

العلاج المعرفي-السلوكي في قطاع العدالة الجنائية  
Cognitive-Behavioral Therapy In The Criminal Justice Sector

سعاد بن عبيد\*

مخبر التطبيقات النفسية في الوسط العقابي جامعة باتنة 1 – الجزائر

Souad\_benabid@yahoo.fr

تاريخ القبول: 2022/9/20

تاريخ الاستلام: 2022/7/07

ملخص:

يعتبر العلاج المعرفي- السلوكي واحدا من أنجح العلاجات النفسية الحديثة التي تهدف إلى تنمية قدرات المواجهة لدى المريض لتحقيق التكيف الإيجابي مع نفسه والآخرين عن طريق إعادة تأهيل التفكير المعرفي والاعتماد على فنيات معرفية، انفعالية، سلوكية، يمكن استخدامها مع العديد من المشكلات والاضطرابات النفسية وفي مختلف القطاعات بما فيها قطاع العدالة الجنائية التي تتعامل مع فئة السجناء في المؤسسات العقابية والإصلاحات للبالغين والأحداث. وتسعى الباحثة من خلال هذه الورقة العلمية إلى الكشف عن طبيعة البرامج العلاجية المعرفية-السلوكية في قطاع العدالة الجنائية، وما مدى فعالية هذه البرامج العلاجية على المجرمين والجناة في مساعدتهم على إدراك الضغوط الناتجة عن تغير بيئتهم وتعرضهم لصعوبات ومشكلات الدخول للمؤسسة العقابية وما بعد الخروج منها، ووقاية لهم مما ينتج عن هذه المشكلات من اضطرابات نفسية وسلوكية تكون سببا في ردود فعل سلبية تساهم في الكثير من الأحيان في العودة للانحراف وبالتالي العودة للسجن. كما تسعى الباحثة إلى التطرق لأهم المكونات الأساسية لبرنامج الصحة العقلية والنفسية التي يجب توفرها في المؤسسات العقابية.

الكلمات المفتاحية:

العلاج المعرفي السلوكي: البرامج العلاجية: قطاع العدالة الجنائية: المجرمين والجناة: المؤسسات العقابية.

**Abstract:**

Cognitive-behavioral therapy is one of the most successful modern psychological treatments that aim to develop the patient's coping abilities to achieve positive adjustment with him self and others by rehabilitating cognitive thinking and relying on cognitive, emotional, and behavioral techniques, which can be used with many problems and psychological disorders in various sectors, including the criminal justice sector, that deal with the category of prisoners in penal and correctional institutions for adults and juveniles. Through this scientific paper, the researcher seeks to reveal the nature of cognitive-behavioral treatment programs in the criminal justice sector, and the extent to which these treatment programs are effective for criminals and offenders in helping them to realize the stress resulting from changing their environment and their exposure to difficulties and problems during entering to penal institution and after leaving it, And to protect them from the psychological and behavioural disorders that result from these problems, which cause negative reactions that often contribute to a return to delinquency and thus return to prison. The researcher also seeks to address the most important basic components of the mental and psychological health program that must be available in penal institutions.

**Keywords:** cognitive-behavioral therapy; therapeutic programs; criminal justice sector; criminals and offenders; penal institutions.

## مقدمة:

انتشر استخدام التدخلات العلاجية المعرفية-السلوكية في أغلب القطاعات بما فيها قطاع العدالة الجنائية وقضاء الأحداث وخدمات المساجين وضحايا الجريمة؛ وقد أشار ونبرغ (Wanberg, 2007) أن المعالجون المعرفيون-السلوكيون المهتمون بهذه الفئات يعملون على تقييم مشكلاتهم في مجالات حياتهم المختلفة بشكل عام وذلك فيما يخص تكيفهم الاجتماعي بين أفراد مجتمعاتهم وكذا تكيفهم النفسي والانفعالي والصحة الجسمية بشكل عام.

ويتضح هدف الورقة العملية الحالية في إبراز طبيعة البرامج العلاجية المعرفية السلوكية في قطاع العدالة الجنائية وأهمية استخدام العلاجات المعرفية-السلوكية على فئة السجناء ومدى فعاليتها في مساعدتهم على الشعور بالانتماء وذلك بالتدريب على إكسابهم المهارات التي تحرر عقولهم من الأفكار السلبية وتساعدهم على التكيف مع بيئة السجن وثقافته وتسهل لهم أيضا استعادة مكانتهم بين أفراد مجتمعهم عند الإفراج عنهم.

## 1. الإشكالية

تمثل المقاربة السلوكية-المعرفية واحدة من المقاربات العلاجية الرائدة في العلاج النفسي وذلك لما حققه العلاج المعرفي السلوكي من نتائج كدعم تجريبي، بالإضافة إلى قصر مدته وملائمته للاستخدام مع عدة اضطرابات ومشكلات نفسية إلى جانب قلة تكلفته وما لها من أهمية من الناحية الاقتصادية، أدى كل ما سبق إلى بروز فعالية العلاج المعرفي- السلوكي وظهور عدة برامج للتدريب على العلاج المعرفي- السلوكي كان من بينها برامج لعلاج مشكلات الانحراف.

لقد تم استحداث برامج علاجية معرفية سلوكية تستهدف تعديل السلوك والأفكار الخاطئة أو الاتجاهات المضطربة لدى الأشخاص الذين يظهرون صعوبات في التكيف الاجتماعي ولديهم اختلالات سلوكية ومعرفية. (كربال، 2018، ص 05).

وبينت نتائج دراسات متعددة أن البرامج الأكثر فعالية هي تلك التي استخدمت التقنيات المعرفية- السلوكية لتحسين الأداء المعرفي لدى الجناة، وبذلك تم تصميم برامج سلوكية معرفية لاستخدامها مع السجناء في الإصلاحات والمؤسسات العقابية إما لإعادة الهيكلة المعرفية للسلوكيات المشككة باعتبار هذه الأخيرة غير فعالة وتدل على عمليات تفكير مختلة وتضم التشوهات المعرفية، والمفاهيم الخاطئة الاجتماعية، والمنطق الخاطئ، أو تعليم مهارات المواجهة وحل المشكلات وتركز على تحسين حالات العجز في قدرة السجناء على التكيف مع المواقف العصبية والضاغطة بالتركيز على سلوكيات ومهارات السجناء باعتبارها غير مؤهلة. وحسب بعض الدراسات فإن معظم البرامج السلوكية-المعرفية التي تم تطويرها للجنة تميل إلى أن تكون من النوع الأول (إعادة الهيكلة المعرفية)، مع التركيز على حالات العجز والتشوهات المعرفية محاولة مساعدة الجناة في أربع جوانب أساسية تتمثل في تحديد المشكلات التي أدت إلى نزاع مع السلطات كجانب أول، أما الجانب الثاني فيتمثل في اختيار الأهداف،

ويختص الجانب الثالث بتوليد حلول بديلة إيجابية، وفي الجانب الرابع تنفذ هذه الحلول (Milkman, Wanberg, 2007, P 03-05).

ومن خلال ما سبق يمكن صياغة الإشكالية في التساؤلات التالية:

- ما طبيعة البرامج العلاجية المعرفية-السلوكية في قطاع العدالة الجنائية؟
- ما مدى فعالية البرامج العلاجية المعرفية-السلوكية على المجرمين والجنان؟
- ما المكونات الأساسية لبرامج الصحة العقلية والنفسية في المؤسسات العقابية؟

## 2. فلسفة العلاج المعرفي السلوكي:

### 1.2 التعريف بالعلاج المعرفي السلوكي:

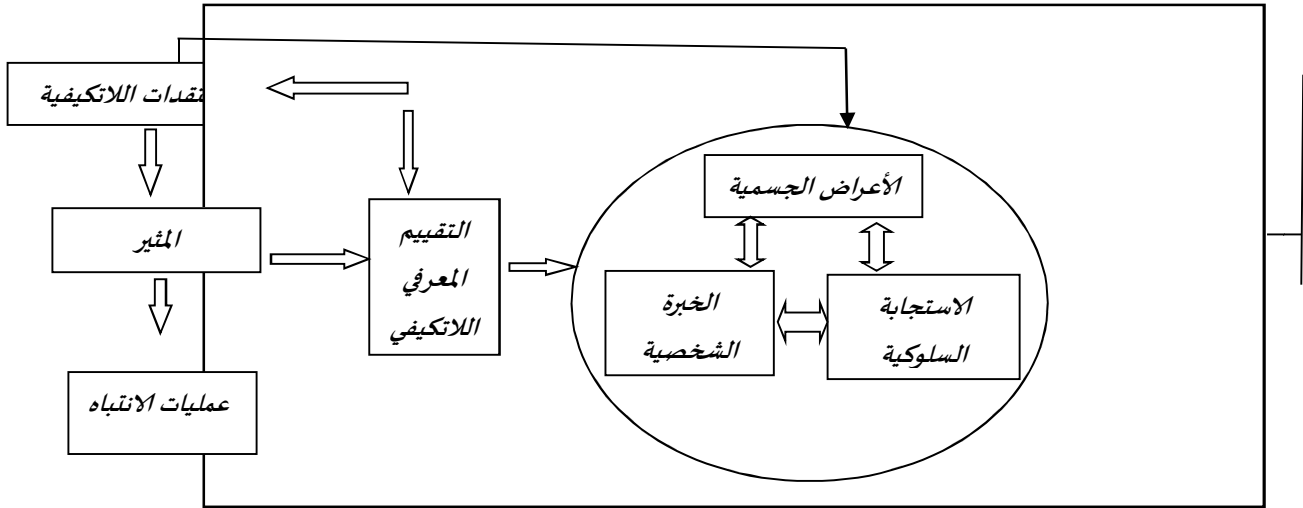
يعرف العلاج المعرفي-السلوكي على أنه تقنيات سيكولوجية علاجية تستهدف تعديل السلوك والتحكم في الاضطرابات النفسية من خلال تعديل أسلوب تفكير المريض وإدراكه لنفسه والمحيطين به وبيئته (الوكيل، 2012، ص ص 233-234). ويجمع العلاج المعرفي-السلوكي بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي (حسين طه، 2007، ص 157)، ويقوم على فرضية أن عملية إعادة تنظيم معلومات وأفكار الفرد سوف ينتج عنها إعادة تنظيم سلوكه (جيرالد، 2011، ص 354).

ويتم تعديل السلوك المضطرب من خلال تعلم سلوكيات جديدة تحل محل السلوكيات السابقة الغير ملائمة ويكون هذا التغيير خلال مدة زمنية محددة غالبا ما تكون بين 10 إلى 20 جلسة علاجية، يتم فيها اكتساب مهارات جديدة للتكيف باستخدام عدة استراتيجيات من أجل تحقيق التغيير على أن يتم المحافظة على المكتسبات الجديدة وتوظيفها على كل المواقف المشابهة التي يمر بها الفرد في حياته (Bond, Dryden, 2002, P. 03).

يوجد هناك ما يعرف بالعلاج المعرفي-السلوكي المختصر (Brief Cognitive Behaviour Therapy) وهو منحنى مختصر للعلاج المعرفي - السلوكي يتم تقديمه في عدد جلسات أقل من المتوسط الذي يقدم في العلاج المعرفي - السلوكي العادي (1-10) جلسات ليستمر العلاج في البيت، ويكون ذلك بتحديد وتقييم طبيعة مشكلة المريض بدقة إضافة إلى الاعتماد على بعض الكتيبات أو أشرطة صوتية أو برامج حاسوبية التي يزود بها المريض للحصول على التعليم النفسي أو التدريب السلوكي الذاتي دون الاعتماد على المعالج (Bond, Dryden, 2002, P. 22). وقد استخدم ألبرت أليس العلاج المعرفي - السلوكي المختصر مع الأفراد الذين يعانون من مشكلات التأقلم عند فقدان وظيفة أو تغير في وضعية حياتية لتعليمهم كيفية التعاطي مع المشكلات العملية في الحياة اليومية (جيرالد، 2011، ص 370).

يمكن أن نستخلص بأن العلاج المعرفي السلوكي يمثل منهجا علاجيا الغرض منه مساعدة المريض على تعديل سلوكه الغير متوافق واستبداله بسلوك يكون أكثر توافقا من خلال إعادة بناء أسلوب تفكيره وإدراكه لنفسه والمحيطين به وبيئته وتوقعاته لمستقبله، وذلك خلال مدة زمنية محددة باستخدام مجموعة من الاستراتيجيات والأساليب العلاجية المعرفية والسلوكية.

الشكل 01: "نموذج العلاج المعرفي - السلوكي"



المصدر: كتاب النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفس، جيرالد كوري. (2011).

## 2.2 المفاهيم الأساسية في العلاج المعرفي-السلوكي:

### 11.2.2 الأفكار التلقائية: (الأوتوماتيكية) «Automatic Thoughts»:

تمثل الأفكار التلقائية مفهوما أساسيا في العلاج المعرفي- السلوكي وضعه (آرون بيك) وقد تعرف أيضا أعطى بالأفكار الأوتوماتيكية، وهي عبارة عن سياق من الأفكار والتأويلات التي ترد إلى العقل لا إراديا تحدث بطريقة تلقائية أطلق عليها اسم "الحدث المعرفي" «Cognitive event»، تأتي على صورة سلسلة من الأفكار والصور العقلية التي تتوسط بين الحدث والانفعالات السلبية والتي ينتج عنها ما أسماه بيك "النقر في نسق التواصل الداخلي للفرد Tapping into your internal communication system»

تعكس هذه الأفكار في الغالب عدم القدرة على التوافق والنظرة السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل، ويسعى العلاج المعرفي-السلوكي إلى تغيير هذه الأفكار التلقائية بتحديدتها أولا باعتبارها المادة الخام التي تكونت على أساسها الاضطرابات النفسية. كما يعد التعرف على الأفكار التلقائية السلبية في كل اضطراب نفسي العنصر الهام في العلاج لأن محتوى هذه الأفكار يختلف من اضطراب لآخر وتتحدد طبقا لكل حالة فردية ومع التدريب يصبح الفرد قادرا على مراقبة أفكاره والوعي بها وينكشف مغزى الاستجابة لديه.

## 2.2.2 المخططات المعرفية «Cognitive Schemas»:

تمثل المخططات المعرفية أو ما أطلق عليه بيك (2007) "المعتقدات الجوهرية" مجموعة من الاعتقادات والإدراكات والأفكار التي يطورها الأفراد منذ مرحلة الرضاعة وحتى أواخر العمر حول أنفسهم والعالم من حولهم وحول مستقبلهم، وهي التي توجه حياتهم إما سلباً أو إيجاباً في مختلف جوانبها الشخصية والاجتماعية كالنجاح والفشل والتقبل والرفض والاحترام أو الازدراء، وتصبح هذه المعتقدات جزءاً من تمثيلات الفرد المعرفية «Cognitive Representations» لذاته وللعالم ومستقبله وتنعكس في الحديث الذاتي والأفكار الآلية التي تستخدم كنسق للتواصل الداخلي لدى الفرد إلا أن الأفراد يختلفون في تورطهم في هذا الحوار الداخلي، وعبر عملية مستمرة من التعلم والاكساب يتحول هذا الحديث الذاتي إلى تقييمات للذات وللآخرين وللبيئة بمعناها الشامل والتوقعات المستقبلية، وعادة ما تكون هذه التوقعات ناتجة عن خبرات سيئة في الغالب لأحداث مرت في حياة الفرد (بيرمان، 2004، ص 190). وعلى هذا فإن المخططات المختلفة وظيفياً لدى الفرد تزيد من قابلية تعرضه للمرض والاضطرابات النفسية وتسهم في استمرارها.

ويرى بيك (2007) أن المخططات المعرفية السلبية تنقسم إلى مجموعتين: الأولى ترتبط بالإحساس بالعجز «Helplessness» وترتبط الثانية بالإحساس بعدم الحب، ويتبنى بعض المرضى معتقدات جوهرية تنتمي إلى إحدى هاتين المجموعتين أو كليهما، ويعكس الأفكار التلقائية غالباً ما تكون المخططات المعرفية خفية عن المرضى ويصبح على دراية بها بعد خضوعه للعلاج أين يقوم المعالج بتوضيحها له عن طريق الأسئلة المتواصلة عن معنى أفكاره.

## 3.2.2 القواعد والاعتقادات «Rules & Beliefs»:

يستجيب الفرد عادة اتجاه المواقف والأحداث التي تواجهه بناء على إطار من المعايير التي تشكلت عنده من خلال القواعد التي استمدها من خبراته ومن ملاحظة الآخرين، وهي بذلك تكون بمثابة المحددات التي يحكم بها الفرد على استجاباته من حيث فاعليتها وملائمتها للمواقف التي يمر بها، كما تشكل الأساس الذي يبني عليه الأفراد تقديرهم وتوقعاتهم لتلك المواقف والأحكام والتقييمات لسلوك الآخرين. فالقواعد تساعد في تحديد معاني الأحداث الخارجية، وتعمل هذه القواعد بطريقة لا إرادية دون أن يتفطن لها الفرد وقد تكون مصاغة في صورة مطلقة وغير توافقية تتطلب إعادة صياغتها لتصبح أكثر توافقية وواقعية. ويشير (بيك، 2007) إلى أن هذه القواعد تتشكل في محورين:

أ. قواعد الخطر مقابل الأمان: وتشمل الضرر الجسدي والنفسي فالضرر الجسدي يتمثل في تعرض الفرد لمواقف خطيرة قد تضع نهاية لحياته أما النفسي والاجتماعي فيتضمن مشاعر الاستياء والخجل والحرج عند تعرض الفرد للإهانة من قبل الآخرين وغالباً ما يكون تفكير مرضى القلق محكوماً بقواعد الخطر مقابل الأمان.

ب. قواعد الأمل – اللذة: عادة ما يكون تفكير الأفراد المحكومين بهذه القواعد

يتطلعون لتحقيق مكانة اجتماعية مرموقة لكنهم يعانون من صعوبات في التمتع بحياتهم وعلاقاتهم مع الآخرين والصحة الجيدة، وغالبا ما يكون تفكير مرضى الاكتئاب محكوما بقواعد اللذة مقابل الألم. ويرى (بيك) أنه عندما تتناقض القواعد التي يسلك المريض طبقا لها مع الواقع أو عندما تكون مصاغة بشكل مطلق وغير واقعي أو تستخدم بشكل مفرط أو تعسفي ينتج عنها مشكلات نفسية شخصية أو مشكلات في العلاقات الاجتماعية كثيرا ما تؤدي إلى سوء التوافق.

### ج. التوقعات والمعاني والافتراضات « Assumptions »:

- التوقعات: لكل فرد توقعات تسبق مواجهته لأحداث والوقائع التي تعترض، وغالبا ما تكون مرتبطة

بتوقعات نحو الذات والآخرين ونحو المستقبل، وترتبط هذه التوقعات بالاضطرابات النفسية إذا كانت ذات طبيعة سلبية.

- المعاني: تحدد المعاني رؤية الفرد لذاته ولغيره ولعالمه ومستقبله وهي تؤثر بشكل كبير على سلوكه وانفعالاته، فالفرد ينفعل للأحداث تبعا للمعاني التي يسبغها على هذه الأحداث وتؤلف المعاني ما يسمى بالواقع الداخلي للفرد.

- الافتراضات: هي الفكرة التي تقرر أن المعنى لأي حدث يحدد شكل الاستجابة الانفعالية وكذا السلوك، أي أن الاستجابة الانفعالية التي يظهرها الفرد تجاه موقف ما تعتمد على المعنى الشخصي الذي يعطيه الفرد لهذا الحدث وتفسيراته له (حسين طه، 2007، ص ص 134-140).

### ❖ العلاقة بين المخططات والافتراضات والأفكار التلقائية:

تعمل الافتراضات و القواعد والمخططات الكامنة التي تتكون لدى المريض تجاه الموقف الذي يتعرض له على ظهور أفكار تلقائية سلبية عن الموقف، وبذلك يعطي المريض للموقف معاني غير واقعية وسلبية قد تؤدي به إلى اضطراب نفسي ويمكن أن تتضح العلاقة بين المخططات والافتراضات والأفكار التلقائية في المثال التالي:

فقدان الحب، والقيمة وعدم الاستحقاق كمخطط كونه الفرد نتيجة بعض الافتراضات مثل:

- إذا كنت قادرا على التأثير في الناس فسوف يحبوني.

- لو بدأت الناس تعرفني فسوف يعتقدون أنني خاسر.

وقد تكون هذه الافتراضات نتيجة الأفكار التلقائية التالية:هم لا يحبونني؛ أنا منبوذ؛ أنا شخص ممل.

هـ. التشوهات (التحريفات) المعرفية «Cognitive Distortions» تبين مما سبق أن النموذج المعرفي-السلوكي يركز على أن الأفكار التلقائية تتأثر بمستويين أعمق من التفكير وهما القواعد والافتراضات والمعتقدات الأساسية أو المخططات وبذلك تكون الأفكار التلقائية سلبية نتيجة تشوهات معرفية في المستويات الأعمق للتفكير (الافتراضات والقواعد، المخططات)، فالأفكار التلقائية السلبية المتعلقة بالقلق والاكتئاب هي نتيجة لتشوهات معرفية أكبر على مستوى الافتراضات والقواعد والمخططات المعرفية لدى المريض (Rector, N.D, 2010, P. 10). وقد لخص (ليهي) (Leahy, 2005) أمثلة لتحريفات

## الأفكار التلقائية إلا أن هذه الأفكار المشوهة معرفيا لا تقود للمرض ما لم تنشط لديه مخططات ذاتية وافتراضات ضمنية سلبية أو مشوهة

جدول: (01) يمثل التشوهات المعرفي «Cognitive Distortions» (لبيبي، 2005، ص، 31-33)

1	قراءة الأفكار. « Maind Reading »	افتراض معرفة ما يفكر فيه الآخرون دون وجود دليل واضح يثبت تلك الأفكار " هو يعتقد أنني منحوس"
2	معرفة الغيب. « Fortune Telling »	التنبؤ بحدوث أشياء سلبية أو خطيرة مستقبلا. " سأفشل في الاختبار وسأخسر الوظيفة"
3	التفكير بالمأساوي. « Catastrophizing »	الاعتقاد بأن ماحدث أو سوف يحدث سيكون مرعب الا يمكن تحمله أو إيقافه أو منعه." سيكون شيئا فظيحا لو فشلت".
4	التسمية. « Labeling »	أن تنسب السمات السلبية للذات وللآخرين. " أنا شخص غير مرغوب"، " هو شخص حقير أو فاسد".
5	بخس الإيجابيات. « Discounting Positives »	الإيجابيات التي يحققها الفرد أو الآخرين تافهة . " من المفروض ن تكون زوجتي لطيفة معي لان هذا شيء طبيعي".
6	الانتقاء السلبي. « Negativefilter »	التركيز الدائم وبشدة على السلبيات ونادرا ما تلاحظ الإيجابيات. " كل هؤلاء الناس لا يحبونني".
7	المبالغة في التعميم. « Overgeneralizing »	إدراك النمط العام للسلبيات على أساس انه فردي وذاتي. " هذا يحدث لي دائما يبدو أنني فاشل في أشياء كثيرة".
8	التفكير الثنائي. « Dichotomosthinking »	النظر للأحداث أو الناس طبقا لمبدأ الكل أو اللاشيء، " أنا مرفوض من كل الناس، إنه مضيعة للوقت".
9	الينبغيات ( المثالية). « Shoulds »	تفسير الأحداث في ضوء ما ينبغي أن تكون عليه الأشياء بدلا من التركيز على ماهية الأشياء، " أن لم يكن أدائي حسنا، فإن لم يكن ذلك فأنا إنسان فاشل".
10	العزو الشخصي. « Pesonalizing »	إرجاع سبب الأحداث السلبية للذات والشعور بتأنيب الضمير على ذلك دون إدراك أن الآخرين قد يكونون السبب " انتهى الزواج لأنني فشلت".
11	لوم الذات. « Balming »	التركيز على الآخر باعتباره مصدرا للمشاعر السلبية ورفض تحمل المسؤولية" هي من تلام على ما أشعر به الآن".
12	الاستدلال الانفعالي. « EmotionelReasoning »	السماح للمشاعر بتوجيه التفسير للواقع." أنا أشعر بالاكتئاب وذلك لأن زواجي غير ناجح".
13	التوجه النكوصي. « Regret Orientation »	التركيز على ما كان بالاستطاعة فعله في الماضي بشكل جيد أكثر من التركيز على ما يمكن فعله الآن، " كان يمكن أن أحصل على وظيفة جيدة لو حاولت".
14	الفسفة ( ماذا لو). « What if? »	الاستمرار في طرح الأسئلة من نوع (ماذا لو؟)، والفشل بالاعتناع بإيجابية يتم الوصول لها، " ماذا لو أنني لم استطع التنفس"، " ماذا لو أصبت بالقلق".
15	الاستدلال الانفعالي. «EmotionelReasoning »	السماح للمشاعر بتوجيه التفسير للواقع." أنا أشعر بالاكتئاب وذلك لأن زواجي غير ناجح".
16	العجز عن الموافقة. «Inability to dis- confirm»	رفض أي دليل أو حجة تناقض الأفكار السلبية، "أنا غير محبوب" رفض وبدون مناقشة أي دليل على أن الناس يحبونني، "هذه ليست القضية الحقيقية هناك ما هو أعمق".
17	بؤرة الحكم. « Judgement focus »	النظر إلى الذات والآخرين والأحداث بتقييمها: حسن، سيئ، رديء، بدل الوصف والتقبل والفهم ببساطة" إذا لعبت التنس فلن يكون أدائي جيدا".

### 4.2.2 المبادئ الأساسية للعلاج المعرفي-السلوكي:

يقوم العلاج المعرفي-السلوكي على مجموعة من المبادئ تتضمن المعالج والعميل والخبرة العلاجية وكل ما يرتبط بكل منها (محمد عبد الله، 2000، ص 23)، لخصها بيك (1995) في عشرة مبادئ أساسية:

- 1- يستند العلاج المعرفي-السلوكي على تطوير دائم للصياغة المعرفية لدى العميل.
- 2- يتطلب العلاج المعرفي- السلوكي تحالفا علاجيا سليما بين المعالج والعميل.
- 3- يؤكد العلاج المعرفي-السلوكي على التعاون والمشاركة الفعالة للعميل والمعالج معا.
- 4- يركز العلاج المعرفي- السلوكي على المشكلة وتوجيه الهدف نحو معالجتها.
- 5- يركز العلاج المعرفي- السلوكي على الحاضر (هنا - الآن).
- 6- العلاج المعرفي-السلوكي علاج تعليمي يهدف لتعليم العميل كيف يعالج نفسه ذاتيا ويؤكد على الوقاية من الانتكاس.
- 7- يتقيد العلاج المعرفي-السلوكي بوقت محدد.
- 8- يقدم العلاج المعرفي- السلوكي عبر عدد معين من الجلسات.
- 9- يساعد العلاج المعرفي- السلوكي العميل على مراقبة ردود أفعاله الناتجة عن خلل في التفكير والمعتقدات الخاطئة.
- 10- يستخدم العلاج المعرفي - السلوكي مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات لتغيير طريقة التفكير والانفعال والسلوك ("Psy Check",N.D).

### 3. برامج العلاج المعرفي-السلوكي للجناة والمجرمين:

هناك ستة برامج معرفية-سلوكية تستخدم على نطاق واسع في نظام العدالة الجنائية خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية التي تتمثل في:

#### 1.3 برنامج التدريب على استبدال العدوان (Aggression Replacement Training):

يسعى برنامج التدريب على استبدال العدوان (ART) إلى تزويد الشباب بمجموعة من المهارات لاستخدامها مع الحالات المعادية للمجتمع يتألف هذا البرنامج من ثلاثة مكونات رئيسية هي:

#### 2.3 برنامج التدريب على المهارات الاجتماعية:

بني هذا التدريب على افتراض أن سبب السلوك العدواني والعنيف لدى الشباب هو افتقارهم إلى المهارات الاجتماعية (المكون السلوكي)، ويتضمن هذا البرنامج عشرة مهارات اجتماعية وهي: سلوكيات مجاملة، فهم مشاعر الآخرين، الاستعداد لإجراء محادثات صعبة، التعامل مع غضب شخص آخر،



الابتعاد عن المشاحنات والعراك، مساعدة الآخرين، التعامل مع الاتهامات، التعامل مع ضغوط المجموعة، التعبير عن الانفعالات، الاستجابة للفشل.

### 3.3 برنامج التدريب على التحكم في الغضب:

يسعى التدريب على التحكم في الغضب (المكون الانفعالي) إلى تعليم مهارات للشباب المعرض للخطر للتخفيف من دوافعهم الانفعالية للتصرف مع الغضب وذلك من خلال زيادة كفاءاتهم في ضبط النفس، حيث يتعلم الشباب تحديد العوامل التي تسبب الغضب وطرق لعب الأدوار لاستخدام تقنيات التحكم الذاتي بكفاءة وتشمل مواضيع هذا التدريب.

### 4.3 برنامج التدريب على التفكير الأخلاقي:

يتمثل في مجموعة من الإجراءات المصممة لرفع مستوى الإنصاف والعدالة والاهتمام لاحتياجات الآخرين وحقوقهم (المكون المعرفي) لدى الشباب، يحضر المشاركون للتدريب بمعدل ساعة في كل من هذه المكونات (في أيام منفصلة) كل أسبوع لمدة عشرة (10) أسابيع (Milkman, Wanberg, 2007, P. 18).

5.3 برنامج علاج إساءة استخدام المواد والسلوك الإجرامي: استراتيجيات للتحسين الذاتي والتغيير (Strategies for Self-Improvement and Change):

توفر هذه البرامج استراتيجيات التحسين الذاتي والتغيير (SSC) نهجًا موحدًا

ومنظمًا ومعرفًا بدقة لمعالجة العملاء الذين يظهرون مشكلات إساءة استخدام العقاقير ومشكلات جنائية، وهو برنامج علاجي سلوكي-معرفي طويل الأمد (من 9 أشهر إلى سنة) مكثف موجه للمجرمين البالغين الذين يسيئون استخدام العقاقير ويكون سن العميل المستهدف هو 18 سنة أو أكثر، ومع ذلك قد يستفيد المراهقون الأكبر سنًا من بعض أجزاء من البرنامج. إن الافتراض الكامن وراء برنامج التحسين الذاتي هو أن الانفتاح الذاتي يؤدي إلى الوعي الذاتي والذي بدوره يؤدي إلى تحسين الذات والتغيير.

### 6.3 برنامج التفكير وإعادة التأهيل (Reasoning and Rehabilitation (R&R): يتألف برنامج (R &

R) من 35 جلسة تمتد من 08 إلى 12 أسبوعًا مع 06 إلى 08 مشاركين ينظم عدة تدريبات تركز على تعديل التفكير الاندفاعي المبني على الدوافع والتفكير المتمركز حول الذات والتفكير غير المنطقي والجامد للسجناء وتدريبهم للتوقف والتفكير قبل التصرف، بهدف النظر في عواقب سلوكهم لوضع طرق بديلة للتفاعل مع المشاكل بين الأشخاص والنظر في تأثيرها على سلوك الآخرين لا سيما الضحايا (Lipsey et al, 2007, p.05).

### 7.3 برنامج الوقاية من الانتكاس (Relapse Prevention Therapy):

تطور هذا البرنامج ليكون برنامجاً لصيانة ومنع وإدارة الانتكاس بعد علاج الإدمان وصمم لتدريب الأفراد كيفية التنبؤ والتعامل مع الانتكاس ويشجع المدمن على التفكير في سلوكه الإدماني كشيء يفعله بدلاً من شيء يمثل شخصه، ويرفض البرنامج بذلك استخدام الملصقات مثل "مدمن كحول" أو "مدمن مخدرات" ويستخدم تقنيات من التدريب على المهارات المعرفية-السلوكية لتعليم المدمنين الإدارة الذاتية والتحكم الذاتي في أفكارهم وسلوكهم على اعتبار أن السلوكيات الإدمانية عادات مكتسبة ذات محددات وعواقب "بيولوجية ونفسية واجتماعية"، وأن ضعف التقدير وفقدان التحكم في الدوافع يرتبطان في الغالب بتعاطي الكحول والمخدرات.

### 8.3 برنامج التفكير من أجل التغيير (Thinking for a Change):

يشمل هذا البرنامج على اثنان وعشرين (22) حصة تعليمية تحوي درسا معيناً في طرق التفكير مع القدرة على تمديد البرنامج إلى أجل غير محدود تتبع بحصص أخرى لعشرة دروس إضافية يوصى بها للمشاركين لاستكشاف التقييمات الذاتية التي أجريت في الحصة الاثني عشر والعشرين السابقة بمعدل ساعة إلى ساعتين أسبوعياً، ولا بد أن يتصف المدرب بعدة صفات منها التعاطف، حب التعليم، فهم عمليات المجموعة والتفاعلات بين الأفراد القدرة على السيطرة على مجموعة من المجرمين (Milkman, Wanberg, 2007, P. 29-32)

### 9.3 البرامج العلاجية المتخصصة للتكفل بالمحبوسين في المؤسسات العقابية بالجزائر:

عرفت المنظومة العقابية الجزائرية في إطار إصلاح العدالة الذي بوشر سنة 2003. وذلك من خلال مشروع التعاون لدعم إعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين المقام بين المديرية العامة لإدارة السجون وإعادة الإدماج وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي (PNUD) وبالتعاون مع مقاطعة كتالونيا الإسبانية (جامعة كتالونيا، وزارة العدل وإدارة السجون) إذ تم العمل على استغلال الخبرة الدولية لاقتناء وبناء وتعديل خمسة برامج علاجية متخصصة وفق لاحتياجات الجمهور العقابي في الجزائر وتمثل في الإدمان على المخدرات، العود الإجرامي، النساء المجرمات، الأحداث والبرنامج المتخصص للسلوكيات العنيفة.

وتقوم هذه البرامج العلاجية المتخصصة على عدة مبادئ:

- تنطلق من فكرة أنه لا يمكننا الحصول على شخص جديد ولا بد أن تكون هناك فكرة أن المحبوس يمكن أن يغير من نفسه.
- الملامح الأساسية للشخصية لا يمكن تغييرها ولكن يمكن تزويده باستراتيجيات للتحكم في هذه الملامح.

- العلاج يحتاج إلى تغيير في طريقة تفكير المحبوس يتم العمل على ما هو مفجر للجريمة وليس على الجريمة في حد ذاتها.
- البرنامج العلاجي متعدد الشروط مدمج فيه استراتيجيات متعددة يتعرض من خلالها لعوامل الخطر

لسلوك العنيف باستغلال نظريات التعلم وتدريب على المهارات والمتابعة المنتظمة.

#### 4. مدى فعالية البرامج العلاجية المعرفية-السلوكية على المجرمين والجناة:

قام مركز (CrimeSolutions.gov) التابع لوزارة العدل الأمريكية بتقييم دراسات وبحوث حول فاعلية التدخلات المعرفية السلوكية على المجرمين والجناة فيما إذا كانت نتائجها "فعالة" أو "واحدة" أو "ليس لها تأثير" وشمل التقييم خمسون (50) برنامجا علاجيا وثمانية (08) تدخلات لحالات فردية، أظهرت نتائج التقييم أن التدخلات المعرفية- السلوكية لحالات فردية كانت فعالة بشكل كبير في ردع الجريمة ومساعدة الضحايا ومنع إعادة الاعتداء مقارنة بفاعلية التدخلات القائمة على البرامج العلاجية، وأن من بين سبعة (07) برامج علاجية مطبقة على السجناء البالغين والتي صنفت على أن نتائجها "واحدة" كان هناك برنامج واحد فقط أظهر فاعلية في تطبيقه. وعلى العموم كشفت الدراسات التقييمية للتدخلات العلاجية المعرفية -السلوكية على المجرمين والجناة أنها أكثر التدخلات العلاجية فاعلية مقارنة بتدخلات علاجية أخرى حتى وإن تضمنت العلاج المعرفي-السلوكي كتدخل ثانوي.

وبهذا يكون هناك أدلة تشجع على أن استخدام العلاج المعرفي - السلوكي وأن نتائجه فعالة فيما يخص فئة المجرمين داخل السجون وعند الإفراج عنهم حيث يمكن أن يقلل من خطر العود مع الأخذ بعين الاعتبار أن بعض المجرمين البالغين قد طوروا معتقدات إدراكية سيئة عميقة قد يكون من الصعب تغييرها. عدا ذلك يمكن للعلاج المعرفي-السلوكي أن يساعد على منع العود للإجرام إذا كانت التدخلات محكمة التصميم؛ لأن هناك ثغرات في البحوث التي أجريت على التدخلات القائمة على البرامج العلاجية التي تفتقر لشروط منهجية صارمة تؤثر على فعاليتها (Feucht, Tamm, 2016, p 01-07).

وهناك من يرى أنه لا يمكن تحديد فعالية البرامج العلاجية المعرفية السلوكية على الجناة نزلاء المؤسسات العقابية إلا من خلال متابعة هؤلاء النزلاء داخل المؤسسات وفي مرحلة ما بعد الإفراج عنهم للتأكد من أنه قد تم فعلا استفادتهم من العلاج المقدم لهم. وقد كشف أندروز وآخرون (Andrews et al, 1999) بعد تحليل وتقييم ثمانين (80) دراسة حول برامج علاجية مقدمة للمجرمين البالغين والأحداث على حد سواء أن هناك ثلاثة عوامل رئيسية تجعل هذه البرامج ذات فعالية:

- اختيار المجرمين المعرضين للخطر.

- البحث عن احتياجات المجرمين.

- استخدام العلاجات المعرفية-السلوكية.

وعندما تتطابق هذه العوامل الثلاثة مع احتياجات وأساليب التعلم التي يتبعها الجناة يمكن تخفيض العود بنسبة خمسين بالمائة (50%) تقريبا، كما أشار لادنبرغ وليبسي (landenberger, Lipsy, 2005) في دراستهم إلى الآثار الايجابية لخطط العلاج المعرفي-السلوكي على العود لكل من المجرمين البالغين والأحداث، وأشارت دراسة بيرسون وآخرون (Pearson et al, 2002) إلى أهم تدخلين يساعدان في الحد من عودة المجرمين إلى سلوكياتهم الإجرامية وهما: التدريب على تنمية المهارات الاجتماعية المعرفية والسلوكية وبرامج إعادة تأهيل التفكير المعرفي بالتركيز بشكل خاص على التعلم والإدراك الاجتماعي، وضبط النفس، وإدارة الغضب (Kethineni et al, 2001, P. 95).

##### 5. المكونات الأساسية لبرنامج الصحة العقلية والنفسية في المؤسسات العقابية.

قدم تيري كوبرز (Terry Kupers, 2015) توصيات في كتابه " الجنون في غياهب السجون" ضمنها عشرة مكونات أساسية لبرنامج الصحة العقلية والنفسية في المؤسسات العقابية تساعد في إصلاح ما ذكره من جوانب سلبية في برامج الصحة النفسية والعقلية في السجون الحالية (تحديدا للولايات المتحدة الأمريكية). وقد حدد كوبرز المكونات العشر الأساسية كاستكمال للمكونات الستة التي تحدد برنامج علاج الأمراض العقلية ذات الحد الأدنى من الملائمة، التي صاغتها المحكمة الإقليمية الفيدرالية سنة 1980.

وتضمنت هذه المكونات ضرورة توفير مستويات شاملة من الرعاية واستمرارها، حيث يرى كوبرز أنه لا بد أن تتضمن خدمات الصحة العقلية بالمؤسسات العقابية نظامًا شاملاً إذا أردنا تحقيق ما هو أفضل من تقديم الأدوية للسجناء وإيداعهم الزنانات، فلا بد من وجود عناصر رعاية نفسية داخلية وعيادات خارجية، وخدمات طوارئ، وبرامج علاج يومية، وتدريب علاجي للحالات، ومنازل انتقالية، وحياة مدعومة في المجتمع أي استمرار رعاية السجناء بعد الإفراج عنهم. فقد أصبحت الحاجة إلى وضع خطط لرعاية المفرج عنهم والعمل على التواصل بين موظفي رعاية الصحة العقلية بالسجون ونظرائهم في المجتمع ضرورة ملحة خاصة للمفرج عنهم الذين يعانون من اضطرابات نفسية وعقلية حادة ودائمة تتطلب المتابعة من الهيئات العلاجية المجتمعية. فحتى لو قدمت للمفرج عنه رعاية ممتازة أثناء سجنه، فهو في حاجة إلى العلاج أو لخدمات دعم في الخارج بعد إطلاق سراحه كجزء من خطة العلاج داخل السجن، وعلى هذا على الاختصاصيون الاجتماعيون البقاء على اتصال بأسر السجناء، والعمل مع الهيئات ذات الصلة في المجتمع لإنجاح عملية انتقالهم إلى المجتمع، ولا يكون برنامج العلاج

في السجن عمليًا حقًا إذا لم يقدم خدمات شاملة لفترة ما بعد الإفراج من السجن (كوبرز، 2015، ص 253).

ودلت نتائج عدة دراسات (العتيبي (2014)، الزغندي وعبد الهادي(2014)، حازم وقواقنة (2009)، (Friendship et al, 2002)، كانوري (1997)) على فاعلية البرامج العلاجية المعرفية- السلوكية التي تناولت عدة اضطرابات (الضغوط النفسية، العجز الإدراكي، الاكتئاب، القلق، اضطرابات النوم والأكل، الاغتراب الاجتماعي، سوء استخدام المخدرات) تعاني منها فئة السجناء قصد التخفيف من شدتها ومساعدتهم على الاندماج مع المجتمع أثناء فترة الاحتجاز وبعد الإفراج عنهم باستخدام عدة استراتيجيات معرفية- سلوكية، إلا أن نتائج دراسات أخرى (Byrne.L.S et al, 2014)، محمد آدم متوكل (2010)، (Sevensson.A,2004) كشفت عن فشل البرامج العلاجية المعرفية- السلوكية في تحقيق أهدافها العلاجية التي بينت أن تأثيرها على إدراك المشاركين لا يمكن الاعتماد عليه نظرا لعدم مطابقة المجموعات التجريبية مع المجموعات الضابطة في عدة متغيرات معرفية، بالإضافة إلى العوائق التي تفرضها المؤسسات العقابية على التنفيذ النموذجي لبرامج العلاج والتأهيل لنزلاء المؤسسات العقابية، وهناك أيضا صعوبة اعتراف السجناء بأن لديهم مشكلات ورفضهم طلب المساعدة النفسية خاصة مع عدم قدرة الأخصائي النفسي بالمؤسسات العقابية أن يعدهم بسرية ما يجري بينهم.

كل الأسباب السابقة الذكر أثرت سلبا على فعالية البرامج العلاجية المعرفية- السلوكية للسجناء داخل المؤسسات العقابية وهو ما دفع البعض لمحاولة تطبيقه على حالات فردية وقد أعطت نتائج ايجابية أكدتها دراسة الباحثين جبالي وكربال (2010)، إلا أن ميلكمانونوبرغ (Milkman, Wanberg, 2007) أشارا إلى أن تطبيق العلاج المعرفي-السلوكي الفردي غير عملي بشكل عام داخل نظام السجون (Milkman, Wanberg, 2007, P.15).

#### خاتمة:

وكخلاصة لكل ماسبق نصل الى استنتاج أن البرامج الأكثر فعالية لمعالجة المجرمين والجناة خاصة داخل المؤسسات العقابية هي تلك التي استخدمت التقنيات المعرفية-السلوكية لتحسين الأداء المعرفي لدى نزلائها، مما جعل العديد من الدول تعمل على تصميم برامج علاجية معرفية-سلوكية لاستخدامها مع السجناء في الإصلاحات والمؤسسات العقابية؛ إما لإعادة الهيكلة المعرفية للسلوكيات المشككة باعتبار هذه الأخيرة غير فعالة وتدل على عمليات تفكير مختلة وتضم التشوهات المعرفية، والمفاهيم الخاطئة الاجتماعية، والمنطق الخاطي، أو تعليم مهارات المواجهة وحل المشكلات والتركيز على تحسين حالات العجز في قدرة السجنين على التكيف مع المواقف العصيبة والضاغطة بالتركيز على سلوكيات ومهارات السجناء باعتبارها غير مؤهلة. ورغم النتائج الايجابية التي حققتها بعض هذه الدول إلا أن هناك تعديلات مستمرة حول هذه البرامج بما يتناسب وطبيعة شخصية المجرم وخطورته الاجرامية.

## المراجع:

- بيرمان، س. بيرل.(2004). قواعد التشخيص والعلاج النفسي، (ترجمة محمد نجيب الصبوة، جمعة سيد يوسف).مصر: ايتراك للنشر والتوزيع.
- جراسكي، ميشيل.ج. (2012). العلاج المعرفي السلوكي، (ترجمة نكلس نسيم سلامة). القاهرة: مكتبة دار الكلمة للنشر والتوزيع.
- جيرالد، كوري. (2011). النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي، (ترجمة سامح وديع الخفش). الأردن: دار الفكر.
- حسين طه، عبد العظيم.(2007). العلاج النفسي المعرفي. مفاهيم وتطبيقات. مصر: دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر.
- كربال، مختار.(2017). الاحتياجات الخاصة للمساكين والبرامج العلاجية المقترحة، ورقة مقدمة إلى ملتقى مؤسسة السجن بين الالتزامات الاجتماعية والضوابط القانونية، الجزائر، جامعة باتنة 1.
- كوبرز، تيري.(2015). الجنون في غياب السجون، (ترجمة أميرة علي عبد الصادق). مصر: مؤسسة هنداوي للتعليم والثقافة.
- ليهي، روبرت.(2006). دليل عملي تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية، (ترجمة يوسف جمعة سيد، الصبوة محمد نجيب أحمد). القاهرة: ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
- الوكيل، سيد أحمد محمد.(2012). فاعلية استخدام بعض فنيات العلاج المعرفي - السلوكي في علاج حالات فقدان الشهية العصبي واضطرب صورة الجسم لدى عينة من طالبات الجامعة. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 13(03). ص ص 220-253.
- Bond.F.W., Dyden.,W.(2002). Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therapy.England : Copyritht
- Feucht.T.,Holt.Tammy.(2016).Does Cognitive Behavioral Therapy Work In Criminal Justice ? A New Analysis From CrimeEolutions.Gov. USA. *NIJ Journal*. 277.P 10-17.
- Friendship. C Blud. L Erikson M. Travers. R (2002). An evaluation of cognitive behavioural treatment for prisoners.*Findings,(161),01-04*
- Kethinein,S., Braithwaite.J.(2010). The effect of a cognitive- behaviral program for At-risk youth :Changes in Attitudes, Social skills, Family, and Community and Peer Reltionships, Victims & Offenders ,USA : *International Journal of Evidence –Based Reserch,Policy and Practice*.V (6)1.P 93-116.
- Leahy.R.L., Dowd.E.T.(2002). Clinical Advances in Cognitive Psychotherapy. Thehory And Application.New York: Springer *Publishing Company*.
- Lipsey, M. W., Landenberger N. A., & Wilson, S. J., (2007). Effects of Cognitive-Behavioral Programs For Criminal Offenders. USA : Center for Evaluation Research and Methodology.
- Milkman.H.,Wanberg.K.(2007). A Review and Discussion for Corrections Professionals.Colorado. Centre for Addictions Research and Evaluation.
- Rector.N.A.(2010).Cognitive behavioral therapiy. An information guide. Canada. *Centre For Addication and Mental Health*.