النفسية لدى عموم السكان اللبنانيين (Karam et al., 2006). (أنظر الرسم البياني رقم 19). أما بالنسبة للاضطرابات الذهانية الأساسية، فقد وجدت الدراسة معدّل انتشار عاما بنسبة 5.7%. وبحسب معلوماتنا لم يسبق أن قامت أي دراسة بقياس معدّل انتشار الاضطرابات الذهانية الأساسية لدى عموم السكان البنانيين. ولكن، في دراسة قامت بقياس معدّل انتشار الاضطرابات

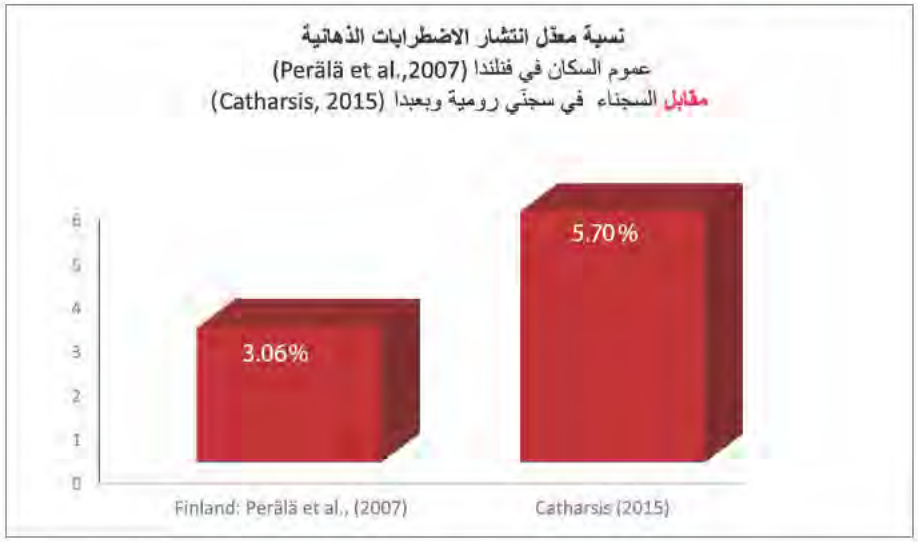
الذهانية لدى عيّنة من المجتمع في فنلندا، تمّ تبيان نسبة 3.06% كمعدّل انتشار خلال الحياة (Perälä et al., 2007) وهي أقلّ من النسبة التي وُجدت لدى السجناء في دراستنا (أنظر الرسم البياني رقم 20).

وجاءت نتائج دراستنا متّسقة مع نتائج بحوث سابقة تشير الى ارتفاع نسبة معدّل انتشار الأمراض النفسية في السجون بالمقارنة مع عموم السكان. وبالنظر الى وضع السجناء الهشّ بشكل عام (Schwenzer, 2008) ونقص الوصول الى الرعاية الطبية في السجون اللبنانية بشكلٍ خاص، تقتضي مثل هذه النسبة التقييم الدقيق عند دخول السجن والمتابعة خلال فترة السَجن(Steadman et al., 2009).

الرسم البياني رقم 19



الرسم البياني رقم 20



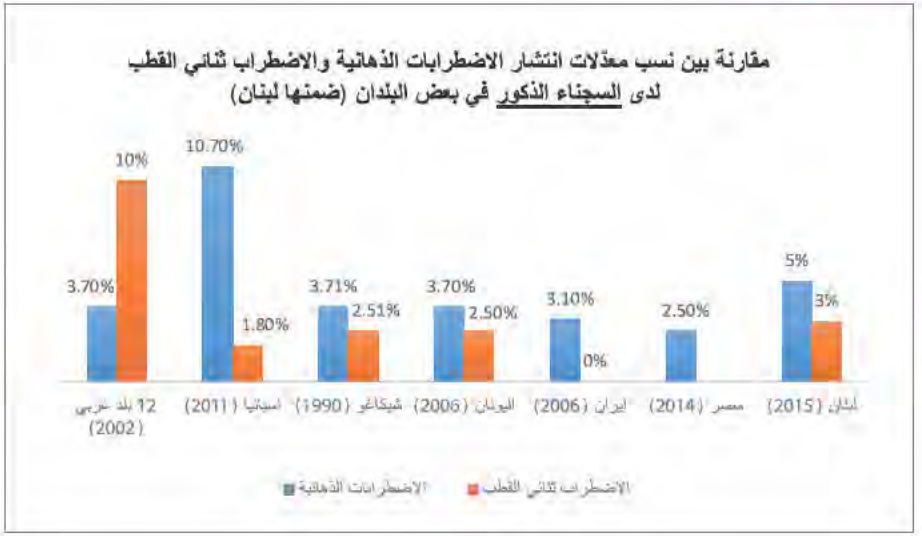
إن الرسمين البيانيين رقم 21 و22 يظهران المقارنة بين نسب معدّل انتشار الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب في بلدانٍ مختلفة (بينها لبنان) لدى السجناء الذكور والإناث على التوالي. وفي هذه الدراسة، جاءت نسبة معدّل انتشار الاضطرابات الذهانية الأساسية لدى السجناء الذكور 5% وهي أعلى من النسبتين 3.1% و2.5% اللتين سُجّلتا في إيران (Assadi et al., 2006) ومصر (Ibrahim et al., 2014) على التوالي. وكذلك جاءت النسبة الحالية أعلى من نسبة معدّل الانتشار 3.7% الواردة في المراجعة المنهجية لـ62 مسحًا إحصائيًا من 12 بلدًا غربيًّا (S. Fazel & Danesh, 2002).

وجاءت نسبة معدّل انتشار الاضطرابات الذهانية الأساسية لدى السجينات 14.3% وهي أعلى من نسبة الـ5% التي وُجدت لدى السجناء الذكور. وهذه النسبة (14.3%) أعلى بشكلٍ ملحوظ من النسبة الواردة في المراجعة المنهجية لـ12 بلدًا غربيًّا وهي 4% (S. Fazel & Danesh, 2002)، ولكنها قريبة من نسبة الـ14% التي وُجدت في دراسة تقيس معدّل انتشار

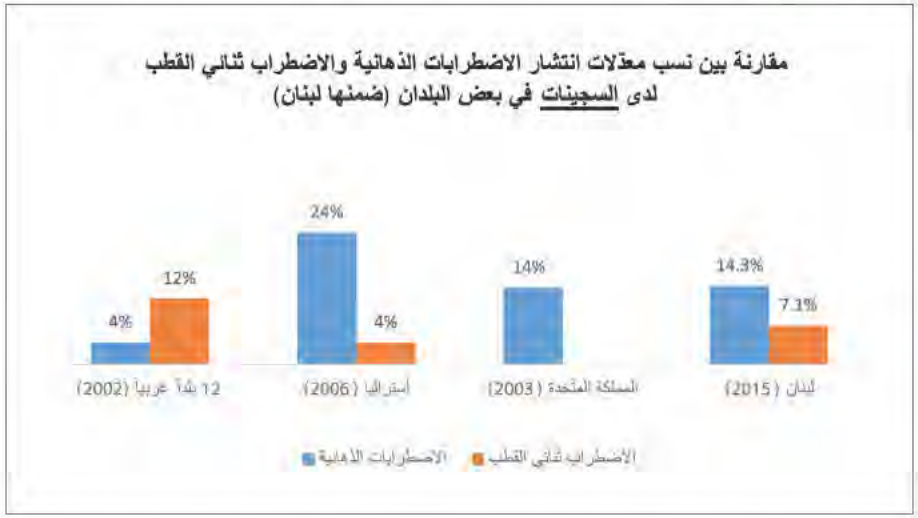
الاضطرابات النفسية لدى عيّنة من السجينات البالغات في المملكة المتّحدة (O'Brien, Mortimer, Singleton, & Meltzer, 2003).

وقد وُجد الاضطراب ثنائي القطب لدى 3% من السجناء الذكور و 7.1% من السجينات. إن نسبة معدّل انتشار الاضطراب ثنائي القطب لدى السجناء الذكور التي وُجدت في دراستنا مرتفعة بشكلٍ طفيف مقارنةً مع نسبة الـ2.5% التي سُجّلت لدى عيّنة من السجناء الذكور في اليونان (Fotiadou, Livaditis, Manou, Kaniotou, & Xenitidis, 2006). ولا يمكن مقارنة معدّل انتشار الاضطراب ثنائي القطب لدى السجناء الذكور في هذه الدراسة بالدراسة الإيرانية التي لم تجد أي سجين لديه اضطراب ثنائي القطب (Assadi et al., 2006)، أو الدراسة التي أجريت مع السجناء الذكور في مصر حيث لم يتمّ قياس الاضطراب ثنائي القطب (Ibrahim et al., 2014). وجاء معدّل انتشار الاضطراب ثنائي القطب لدى السجينات في دراستنا (7.1%) أعلى من نسبة الـ4% المصرَّح عنها في دراسة أجريت على مدار 12 شهرًا عن السجينات الأستراليات (Tye & Mullen, 2006).

الرسم البياني رقم 21



الرسم البياني رقم 22



وتوقّعت الفرضيّة الثانية (فرضية 2) أن نجد عددًا من السجناء من دون تشخيص سابق، إلاّ أن الكشف المُجرى لهم في إطار هذه الدراسة يُثبت أن لديهم اضطرابًا نفسيًا شديدًا (الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب)، وهم يقيمون في أجنحة للسجناء الذين لا يعانون من اضطراباتٍ نفسية.

وكما ذُكر سابقًا في الفقرة ح 5 ب (المعلومات الطبية)، تمّ تشخيص أيّ من الاضطرابات النفسية موضوع البحث (اضطرابات المزاج والذهان) لدى 33 سجينًا باستخدام مقياس SCID، وتمّ إدراج 6 فقط من بينهم كذوي مرض نفسي ضمن التقرير الطبي المُرسل من قِبل قوى الأمن الداخلي. وعليه، نستطيع القول إنّ هناك 27 سجينًا يعانون من اضطرابات المزاج أو الذهان ولم يَخضعوا لأي تشخيص طب – نفسي في السابق. والجدير بالذكر أن التشخيصات، وفقًا لدراستنا، لم تتطابق مع 3 من التشخيصات السابقة للسجناء الـ6. ويقيم جميع السجناء الـ33 في أجنحة للسجناء الذين لا يعانون من اضطراباتٍ نفسية.

وبما أن دراستنا تركّز بشكل أساسي على الاضطرابات النفسية الشديدة (الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب)، فقد وجدت دراستنا باستخدام مقياس SCID أن مجموع 16 سجينًا يعانون من اضطراب ذهاني أو الاضطراب ثنائي القطب، وتمّ إدراج 4 فقط من بينهم كذوي مرض نفسي ضمن التقرير الطبي المُرسل من قِبل قوى الأمن الداخلي. وفيما وجد تشخيصنا أنّ لدى هؤلاء السجناء الـ4 اضطرابًا ذهانيًا، ورد في التقرير الطبي إنّ اثنين منهما فقط لديهما اضطراب ذهاني، بينما ورد تشخيص الأرق والاكتئاب المتزامن لدى السجينين الآخرين، ما يتعارض مع تشخيصنا للاضطرابات لديهما. ومن هنا السؤال، ما هي المعايير المستخدَمة في تقييم الاضطراب النفسي لدى السجناء، وما هي مؤهلات أولئك الذين يقومون بالتقييم النفسي لهم؟ إن التعارض بين التشخيصات التي حصلنا عليها باستخدام مقياس SCID- NP النسخة البحثية، والتشخيصات التي وُجدت في التقرير الطبي هو مثال على ما يمكن أن يحدث إذا لم تكن المتابعة الطب – نفسية مستمرة ومبنيّة على معايير صحيحة ويجريها أطباء نفسيّون مدرَّبون .

وكذلك يُطرح السؤال التالي: لماذا يقيم السجناء المعروفون من قبل قوى الأمن الداخلي كذوي أمراض نفسية في أجنحة للسجناء الذين لا يعانون من اضطراباتٍ نفسية؟ ومن الجدير ذكره أنّ المادة 76 من قانون العقوبات اللبناني تتضمن التالي: «[...] من ثبت أنه قي اثناء تنفيذ الحكم قد أصيب بالجنون حجز عليه في مأوى احترازي حيث يعنى به العناية التي تدعو إليها حالته [...]»

كخلاصة، من أصل السجناء الـ16 الذين تمّ تشخيص اضطراب ذهاني أساسي أو الاضطراب ثنائي القطب لديهم، هناك 12 سجينًا (11 ذكور و1 إناث) لم يرد في التقرير الطبي المرسل من قبل قوى الأمن الداخلي أي ذِكرٍ عن كونهم ذوي أمراض نفسيّة، ويقيم جميع هؤلاء السجناء الـ16 في أجنحة للسجناء الذين لا يعانون من اضطراباتٍ نفسية.

وهذه النتيجة مُقلقة تحديدًا لأنها تدل على نقص شديد في الكشف النفسي والرعاية المتخصصة للسجناء الذين هم بحاجةٍ ماسة لذلك. وقد أشارت

البحوث إلى أن الاضطرابات النفسية الشديدة غير المعالجة ترتبط بزيادة احتمال إيذاء الذات ومحاولات الانتحار (Winokur & Tsuang, 1975)، وارتفاع احتمال السلوك العنيف (Swartz et al., 2014).

وتوقّعت الفرضية الثالثة (فرضية 3) أن نجد عددًا من السجناء الذين يُثبِت الكشف المُجرى لهم في إطار هذه الدراسة ظهور اضطراب نفسي شديد لديهم (الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب) في عمرٍ سابق لدخولهم السجن، إلاّ أن هذا الاضطراب النفسي لم يؤخذ بعين الاعتبار في الأحكام الصادرة بحقّ المحكومين منهم.

من بين السجناء الـ16 الذين تمّ تشخيص إما اضطراب ذهاني أساسي أو الاضطراب ثنائي القطب لديهم في إطار هذه الدراسة، ذَكر مجموع 8 سجناء أن ظهور الأعراض لديهم كان في عمرٍ سابق لدخولهم السجن. وهناك 4 منهم محكومون، لكن عُرف أن واحدة فقط من الـ4 كانت تعاني من مرضٍ نفسي لدى دخولها السجن، وقد ذُكر ضمن الحكم الصادر بحقها: «حجز المتهمة في مأوى احترازي حتى ثبوت شفائها بقرار تصدره المحكمة». وهذا يؤكد فرضيّتنا إذ تبيّن أن 3 سجناء، وفقًا لعمر ظهور الأعراض لديهم، كانوا يعانون من مرضٍ نفسي عند دخولهم السجن، ومع ذلك فإن حالتهم النفسية لم تؤخذ بعين الاعتبار في الأحكام الصادرة بحقّهم. وبناءً على ذلك فقد تمّ الحكم عليهم كأفرادٍ لا يعانون من اضطراباتٍ نفسية. وتستدعي هذه النتيجة التساؤل حول صحة الاستنتاجات المستخلَصة من جلسات محاكمة السجناء.

ومن بين السجناء الـ4 الباقين الذين ذكروا أن ظهور الأعراض لديهم كان في عمرٍ سابق لدخولهم السجن، لم نتمكّن من معرفة الوضع القانوني لـ1 منهم بينما ينتظر الـ3 الآخرون أن تتم محاكمتهم. فهل سيؤخذ المرض النفسي بعين الاعتبار عند محاكمة هؤلاء السجناء الـ3 ؟

لقد أظهرت الأبحاث أن المتّهمين الذين يعانون من اضطرابات ذهانية أو اضطرابات نفسية شديدة هم غير ذوي أهلية للمثول أمام المحكمة

بالمقارنة مع المتّهمين الذين لا يعانون من أي اضطراب نفسي (Nicholson & Kugler, 1991; Pirelli, Gottdiener, & Zapf, 2011).

والجدير ذكره أنه من بين الـ8 الباقين من أصل السجناء الـ16 الذين تمّ تشخيص إما اضطراب ذهاني أساسي أو الاضطراب ثنائي القطب لديهم، هناك 4 سجناء غير أكيدين من عمر ظهور الأعراض لديهم وقد حُكِموا جميعًا من دون أخذ مرضهم النفسي بعين الاعتبار. وقد ذكر الـ4 الباقون أن ظهور الأعراض جاء في عمرٍ لاحقٍ لدخولهم السجن.

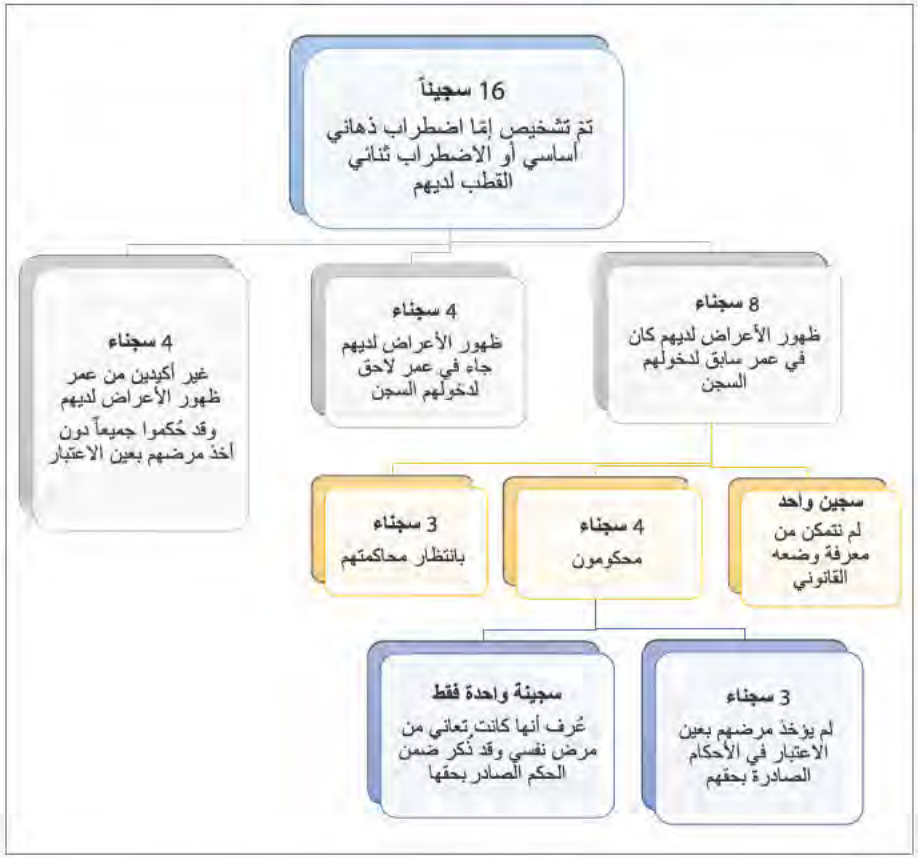
وتوقّعت الفرضية الرابعة (فرضية 4) أن نجد عددًا من السجناء الذين بدأوا يعانون من اضطرابات نفسية خلال إقامتهم في السجن.

تمّ تأكيد فرضيتنا إذ أنه من أصل السجناء الـ33 الذين شخّصت لديهم اضطرابات المزاج أو ذهان لديهم، ذكر 14 سجينًا (42.42%؛ n=33) أن عمر ظهور الأعراض لديهم كان خلال فترة إقامتهم في السجن.

ومن بين السجناء الـ16 الذين تمّ تشخيص اضطراب نفسي شديد لديهم (اضطراب ذهاني أساسي أو الاضطراب ثنائي القطب)، ذكر 4 سجناء (25%؛ n=16) أن عمر ظهور الأعراض لديهم كان خلال مدّة إقامتهم في السجن. وهذا يشير الى الحاجة للمتابعة المستمرة والرعاية الطب– نفسية بعد الدخول الى السجن (Vicens et al., 2011).

الرسم البياني رقم 23 يظهر النتائج العائدة للفرضية 3 والفرضية 4.

الرسم البياني رقم 23



وتوقّعت الفرضية الخامسة (فرضية 5) أن نجد عددًا من السجناء المحكومين الذين يُثبت الكشف المُجرى لهم في إطار هذه الدراسة وجود اضطراب نفسي شديد لديهم (الاضطرابات الذهانية والاضطراب ثنائي القطب)، وقد ذُكر في الأحكام الصادرة بحقّهم وجوب حجزهم في مأوى احترازي، إلاّ أنهم يقيمون في أجنحة للسجناء الذين لا يعانون من اضطراباتٍ نفسية.

من بين السجناء الـ16 الذين شُخِّص لديهم اضطراب ذهاني أساسي أو الاضطراب ثنائي القطب في إطار هذه الدراسة، صدر الحكم بحق 11 سجينًا منهم، وقد حُكم على سجينة واحدة فقط من سجن بعبدا بالحجز في مأوى إحترازي إلاّ أنها ما زالت تقيم مع السجينات اللواتي لا يعانين من اضطرابات نفسية. وعندما تمّ الاستفسار حول المسألة، أوضحت إدارة السجن أن ذلك يعود الى النقص في وجود أجنحة للاضطرابات النفسية (مأوى احترازي)، أي أن هناك فقط المبنى الأزرق في رومية وأنه ليس هناك أي مأوى احترازي خاص بالإناث. وتعتبر هذه الإجابة غير دقيقة، إذ ليس هناك في المرسوم 6164 – قانون العقوبات أيّ مادة تحدّد المبنى الأزرق كمأوى احترازي خاص بالذكور فقط. وعلى الرغم من وصف الأدوية النفسية للسجينة المعنيّة، إلاّ أنها تفتقر إلى الرعاية المتخصّصة والإشراف اللازم لمتابعة أفضل للأعراض. وقد تمّ تأكيد الحاجة إلى الرعاية المستمرة كأمرٍ ضروري للحدّ من خطر التعرّض للسَجن المتكرّر لدى السجناء ذوي الاضطرابات النفسيّة الشديدة (Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams, & Murray, 2009).

وعلى الرغم من أن أهدافنا من هذا البحث لم تشمل الاكتئاب الجسيم وسوء استخدام المواد، إلاّ أن ارتفاع معدلي انتشار هذين الاضطرابين يجيز ذكرهما.

فقد تمّ العثور على معدّل عام لانتشار الاضطراب الاكتئابي الجسيم خلال الحياة في المرحلة الثانية من هذه الدراسة يقارب 22% (n=59) في كلا السجنين رومية وبعبدا، وهو يساوي 6.1% من مجمل العينة (n=212)، وقد تمّ العثور على معدّل عام لانتشار الاضطراب الاكتئابي الجسيم الحالي يقارب 6.8 % (n=59)، وهو يساوي 1.9% من مجمل العينة (n=212). وتتوافق هذه النتائج مع النتائج التي وُجدت في دراسات مماثلة.

وقد اقترح Ibrahim, Halim, Wahab, & Sabri (2014) بعض العوامل التي تُساهم في ارتفاع معدّل انتشار الاكتئاب (82.5%) في السجون المصرية،

وهي: العزلة العاطفية والمراقبة المستمرّة وغياب الحميمية والإحباط. أضف الى ذلك الظروف التي لاحظناها أيضًا في السجنين اللذين تمّت الدراسة فيهما: الاكتظاظ، النوم المتقطّع، نقص التغذية، سوء استخدام المواد، سوء الرعاية الصحية والنظافة على سبيل المثال لا الحصر (Ibrahim et al., 2014). والجدير بالاهتمام أن بعض السجناء في سجن رومية ذكروا بأنه كان لديهم أمل عند دخولهم السجن، لكنّهم فقدوا هذا الأمل وظهرت لديهم أعراض الاكتئاب على امتداد فترة السَجن.

وقد وجدت دراستنا نسبة عالية لمعدّل انتشار أعراض سوء استخدام المواد (43.4% بين الذكور و28.6% بين الإناث).

2- النتائج الأخرى

من مجموع السجناء الـ33 الذين تمّ تشخيص حالتهم النفسية ضمن أيّ فئة من الاضطرابات النفسية (اضطرابات المزاج والذهان) أفاد ما مجموعه ثمانية سجناء بأنهم يستخدمون الأدوية النفسية حاليًّا، واثنان ذكرا استخدامهما السابق للأدوية, إلاّ أنه ورد في التقرير الطبي، الذي أُرسِل لنا من قبل قوى الامن الداخلي، نظام دوائي خاص بسجينٍ واحد فقط. وهذا يعني أن تسعة سجناء كانوا قد تناولوا الأدوية النفسية وحصلوا عليها بشكلٍ منتظم ولكن لم يتم ذكر ذلك في التقرير الطبي. وباعتقادنا أنه يتم استخدام الأدوية كمواد غير قانونية؛ غير أن فئات الأدوية التي ذُكرت هي اثنان من مضادات الاكتئاب ومضاد للذهان ومهدئ ومضاد للاختلاج. ومن بين هذه الأدوية، فإن المهدّئ (أتاراكس) هو الدواء الوحيد الذي – نظرًا لطبيعته – يمكن أن تتمّ إساءة استخدامه (Allgulander, Ljungberg, & Fisher, 1987) على عكس الأدوية الباقية. وبعد ذكر ذلك، يُطرح السؤال لماذا يتلقّى هؤلاء السجناء التسعة الدواء النفسي إذا كانت هذه المعلومات غير مُضمّنة في التقرير الوارد عن ملفاتهم الطبية؟ ومن يقوم بمراقبة الجرعة، وتواتر الاستخدام، والآثار الجانبية لهذه الأدوية؟ إن فئات الأدوية على النحو المبيّن أعلاه لا تُستخدم عادةً كمخدرات وهي

أيضًا ليست متاحة بسهولة للعامة. فهل يعني هذا أنه قد تمّ وصف الأدوية من قبل طبيب من دون وجود سجلٍّ تُدوَّن فيه وصفات طبية كهذه؟

3- المبنى الأزرق

على الرغم من أنه منذ عام 1994، ووفقًا للمرسوم 6164، قد تم تخصيص مبنى في سجن رومية للسجناء ذوي الأمراض النفسية (المبنى الأزرق)، غير أن الخدمات المتاحة فيه هي أقل بكثير من المستوى الأمثل. فالأطباء النفسيون المداومون والممرضون النفسيون المدرَّبون والمعالجون النفسيون غير متوفرين. إن جميع المحتجزين في المبنى الأزرق هم ذكور، ويتم الإشراف عليهم ورعايتهم من قبل حرّاس السجن الذين يفتقرون إلى التدريب النفسي اللازم. وهذا يضع ضغطًا ليس فقط على السجناء ولكن أيضًا على الحراس المسؤولين. ورغم أن هذا المبنى موجود حاليًا، إلاّ أنه بطريقة أو بأخرى مخصّص للسجناء الذكور ذوي الأمراض النفسية، في حين أن المرسوم لا يحدّد الأمر على هذا النحو. وهذا يطرح التساؤل، لماذا لا يتم وضع السجينات ذوات الأمراض النفسية المحكومات بـ«الحجز في مأوى إحترازي» في المبنى الأزرق؟ وبالتالي فإن تحسين الظروف في المبنى الأزرق وتخصيص طابق واحد منه للسجينات ذوات الأمراض النفسية هما أمران بغاية الأهمية.

واستنادًا إلى المعلومات الطبية والقانونية التي وردتنا، فإن اثنين من السجناء الذين قابلناهم قد حكم عليهما بالحجز في مأوى إحترازي «حتى ثبوت الشفاء»، ولكن المعلومات الطبية التي حصلنا عليها من مركز سجن رومية الطبي بشأنهما لا تذكر وجود أي اضطراب نفسي لديهما، ولم يتمّ وصف أي دواء لهما. ولذلك، فإن لم يكن هذان السجينان يعانيان من مرض نفسي، لماذا حكم عليهما إذًا بالحجز في مأوى احترازي (المبنى الأزرق)؟ وبناءً على أيّة معايير قد صدر هذا الحكم؟

وهناك سجين آخر موقوف تمّت مقابلته في دراستنا، ولم يُذكر أي اضطراب نفسي لديه في التقرير الطبي، ومع ذلك فقد تمّ حجزه في المبنى الأزرق.

وهذا يثير قلقًا من نوع آخر. فمن يتولّى تقييم هؤلاء السجناء بعد دخولهم السجن وهم ينتظرون صدور الأحكام بحقّهم، ومن يقرّر ما إذا كان ينبغي أن يوضعوا في جناح مخصّص للاضطرابات النفسية؟ ولماذا يتمّ وضع سجين في جناح مخصّص للاضطرابات النفسية في حين ليس في ملفّه الطبّي أي ذكر لوجود مرض نفسي لديه؟

وما يلفت النظر بشأن تشخيصات الأطباء المعينين من قوى الأمن الداخلي خلال فترة السَجن هو استخدام مصطلح «اضطرابات عصبية» الذي ظهر لدى عدد ملفت من 19 سجينًا لوصف مرضهم النفسي. فأوّلًا، لا وجود لهذا التصنيف التشخيصي في أي من الأدلة التشخيصية المستخدمة عادةً حتى الآن (DSM-V; ICD-10) الأمر الذي يطرح السؤال، ما هي المعايير التي يتمّ استخدامها، ومن أين يتمّ الحصول عليها لتشخيص السجناء؟ إن مصطلح «اضطرابات عصبية» هو مصطلح عامّي مستخدَم من قِبل غير المهنيين في مجال الصحة النفسية لوصف المرض النفسي الذي يمكن أن يتراوح من الاكتئاب المعتدل إلى الفصام. وهذا المصطلح لا يحدّد بأي شكلٍ من الأشكال أيًّا من التشخيصات النفسية العديدة التي قد يعاني منها السجين. إذًا على أي أساس يتم وصف أدوية مختلفة لأفرادٍ مختلفين وقد صُنّفوا كلّهم بأن لديهم «اضطراب عصبي»؟ إن استخدام هذا المصطلح العامّي والفضفاض يدعو إلى التساؤل بشأن صحّة إجراء التقييم ووصف الدواء بناءً عليه.

4- التوصيات بناءً على النتائج

إن الدراسة الحالية تسلّط الضوء على الحاجة إلى إعادة هيكلة عملية إصدار الأحكام على الأفراد الموقوفين في لبنان. وهناك حاجة ماسّة للنظر في ما إذا كان هؤلاء الأفراد ذوي أهلية للمثول للمحاكمة، أو إذا كان لديهم أي اضطرابات نفسية قبل دخولهم السجن أو إذا تطوّر لديهم أي اضطراب نفسي خلال فترة السَجن.

وعلى الرغم من أن تقييم أهليّة السجين للمثول أمام المحكمة هو من أحد التقييمات المطلوبة في أغلب الأحيان في الدول الغربية (Melton, Petrila, Poythress, & Slobogin, 2007)، إلاّ أنه غير موجود في لبنان. إن تقييم أهليّة الأفراد الموقوفين تركّز على قدرتهم الحالية على فهم القانون واتّباع الإجراءات القانونية، كما على قدرتهم على التعاون مع محاميهم لأجل الدفاع عن أنفسهم (Heilbronner, 2011). هناك العديد من أدوات التقييم (Ryba, Cooper, & Zapf, 2003) وينبغي أن يتمّ تقييم الأهلية من قبل إختصاصيين في الصحة النفسية، وذلك باستخدام هذه الاستبيانات والمقابلات المقنّنة، مع الحرص على تجنّب التحيّزات الشخصية، والعمل على دمج الملاحظات العياديّة مع الخلاصات النفس– قانونيّة (Skeem & Golding, 1998). والأشخاص الذين يُعتبرون غير ذوي أهلية ليسوا مؤهلين لخوض عملية المحاكمة التقليدية؛ وبالتالي لا بد من اتخاذ تدابير مختلفة بشأنهم. فقد أظهرت الأبحاث مرارًا وتكرارًا أن الأشخاص الذين يعانون من الذهان، يُعتبرون غير ذوي أهلية للمثول أمام المحكمة (Cooke, 1969; Hart & Hare, 1992; Reich & Wells, 1985; Roesch, 1979; Rogers, Gillis, McMain, & Dickens, 1988; Ryba et al., 2003). بالإضافة إلى ذلك، وجد Cooper و Zapf (2003) أن الأفراد الذين لديهم تشخيص غير ذهاني جسيم (مثل اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أو الاكتئاب الجسيم) كانوا أكثر احتمالًا لأن يوجدوا غير ذوي أهلية للمثول أمام المحكمة ، خلافًا لأولئك الذين لديهم تشخيص غير ذهاني بسيط (مثل اضطرابٍ في الشخصية أو اضطراب التكيف) ، وأولئك الذين لديهم تشخيص اضطرابات استخدام الكحول أو المواد (Ryba et al., 2003).

ولتوفير العلاج المناسب للسجناء الذين يعانون من الأمراض النفسية، لا بد من فصلهم عن السجناء الذين ليس لديهم مثل هذه الأمراض. ولتحقيق ذلك، يمكن القيام بتقييم سريع عند دخول السجن باستخدام أدوات مصمّمة خصيصًا لإطار السجون. وواحدة من هذه الأدوات هي أداة الكشف النفسي

الأولي الموجز للسجون[10] (BJMHS) (Steadman et al., 2009) وهو عبارة عن استبيان من 8 بنود يُستخدم للكشف السريع عن وجود اضطراب نفسي لدى السجناء عند دخولهم السجن. إن إجراء استبيان BJMHS يستغرق بضع دقائق، ويدلّ على ما إذا كان هناك حاجة الى تقييم نفسي إضافي.

وهناك أداة أخرى مماثلة وهي الكشف النفسي الأوّلي الإصلاحي[11] للرجال (CMHS-M) وللنساء (CMHS-W)، وهو استبيان من 12 بندًا مصمّم للكشف المبكر عن الاضطرابات النفسية أثناء عملية الدخول الى السجن. سوف تُظهر أداة CMHS ما إذا كانت هناك حاجة للإحالة للتقييم الإضافي (Ford, Trestman, Wiesbrock, & Zhang, 2009). وقد صُمّمت هذه الأدوات لتكون سريعة وفعالة ويمكن إجراؤها من قبل ضابط أو حارس في السجن.

وقد صرّح عددٌ من السجناء في هذه الدراسة أنهم قد اختبروا أعراضًا نفسية شديدة بعد دخولهم السجن، ما يدلّ على الحاجة إلى الكشف النفسي المستمر بعد دخولهم السجن. وهذا من شأنه منع محاولات الانتحار وكذلك تفاقم الأعراض الخفيفة وتحوّلها الى حالة مرضيّة. إن اليأس والاكتئاب هما أكثر مؤشرين تتم ملاحظتهما قبل محاولات الانتحار في السجن (Daniel, 2006). ونظرًا لبيئة السجون (Ibrahim et al., 2014) فليس من غير المألوف للسجناء أن يختبروا نوبات موجزة دون عتبة الاكتئاب والقلق واليأس. ويمكن أن يتمّ إنجاز الكشف من قبل حرّاس السجون على فترات من 3 الى 6 أشهر باستخدام أدوات تقييم وجيزة مثل BJMHS Steadman et al., (2009)، أو CMHS (Ford et al., 2009).

10 Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS). تمّت ترجمة عنوان هذه الأداة إلى اللغة العربية من قبل سولين دكاش التي قامت بترجمة هذه الدراسة.

11 Correctional Mental Health Screen (CMHS). تمّت ترجمة عنوان هذه الأداة إلى اللغة العربية من قبل سولين دكاش التي قامت بترجمة هذه الدراسة.

المراجع

Allgulander, C., Ljungberg, L., & Fisher, L. (1987). Long-term prognosis in addiction on sedative and hypnotic drugs analyzed with the Cox regression model. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 75*(5), 521-531.

Assadi, S. M., Noroozian, M., Pakravannejad, M., Yahyazadeh, O., Aghayan, S., Shariat, S. V., & Fazel, S. (2006). Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran. *The British Journal of Psychiatry, 188*(2), 159-164.

Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A., & Murray, O. J. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door.

Christopher, P. P., McCabe, P. J., & Fisher, W. H. (2012). Prevalence of involvement in the criminal justice system during severe mania and associated symptomatology. *Prevalence, 63*(1).

Cooke, G. (1969). The court study unit: Patient characteristics and differences between patients judged competent and incompetent. *Journal of Clinical Psychology*.

Daniel, A. E. (2006). Preventing suicide in prison: a collaborative responsibility of administrative, custodial, and clinical staff. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online, 34*(2), 165-175.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). (1994). American Psychiatric Association.

Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet, 359*(9306), 545-550. doi: 10.1016/s0140-6736(02)07740-1

Fazel, S., Grann, M., & Psych, C. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *The American Journal of Psychiatry, 163*(8), 1397-1403.

Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M., & Långström, N. (2010). Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review. *Archives of general psychiatry, 67*(9), 931-938.

First, Michael B., Spitzer, Robert L, Gibbon Miriam, and Williams, Janet B.W.: Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Non-patient Edition. (SCID-I/NP) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, November 2002.

Ford, J. D., Trestman, R. L., Wiesbrock, V. H., & Zhang, W. (2009). Validation of a brief screening instrument for identifying psychiatric disorders among newly incarcerated adults. *Psychiatric Services, 60*(6), 842-846.

Fotiadou, M., Livaditis, M., Manou, I., Kaniotou, E., & Xenitidis, K. (2006). Prevalence of mental disorders and deliberate self-harm in Greek male prisoners. *International Journal of law and psychiatry, 29*(1), 68-73.

Hart, S. D., & Hare, R. D. (1992). Predicting fitness to stand trial: The relative power of demographic, criminal, and clinical variables. *Forensic Reports.*

Heilbronner, R. L. (2011). Dusky v. United States (1960) *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (pp. 904-904): Springer.

Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime: Evidence from a birth cohort. *Archives of general psychiatry, 49*(6), 476-483. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820060056009

Ibrahim, E. M., Halim, Z. A., Wahab, E. A., & Sabry, N. A. (2014). Psychiatric Morbidity Among Prisoners in Egypt. *World Journal of Medical Sciences, 11*(2), 228-232.

Jablensky, A., McGrath, J., Herrman, H., Castle, D., Gureje, O., Evans, M., . . . Harvey, C. (2000). Psychotic disorders in urban areas: an overview of the Study on Low Prevalence Disorders. *Australian and New Zealand journal of psychiatry, 34*(2), 221-236.

Karam EG, Mneimneh Z, Karam A, Fayyad J, Nasser S, Chatterji S, and Kessler RC (2006). *Prevalence and treatment of mental disorders in Lebanon*

Kessler, R. C., Amminger, G. P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Ustun, T. B. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry, 20*(4), 359.

Khiam Rehabilittation Center for Victims of Torture (2012). *Report of the Medical and Psychological Situation in Prisons* (KRC). Retrieved from the KRC website: http://khiamcenter.org/en/p.php?lang=en&aid=289.

Lebanese Center for Human rights (2010). *Report Prisons in Lebanon: Humanitarian and Legal concerns (CLDH)*

Melton, G. B., Petrila, J., Poythress, N. G., & Slobogin, C. (2007). *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers:* Guilford Press.

Mundt, A. P., Alvarado, R., Fritsch, R., Poblete, C., Villagra, C., Kastner, S., & Priebe, S. (2013). Prevalence rates of mental disorders in chilean prisons. *PloS one, 8*(7), e69109.

National Health Statistics Report in Lebanon (2012)

Nicholson, R. A., & Kugler, K. E. (1991). Competent and incompetent criminal defendants: a quantitative review of comparative research. *Psychological bulletin, 109*(3), 355.

O'Brien, M., Mortimer, L., Singleton, N., & Meltzer, H. (2003). Psychiatric morbidity among women prisoners in England and Wales. *International Review of Psychiatry, 15*(1-2), 153-157.

Perälä, J., Suvisaari, J., Saarni, S. I., Kuoppasalmi, K., Isometsä, E., Pirkola, S., . . . Kieseppä, T. (2007). Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Archives of general psychiatry, 64*(1), 19-28.

Pirelli, G., Gottdiener, W. H., & Zapf, P. A. (2011). A meta-analytic review of competency to stand trial research. *Psychology, Public Policy, and Law, 17*(1), 1-53. doi: 10.1037/a0021713

Reich, J., & Wells, J. (1985). Psychiatric diagnosis and competency to stand trial. *Comprehensive psychiatry, 26*(5), 421-432.

Roesch, R. (1979). Determining competency to stand trial: An examination of evaluation procedures in an institutional setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(3), 542.

Rogers, R., Gillis, J. R., McMain, S., & Dickens, S. E. (1988). Fitness evaluations: A retrospective study of clinical, criminal, and sociodemographic characteristics. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 20*(2), 192.

Ryba, N. L., Cooper, V. G., & Zapf, P. A. (2003). Juvenile competence to stand trial evaluations: A survey of current practices and test usage among psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 34*(5), 499.

Schwenzer, K. J. (2008). Protecting vulnerable subjects in clinical research: children, pregnant women, prisoners, and employees. *Respiratory care, 53*(10), 1342-1349.

Senior, J., Birmingham, L., Harty, M., Hassan, L., Hayes, A., Kendall, K., . . . Mills, A. (2013). Identification and management of prisoners with severe psychiatric illness by specialist mental health services. *Psychological medicine, 43*(07), 1511-1520.

Skeem, J. L., & Golding, S. L. (1998). Community examiners' evaluations of competence to stand trial: Common problems and suggestions for improvement. *Professional Psychology: Research and Practice, 29*(4), 357.

Steadman, H., Osher, F., Robbins, P. C., Case, B., & Samuels, S. (2009). Prevalence of serious mental illness among jail inmates. *Psychiatric Services, 60*(6), 761-765.

Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (2014). Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication.

Tiihonen, J., Isohanni, M., Rasanen, P., Koiranen, M., & Moring, J. (1997). Specific major mental disorders and criminality: a 26-year prospective study of the 1966 northern Finland birth cohort. *American Journal of Psychiatry, 154*(6), 840-845.

Tye, C. S., & Mullen, P. E. (2006). Mental disorders in female prisoners. *Australian and New Zealand journal of psychiatry, 40*(3), 266-271.

Vicens, E., Tort, V., Dueñas, R. M., Muro, Á., Pérez-Arnau, F., Arroyo, J. M., . . . Lluch, J. (2011). The prevalence of mental disorders in Spanish prisons. *Criminal Behaviour and Mental Health, 21*(5), 321-332.

Winokur, G., & Tsuang, M. (1975). The Iowa 500: Suicide, in mania, depression, and schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry, 132*(6), 650-651.

Wood, S. R., & Buttaro Jr, A. (2013). Co-occurring severe mental illnesses and substance abuse disorders as predictors of state prison inmate assaults. *Crime & Delinquency, 59*(4), 510-535. doi: 10.1177/0011128712470318

Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). The reliability and validity of a screening questionnaire for 13 DSM-IV Axis I disorders (the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire) in psychiatric outpatients. *Journal of Clinical Psychiatry.*

ملحق

قائمة المُصطلحات باللغة الإنكليزية

المصطلح باللغة العربية	المصطلح باللغة الإنكليزية
رهاب الأماكن المفتوحة أو المزدحمة (رهاب الساح)	Agoraphobia
سوء استخدام الكحول	Alcohol Abuse
مضادات الاختلاج	Anticonvulsants
مضادات الاكتئاب	Antidepressants
مضادات الهستامين	Antihistamines
مضادات الباركينسون	Antiparkinsonian agents
مضادات الذهان	Antipsychotics
اضطرابات القلق	Anxiety Disorders
البنزوديازيبين	Benzodiazepines
الاضطراب ثنائي القطب	Bipolar disorder(s)
اضطراب ذهاني وجيز	Brief Psychotic Disorder
البوليميا	Bulimia
الاضطرابات المتزامنة	Comorbidities
الاضطراب التوهّمي	Delusional Disorder
الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV)	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (DSM-IV)
عسر المزاج	Dysthymia
الهلوسة	Hallucination
توهُّم المرض (المُراق)	Hypochondriasis
الهوس الخفيف (تحت الهوس)	Hypomania
الأرق	Insomnia
قوى الأمن الداخلي	Internal Security Forces (ISF)
الاضطراب الاكتئابي الجسيم	Major Depressive Disorder
الهوس	Mania
نوبة هوسيّة	Manic Episode
الصحة النفسية	Mental health
المرض النفسي/ الأمراض النفسية	Mental illness
الكشف النفسي	Mental health screening
المتوسّط	Mean
الوسيط	Median
اضطراب الوسواس القهري (OCD)	Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
اضطراب الهلع	Panic Disorder
قانون العقوبات	Penal code
اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)	Post -Traumatic Stress Disorder (PTSD)
حالة نفسيّة	Psychiatric condition
اضطرابات نفسية	Psychiatric disorders

Psychiatric unit	مأوى احترازي (جناح مخصَّص للاضطرابات النفسية)
Psycholegal	النفس–قانوني
Primary Psychotic Disorder	اضطراب ذهاني أساسي
Psychotic Disorders	اضطرابات ذهانية
Schizoaffective Disorder	اضطراب الفُصام العاطفي
Schizophrenia	الفُصام
Screening	الكشف
Sedatives	المهدّئات
Severe mental illness	اضطراب نفسي شديد/ الاضطرابات النفسية الشديدة
Sleeping medication	دواء منوّم
Social Phobia	الرُّهاب الإجتماعي
Statistical Package for Social Sciences version 21 (SPSS 21)	الحقيبة الإحصائية للعلوم الاجتماعية نسخة 21 (SPSS 21)
Substance Abuse	سوء استخدام المواد
Somatization Disorder	اضطراب الجسدنة