



## فعالية برنامج علاجي سلوكي جذلي لرفع درجة الكفاءة الذاتية و خفض سلوك التشويه الجسدي لدى المساجين

دراسة ميدانية بمؤسسة إعادة التربية والتأهيل بتازولت ولاية باتنة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

اشراف الاستاذ الدكتور :

بوقصة عمر

اعداد الطالبة :

سرار عائشة

### أمام لجنة المناقشة

| الجامعة         | الصفة       | الدرجة العلمية        | اسم الأستاذ       |
|-----------------|-------------|-----------------------|-------------------|
| جامعة باتنة 1   | رئيسا       | أستاذة التعليم العالي | مزوز بركو         |
| جامعة باتنة 1   | مشرفا ومقرا | أستاذ التعليم العالي  | بوقصة عمر         |
| جامعة قسنطينة 2 | عضوا        | أستاذ التعليم العالي  | كربوش عبد الحميد  |
| جامعة سطيف      | عضوا        | أستاذ التعليم العالي  | تيغليت صلاح الدين |
| جامعة باتنة 1   | عضوا        | أستاذ محاضراً         | بوعون السعيد      |
| جامعة سوق اهراس | عضوا        | أستاذ محاضراً         | مصطفى شريك        |



## شكر و عرفان :

الحمد لله حمدا كثيرا و الذي بفضلله و نعمته تتم الصالحات ،الحمد لله الذي أعانني ووقفني لإتمام هذا العمل الذي طال انتظاره ولولا فضلله و نعمه لما استطعت إتمامه و بعد الله سبحانه و تعالى و فضلله علي اشكر جزيل الشكر و العرفان الأستاذ الدكتور الفاضل بوقصة عمر على قبوله الإشراف على الأطروحة و على كل ما قدمه لي من نصائح قيمة لإتمام هذا العمل على أحسن وجه و ارجوا أن أكون قد وفقت في تقديم ما يرضيه و ما يليق باسمه و يشرف كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية و قسم علم النفس خصوصا فشكرا و ألف شكر لك يا أستاذي المحترم، كما أتقدم بالشكر إلى السادة الأساتذة على قبولهم مناقشة الأطروحة ، كما أتقدم بشكري لأستاذتي التي ساندتني و لم تبخل علي بعلم أو نصيحة أو توجيه الأستاذة الدكتورة مزوز بركو ، كما أتقدم بشكري للأستاذ الدكتور عميد الكلية عبد الحكيم بن بعطوش و الشكر أيضا موصول إلى كل من علمني حرفا كل باسمه خلال مساري الدراسي من الابتدائي إلى يومنا هذا . كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل المساجين المشاركين في البرنامج العلاجي المقدم لهم بمؤسسة إعادة التأهيل بتازولت ولاية باتنة و على تعاونهم من اجل إكمال هذا البرنامج . كما اشكر كل من ساهم في إتمام هذا العمل و لو بنصيحة بسيطة أو كلمة طيبة ، شكرا للجميع .

عائشة

## الإهداء

اهدي ثمرة جهدي هاته إلى :

\* **الوالدين الكريمين** أطال الله عمرهما و أعانني على إرضاءهما و بفضلهما حققت نجاحاتي.

\* **الزوج الكريم بنيني سفيان** على صبره و تعاونه معي طوال إعداد الأطروحة ،والى أبنائي **كوثر لينا و إياد عبد الإله** و اعتذر عن كل تقصير في حقهم بسبب انجاز الأطروحة .

\* إلى إخوتي و أخواتي و أزواجهم على الدعم النفسي و المعنوي حفظهم الله جميعا ، كما لا أنسى أولادهم كل باسمه .

\* إلى أخي الأكبر **عبد الحميد عويطي** حفظه الله و جعله سندا لنا بعد الوالد.

\* إلى طلبتي الأعتزاء و جميع طلبة العلم بمختلف تخصصاتهم .

\* إلى كل من عرف سرار عائشة نسيه القلم لكن حفظته الذاكرة .

لكم جميعا اهدي هذا العمل ، كما أرجو من الله أن يكون مصدر فائدة للجميع .

**عائشة**

## فهرس محتويات البحث

### المحتويات

### الصفحة

شكر و عرفان

إهداء

ملخص الدراسة بالعربية

ملخص الدراسة بالانجليزية

فهرس محتويات البحث

فهرس الجداول

فهرس الاشكال

مقدمة

### الجانب النظري

#### الفصل الاول . الاطار العام للبحث

1\_ الاشكالية

2\_ دوافع اختيار البحث

3\_ اهمية البحث

4\_ اهداف البحث

5\_ التعريف الاجرائي لمتغيرات البحث

6\_ الدراسات السابقة

7\_ فرضيات البحث

### الفصل الثاني

#### الاطار النظري و المفاهيمي للكفاءة الذاتية

تمهيد

- اولا . مفهوم الكفاءة الذاتية
  - ثانيا . نظرية الكفاءة الذاتية
  - ثالثا . ابعاد الكفاءة الذاتية
  - رابعا . مصادر الكفاءة الذاتية
  - خامسا . انواع الكفاءة الذاتية
  - سادسا . خصائص الكفاءة الذاتية
  - سابعا . الخصائص العامة لمرتفعي الكفاءة الذاتية
  - ثامنا . الخصائص العامة لمنخفضي الكفاءة الذاتية
- خلاصة

### الفصل الثالث

#### التشويه الجسدي لدى المساجين

تمهيد

- اولا . تعريف التشويه الجسدي
  - ثانيا . انواع التشويه الجسدي
  - ثالثا . علاقة التشويه الجسدي بالانتحار لدى المساجين
  - رابعا . التشويه الجسدي و الاضطرابات المشابهة له عند المساجين
  - خامسا . اسباب حدوث سلوك التشويه الجسدي
  - سادسا . الاضطرابات المرتبطة بالتشويه الجسدي ( التشخيص الفارقي )
- خلاصة

### الفصل الرابع

#### المساجين و سياسة إعادة الإدماج

تمهيد

- اولا . تاريخ تطور فلسفة العقاب
- ثانيا . السجن

1\_ تعريف السجن

2\_ تطور انظمة السجون

3\_ انواع السجون

4\_ معايير تصنيف المساجين

ثالثا . المؤسسات العقابية في الجزائر

1\_ تعريف المؤسسة العقابية في القانون الجزائري

2\_ تصنيف مؤسسات البيئة المغلقة

3\_ اساليب رعاية المحكوم عليهم داخل المؤسسات العقابية الجزائرية

خلاصة

## الفصل الخامس

### البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي لدى المساجين

تمهيد

اولا . تعريف العلاج السلوكي الجدلي

ثانيا . تاريخ العلاج السلوكي الجدلي

ثالثا . فلسفة العلاج السلوكي الجدلي

رابعا . الفرق بين العلاج المعرفي السلوكي و السلوكي الجدلي

خامسا . اسس العلاج السلوكي الجدلي

سادسا . جدلية العلاج السلوكي الجدلي

سابعا . استراتيجيات و مهارات العلاج السلوكي الجدلي للمساجين

خلاصة

## الجانب الميداني

### الفصل السادس . اجراءات الدراسة الميدانية

اولا . استشارة المديرية العامة لادارة السجون

ثانيا . عينة الدراسة

ثالثا . منهج الدراسة

رابعا . متغيرات الدراسة

خامسا . ادوات الدراسة

سادسا . الحدود الاجرائية للدراسة .

سابعا . مراحل تطبيق العلاج السلوكي الجدلي

ثامنا . الانماط الرئيسية للعلاج السلوكي الجدلي.

تاسعا . تقييم محتوى البرنامج العلاجي .

عاشرا . البرنامج العلاجي في صورته النهائية .

حادي عشر . الاساليب الاحصائية في الدراسة .

## الفصل السابع

### عرض و مناقشة النتائج

اولا . عرض و مناقشة النتائج

1\_ عرض و مناقشة الفرضية الاولى

2\_ عرض و مناقشة الفرضية الثانية

3\_ عرض و مناقشة الفرضية الثالثة

4\_ عرض و مناقشة الفرضية الرابعة

5\_ عرض و مناقشة الفرضية الخامسة

6\_ عرض و مناقشة الفرضية السادسة

7\_ عرض و مناقشة الفرضية السابعة

8\_ عرض و مناقشة الفرضية الثامنة

ثانيا . مناقشة عامة

ثالثا . توصيات و مقترحات البحث

المراجع

الملاحق



## فهرس الجداول

\_ الجدول رقم 1 يوضح نتائج قيمة اختبار مان-ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية و الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية بأبعاده الأربعة قبل تطبيق البرنامج .

\_ الجدول رقم (2) يوضح نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين العينتين التجريبية و الضابطة في العمر الزمني .

\_ الجدول رقم ( 3 ) يوضح نتائج قيمة اختبار مان-ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة .

\_ جدول رقم (4) يوضح معامل ارتباط كل بعد من أبعاد مقياس الكفاءة الذاتية بالدرجة الكلية للمقياس

\_ جدول رقم ( 5 ) يوضح صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) للكفاءة الذاتية بأبعادها

\_ جدول رقم (6) يوضح معامل الفا كرونباخ لجميع أبعاد مقياس الكفاءة الذاتية و الدرجة الكلية

\_ الجدول رقم (7) يوضح مفتاح التصحيح للاستبيانين.

\_ الجدول رقم ( 8 ) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الأول لاستبيان التشويه الجسدي

\_ جدول رقم (9) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الثاني لاستبيان التشويه الجسدي

\_ جدول رقم (10) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الثالث لاستبيان التشويه الجسدي

\_ الجدول رقم (11) يوضح الصورة النهائية للبرنامج العلاج السلوكي الجدلي

\_ الجدول رقم ( 12 ) يوضح نتائج قيمة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد العينة على مقياس الكفاءة الذاتية

\_ الجدول رقم ( 13 ) يوضح نتائج قيمة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لأفراد العينة على مقياس التشويه الجسدي

\_ الجدول رقم ( 14 ) يوضح نتائج قيمة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية

\_ الجدول رقم ( 15 ) يوضح نتائج قيمة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس تشويه الجسد

\_ الجدول رقم ( 16 ) يوضح نتائج قيمة اختبار مان-ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس الكفاءة الذاتية.

\_ الجدول رقم ( 17 ) يوضح نتائج قيمة اختبار مان-ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي على مقياس تشويه الجسد.

\_ الجدول رقم ( 18 ) يوضح نتائج قيمة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الكفاءة الذاتية.

\_ الجدول رقم ( 19 ) يوضح نتائج قيمة اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس تشويه الجسد.

### فهرس الاشكال

\_ الشكل رقم ( 1 ) يبين العلاقة بين توقعات الكفاءة و توقعات النتائج

\_ شكل رقم (2) يبين نموذج الحتمية المتبادلة في نظرية الكفاءة الذاتية

\_ شكل رقم (3) يبين أبعاد الكفاءة الذاتية عند باندورا

\_ شكل رقم (4) يبين مصادر فاعلية الذات عند باندورا

\_ الشكل رقم (5) يبين تصميم يوضح كيفية اقتناء عينة البحث .

مقدمة:

تعتبر الكفاءة الذاتية من البناءات النظرية التي تقوم على نظرية التعليم الاجتماعي المعرفي لباندورا والتي باتت تحضي في السنوات الأخيرة بأهمية متزايدة في مجال علم النفس الصحة و هذا لما يساهم كعامل وسيط في تعديل السلوك.

حيث أن هذه النظرية ترى أن لدى الفرد القدرة على ضبط سلوكه نتيجة لما لديه من معتقدات شخصية ، فالأفراد لديهم نظام من المعتقدات الذاتية يمكنهم من التحكم في مشاعرهم و أفكارهم ووفقا لذلك فان الكيفية التي يفكر ويعتقد و يشعر بها الفرد تؤثر في الكيفية التي يتصرف بها إذا تشكل هذه المعتقدات المفتاح الرئيسي للقوى المحركة لسلوك الفرد ، فالفرد يعمل على تغيير انجازاته بالاعتماد على القدرات التي يعتقد انه يمتلكها ، مما يجعله يبذل قصارى جهده لتحقيق النجاح .

وتبرز أكثر أهمية الكفاءة الذاتية المدركة من خلال المساعدة على تحديد مقدار الجهد الذي سيبدله الفرد في نشاط معين ومقدار المثابرة في مواجهة العقبات، ومقدار الصلابة أمام المواقف الصعبة ، فكلما زاد الإحساس بالكفاءة والجهد والمثابرة والصلابة نجد ان الأفراد ذوي الكفاءة الذاتية المرتفعة يتعاملون مع المشكلات والأنشطة الصعبة بمزيد من الإحساس بالهدوء والرصانة (Pajares, 2005)

كما أن باندورا تكلم عن الكفاءة الذاتية وعرفها بأنها استعراضات قائمة حول الذات تحتوي على توقعات ذاتية حول قدرة الفرد في التغلب على المواقف ومهام مختلفة بصورة

ناجحة ، أما شفاشر ( Schwarzer. 2002 ) فينظر للكفاءة الذاتية أيضا على أنها عبارة عن بعد ثابت من أبعاد الشخصية وتتمثل في قناعات ذاتية في القدرة على التغلب على المتطلبات والمشكلات الصعبة التي تواجه الفرد من خلال التصرفات الذاتية وينسب كلا الباحثين أيضا الكفاءة الذاتية على أساس أنها وظيفة موجهة للسلوك تقوم على التحضير أو الأعداد للتصرف وضبطه والتخطيط الواقعي له.

وللكفاءة الذاتية دور وأهمية في العيادة النفسية لأنها تؤثر على الكيفية التي يشعر بها الناس ،فهي ترتبط على المستوى الانفعالي بصورة سلبية مع مشاعر القلق والاكتئاب والقيمة الذاتية المنخفضة وعلى المستوى المعرفي ترتبط مع الميول التشاؤمية ومع التقليل من قيمة الذات.

كما أن الكفاءة الذاتية تقوم على "فرضيات الفرد حول إمكانيات تحقيق خيارات سلوكية معينة" و بالتالي فهي تتمثل في الإدراك وتقدير الفرد لحجم قدراته الذاتية من اجل التمكن من تنفيذ سلوك معين بصورة ناجحة وتؤثر هذه الكفاءة التي يقدرها الفرد نفسه على نوع التصرف المنجز والتحمل عند تنفيذ هذا السلوك.و تتجم فرضيات الفرد حول كفاءته الذاتية عن خبرات التعلم و ملاحظة الذات،و يرى لوهاس ( Lohaws ) أن فرضيات الكفاءة الذاتية تقوم فيما يتعلق بالمسائل الصحية على القناعة بقدرة الشخص على القيام بسلوك صحي حيث يتحدد في نفس الوقت نوع و مقدار و مدة القيام بهذا السلوك و بهذا فان الكفاءة الذاتية تعد كاشف لمقدار الإدراك الذاتي الراهن للكفاءة الذاتية ، ويمكنها في الوقت

نفسه أن تكون كاشفا ممكنا للقيام بسلوك صحي ما، و الفرضية الكامنة خلف ذلك تتمثل في انه عندما يتوقع المرء امتلاكه للكفاءة اللازمة فسوف يرتفع احتمال قيامه بسلوك معين و هذا نحاول دراسته مع سلوك نجده موجودا في مجتمعنا و شائعا في السجون ألا وهو سلوك التشويه الجسدي هذا السلوك الذي نجده كعرض في مجموعة من الاضطرابات مثل اضطراب الشخصية الحدية التي من أهم سماتها هي أن أصحاب هذه الشخصية يتميزون بضعف القدرة على ضبط الاندفاع فيتصرفون بطرق مدمرة للذات كما تحدث في السجن حالات لتشويه الجسد رغبة من المسجون في الانتحار بسلوكه هذا وتحدث هذه المحاولات الانتحارية بسبب وجود مشاكل عقلية أو نفسية أو اجتماعية أو أسباب شخصية مثل اليأس من المستقبل لدى المسجون و الوضع الاجتماعي في السجن مثل الاعتداءات الجنسية فنجد مثلا مسجون يقوم بتشويه جسده فقط لأنه في زنزانه فردية و تشويهه لجسده من اجل الخروج و وضعه في قاعة جماعية فقط لأنه يعاني من اضطراب جنسي ( من اجل ممارسة اللواط مع باقي المساجين الذين يعانون من نفس الاضطراب و الذين هم في قاعة معينة) أي تحقيق مكاسب ثانوية كذلك نجد المشاكل العنصرية في السجن و تباين الخلفيات الثقافية سببا في قيام المسجون بتشويه جسده . بالإضافة إلى البعد عن العائلة و الأصدقاء ( كما هو الحال بالنسبة للأجانب أو المسجونين في سجون بعيدة عن محل الإقامة ) و هذا أيضا من اجل تحقيق مكاسب ثانوية وهي تقريبه من محل سكناه . كما أننا نجد أن هذا السلوك هو كأسلوب متداول عند المساجين من اجل التخفيف من الشعور بالذنب لان المسجون كما

أنا نجد أن هذا السلوك هو كأسلوب متداول عند المساجين من أجل التخفيف من الشعور بالذنب لأن المسجون يجد في قيامه بتشويه جسده كطريقة لعقوبة نفسه على أساس أنه مذنب في حقه أو لأنه تم القبض عليه و محاكمته و هذا نجده بكثرة في مراكز الشرطة أثناء القبض على المشتبه فيهم أو نجده في المحاكم و غالبا ما يكون العزل و التأديب هو الجزاء الذي يتخذه طاقم السجن لمنع السجين من إلحاق الضرر بنفسه و عقوبته لكن العزل يعتبر نقيض لما هو مطلوب و لهذا يجب أن يكون أول رد فعل تجاه هذا السلوك هو الرعاية و الاتصال بطاقم السجن ( رئيس السجن . رئيس الحي . طبيب المؤسسة . الاخصائي النفساني. العون و الممرض...) أين يكون هناك احد ما يثق به المسجون من أفراد طاقم السجن ليمنعه من المرور إلى الفعل سواء انتحاري أو تشويه جسدي للذنان يعتبران ذا أهمية قصوى لأنه في حال موت أو إصابة احد المساجين يمكن أن يكون أمرا مدمرا لأفراد طاقم السجن و يكون هذا السلوك لديه تأثير سلبي على الحالة المعنوية للسجناء الآخرين لان في بعض السجون التي يحدث فيها تمرد هو انه مثلا مسجون ينتحر بسبب قيامه بتشويه جسده بأداة حادة و هذا بحجة عدم زيارة زوجته و أبنائه له و طلبها الطلاق فيقوم هذا المسجون بتشويه جسده مما يسبب له الموت (الانتحار) فتقوم مجموعة من المساجين بالتمديد و الضغط على طاقم السجن بتلبية بعض طلباتهم الغير قانونية في كثير من القضايا مثل الزيارة المقربة مع الزوجة و الأبناء و إلا سيفعلون ما قام به ذلك المسجون. و لكن الأمر المهم هنا هو كيف يوفر طاقم السجن المساعدة لهؤلاء المساجين المشوهين

لأجسادهم و الذين لديهم رغبة في المرور إلى فعل الانتحار لأنه لابد لهم من برامج علاجية تسعى للتكفل بهم و هذا بعد البحث عن أسباب قيامهم بمثل هذا السلوك و قياس درجة كفاءتهم الذاتية لان هذه الأخيرة لها تأثير و دور في توجيه السلوكيات .



## الفصل الأول إشكالية البحث و فرضياته

## الإشكالية:

تتميز الأوساط والبيئات سواء كانت مفتوحة أو مغلقة ببعض الخصوصيات والسلوكيات ايجابية كانت أو سلبية. فمثلا نجد في الوسط المفتوح حرية الفرد في الأكل والشرب والنوم واللبس والدراسة والعمل والنزهة وغيرها من الخصوصيات التي لا يشعر الفرد بقيمتها إلا اذا حرم منها أو قيد فيها بقوانين فمثلا في الوسط المغلق كمراكز إعادة التربية وجنوح الأحداث أو السجون أو المؤسسات الشبيهة بذلك نجد أن هناك قواعد وقوانين تضبط وتتحكم في هذه الخصوصيات فمثلا في السجن النوم المؤقت منظم ولا يمكن لمسجون أن يستلقي بدون سبب أثناء وقت خروج المساجين إلى الفناء كذلك وقت تناول الدواء الذي لا يكون برغبة من المسجون دائما لان الدواء يتم توزيعه من قبل عون مسؤول عن ذلك .

و لهذه الخصوصيات و لملاحظة الباحثة لبعض السلوكيات التي أثارت دافعيتها أثناء مجال عملها كأخصائية نفسانية بالسجن جعلها تبحث و تحاول الكشف عن الآثار المترتبة على هذه الخصوصيات و الضوابط.

كما أن السجن يعتبر نوع من أنواع البيئات المغلقة و التي تشمل العديد من المساجين مختلفي الأعمار و الأجناس و الثقافات و التربية و العادات و التقاليد و اللغات ... كما انه تسييره مجموعة القوانين و القواعد العامة و الخاصة ( النظام الداخلي للمؤسسة ) هذه القوانين و القواعد صحيحة كانت أم خاطئة قد تكون سببا في ملاحظة ظهور بعض

السلوكيات مثل سلوك التشويه الجسدي أو محاولات الانتحار و غيرها . فمثلا هذين السلوكين نجدهما في الوسط المفتوح ولكن بتحفظ بحكم العادات و المجتمع و العرف و الثقافة و الدين حيث نادرا ما نراه بالتصريح . أما في السجون فيعتبر من الظواهر الواسعة الانتشار على المستوى العالمي أين يظهر في كل حي و جناح جماعي كان أو زنزانة فردية . في العيادة و في ورشات العمل و غيرها من أماكن السجن هذا السلوك الذي يعرفه القاموس الصحي و التطبيقي لموسبس (2000. mosbus medical ) بأنه حالة مرضية يعرض الفرد نفسه فيها لخطر الإصابة و النزيف و لكنه لا يقتل نفسه بهذا السلوك إنما لتحقيق مكاسب ثانوية كالإقامة في عيادة السجن مثلا ... لهذا فسر العلماء الباحثين في هذا المجال أمثال فافازا سلوك التشويه الجسدي بصفة عامة ينشئ عن مصادر ذاتية و موضوعية فمثلا الهروب من الفراغ كما هو الحال في السجن . الشعور بالهم و مشاعر عدم الواقعية و التخفيف من القلق كلها تساهم في تحلي المسجون المشوه لجسده بالمشاعر السلبية المكثفة مما تجعله غير قادر على المواجهة و بالتالي إحداثه للتشويه من اجل خفض مستوى الإثارة الانفعالية إلى إثارة يمكن تحملها .

كما ارجع بعض العلماء أمثال هربرتز ( 1995 . herpertz ) أسباب التشويه الجسدي إلى الضغوط الاجتماعية هذا ما قد نجده سببا في تشويه المساجين لأجسادهم فعدم زيارة الأهل مثلا أو هجر الزوجة أو وفاة احد الوالدين و هو داخل السجن و لا يسمح له بالخروج و حضور الجنازة يزيد من مستوى الشعور باليأس و الفتور و التوتر و التي يبدو و كأنها انفعال سلبي يتصاعد لأقصى مرحلة هذه إحدى الأسباب التي سعت المديرية

العامة لإدارة السجون من أجل التخفيف أو التخلص منها من أجل عدم شعور المسجون بالفراغ و الهم و مشاعر عدم الواقعية و من عصاب السجن و صدمة الدخول إلى السجن و ذلك بإحداث ما يسمى بسياسة إعادة الإدماج حيث تسعى إلى تدريس المساجين و التكوين في عدة مجالات كالنجارة و البناء و الحدادة ... المشاركة في النشاطات الثقافية المبرمجة مثل إعداد بطولات رياضية و المجلة الخاصة بالسجن ... هذا كله كي لا يلجئ المسجون إلى بعض السلوكيات السيئة و على رأسها التشويه الجسدي . لكن ما لاحظته الباحثة هو التكفل بذات المسجون لان أساليب التكفل و التحكم في الذات من الجوانب المهمة في مجال الرعاية الصحية في مثل هذه الحالات . و في العقدين الأخيرين شهدنا تطور أساليب سلوكية فعالة و مجالات بحوث مساندة موجهة خصيصا نحو تعديل نمط الحياة السيئ المرتبط بخبرة سيئة حيث تعتبر الصورة التي يتمثلها كل فرد عن نفسه ذات أهمية قصوى في ظهور بعض السلوكيات ايجابية كانت أم سلبية إذ تعتمد قدرتنا على الفعل و دافعيتنا للنشاط و الانجاز على قدر ما ندركه من تقديرنا لذواتنا و وعينا بمفهوم الذات وهذا ما يعرف باسم الكفاءة الذاتية و التي تعد من المحددات الرئيسية لممارسة السلوك السليم و الصحي فاعتقاد المدخنين على سبيل المثال بانهم لا يستطيعون تغيير عاداتهم بالشكل السليم سوف يمنعهم من محاول التوقف عن هذه العادة و مع انهم يعلمون تماما بان التدخين فيه مجازفة و أن التوقف عنه قد يمنع الكثير من المضاعفات الناجمة عنه و هذا ما يؤكد وجود علاقة قوية بين إدراك بأنه يتمتع بالكفاءة الذاتية و بين قيامه مبدئيا بإحداث تغيير في أسلوب حياته ( شيلي تايلور .2008) و لم يبتعد باندورا (bandura.1997) عن هذا الاتجاه فقد أشار

بان الفرد يدرك مختلف المواقف من خلال طريقته و أسلوبه في تناولها و معالجتها و أن طريقتنا في معالجة الأحداث المحيطة بنا تلعب دورا أساسيا في بناء شعورنا بفاعليتنا إزاء معالجة هذه المواقف ( سامر جميل رضوان 1977) فذووا الكفاءة المرتفعة يشعرون أن حياتهم أفضل و مشاعرهم أكثر جاذبية و بان الكروب و المحن امتحان و تحدي لإمكانيات و قدرات الفرد. فإذا أصيبوا بمرض سرعان ما يتعافون منه أو يرون أن المواقف الضاغطة تدفعنا إلى التكيف الايجابي و التغلب عليها (bandura.1997 p 259) . أما الذين يضمنون بانهم لا يملكون فرص أو إمكانيات لتغير سلوكهم و تحسينه و أنهم لا يستطيعون ذلك فهم من منخفضي الكفاءة الذاتية هذا ما ركزت عليه الباحثة من خلال ملاحظتها بان معظم المساجين المشوهين لأجسادهم يدعون بأنهم لا حيلة لهم و لا يستطيعون تغير سلوكهم و التحكم فيه أو التوقف عن هذا السلوك . و سعت الباحثة إلى تنمية الكفاءة الذاتية من اجل الممارسة الفعلية للسلوكات الصحية الايجابية من خلال مجموعة الاستراتيجيات و المهارات الأساسية في البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي الذي يتم من خلاله تدريب المساجين فيه من اجل رفع كفاءتهم الذاتية و بالتالي قدرتهم على التحكم في سلوك تشويه الجسد لان العلاج السلوكي الجدلي هو علاج نفسي اجتماعي قائم على نظرية العلاج المعرفي و السلوكي أي انه طريقة تجمع بين عناصر فئات العلاج المعرفي السلوكي و الاسترخاء و المهارات المساعدة و تعزيز مهارات الوعي بالذات و فنيات المعالجة الأساسية كحل المشكلات و التدريب على مهارات التعرض و تعديل المعارف .

هذا العلاج الذي صمم خصيصا للأفراد الذين يعانون من سلوك التشويه الجسدي هذا الأخير معتمد و مطبق في مستشفيات بريطانيا و اسبانيا في القسم الخاص بالاستعجالات الطبية و هدفها هو استبصار الفرد المشوه لجسده بذاته و تحسين كفاءتهم الذاتية و هذا ما سعت إليه الباحثة من اجل تحقيقه من خلال تطبيق هذا البرنامج العلاجي على فئة المساجين مع مراعاة خصوصية الوسط المغلق و هذا قصد الإجابة على التساؤلات التالية :

\* هل توجد علاقة ارتباطيه بين انخفاض درجة الكفاءة الذاتية و سلوك التشويه الجسدي لدى

المساجين المتواجدين بمؤسسة إعادة التأهيل بتازولت ولاية باتنة

\* هل البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي يفيد في رفع درجة الكفاءة الذاتية و تخفيف سلوك

التشويه الجسدي للمساجين المتواجدين بمؤسسة إعادة التأهيل بتازولت ولاية باتنة

## 2\_ دوافع اختيار الموضوع :

\_ كثرة سلوك التشويه الجسدي في المؤسسات العقابية .

\_ صعوبة التكفل و التعامل مع المساجين المشوهين لأجسادهم .

\_ التعامل مع المشوه لجسده في السجن على انه خطير امنيا و اللجوء إلى تحويله من

المؤسسة كحل دون علاج اضطراب تشويه الجسد.

\_ أبداء رغبة في العلاج من طرف بعض المساجين المشوهين لأجسادهم.

\_ سوء المعاملة من طرف العمال بالسجن مع المسجون بعد قيامه بتشويه جسده ( أي عدم

التكفل).

### 3\_ أهمية البحث:

- قلة الدراسات السيكولوجية في مجال الوسط العقابي أو المسجون .
- حداثة علم النفس الوسط العقابي و قلة الدراسات التي تناولت فئة المساجين خاصة من الناحية المرضية

- تعتبر الدراسة الأولى من نوعها حسب علم الباحثة في الجزائر و في الوطن العربي التي تبحث عن علاقة الكفاءة الذاتية (خفضها أو ارتفاعها ) بسلوك تشويه الجسد لدى المساجين.
- النموذج العلاجي المقترح يمكن أن يساعد المساجين للتخفيف من حدة تشويه أجسادهم .

### 4\_ أهداف البحث:

- تشخيص الكفاءة الذاتية للمسجون الذي يمر إلى فعل التشويه الجسدي الذاتي المتواجد بمؤسسة إعادة التربية و التأهيل بتازولت ولاية باتنة .
- كشف درجة الكفاءة الذاتية لدى المساجين المشوهين لأجسادهم و المتواجدين بمؤسسة إعادة التربية و التأهيل بتازولت ولاية باتنة .
- بناء برنامج علاجي لرفع درجة الكفاءة الذاتية من اجل خفض سلوك التشويه الجسدي لدى المساجين المتواجدين بمؤسسة إعادة التربية و التأهيل بتازولت ولاية باتنة و التأكد من فعاليته لدى العينة المستهدفة بالبحث.
- التعرف على تأثير البرنامج العلاجي لرفع درجة الكفاءة الذاتية للمسجون المشوه لجسده .

-الكشف عن الفروق في سلوك التشويه الجسدي لدى أفراد العينة حسب العوامل التالية :  
السن ،المستوى التعليمي ،التصنيف الأمني له ،الوضعية الجزائية (محكوم عليه نهائيا أو متهم) مدة السجن .

- التعرف على الفروق في مستوى الكفاءة الذاتية لدى أفراد العينة حسب العوامل التالية :  
السن ،المستوى التعليمي ،التصنيف الأمني له ،الوضعية الجزائية , مدة السجن .

- تطبيق البرنامج العلاجي على المساجين المشوهين لأجسادهم للتخفيف من حدة هذا السلوك و ذلك برفع درجة الكفاءة الذاتية لديهم .

-التحقق من فعالية البرنامج العلاجي في التخفيف من حدة تشويه الجسد لدى العينة التجريبية بعد تطبيق البرنامج التدريبي مباشرة (القبلي من البعدي).

## 5\_التعريف الإجرائي لمغيرات البحث:

### 5\_1\_ البرنامج العلاجي:

هو البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي الذي يتكون من مجموعة من المهارات المعرفية و السلوكية المكيفة من قبل الباحثة لتلائم مع خصوصيات الوسط العقابي المغلق

### 5\_2\_ الكفاءة الذاتية :

هي الاعتقادات المفترضة التي يمتلكها المسجون حول قدراته و التي تمثلها الدرجة الكلية المتحصل عليها في مقياس الكفاءة الذاتية لنادية سراج جان .

## 5\_3\_ التشويه الجسدي:

هو سلوك متعلق بقيام المسجون بإحداث تلف على مستوى أنسجة الجلد و التي تظهر درجات مرتفعة في عدد الاستجابات المتعلقة بنعم في تكرارات الاستبيان الذي قامت الباحثة بإعداده.

## 6\_ الدراسات السابقة :

6\_1 قام العالم فيريرا و كاسترو و آخرون عام 1998 ( F erreira de Castro et al )

بدراسة تشخيصية للطب النفسي بين الذين يقومون بإيذاء الذات كمقابل للمحاولة الانتحارية ففي المحور الأول تم تشخيص 14% من مشوهي الذات بأنهم مصابون بالاكنتاب مقابل 56% بالانتحار، وتم تشخيص الاعتماد الكحولي ب61% لمجموعة مشوهي الذات و لكن 26% لمجموعة محاولي الانتحار ، وكان حوالي 02% من مجموعة مؤذي الذات مصابون بالشيزوفرنيا ، و كانت مجموعة مؤذي الذات أكثر إصابة باليأس و اعتلال المزاج في التشخيصات المرتبطة بالاكنتاب .

ولقد أوضحت نتائج هذه الدراسة أن هناك تناقضا متشابها في تشخيصات المحور الثاني لمن يوجه تشويبه للذات نحو الانتحار و من لم يتوجه نحو ذلك و برغم أن 09% من المجموعات كخط أساسي (قاعدي) و 05% لكل واحدة ، 13% مؤذي الذات مقابل 07% لمحاولي الانتحار، والإصابة بالشيزوفرنيا : ( مؤذي الذات 02% مقابل 05% لمحاولي الانتحار ) (أن سكستون .2004. ص 94).



6\_2 قام كل من هانز و آخرون سنة 1995 ( Haines et al ) بدراسة تهدف إلى تقديم شواهد قوية بان تشويه الجسد يحدث توترات فسيولوجية سريعة و مؤثرة ، و التي تحتوي على الاستثارة الفسيولوجية التي تحدث بسبب الحالات الانفعالات السيئة، حيث قام بقيادة مجموعة من ذوي مشوهي الجسد و عينة من الذين لايقومون بتشويه الذات من خلال جلسات تخيلية عايش فيها كل فرد من العينة نفس المشاهد (السيناريو) بطريقة عشوائية الترتيب :مشهد متخيل يصور العدوان ، ومشهد محايد ،و مشهد تشويه عارض ،ومشهد صريح لتشويه الجسد .و كانت المشاهد لها أربع مراحل :مجال المشهد ،طريقته، حادثته ،نتيجته. و أثناء الجلسات الموجهة تتم قياس الاستثارة الفيزيولوجية و الاستثارة الموضوعية ، و كانت النتائج مذهلة ،حيث لم توجد فروق بين ردود أفعال أفراد العينة في كل من المشاهد العدوان، الحادثة، و المحايد ،أما في مشهد تشويه الجسد فكانت المجموعة الضابطة أعلى في مستوى الإثارة برغم هدوء التعليمات التي اشتملت عليها النتائج ،وعلى العكس فان مشوهي الجسد قد عايشوا خبرات متزايدة الاستثارة من خلال المجال و الطريقة حتى اتخاذ القرار بتشويه الجسد،و عندئذ انخفض توترهم وازداد انخفاضه في المرحلة الطارئة وضل منخفضا .(أن سكستون .2004.ص 94).

6\_3 دراسة لسيباستيان كارون سنة 2002 تحت عنوان التشخيص الفارقي للمعتقلين بسجن الكيباك الذين قاموا بفعل انتحاري أو تشويه الجسد حيث وجدت الباحثة إشكاليتين رئيسيتين تتعلق بمجتمع الدراسة هما: \_ أما ارتفاع معدل الانتحار بنسبة كبيرة من

الاضطرابات النفسية التي يكون الانتحار أو تشويه الجسد عرض من أعراضها الإكلينيكية , حتى ولو انه من الصعب التميز بين هذين السلوكين و خاصة في السجن .

\_ أما محاولات الانتحار و تشويه الجسد تربط بثلاث اضطرابات سريرية من الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية وتشمل المحور الأول و ثلاث اضطرابات من المحور الثاني .

و انقسمت عينة البحث إلى مجموعتين هما مجموعة المساجين الذين قاموا بمحاولات الانتحار و كان عددهم 38 فرد و مجموعة تشمل المساجين اللذين قاموا بتشويه أجسادهم و كان عددهم 29 فرد. و استخدمت الباحثة المقياس التقييمي لخطورة محاولة الانتحار لدي سميث و المقابلة السريرية المنظمة و سمح هذا التقييم من تحديد لدى الشخص المفحوص التشخيص الرئيسي للمحورين 1 و 2 من الدليل التشخيصي و الإحصائي.

و كانت النتائج غير قادرة علىظهار فروق ذات دلالة إحصائية بين الأشخاص الذين حاولوا الانتحار و الذين و أولئك الذين يشوهون أنفسهم سوءا من حيث متغيرات الاضطرابات السريرية و اضطرابات الشخصية و يمكن تفسير ذلك بصعوبة تحديد السلوكيين التدميريين اللذين يخضعان للدراسة و مع ذلك يمكن ملاحظة بعض الاتجاهات و مناقشتها من حيث الملاحظات السابقة التي كتبها فوريس و فولويلر . غير أن هذه النتائج لا يمكن أن تشكك في أهمية التميز السريري بين أنواع السلوك المدمر للذات بل و على الأقل الاهتمام بمعالجة حساسية السجناء.

## التعليق على الدراسة السابقة:

من خلال الدراسة السابقة يمكن استخلاص مايلي :

- أولا متغير الكفاءة الذاتية لم يتم تناوله كدراسة لدى المساجين .
- هناك فروق في اختلاف أداة الدراسة فمنهم من استخدم العلاج السلوكي و منهم من استخدم الاستبيان و المقاييس و المقابلة العيادية أما الدراسة الحالية فقد استخدمت العلاج و الاستبيان و المقابلة العيادية.
- لا توجد دراسات تناولت متغيرات البحث لدى المساجين لهذا تعتبر الدراسة الأولى على مستوى الوطن العربي حسب علم الباحثة بعد الاطلاع على معظم الدراسات الخاصة بهذه الفئة .

- لا توجد دراسة تناولت العلاج السلوكي الجدلي لهذا تعتبر الدراسة الأولى في الجزائر حسب علم الباحثة التي تطبق هذا النوع من العلاج .

## 7\_ فرضيات البحث

### الفرضية العامة :

يساهم البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي المقترح في رفع درجة الكفاءة الذاتية و خفض سلوك التشويه الجسدي لدى المساجين المتواجدين بمؤسسة إعادة التربية و التأهيل بتازولت ولاية باتنة .

## الفرضية الجزئية:

1-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على مقياس الكفاءة الذاتية لصالح القياس البعدي لدى المساجين المتواجدين بمؤسسة إعادة التربية و التأهيل بتازولت ولاية باتنة .

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد العينة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على مقياس تشويه الجسد لصالح القياس البعدي لدى المساجين المتواجدين بمؤسسة إعادة التربية و التأهيل بتازولت ولاية باتنة .

3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على مقياس الكفاءة الذاتية لدى المساجين المتواجدين بمؤسسة إعادة التربية و التأهيل بتازولت ولاية باتنة .

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على مقياس تشويه الجسد لدى المساجين المتواجدين بمؤسسة إعادة التربية و التأهيل بتازولت ولاية باتنة .

5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الكفاءة الذاتية لصالح المجموعة التجريبية لدى المساجين المتواجدين بمؤسسة إعادة التربية و التأهيل بتازولت ولاية باتنة .

- 6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس تشويه الجسد لصالح المجموعة التجريبية لدى المساجين المتواجدين بمؤسسة إعادة التربية و التأهيل بتازولت ولاية باتنة .
- 7- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على مقياس الكفاءة الذاتية لدى المساجين المتواجدين بمؤسسة إعادة التربية و التأهيل بتازولت ولاية باتنة .
- 8- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على مقياس تشويه الجسد لدى المساجين المتواجدين بمؤسسة إعادة التربية و التأهيل بتازولت ولاية باتنة .

## الفصل الثاني : الاطار النظري و المفاهيمي للكفاءة الذاتية

### تمهيد:

تعتبر الكفاءة الذاتية من أكثر المفاهيم النظرية و العلمية أهمية الكفاءة الذاتية في علم النفس الحديث ذلك الذي وضعه باندرود ( Bandura ) تحت اسم توقعات فاعلية الذات (Expectations Self –efficacy) أو معتقدات الفرد عن قدراته لينجز بنجاح سلوكا معيناً . ويشير باندرود ( Bandura ) (1977) إلى أن معتقدات الفرد عن قدراته على تنظيم تصرفاتهم الهامة في حياتهم باعتبارها إدراك هؤلاء الأفراد لفاعلية الذات لديهم ، فكل واحد له نمط فريد من كفاءته الذاتية المدركة و التي تؤثر و تحدد الأنشطة التي يقوم بها أو بتجنبها .(Bandura , 1997,p.190).

ويؤكد باندرود ( Bandura ) (1982) على أن معتقدات الفرد عن كفاءته الذاتية تتجلى من خلال الإدراك المعرفي للقدرات الشخصية ، و الخبرات المتعددة سواء المباشرة أو الغير مباشرة ( Bandura , 1982,p.182).

أن سلوك الفرد وفقا لنظرية فاعلية الذات لاتحكمه فقط قدرة الفرد المدركة على انجاز السلوك بل يحكمه أيضا الأثر المتوقع من انجاز أو تحقيق هذا السلوك .و تقوم هذه النظرية على أساس الأحكام الصادرة من الفرد عن قدرته على القيام سلوكاته معينة .و الكفاءة الذاتية ليست مجرد مشاعر عامة و لكنها تقويم من جانب الفرد لذاته عما يستطيع القيام به ،و مدى مصابته ،و للجهد الذي يبذله و مرونته في التعامل مع المواقف الصعبة و

المعقدة. ففاعلية الذات تؤثر في أنماط التفكير ، التصرفات ، و الإثارة العاطفية . و تعد الكفاءة الذاتية من أهم آليات القوى الشخصية لدى الأفراد ، حيث تمثل مركزا أساسيا في دافعية الأفراد للقيام بأي نشاط ، فهي تساعد الفرد على مجابهة الضغوط التي تعترض طريقه في مراحل حياته المختلفة (صالح ، عواطف ، 1993 ، ص.461).

ويؤكد باندورا (Bandura) (1977) على أن مفهوم الفرد عن كفاءته الذاتية يظهر من خلال الإدراك المعرفي لقدرات الفرد الشخصية و من خلال تعدد الخبرات على مساعدة الذات في التغلب على الضغوط التي تواجهه، و هذه الخبرات للممارسات إذا كانت تتسم بالفشل فإنها قد تعوق الذات عن القيام بوظائفها الايجابية (Bandura , 1977,p.191) كما يرى باندورا (Bandura) (1982) أن الكفاءة الذاتية ليست سمة ثابتة في السلوك الشخصي بل هي مجموعة من الأحكام لاتتصل بما أنجزه الفرد فقط ، و لكن أيضا بالحكم على ما يستطيع انجازه ، و أنها نتاج المقدرة الشخصية . (Bandura, 1982, p126).

أن آلية الكفاءة الذاتية يمكن أن يكون لها قيمة كبيرة في تفسير تصرفات ، كما أن لها دور كبير في تفسير السلوك الصحي و مدى تقيد الفرد به لتجاوز أزماته الصحية ، و في هذا الفصل سنحاول التطرق إلى مفهوم كفاءة الذاتية و نظريتها و أبعادها ، و مصادرها و أنواعها و خصائصها ، و نختمه بالخصائص العامة لدى مرتفعي كفاءة الذات و لدى منخفضي كفاءة الذات

## اولا- مفهوم الكفاءة الذاتية:

بعد مفهوم الكفاءة الذاتية من المفاهيم المهمة التي طرحتها النظرية المعرفية الاجتماعية لتفسير السلوك الإنساني ، و قد تناول الباحثون في البيئة العربية مصطلح Self-Efficacy و ترجم إلى مصطلحي كفاءة الذات أو فعالية الذات و أحيانا يستخدم مصطلح Self-Efficiency بمعنى فعالية الذات .

وقد ظهر مفهوم الكفاءة الذاتية على يد العالم ألبرت باندورا Albert Bandura (1977) عندما قدم نظرية متكاملة لهذا المفهوم حدد فيها أبعاد و مصادر الكفاءة الذاتية ، ويشير هذا المفهوم إلى اعتقاد الفرد أو إدراكه لمستوى أو كفاءة أو فاعلية إمكاناته أو قدراته الذاتية ، و ما تنطوي عليه من مقومات عقلية معرفية و انفعالية دافعية و حسية عصبية لمعالجة المواقف أو المهام أو المشكلات أو الأهداف الأكاديمية و التأثير في الأحداث لتحقيق انجاز ما في ظل المحددات البيئية القائمة .(الزيات، 1999، ص 56).

ويذكر باندورا ( Bandura 1988 ) أن الكفاءة الذاتية هي قدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في موقف معين و التحكم في الأحداث التي يؤثر على حياته ، و إصدار التوقعات الذاتية عن كيفية أدائه للمهام و الأنشطة التي يقوم بها ، و التنبؤ بمدى الجهد و المثابرة المطلوبة لتحقيق ذلك النشاط او العمل .

( Bandura , 1988,p.479 )

ويرى باندورا ( Bandura ) (1977) أن فاعلية الكفاءة الذاتية هي الحكم على قدرة انجاز نموذج سلوكي محدد ، و قد طور باندورا ( Bandura ) (1977) هذه التعريف باقتراحه



مفهوم معتقدات كفاءة الذات ( Self-Efficacy Beliefs ) و التي هي ما يعتقد الفرد عن قدراته و إمكانياته ، و تظهر في جهده و مثابرته على أداء المهام .

(المشيخي ، 2009، ص. 70 )

و يعرف الشعراوي (2000) مفهوم الكفاءة الذاتية على انه مجموعة الأحكام الصادرة عن الفرد و التي تعبر عن معتقداته حول قدراته على القيام بسلوكيات معينة ، و مرونته في التعامل مع المواقف الصعبة و المعتقد ، و تحدي الصعاب و مدى مثابرته للإنجاز ، و يتضمن هذا المفهوم الأبعاد التالية التي أظهرها التحليل العاملي :الثقة بالنفس ، و المقدرة على التحكم في ضغوط الحياة ، و تجنب المواقف التقليدية ، و الصمود أمام خبرات الفشل ، و المثابرة للإنجاز (الشعراوي ، 2000، ص.279).

و يذكر ( Egan ) (1982) أن الكفاءة الذاتية (Self-Efficacy) لها علاقة كبيرة برغبة الأفراد و استعداداتهم لبذل و تقديم الجهد و التعامل مع الضغوطات و مواجهتها و مقدار الجهد الذي سيبدله (الدردير ، 2004، ج.2، ص.209).

ويعرف عواطف صالح (1993) الكفاءة الذاتية على أنها الإدراك الذاتي لقدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في أي موقف معين ، و توقعاته عن كيفية الأداء الحسن ، و كمية الجهد و النشاط ، و المثابرة المطلوبة عند تعامله مع المواقف و التنبؤ بمدى النجاح في تحقيق ذلك السلوك . (صالح،عواطف ، 1993، ص.461).

ويرى (BERY)(1986) أن الفرد إذا شعر بالكفاءة و الثقة أي كفاءته الذاتية عالية فانه من المحتمل أن يبذل الجهد و المثابرة اللازمة لإتقان العمل.

(الدريير، 2004، ج.2، ص.209).

من خلال هذه التعاريف يمكننا القول أن الكفاءة الذاتية هي مدى تصور الفرد و تقديره لقدراته و إمكانياته في انجاز سلوك معين و قدرته على مواجهة الضغوط.

و يذكر أبو هاشم (1994) أن الكفاءة الذات هي توقع الفرد في قدرته على أداء مهمة محددة ، و هي بذلك تعني استبصار الفرد بإمكانياته و حسن استخدامها ،بينما توقعات كفاءة الذات السالبة تعني انخفاض ثقة الفرد في قدراته على أداء السلوك .

( أبو هاشم أبو هاشم ، 1994، ص.57).

ويشير (Shell) (1989) إلى أن الكفاءة الذات هي الميكانيزم الذي من خلاله يتكامل الأشخاص ،و يطبقون مهاراتهم المعرفية و السلوكية و الاجتماعية الموجودة .

على أداء مهمة معينة،يعبر عنها على أنها صفة شخصية في القدرة على أداء المهام بنجاح في مستوى معين . (الدريير ،2004، ج.2، ص.210).

و يعرف زيدان (2000) كفاءته الذاتية على أنها إدراك الفرد لقدراته على انجاز السلوك المرغوب فيه بإتقان و رغبته في أداء الأعمال الصعبة ،و تعليم الأشياء الجديدة ،و التزامه بالمبادئ وحسن تعامله مع الآخرين ،و حل ما يواجهه من مشكلات ،و اعتماده على نفسه في تحقيق أهدافه بمثابرتة و إصرار . (المشيخي ، 2009، ص.70).

و يرى الفرماوي (1990) أن توقعات الكفاءة الذاتية للشخص يمكن أن تحدد المسار الذي يتبعه كإجراءات سلوكية إما في صورة ابتكاريه أو نمطية، كذلك فإن هذا المسار يمكن أن يشير إلى مدى اقتناع الفرد بفاعليته الشخصية ( Personal Efficacy )، وثقته بإمكاناته التي يقتضيها الموقف . (المشيخي، 2009، ص.72) .

كما يرى العدل (2001) أن كفاءة الذات هي ثقة الفرد في قدراته خلال المواقف الجديدة أو المواقف ذات المطالب الكثيرة و غير المألوفة أو هي اعتقادات الفرد في قوة الشخصية مع التركيز على الكفاءة في تفسير السلوك دون المصادر و الأسباب الأخرى للتفاؤل (العدل، 2001، ص.131) .

و من خلال هذا يمكن أن نقول أن الكفاءة الذاتية هي قدرة الفرد على تحقيق السلوك المرغوب و التحكم في الظروف البيئية المحيطة به.

و يعرف باندورا (Bandura) الكفاءة الذاتية على أنها اعتقادات الفرد حول قدرته على تحقيق مستويات من الأداء، تتأثر على الأحداث التي تمس حياته و شعوره، على فعل شيء ما في مواجهة الأحداث و أنها تحت سيطرته غالبا.

(زعطوط، رمضان، 2005، ص.42).

ويتصف مفهوم الكفاءة الذاتية (Self-Efficacy) كما يشير باندورا ( Bandura ) (1982) بأنه ذو طبيعة تأثيرية و قادر على تفسير السلوك الضروري لفهم تعامل الأفراد مع بيئاتهم و هو لب بناء علاقة بين المعرفة و السلوك .

و أشار باندورا ( Bandura ) (1977) إلى أن الكفاءة الذاتية تساعد على المواظبة في أداء العمل حتى يتحقق النجاح بينما يؤدي عدم الكفاءة إلى عدم المثابرة ، و أن مفهوم كفاءة الذات ذو طبيعة تنبؤية انتقالية فمن المفترض أن الكفاءة تؤثر في اختيار السلوك الفعال و الجهد المبذول و المداومة في التصدي للصعاب و القيام بالعمل .

(Bandura , 1977,p.191).

ويشير مفهوم الكفاءة الذاتية إلى معتقدات الفرد و قناعاته فيما يخص قدراته على ممارسة النشاطات اللازمة ، و تنفيذها قصد بسط السيطرة على حدث معين أو التحكم فيه ، و يعتقد باندورا ( Bandura ) أن التعلم الاجتماعي من خلال الملاحظة و النمذجة أو التقليد هو لمصدر الرئيسي لكفاءة الذات . (يخلف ، عثمان، 2001، ص.33) .

كذلك يرى باندورا ( Bandura ) (1977) أن من بين المتغيرات المعرفية التي تحدث قبل القيام بالسلوك ما يسمى بالتوقعات أو الأحكام ، سواء كانت هذه التوقعات أو الأحكام خاصة بإجراء السلوك أو الناتج النهائي له ، و أطلق على هذه التوقعات مصطلح فاعلية الذات، و يعني أحكام الفرد على توقعاته عن قيامه بالسلوك في وضعيات يسودها الغموض ، و تنعكس هذه التوقعات على اختيار الأنشطة المتضمنة في الأداء و الجهد المبذول ، و التصدي للصعاب و انجاز السلوك . (Bandura , 1977,p.191).

و يضيف باندورا ( Bandura ) (1989) أن الكفاءة الذاتية (Self-Efficacy) تؤثر في أنماط التفكير بحيث قد تصبح معينات ذاتية أو عوائق ذاتية ، و أن إدراك الأفراد لكفاءة الذات تؤثر على أنواع الخطط التي يرسموها ، فالذين لديهم إحساس مرتفع بكفاءة الذات

يرسمون خطا ناجحة ، و الذين يصدرون على أنفسهم انتقاء الكفاءة أكثر ميلا للخط الفاشلة و الأداء الضئيل و الإخفاق المتكرر ، فالإحساس بالكفاءة ينشئ بناءات معرفية ذات اثر فعال في تقوية الإدراك الذاتي للكفاءة (Bandura , 1989,p.1175).

و يفرق باندورا ( Bandura ) ( 1997 ) بين توقعات و أحكام تحدث قبل السلوك ، و هي توقعات كفاءة الذات ( Self-Efficacy ) و تعني الاعتقاد أن الفرد يمكن أن يؤدي بنجاح السلوك الذي هو بصدد القيام به ، و بين توقعات تحدث بعد بداية السلوك و تعرف بتوقعات النتائج ، أو توقعات الشخص عن مخرجات الاستجابة ( Response Outcomes ) ( Expectation ) ، و تعني اعتقاد الفرد بان سلوكيات معينة سوف تؤدي إلى نتائج معينة ، و تنعكس كفاءة الذات للشخص في التوقعات التي يصدرها عن كيفية قيامه بالمهمة و النشاط المتضمن و مدى تنبؤه بالجهد اللازم و المواظبة المطلوبة

(Bandura, 1997, p.20).

و يؤكد باندورا ( Bandura ) ( 1977 ) على أن الكفاءة الذاتية ليست محددًا كافيًا للسلوك و لكن لابد ان يكون هناك قدر من الاستطاعة لدى الشخص سواء كانت استطاعة فيزيولوجية أو عقلية ، و يضيف بان التوقعات لها تأثير على كل من المبادأة و المواظبة على سلوك حل المشكلة ، و أن من مظاهرها أيضا الاستبصار و الثقة بالنفس و دافعية الانجاز .

و بالتالي فان مفهوم الكفاءة الذاتية الذي قدمه باندور ( Bandura ) في نظريته له دور فعال في الانجاز ،و نجاح الأداء و المواظبة و الرفع من كفاءة الذات و قدرتها على مواجهة العديد من المشكلات التي تقف سدا بين الإنسان و بين ثقته بنفسه .

ويرى سيرفون وبيك ( Cervone et Peake .1986 ) " الكفاءة الذاتية بأنها الادراك الذاتي لقدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في أي موقف معين و توقعاته عن كيفية الأداء الحسن ،و كمية الجهد و النشاط و المثابرة المطلوبة عند تعامله مع المواقف .و التنبؤ بمدى النجاح في تحقيق ذلك السلوك "

( Cervone et Peake .1986,492-294 )

ويشير (السيد، 1998) " بأنها قدرة الفرد على التخطيط و ممارسة السلوك الفعال الذي يحقق النتائج المرغوبة في موقف ما ،و التحكم في الأحداث و المواقف المؤثرة على حياته و إصدار التوقعات الذاتية الصحيحة عن قدرة الفرد على القيام بمهام و أنشطة معينة و التنبؤ بمدى الجهد و المثابرة المطلوبة لتحقيق ذلك العمل أو النشاط

(السيد 1998 ،ص 69 ) .

ويذكر (الزيات،1999 ) " بان الكفاءة الذاتية هي ما يعتقد الفرد بأنه يملكه من إمكانيات تمكنه من أن يمارس ضبطا قياسيا و معياريا لقدراته ،وأفكاره و مشاعره و أفعاله و هذا الضبط القياسي أو المعياري للسلوكيات لهذه المحددات ،يمثل الإطار المعياري للسلوكيات التي تصدر عنه في علاقتها بالمحددات البيئية المادية و الاجتماعية " .

(الزيات ، 1999 ،ص 90).

كما يذكر (Zimmerman 2000) " أن مفهوم الكفاءة الذاتية يشير إلى ادراكات الشخص لقوته على تنظيم وتقليد الأعمال الضرورية للحصول على الأداء المحددة للمهارة من اجل تنفيذ المهمات ، و الأهداف الأكاديمية مثل الدرجات و التقدير الاجتماعي أو فرص العمل بعد التخرج كلها تتنوع بصورة واسعة في طبيعة ووقت انجازها "

( Zimmerman.2000.83 )

ومن خلال هذا يمكن أن تلخص الباحثة تعريف للكفاءة الذاتية بأنها هي درجة اقتناع الفرد بقدرته على الوصول للنتائج الموجودة ، و ذلك نتيجة إدراكه لإمكاناته العقلية ، و الجسمية ، و الاجتماعية ، الانفعالية ، و العصبية الفسيولوجية و المهارية ، فضلا عن مستوى ردود أفعاله الخاصة بالمهمة ، ومدى ثقته في هذا الإدراك و استبصاره بإمكاناته و حسن استخدامها كما أنها تعني ثقة الفرد بقدراته على أداءه في المجالات المتنوعة وكلما كان الفرد قادرا على تحقيق أهدافه كلما دل ذلك على معرفته لنفسه.

ثانيا: نظرية الكفاءة الذاتية :البرت باندورا ( Bandura ) ( 1997 )

تعد نظرية باندورا ( Bandura ) ( 1997 ) للتعلم الاجتماعي ( Social Learning Theory ) من أكثر النظريات استعمالا في الدراسة و البحث عن المحددات النفسية الاجتماعية للسلوك الاجتماعي . (يخلف ، 2001، ص.34)

انطلق باندورا ( Bandura ) ( 1997 ) في تنظيره للكفاءة الذاتية من اعتقاده بان التأثير المرتبط بالمشيرات يأتي من الدلالة التي تعطيهما الفاعلية التنبؤية Predictive (Efficacy) للفرد، وليس من كون هذه المشيرات مرتبطة على نحو ألي بالاستجابة ،وقد

نضر باندورا للكفاءة الذاتية على أنها أحكام الفرد أو توقعاته على أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض أو ذات ملامح ضاغطة (Stressful) ، و تنعكس هذه التوقعات في اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء و المجهود المبذول و المثابرة و مواجهة مصاعب انجاز السلوك . (Pajares ;1996.p.546)

وتقوم نظرية الكفاءة الذاتية على الأحكام التي يصدرها الفرد ،وعلى مدى قدرته على تحقيق الأعمال المختلفة المطلوبة منه عند التعامل مع المواقف المستقبلية ، ومعرفة العلاقة بين هذه التعليمات و الأحكام الفردية و السلوك التابع لها و الناتج عنها ، و هذه الأحكام تعتبر محددات السلوك لدى الفرد في المواقف المستقبلية .

(صالح ،عواطف ،1993،ص 462).

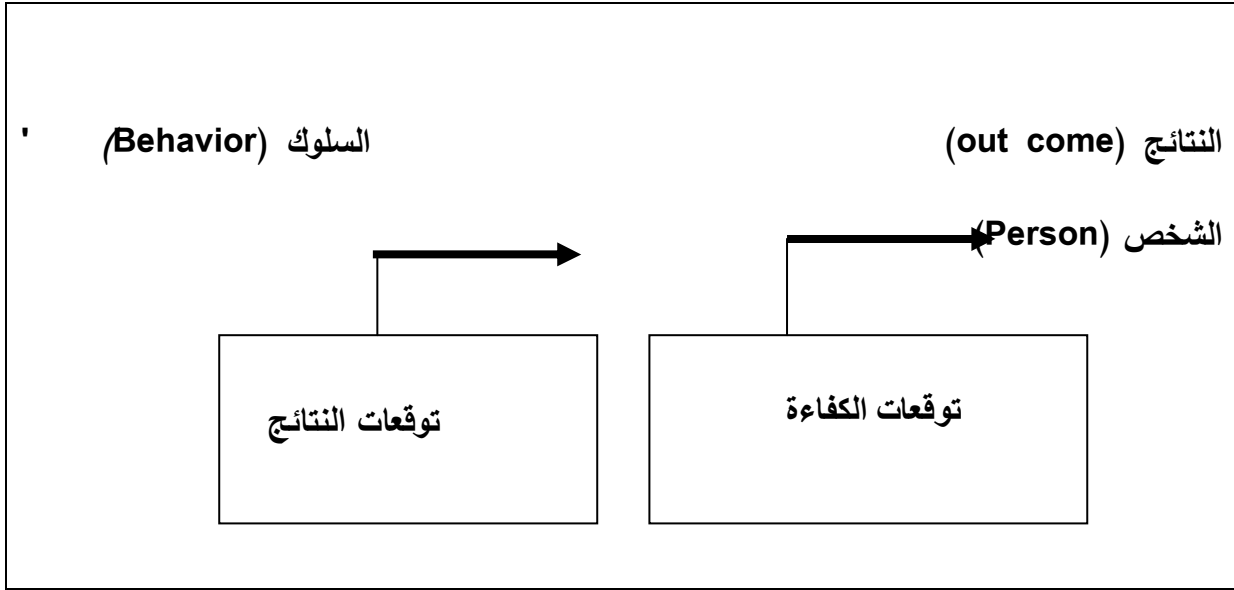
و يرى باندورا ( Bandura ) ( 1997 ) ان سلوك الفرد يحدث وفقا لتوقعاته الخاصة بكل من :

1-توقعات النتائج ( Out Come Expectations ) .

2-توقعات الفعالية (Efficacy Expectations).

و يبدو ذلك من خلال الشكل رقم ( 1 ) التالي:





الشكل رقم ( 1 ) العلاقة بين توقعات الكفاءة و توقعات النتائج

( Bandura ,1997,p 193)

و يعني ذلك أن توقعات الكفاءة الذاتية تسبق توقعات الفرد عن ناتج أو مخرجات السلوك ،و يقرر باندورا ( Bandura ) ( 1986 ) أن كلا من الكفاءة الذاتية و التوقعات عن المخرجات آليتان تتدرجان فيما يسمى بالتقييم الذاتي ( Self –evaluation ) و هما يحددان معا انجاز السلوك على نحو ما . (المشيخي ،2009،ص.75).

و يضيف ( Bandura ) ( 1982 ) أن الكفاءة الذاتية المرتفعة و المنخفضة ترتبط بالبيئة ،فعندما تكون الكفاءة مرتفعة و البيئة ملائمة يغلب أن تكون النتائج ناجحة ،و عندما ترتبط الكفاءة المنخفضة ببيئة غير ملائمة يصبح الشخص مكتئبا حين يلاحظ أن الآخرين ينجحون في أعمال صعبة بالنسبة له،و عندما يواجه الأشخاص ذو الكفاءة المرتفعة موافق بيئة غير ملائمة فإنهم يكيفون جهودهم ليغيروا البيئة ،وقد يستخدمون الاحتجاج و التنشيط الاجتماعي أو حتى القوة لإثارة التغيير، ولكن إذا أخفقت جهودهم فسوف يستخدمون مسلكا

جديدا. و حين ترتبط الكفاءة الذاتية المنخفضة مع بيئة غير ملائمة فثمة تنبؤ بعدم المبالاة و الخضوع و اليأس . ( Bandura,1982,p.123 )

و يشير جابر (1990) إلى أن ( Bandura ) قد توصل في نظريته عن الكفاءة الذات (1977) وبتحقيق توازن بين مكونين أساسيين لبناء النظرية و هما التأمل الإبداعي ، و الملاحظة الدقيقة، وبذلك فهو يختلف عن كل من فرويد ويونج ، وادلر ( Freud jung adler )، حيث نجدهم قد وضعوا نظرياتهم بناء على ملاحظاتهم وخبراتهم الاكاديمية، كما انه يختلف عن كل من دولارد وميلر وسكينر ( dollard,miller,skinner ) . لان نظرياتهم أقيمت على دراسات وتجارب أجريت على الحيوان بينما نظرية الكفاءة الذاتية تقوم على بيانات مستمدة بعناية من دراسة الإنسان ( جاب، عبد الحميد، 1990، ص.441) وذكر باجارس ( pajarcs ) (1996) أن باندورا ( Bandura ) حدد عدة حالات يمكن من خلالها تعميم أحكام الكفاءة الذاتية عبر النشاطات المختلفة وهي :

1- من الممكن توقع أحكام الشخص حول قدرته على إبانة المهارات الأساسية، عندما تتطلب المهمات المتنوعة نفس المهارات الفرعية .يعني انه يقدر على أداء مهام مختلفة.

2- إذا كانت المهارات المطلوبة لإكمال نشاطات مختلفة، مهارات متلازمة، فالشخص يستطيع أداء احد هذه الأنشطة، ويستطيع أداء باقي الأنشطة.

3- إذا حقق الفرد شيئا صعبا فينتج عنه تحول الخبرات ( Transforming Experiences )، والانجاز القوي يقوي اعتقادات الفرد في كفاءته الذاتية عبر

المساحات المتنوعة وغير مترابطة من النشاطات ،فعلى سبيل المثال : طلبت

الماجستير عندما ينجزون بحوثهم ،فان ذلك يمكن أن يعدل من ثقتهم في التعامل

بنجاح مع نشاطات غير مرتبطة بمجال عملهم .(Pajares,1996,p.562)

ويشير باندورا ( Bandura ) ( 1986 ) في كتابة أسس التفكير و الأداء أن نظرية الكفاءة

الذاتية اشتقت من النظرية المعرفية الاجتماعية ( Social Cogaitive Theory )التي

وضع أسسها ، والتي اكد فيها بان الأداء الإنساني يمكن أن يفسرمن خلال المقابلة بين

السلوك ،ومختلف العوامل المعرفية والشخصية والبيئية ،وفيما يلي الافتراضات النظرية

،والمحددات المنهجية التي تقوم عليها النظرية المعرفية الاجتماعية :

1-يمتلك الأشخاص القدرة على عمل الرموز والتي تسمح بإنشاء نماذج داخلية للتحقيق

من كفاءة التجارب قبل القيام بها ،وتطوير مجموعة مبتكرة من الأفعال .

والاختبار الفرضي لهذه المجموعة من الأفعال من خلال التنبؤ بالنتائج . والجمع بين

الأفكار المعقدة وتجارب الآخرين

2-إن معظم أنواع السلوك ذات هدف معين . كما أنها موجهة عن طريق القدرة على التفكير

المستقبلي . كالتنبؤ . وهي تعتمد بشكل كبير على القدرة على عمل الرموز

3-يمتلك الأشخاص القدرة على التأمل الذاتي . والقدرة على التحليل وتقييم الأفكار و

الخبرات الذاتية . وهذه القدرات تتيح التحكم الذاتي في كل من الأفكار والسلوك .

4- يمتلك الأشخاص القدرة على التنظيم الذاتي . عن طريق التأثير على التحكم المباشر

في سلوكهم . وعن طريق اختيار الظروف البيئية . والتي بدورها تؤثر على السلوك . كما

يضع الأفراد معايير شخصية لسلوكهم . ويقومون بتقييم سلوكهم بناء على هذه المعايير . وبالتالي يمكنهم بناء حافز ذاتي يدفع ويرشد السلوك .

5- يتعلم الأفراد عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين. وهذا التعلم يقلل بشكل كبير من الاعتماد على التعلم عن طريق المحاولة والخطأ . ويسمح بالاكتساب السريع للمهارات المعقدة . والتي ليس من الممكن اكتسابها فقط عن طريق الممارسة

6- أن كل من القدرات السابقة ( القدرة على عمل الرموز . التفكير المستقبلي . التأمل الذاتي . التنظيم الذاتي . التعلم بالملاحظة ) هي نتيجة تطور الآليات والأبنية النفسية – العصبية المعقدة . حيث تتفاعل كل من القوى النفسية والتجريبية لتحديد السلوك ولتزيد بالمرونة اللازمة.

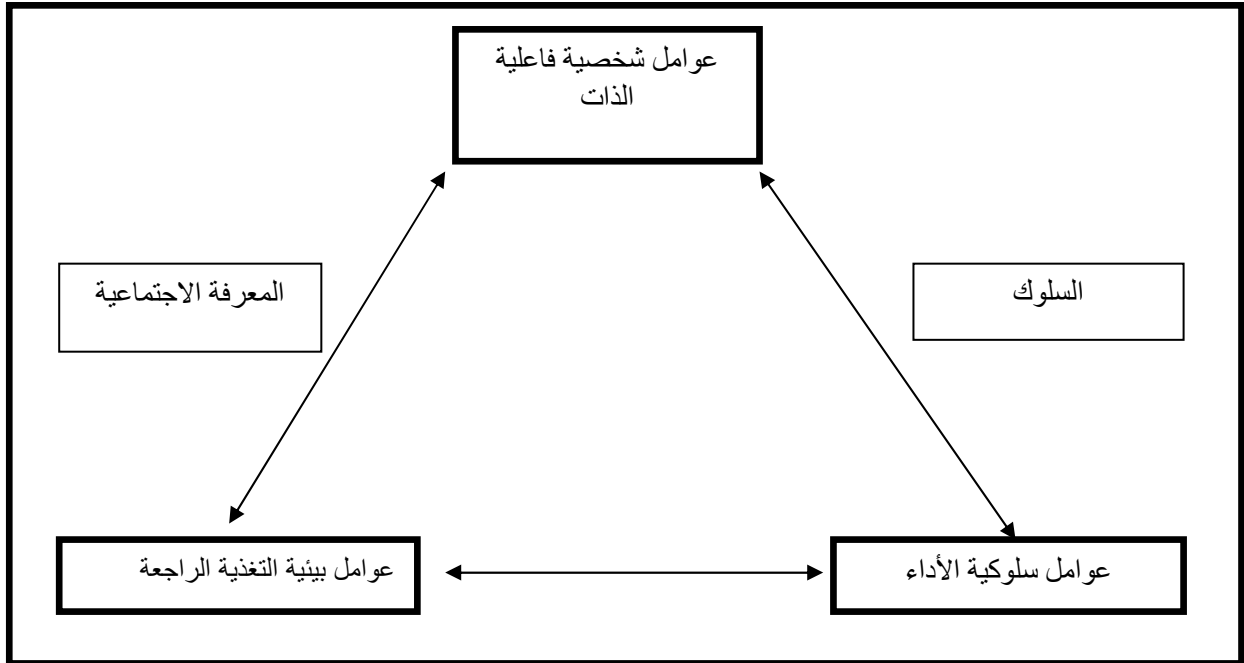
7- تتفاعل كل من الأحداث البيئية والعوامل الذاتية الداخلية ( معرفية . انفعالية . بيولوجية ) والسلوك بطريقة متبادلة . فالأفراد يستجيبون معرفيا وانفعاليا وسلوكيا إلى الأحداث البيئية . ومن خلال القدرات المعرفية يمارسون التحكم على سلوكهم الذاتي . والذي بدوره يؤثر أيضا على الحالات المعرفية والانفعالية والبيولوجية.

ويعتبر مبدأ الحتمية المتبادلة Determinism Reciprocal من أهم افتراضات النظرية المعرفية الاجتماعية . ( انظر الشكل رقم مبدأ الحتمية المتبادلة )

وبالرغم من أن هذه المؤثرات ذات تفاعل تبادلي إلا أنها ليست بالضرورة تحدث في وقت متزامن . أو أنها ذات قوة متكافئة وتهتم نظرية الكفاءة الذاتية بشكل رئيسي بدوره العوامل المعرفية والذاتية في نموذج الحتمية . المتبادلة . التابع للنظرية المعرفية الاجتماعية . ذلك

فيما يتعلق بتأثير المعرفة على الانفعال والسلوك وتأثير كل من السلوك والانفعال والأحداث البيئية على المعرفة. وتؤكد نظرية الكفاءة الذاتية إلي معتقدات الفرد في قدرته على ممارسة التحكم في الأحداث التي تؤثر على حياته. فالكفاءة الذاتية لا تهتم فقط بالمهارات التي يمتلكها الفرد. وإنما كذلك بما يستطيع عمله بتلك المهارات الممتلئة .

ويرى باندورا Bandura 1986 أن الأفراد يقومون بمعالجة وتقدير ودمج مصادر المعلومات المتنوعة المتعلقة بقدراتهم. وتنظيم سلوكهم الاختياري. وتحديد الجهد المبذول اللازم لهذه القدرات. وبالتالي تمتلك التوقعات المتعلقة بالفعالية الذاتية الخلاقة. والاختيار المحدد للأهداف. والأحداث ذات الأهداف الموجهة. والجهد المبذول لتحقيق الأهداف. والإصرار على مواجهة الصعوبات. والخبرات الانفعالية ( الجاسر .2007. ص 29-30)



شكل رقم (2) نموذج الحتمية المتبادلة في نظرية الكفاءة الذاتية

يتبين من الشكل السابق أن نظرية الكفاءة الذات تهتم بدور العوامل المعرفية والذاتية في نموذج الحتمية المتبادلة التابع للنظرية المعرفية الاجتماعية . وذلك فيما يتعلق بتأثير المعرفة على الانفعال والسلوك . وتأثير كل من السلوك والانفعال والأحداث البيئية على المعرفة

### ثالثا :أبعاد الكفاءة الذاتية

حدد باندورا Bandura 1977 ثلاثة أبعاد تتغير فاعلية الذات وفقا لها وهي :

#### 1-قدر الفاعلية Magnitude

وهو يختلف تبعا لطبيعة أو صعوبة الموقف. ويتضح قدر الكفاءة بصورة اكبر عندما تكون المهام مرتبة .وفقا لمستوى الصعوبة والاختلافات بين الأفراد في توقعات الفاعلية.ويمكن تحديده بالمهام البسيطة المتشابهة .ومتوسطة الصعوبة ولكنها تتطلب مستوى أداء شاق في معظمها .

ويذكر باندورا Bandura 1986 في هذا الصدد أن طبيعة التحديات التي تواجه الكفاءة الشخصية يمكن الحكم عليها بمختلف الوسائل مثل :مستوى الإتقان .وبذل الجهد .والدقة .والإنتاجية. والتهديد. والتنظيم الذاتي المطلوب.فمن خلال التنظيم الذاتي فان القضية لم تعد أن فردا ما يمكن أن ينجز عملا معيناً عن طريق الصدفة .ولكن القضية هي أن فردا ما لديه الكفاءة لينجز بنفسه وبطريقة منظمة .من خلال مواجهة مختلف حالات العدول عن

( العبدلي .2009 ص 38 )

الأداء

**2- العمومية Generality**

يشير باندورا Bandura 1977 هنا إلى انتقال توقعات الكفاءة الذاتية من موقف إلى مواقف متشابهة. فالشخص يستطيع النجاح في أداء مهام. مقارنة بنجاح في أداء مهام مشابهة .

وفي هذا الصدد يذكر باندورا Bandura 1986 أن العمومية تحدد من خلال مجالات الأنشطة المتسعة في مقابل المجالات المحددة. وأنها تختلف باختلاف عدد من الأبعاد مثل : درجة تشابه الأنشطة. والطرق التي تعتبر بها عن الإمكانيات أو القدرات السلوكية والمعرفية والوجدانية ومن خلال التفسيرات

الوصفية للمواقف . وخصائص الشخص المتعلقة بالسلوك الموجه ( الجاسر 2007 ص 33 )

**3- الشدة القوة Strength**

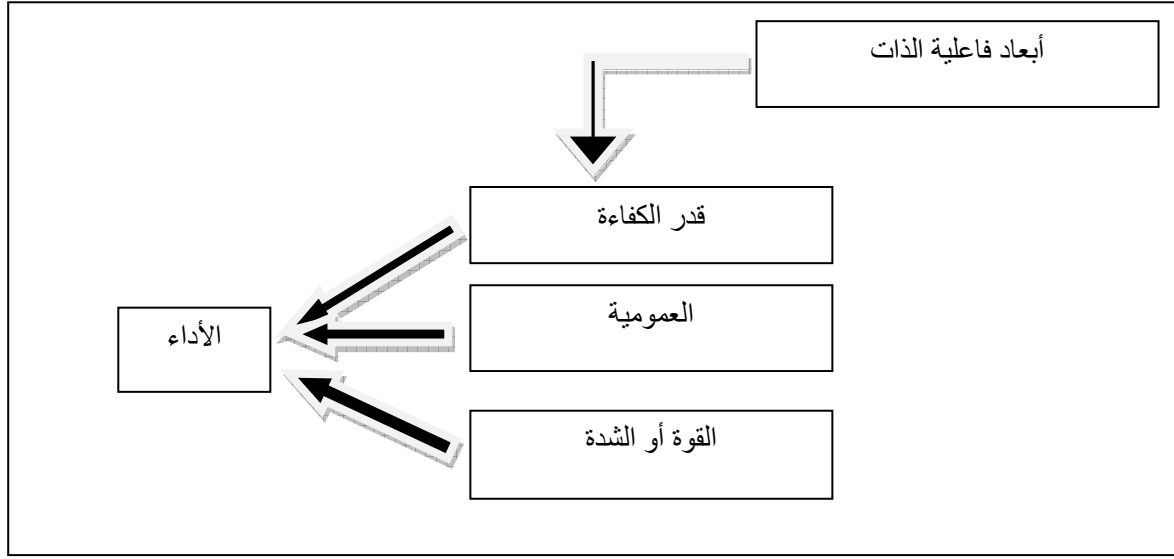
يؤكد باندورا Bandura 1986 أنها تحدد ضمن خبرة الشخص ومدى مناسبتها للموقف. وان الفرد الذي يمتلك توقعات مرتفعة يمكنه المواظبة في العمل. وبذل جهد أكثر في مواجهة الخبرات الصعبة .

p 194.1977 Bandura

ويشير باندورا Bandura 1997 في هذا الصدد إلى أن قوة الشعور بالفاعلية الشخصية تعبر عن المثابرة العالية والقدرة المرتفعة التي تمكن من اختيار الأنشطة التي سوف تؤدي بنجاح. كما يذكر أيضا انه في حالة التنظيم الذاتي للفاعلية فان الناس سوف يحكمون على ثقتهم في أنهم يمكنهم أداء النشاط بشكل منظم في خلال فترات زمنية محددة

( المشيخي .2009.ص 78 )

وفي الأخير الشكل رقم 3 يبين أبعاد الكفاءة الذات وعلاقتها بالأداء لدى الأفراد .



شكل رقم (3) أبعاد الكفاءة الذاتية عند باندورا (Bandura 1997.p 44).

#### رابعاً: مصادر الكفاءة الذاتية

اقترح باندورا (Bandura 1989) أربعة مصادر يستطيع الفرد من خلالها أن يكتسب الكفاءة وهي:

#### 1- الانجازات الأدائية (Performance Accomplishment)

ويقصد بها التجارب والخبرات التي يقوم بها الشخص. ويذكر باندورا (Bandura

1986)

أن هذا المصدر له تأثير خاص. لأنه يعتمد أساساً على الخبرات التي يمتلكها الشخص فالنجاح عادة يسمو بتوقعات الكفاءة. وبينما الإخفاق المتكرر يخفضها. وبعد أن يتم تحقيق الكفاءة الذاتية مرتفعة من خلال النجاحات المتكررة. فإن الأثر السلبي للفشل العارض عادة ما يتناقص. بل أن الإخفاقات العارضة التي يتم التغلب عليها من خلال الجهود الدؤوبة



يمكن أن ترفع الدافعية الذاتية . ويمكن لفاعلية الذاتية أن تعمم إلي موافق أخرى سبق وان كان الأداء فيها ضعيف لانعدام الفاعلية الذاتية. ( Bandura 1989. p1179 )

ويضيف باندورا ( Bandura 1986 ) أن تغير الكفاءة الذاتية للأفراد من خلال الانجازات الأدائية على الإدراك المسبق للقدرات الذاتية . وصعوبة المهمة المدركة. ومقدار الجهد المبذول. وحجم المساعدات الخارجية . والظروف التي تحيط بعملية الأداء. والتوقيت الزمني للنجاحات والإخفاقات - بمعنى أن الإخفاقات إذا حدثت قبل الشعور بالفاعلية فإنها تقلل من هذا الشعور - والأسلوب الذي ينم به تنظيم وبناء الخبرات معرفيا في الذاكرة .

( العبدلي . 2009 ص 40 )

وترى لويد ويليامز ( LOyd Williams ) انه بالرغم من أن الأفراد يعتمدون على انجازاتهم الأدائية للحكم على كفاءتهم الذاتية . فإنهم يستخدمون مصادر أخرى للمعلومات . كمهارات الحكم الذاتي والتي تختلف عادة عن الانجازات السابقة .وعندما يقع هذا التناقض تصبح الكفاءة الذاتية أفضل منبع للانجازات المستقبلية ( العتيبي . 2009. ص 29 )

### الخبرات البديلة ( Vicarious Experience )

ويعني هذا المصدر " التعلم بالملاحظة " أو " التعلم بالنموذج وملاحظة الآخرين " وهي الخبرات غير المباشرة . كالمعلومات التي تصدر من الآخرين . ويرى باندورا ( Bandura 1986 ) أن الأفراد لا يتقون في نموذج الخبرة كمصدر أساسي للمعلومات فيما يتعلق بمستوى الكفاءة الذاتية ولذلك فان الكثير من التوقعات تشتق من الخبرات البديلة

ورؤية أداء الآخرين للأنشطة الصعبة ويمكن للخبرات البديلة أن تنتج توقعات مرتفعة عن طريق الملاحظة. والرغبة في التقدم . والمثابرة ومقارنة القدرات بالنسبة لقدرات الآخرين .

( Bandura 1977.1977.p )

ويضيف باندرورا ( Bandura 1986 ) أن تقدير الكفاءة الذاتية يتأثر جزئيا بالخبرات البديلة . أو رؤية الآخرين يؤدون النشاط بنجاح . وبالرغم من ضعف المكونات المدركة في الملاحظة الآخرين فان عرض النماذج المشابهة يمكنها أن تنقل معلومات حول فاعلية الذات والتنبؤ بالأحداث البيئية . ( المشيخي .2009.ص 81 )

ويضيف باندرورا ( Bandura 1986 ) أن نظرية المقارنة الاجتماعية نشأت لتفسير التقييم الذاتي للقدرة في ظل غياب محك محايد . فهناك العديد من العمليات التي من خلالها تؤثر الخبرات البديلة علي التقييم الذاتي للكفاءة الذاتية ومن هذه العمليات المقارنة الاجتماعية . فأداء الآخرين المشابه لأداء الفرد يشكل مصدرا مهما للحكم علي القدرة الذاتية. كما أن مراقبة الأفراد لأدائهم تحت ظروف معينة والذي يؤدي إلى نتائج ناجحة ويوضح بطريقة مباشرة حدود قدرات الفرد . وهذا ما يطلق عليه محاكاة الذات - Self ) Modeling ) ( العتيبي .2008.ص30 )

والتعلم بالملاحظة تتحكم فيه أربع عمليات فرعية وهي :

أ- عملية الانتباه:

فهي تحدد الملاحظة الانتقائية في الضوء تأثير النمذجة . وهي المعلومات المستخلصة من الأحداث المشاهد . وهناك العديد من العوامل التي تؤثر علي اكتشاف

وفحص النماذج في البيئة الاجتماعية والرمزية . ومنها العملية المعرفية . والتصورات السابقة. وقيم الملاحظ . والتكافؤ الفعال. والجاذبية. والقيم والأنشطة الملاحظة. ومع ذلك فان الأفراد لا يتأثرون كثيرا بالأنشطة التي يتم نسيانها. ( العبدلي 2009 ص 41)

#### ب- عملية الذاكرة:

وتقوم بتحويل وبناء المعلومات التي تتعلق بالأحداث . ليعاد تمثيلها في الذاكرة على هيئة قواعد وتصورات . وتتولى التصورات السلوكية إنتاج القواعد التي تعمل على بناء الأحداث المناسبة للظروف المتغيرة . وقد تؤدي التصورات المسبقة والحالة الانفعالية إلي استحضر تأثيرات متحيزة على الأنشطة التي يقوم بها الفرد . ( العتيبي .2008.ص-30-31)

#### ج- عملية إنتاج السلوك:

يعادل السلوك عادة في ضوء المعلومات المقارنة بالنموذج التصوري للانجاز . فهناك ارتباط بين الفعل والتصورات المسبقة . وكلما امتلك الفرد العديد من المهارات الفرعية كلما كان من السهل استخدام هذه النماذج التصورية لإنتاج سلوك جيد. ( العبدلي .2009 ص 41)

## د- العملية الدافعية:

تفرق النظرية المعرفية الاجتماعية بين التعلم والأداء . لان الأفراد لا يقومون بكل ما تعلموه . ويتأثر القيام بالسلوك الناتج عن الملاحظة بثلاثة أنواع من الدوافع المحفزة وهي :

النتائج المباشرة . والخبرات البديلة. الإنتاج الذاتي.

فالأفراد يميلون إلي أداء السلوك الناتج عن النمذجة إذا كان يؤدي إلي نتائج قيمة مباشرة وليس العكس . حيث إن نجاح الآخرين يعطي الفرد دفعة للقيام بسلوك مماثل بينما الإخفاق والسلوكيات ذات العواقب الوخيمة تؤدي إلي كف السلوك . والمعيار الشخصي يوفر مصدرا آخر للدافعية . حيث إن التقييم التفاعلي الذي يملكه الفرد لسلوكه ينظم الأنشطة الناتجة عن التعلم بالملاحظة. إذا يسعى الفرد لا إلي الأنشطة التي تحقق الرضا الشخصي. وتعطي الإحساس بالأهمية . ( العبدلي .2009 ص 42 )

أن تأثير الخبرات البديلة علي الكفاءة الذاتية لا يتضمن فقط تعرض الأفراد لنماذج . فالنماذج تعمل من خلال شبكة معقدة من العمليات المعرفية . والنظرية والمعرفية الاجتماعية توفر إطارا تصوريا لكيفية استخدام كل من عمليات الانتباه والذاكرة. وإنتاج السلوك. والدافعية لتعزيز الكفاءة الذاتية عن طريق الخبرات البديلة . وهناك طريقة أخرى يمكن للخبرات البديلة بموجبها التأثير على التقييم الذاتي للفاعلية . وهي الحالات الانفعالية المستشارة من تقييم الذات المقارن . فرؤية انجازات الآخرين المشابهة قد تسعد أو تحبط الملاحظين . اعتمادا علي تصور النجاح أو الإخفاق الناتج عن المقارنة الاجتماعية. والمقارنة التنافسية بأداء متفوق تؤدي إلي انتقاص الذات واليأس . بينما تؤدي المقارنة بأداء

أفراد لهم نفس القدر من الموهبة إلى انتقاص ذاتي ايجابي . والأفراد الذين يشعرون بعدم الأمان يتجنبون المقارنات الاجتماعية التي تحمل تهديدا كامنا لإحساسهم بتقدير الذات

( العنبي .2008.ص-31)

### 3-الإقناع اللفظي: (Verbal Persuasion)

يذكر باندورا ( Bandura 1982 ) أن الإقناع اللفظي هو الحديث الذي يتعلق بخبرات معينة للآخرين . والإقناع بها من قبل الفرد . أو معلومات تأتي إلى الفرد لفظيا عن طريق الآخرين فيما قد يكسبه نوعا من التخريب في الأداء. ويؤثر علي سلوك الفرد أثناء محاولاته للقيام بالمهمة . وان الإقناع الاجتماعي له دور مهم في تقدم الإحساس بالكفاءة الشخصية . وبالرغم من أن الإقناع الاجتماعي وحده يملك حدود معينة لخلق حس ثابت بالكفاءة الذاتية .لمنه يمكن إن يساهم في النجاحات التي تتم من خلال الأداء التصحيحي . فالأشخاص الذين يتلقون الإقناع الاجتماعي يملكون قدرات خاصة للتصدي للمواقف الشائكة.ويتلقون المساعدة للقيام بأداء مقبول .كما يستطيعون إن يبذلوا جهدا كبيرا أكثر من أولئك الذين يتلقون المعاونة فقط .ومع ذلك فان وجود الإقناع اللفظي وحده دون تهيئة الظروف المناسبة للأداء الفعال يؤدي غالبا إلى الفشل الذي يضعف الثقة بالمقنع . ويقوض الكفاءة الذاتية المدركة للمتلقي للإقناع. وبالتالي فان هناك علاقة تفاعلية وفي نفس الوقت مستقلة لأثار الإقناع اللفظي علي فاعليه ذاته . ( Bandura p 122 1982 )

## 4-الاستثارة الانفعالية:

يذكر باندورا ( Bandura 1977 ) أن الاستثارة الانفعالية الموقف وتقييم معلومات القدرة فيما يتعلق بالكفاءة الشخصية . وهي مصدر رئيسي لمعلومات الكفاءة الذاتية وتؤثر عليها . فالأشخاص يعتمدون جزئياً علي الاستثارة الفيزيولوجية في تقييم فاعليتهم . فالقلق والضغط يؤثران علي الكفاءة الذاتية والاستثارة الانفعالية المرتفعة عادة ما تضعف الأداء . كما يمكن خفض الاستثارة الانفعالية بواسطة النمذجة . وبالإضافة إلى ذلك فهناك متغير مهم يعتبر أكثر تأثيراً في رفع فاعلية الذات وهو ظروف الموقف نفسه .

( Bandura 1977 p199 )

ويذكر جابر (1990) في هذا الصدد أن معظم الناس تعلموا تقييم ذاتهم من خلال تنفيذ عمل معين في ضوء الاستثارة الانفعالية . فالذين يملكون خوفاً شديداً أو قلقاً حاداً يغلب أن تكون فاعليتهم منخفضة . وترتبط الاستثارة بعدة متغيرات هي :

## أ-مستوى الاستثارة:

فالاستثارة الانفعالية ترتبط في بعض المواقف بتزايد الأداء

## ب-الدفاعية المدركة للاستثارة الانفعالية:

فإذا عرف الشخص أن الخوف أمر واقعي فإن هذا الخوف قد يرفع كفاءة الفرد . ولكن عندما يكون خوفاً مرضياً فإن الاستثارة الانفعالية عندئذ تميل إلى خفض الكفاءة

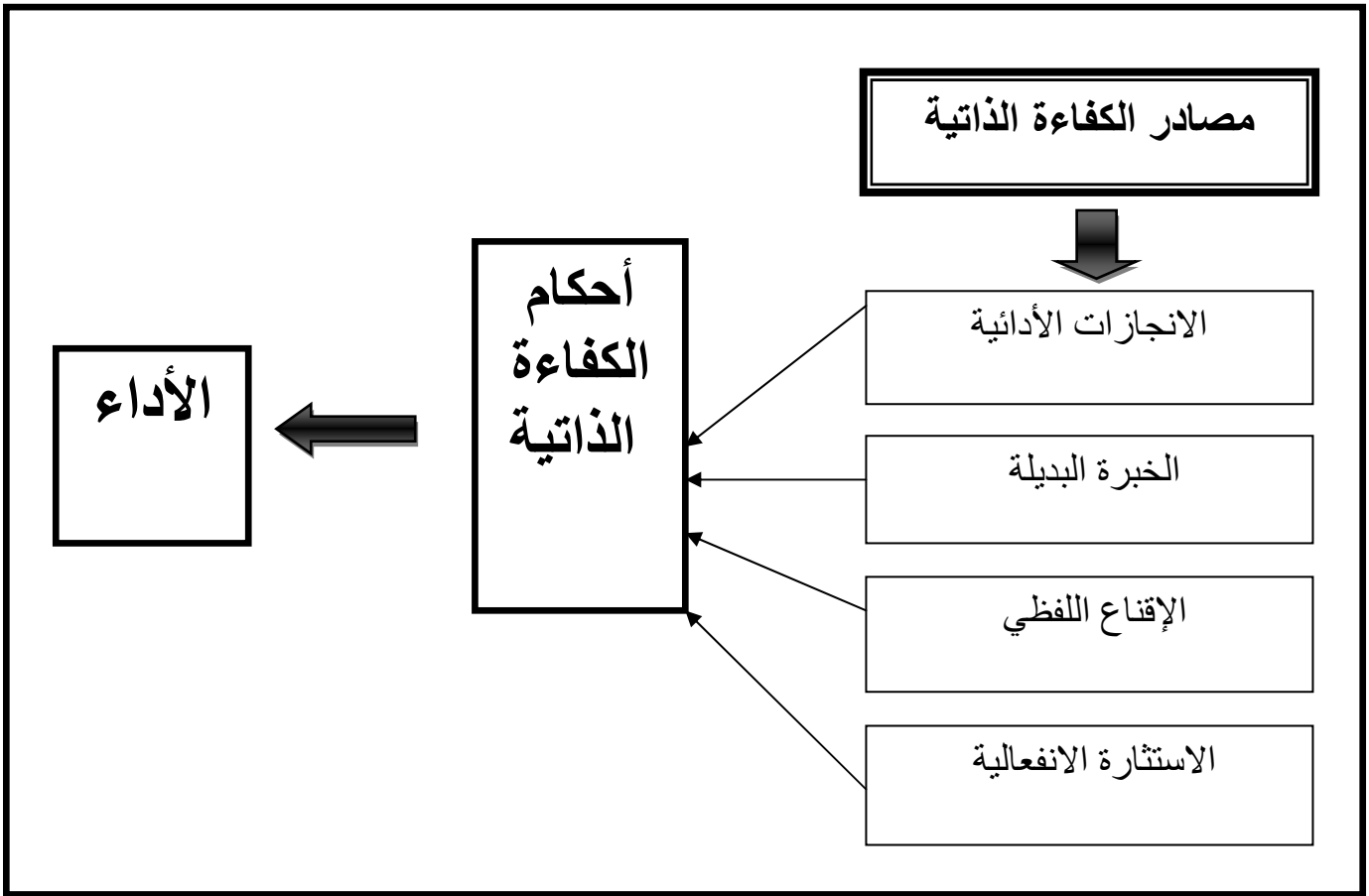
ج- طبيعة العمل :

أن الاستثارة الانفعالية قد تيسر النجاح للأعمال البسيطة ويغلب أن تعطل الأنشطة

المعقدة. (جابر .عبد الحميد.1990 ص 445-446)

والشكل التالي رقم (4) يبين هذه المصادر وعلاقتها بأحكام الكفاءة الذاتية والسلوك أو الناتج

النهائي للأداء.



شكل رقم (4) مصادر فاعلية الذات عند باندورا(Bandura.1997).

## خامساً: أنواع الكفاءة الذاتية

صنف العلماء فاعلية الذات إلى عدة أنواع منها :

## 1- الكفاءة القومية ( Population –Efficacy )

يذكر جابر (1990) أن الكفاءة القومية قد ترتبط بأحداث لا يستطيع المواطنون السيطرة عليها مثل (انتشار تأثير التكنولوجيا الحديثة.التغير الاجتماعي السريع في احد المجتمعات.الأحداث التي تجري في أجزاء أخرى من العالم ) .والتي يكون لها تأثير على من يعيشون في الداخل.كما تعمل على إكسابهم أفكار ومعتقدات عن أنفسهم باعتبارهم أصحاب قومية واحدة أو بلد واحد.) جابر عبد الحميد .1990.ص477).

## 2- الكفاءة الجماعية Collective–Efficacy

هي مجموعة تؤمن بقدراتها وتعمل في نظام جماعي لتحقيق المستوى المطلوب منها . ويشير باندورا إلى أن الأفراد يعيشون غير منعزلين اجتماعيا . وان من المشكلات والصعوبات التي يواجهونها تتطلب الجهود الجماعية والمساندة لإحداث أي تغيير فعال . وإدراك الأشخاص لكفاءتها الجماعية يؤثر فيما يقبلون على عمله كجماعات .ومقدار الجهد الذي يبذلونه . وقوتهم التي تبقى لديهم إذا أخفقوا في الوصول إلى النتائج . وان جذور الكفاءة الجماعية تكمن في كفاءة أشخاص هذه الجماعات . ومثال ذلك فريق المنافسة الفكرية اذا كان يؤمن في قدراته ومقدرته على التغلب على الفريق المنافس .فتتوصل لديه فاعلية جماعية مرتفعة والعكس صحيح . ( ابو هاشم 1994.ص45)



### 3- الكفاءة الذاتية العامة Generalized self Efficacy

ويعرفها باندورا بأنها قدرة الشخص على القيام بالسلوك الذي يحقق نتائج ايجابية ومقبولة في موقف محدد . والسيطرة على الضغوط الحياتية التي تؤثر على سلوك الأشخاص . وإصدار التوقعات الذاتية عن كيفية قيامه بالمهام والأنشطة التي اسند تاليه . والتنبؤ بالجهد والنشاط والمواظبة اللازمة لتحقيق العمل الموكل إليه.

### 4-الكفاءة الذاتية الخاصة Specific self Efficacy

ويقصد بها أحكام الأشخاص الخاصة المنوطة بمقدرتهم على القيام بمهمة محددة في نشاط معين مثل : الرياضيات ( الأشكال الهندسية ) . أو في اللغة العربية ( الإعراب - التعبير ) .  
( ابو هاشم 1994.ص58)

### 5- الكفاءة الذاتية الأكاديمية Academic self Efficacy

تعرف الكفاءة الذاتية الأكاديمية على أنها إدراك الشخص لقدرته على القيام بالمهام التعليمية بمستويات مرغوب فيها . أي أنها تعني قدرة الفرد الفعالية في موضوعات الدراسة المتنوعة داخل القسم. وهي تؤثر بعدد من المتغيرات منها .

سادسا خصائص الكفاءة الذاتية :

هناك خصائص عامة للكفاءة الذاتية وهي:

1-مجموعة القرارات والمعتقدات والمعلومات عن مستويات الشخص وإمكاناته ومشاعره

2-ثقة الشخص في أداء عمل ما بجدارة .

3-توفر قدر من الاستطاعة سواء كانت فيزيولوجية أم عقلية أم نفسية .مع وجود دافعية في المواقف.

4-توقعات الشخص لأداء العمل في الحاضر والمستقبل .

5- الاعتقاد بان الشخص يمكنه تنفيذ أحداث مطلوبة . أي أنها تشمل المهارات الممتلكة من طرف الشخص .وحكمه على ما يمكنه القيام به .مع ما يتوفر لديه من مهارات .

6-ليست سمة ثابتة في السلوك الشخصي .أي أنها مجموعة من الأحكام لا تتصل بما يقوم به الفرد فقط . بل تشمل أيضا الحكم على ما يمكن تحقيقه . وأنها نتيجة للقدرة الشخصية .

7- أنها تنمو من خلال تفاعل الفرد مع البيئة ومع الآخرين .كما أنها تنمو بالتدريب واكتساب الخبرات المختلفة .

8- إنها ترتبط بالتوقع والتنبؤ وليس بالضرورة إن تعكس توقعات قدرة الشخص وإمكاناته الحقيقية . فمن الممكن أن تكون إمكاناته قليلة ولديه توقع الكفاءة ذاتية مرتفعة .

9 - تتحدد بعدة عوامل مثل : صعوبة الموقف . كمية الجهد .مدى مواظبة الشخص .

10- هي إدراك وتوقع مترجم إلى بذل جهد وتحقيق نتائج منشودة .

وهي الخصائص تخضع الكفاءة الذاتية الايجابية للتنمية والتطور . وذلك بزيادة التعرض للخبرات التربوية الملائمة .

## سابعاً - الخصائص العامة لمرتفعي الكفاءة الذاتية

يذكر باندورا Bandura 1997 أن هناك خصائص عامة يتصف بها ذوي كفاءة الذات

المرتفعة .والذين لديهم إيمان قوي في قدراتهم وهي :

- 1- يتميزون بمستوى مرتفع من الثقة بالنفس .
- 2- يتحملون المسؤولية بجهد مرتفع .
- 3- يملكون مهارات اجتماعية فائقة وقدرة عالية على التواصل مع الآخرين .
- 4- يتصدرون للعوائق التي تواجههم بمثابرة مرتفعة .
- 5- يملكون طاقة عالية .
- 6- عندهم مستوى طموح عال .فهم يسيطرون أهدافا صعبة . ولا يفشلون في تحقيقها .
- 7- ينسبون الفشل للجهد غير الكافي .
- 8- يتفعلون في الأمور كلها .
- 9- يخططون للمستقبل بالقدرة فائقة .
- 10- يتحملون الضغط . 38 Bandura 1997)

## ثامناً - الخصائص العامة لمنخفضي الكفاءة الذاتية.

يذكر باندورا Bandura 1997 أن هناك سمات يتميز بها ذوي فاعلية الذات المنخفضة

( الذين لا يتقون في قدراتهم ) تتمثل في التالي :

- 1- يتعاملون مع المهام الصعبة بخجل .
- 2- يذعنون بسرعة .

- 3- يملكون طموحات منخفضة .
- 4- يفرغون جهودهم في نقائصهم . ويضخمون المهام المطلوبة .
- 5- ينشغلون بالنتائج الفاشلة والتافهة .
- 6- يصعب عليهم النهوض من النكبات .
- 7- يعترضهم الضغط والاكئاب بكل سهولة . 38 Bandura 1997

خلاصة :

يرى باندورا Bandura 1986 أن الكفاءة الذاتية هي الآلية المعرفية الذي من

خلالها تمارس العوامل النفسية الاجتماعية تأثيرها علي الممارسة الصحية Health

Functioning . وقد تعمل الكفاءة الذاتية على تنظيم كل من نشاط الفرد النفسي -

الاجتماعي .وعاداته الصحية بطرق عدة :

1-من خلال تأثيرها على ما يختاره الشخص من نشاط في حياته اليومية .

2-من خلال تأثيرها على مستوى الجهد الذي قد يبذله لتحقيق هدف محدد في حياته المهنية

أو الشخصية .

3-من خلال تأثيرها على مدى مقارعة المنغصات والاحباطات المتكررة .

4- من خلال تأثيرها على مستوى الضغط الذي يعتري الشخص لدى اصطدامه بمطالب

المحيط وتحدياته .

5- من خلال تأثيرها على طبيعة تفكيره .وتصوراته للواقع .(يخلف.2001.ص35)

كما يزخر حاليا التراث السيكولوجي بالبحوث والدراسات التجريبية الامبريقية التي تبنت نظرية

الكفاءة الذاتية لباندورا Bandura كمنهج علمي دقيق في البحث عن حلول العلاجية

والوقائية المناسبة والفعالة .للتغلب على المشكلات الصحية المعاصرة .

ويكاد يكون هناك شبه إجماع بان هذا النموذج النظري مفيد في تنظيم المعرفة حول الجوانب

النفسية الاجتماعية للصحة . كما أن له فائدة علمية وإكلينيكية كبيرة . حيث تعتبر مبادئ

الكفاءة الذاتية عنصرا من العناصر الأساسية في التدخلات الوقائية والعلاجية في مجال علم

النفس الصحة Health Psychology . (يخلف. 2001. ص35-36)

وعلى ضوء ما سبق فيمكن حسب هذا النموذج أن يتوقع ممارسة السلوك الصحي عندما

تتوفر قناعة لدى الفرد انه سينجح في تنفيذ السلوك المناسب لتحقيق النتائج الصحية

المرغوب فيها . ويقتنع أن نتائج ذلك السلوك سيرجع عليه بفائدة كبيرة .

## الفصل الثالث : التشويه الجسدي لدى المساجين

### تمهيد :

لو تحدثنا عن سلوك التشويه الجسدي فانه يبدو من الوهلة الأولى كسلوك نادر الحدوث و هذا لعدم أو قلة الدراسة فيه أما إذا ما تعمقنا في البيئة المفتوحة فإننا نجد موجودا و إذا ما تعمقنا أكثر في البيئة المغلقة أو السجون فانه يبدو واضحا للعيان و منتشر بكثرة و بعدة أشكال و أنماط حيث يقوم المسجون بجرح نفسه بصورة متكررة و ذلك بشفرة الحلاقة أو أي أداة حادة كما أننا نجد بعض المساجين من يقومون بخياطة فمهم أو أعينهم و هذا خطير لأنه قد يحمل في طياته رسالة تعبيرية عن معاناته أو قد يكون عرضا لمرض يعاني منه أو قد يكون مرضا في حد ذاته , هذا من جهة و من جهة أخرى نجد سوء تعامل مع هذه الفئة التي تشوه جسدها فبدل التكفل السليم و العلاج نجدهم يعاقبون لأنه بسلوكه هذا احدث خلا امنيا .

أولا: تعريف التشويه الجسدي :

## **1\_1 تعريف قينشل وستانلي: (Winchel and Stanley)**

واللذان يعرفانه بأنه: "الم مقصود بجسم الشخص، ويحدث الشخص الإصابة لنفسه بدون مساعدة شخص آخر وتكون الإصابة (الإيذاء) شديدا بما فيه الكفاية لتلف الأنسجة." (وقد تم استبعاد الاداءات ذات الغرض الانتحاري )

## **1\_2 تعريف القاموس الصحي والتمريضي والتطبيقي لموسبي:**

يعرف التشويه الجسدي بأنه حالة يكون فيها الفرد معرضا لخطر الإصابة ولكنه لا يقتل نفسه وينتج عن ذلك تلف الأنسجة وخفض التوتر. وتشتمل العوامل الخطرة على الفرد في الجماعة المعرضة للخطر وغير القادرة على مواجهة التوترات النفسية والفيزيولوجية بطريقة صحيحة مايلي: مشاعر الاكتئاب، الرفض، كراهية الذات، قلق للانفصال، الشعور بالذنب، فقدان الآنية، الحاجة للمثيرات الحسية، الحرمان الانفعالي الوالدي وعدم وظيفية الأسرة.

وتشمل الجماعات المعرضة للخطر على: مفحوصين من ذوي اضطرابات شخصية، مفحوصون في حالة الذهان، الاضطرابات الانفعالية، وإساءة معاملة الأطفال، والمتخلفين عقليا، والمفحوصون من ذوي تاريخ إصابة الجسد، والمفحوصين ذوي الاضطرابات النفسية والانفعالية أو الجنسية.. (Nursing and applied health dictionary 1994 .p268)

من خلال هذا يمكن القول بان سلوك التشويه الجسدي هو قيام الفرد بصورة متكررة و ذلك بجرح نفسه من اجل الشعور بالراحة النفسية أو الحرمان العاطفي أو كراهية الذات

## **1\_3 حسب التصنيف الدولي للاضطرابات العقلية والسلوكية في المراجعة**

### **العاشرة له الصادرة عن منظمة الصحة العالمية:**

ورد في الفصل العشرين منه التشويه الجسدي في مجالين :



## الأول:الإيذاء المقصود للذات ويشمل :

\* إلحاق إصابة بالذات.

\* تسميم الذات (الانتحار).

\* التعرض للمسكنات غير الأفيونية، وخافضات الحرارة، ومضادات الروماتيزم.

\* التسميم المقصود للذات بالتعرض للأدوية المضادة للصرع والمهدئات والمنومات، والأدوية المضادة للباركنسونات والأدوية النفسية التأثير التي لم يتم تصنيفها في موضوع آخر وتشمل مضادات الاكتئاب، الباربيتوربات، مضادات الذهان، المنبهات النفسية.

\* التسمم المقصود للذات بالتعرض للمخدرات، المنشطات النفسية كالحشيش ومشتقاته والكوكايين، الكودايين، الهيروين، الميسكالين، الميثادون، المورفين الأفيون.

التسمم المقصود للذات بالتعرض لأدوية أخرى تؤثر على المستقبلات العصبية.

\* التسمم المقصود للذات بالتعرض للكحول.

\* التسمم المقصود للذات بالتعرض للمذيبات العضوية و الهيدرو كربونات وأبخرتها...

## الثاني:الاعتداء على الذات ويشمل :

\* الإيذاء المقصود للذات بالشنق والخنق والاختناق.

\* الإيذاء المقصود للذات بإطلاق المسدس، الإيذاء بإطلاق سلاح ناري آخر وغير معين.

\* الإيذاء المقصود للذات بمادة متفجرة

\* الإيذاء المقصود للذات بالنار واللهب.

\* الإيذاء المقصود للذات بالبخر والأبخرة الساخنة وأشياء ساخنة.

\* الإيذاء المقصود للذات بشيء حاد.

\* الإيذاء المقصود للذات بالقفز من مكان مرتفع.

\* الإيذاء المقصود للذات بالاصطدام بسيارة.

\* الإيذاء المقصود للذات بالقفز من شيء متحرك أو الاضطجاع أمامه.

\* الإيذاء المقصود للذات بوسائل أخرى كالتصادم بطائرة، الصعق بالكهرباء

\* الإيذاء المقصود للذات بوسائل أخرى غير معينة.

(American psychiatric association 1995 p 333).

- من خلال هذه التعاريف يمكن أن نقول أن تشويه الجسد هو محاولة لتغيير الحالة المزاجية من خلال أحداث أذى في الجسد من الشدة بما يكفي لإحداث ضرر في أنسجة الجسد دون وجود نية الانتحار بهذا الفعل. بمعنى أن هذا الشخص لا يحاول الانتحار وإنما هو يحاول تغيير حالته المزاجية بأي ثمن... كما انه يمكن أن يتخذ أشكالاً عديدة بما في ذلك جرعة زائدة من الحبوب أو المواد الكيميائية، والحروق، والقفز من مكان مرتفع...

### **ثانياً: أنواع التشويه الجسدي:**

هناك عدة تصنيفات لتشويه الذات الجسدي إلا أن أكثر تلك التصنيفات قبولا وشيوعا في الطب النفسي هو التصنيف الذي اقترحه اماندو فافازا عام 1996 في كتاب: "أجساد تحت الحصار" والذي يصنف فيه تشويه الجسد إلى ثلاثة أشكال هي:

(favazza .a.r.1998 p126)

1/ تشويه الجسد الأساسي: (Major self mutilation) أو الجسدي الجسيم وهو الصنف الذي ينتج عنه فقد لعضو كامل أو قدر كبير من أنسجة الجسم. ولهذا السبب فانه غالبا ما يحدث مرة واحدة وبشمل مثلا:

\* اخفاء الذات .

\* قلع العين.

\* سلخ الوجه.

\* بتر احد الأطراف.

وعادة ما يرتبط هذا الشكل المروع من أشكال تشويه الجسد بحالات الذهان مثل: الفصام أو الاكتئاب الجسيم من الدرجة الذهانية، أو النقص العقلي، أو التسمم بمادة مخدرة أو نفسانية التأثير كالكحول. وكثيرا ما يتعلق هذا الصنف من تشويه الجسد بالمواضيع الجنسية أو الدينية كعقاب على ذنب أو بدافع الرغبة في التطهر من الجنس أو خوفا من الشذوذ الجنسي. (favazza.a.r.1996 p 212)

فإذا ما أعطى مرتكبو تشويه الذات الجسيم تفسيراً فعادة ما يكون دينياً أو جنسياً أو استجابة لأمر قوة عليا كروح مثلبسة أو لصوت (هلوسة سمعية) وغالبا ما يكون ارتكاب الفعل متبوعاً بحالة من الهدوء النفسي توحى بان للفعل دوراً في حل صراع نفسي داخلي، إلا أن ذلك الهدوء لا يستمر طويلاً وكثيراً ما يتكرر تشويه الجسد الجسيم.

وهناك كثيرون يقدمون على اخفاء أنفسهم رغبة في التحول الجنسي أو خوفاً من الانغماس في الشذوذ أو الممارسات الجنسية المحرمة ومن أمثلة هؤلاء حالات ظهرت على استشارات مجانيين. بل إن هناك من يقدم على تلك الفعل رغبة في التخلص من الغريزة

الجنسية بوجه عام. (آن سكستون 2004 ص65) و هذا النوع غير موجود في مؤسسة إعادة التربية و التأهيل بتازولت ولاية باتنة.

## 2/ تشويه الجسد اللزومي والمتكرر:

ويتضمن أفعالا نمطية أو ما يسمى نمطية إيذاء الذات وهي أفعال تكرارية بل إيقاعية أحيانا تتميز بالرتابة من التشويه الجسدي وأكثرها شيوعا هو:

\* ضرب الرأس وحفر الأنف أو غيره من فتحات الجسد.

\* قضم الأصابع.

\* الضغط على العين.

\* عض النفس المتكرر (Favazza,A.R.1996p225)

ويختلف هذا الصنف من أصناف تشويه الجسد في خلوه من الرمزية وفي حدوثه بشكل لزومي وعدم تأثره بوجود آخرين يحيطون بالفاعل،ويبدو هذا الصنف من تشويه الجسد أكثر ارتباطا بالأسباب العضوية وهو أكثر شيوعا لدى نزلاء المصحات العقلية من المتخلفين عقليا ومرضى المتلازمات المصاحبة للنقص العقلي أو التوحد أو اضطراب رايت Rett'sdisorder ومتلازمة توريت Tourette syndrome

وأحيانا في مرضى الفصام المزمن وتختلف نسب شيوعه بين الدراسات من 35% إلى 40% ويلاحظ شيوعه أكثر في المقيمين في المصحات منه في غيرهم رغم اشتراكهم في نفس الحالة المرضية، وفي معظم الحالات يكون مرتكبو هذا الصنف من تشويه الجسد غير واعين لما يفعلون ولو أنهم وعوا لوجدوه بلا معنى. ونجد هذا النوع في السجن حيث نرى المسجون يعض نفسه بصورة متكررة او يقوم بحفر الجراح التي اصيب بها و معظم هذه الحالات نجدها تعاني امراضا عقلية.

### 3/ تشويه الجسد المعتدل (السطحي) الظاهري:

وهذا هو الصنف الأكثر شيوعا من أصناف تشويه الجسد ويبلغ معدل 1.4% من مجموع

الناس في المجتمعات الغربية وهي نسبة مرعبة. (Favazza, A.R.1989 P 395)

ولا يتشابه كل المرضى في هذا الصنف من أصناف التشويه للجسد، فهناك من تقترب صورتهم المرضية من صورة مرضى الوسواس القهري، فهم يمارسون سلوك التشويه بشكل قهري كما نرى في مرضى اضطراب نتف الشعر ويسمى التشويه في هذه الحالة تشويه

الذات الجسدي القهري. (Favazza,A.R.1987 P 212)

وهناك من تتميز حالاتهم بالاندفاعية والتأرجح الوجداني الحاد بما يتماشى غالبا مع مرضى اضطراب الشخصية الحدية ويسمى تشويه الجسد العرضي. و هؤلاء غالبا ما يمارسون سلوك التشويه عرضيا استجابة لمشاعر لا يحتملونها.

وهناك من يمارسون التشويه الجسدي بصورة اعتيادية أو بمعدل منتظم إلى درجة أن احدهم يتخذ لنفسه هوية قاطع أو حارق ويصف علاقته بالتشويه الجسدي بأنها علاقة إيمان.

(Haines,J and all 1997 p220)

ويسمى سلوك تشويه الذات هنا بتشويه الذات الجسدي التكراري وهذا هو الشائع في السجن.

وهذا الشكل الأخير هو ما ينادي به بعض الباحثين في الطب النفسي أمثال: فافازا باعتباره اضطرابا قائما بحد ذاته وهو الأكثر شيوعا من أشكال التشويه الجسدي. وهذا الشكل السطحي أو المتوسط الشدة من تشويه الجسد.

وعليه هناك شكلان يندرجان تحت هذه الفئة :

أ/ تشويه الجسد العرضي أو الاندفاعي:

هؤلاء يتعمدون إحداث التشويه وغابا ما يمارسون سلوك التشويه عرضيا استجابة لمشاعر لا يحتملونها وعادة ما تتميز حالاتهم أو شخصياتهم بالاندفاعية والتأرجح الوجداني الحاد بما يتماشى غالبا مع مرضى اضطراب الشخصية خاصة اضطراب الشخصية الحدية أو احد اضطرابات الاكتئاب. وهم ببساطة يستخدمون الصدمة الحسية التي ينتجها فعل التشويه الجسدي للهرب من مشاعر غير محتملة، وأكثر أشكاله شيوعا:

\* قطع الجلد أو حرقه.

\* التشويه بإدخال الإبر تحت الجلد.

\* كسر العظام الرقيقة.

وكثيرا ما يمر المرضى من صنف التشويه العرضي إلى صنف التشويه التكراري

(Hammock,R.J and all 1995 p 33)

### ب/ تشويه الجسد المتكرر:

ويرى ميللر أنه ينبغي تصنيف هذا الشكل ضمن اضطرابات الاندفاع أو التحكم في الاندفاع ويقترح فافازا انه حتى إدراك إيلام الذات المتكرر كتصنيف منفصل في الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM) ينبغي على الممارسين تصنيفه بالمحور(1) لاضطراب الاندفاعية حيث أن السلوك المتكرر يعد اندفاعيا بطبيعته، وغالبا ما يصير استجابة منعكسة لأي نوع من أنواع الضغوط النفسية الايجابية أو السلبية. (Miller,D.J 1994 P 25)

وفي إحدى الدراسات على المصابين بالشره المرضي الذين يؤلمون ذاتهم قام كل من فافازا و سانتونستازو (Favazza and Santonustazo) باستخدام التحليل العاملي للتمييز بين أي من أنواع الأفعال قهرية بطبيعتها وأيها اندفاعية. (Khouzam,H.R and all 1997 p95)

ولقد أشار التقرير الذي قدماه إلى أن التقيؤ، قضم الاضافر بشدة ، جذب الشعر تعد جملة العامل القهري، بينما محاولات القتل ، سوء استخدام العقاقير و قطع الجلد و الحرق تعد من جملة العامل الاندفاعي وكلما زادت حدته أصبح عرضا تكراريا (Sonne,S and all 1996 p 130)  
(Ricketts,S.W and all 1993 p

### ثالثا:علاقة التشويه الجسدي بالانتحار لدى المساجين:

إن اغلب الباحثين يدركون أن مشوه الجسد لا يهدف إلى الموت نتيجة للأفعال التي يقوم بها، حيث أن محاولات الانتحار كما تشير التقارير لا تؤدي إلى تخفيف الآلام أو خفض تكرارها. كما أشارت أيضا إلى أن انخفاض قيمتها التواصلية.  
(Wig, Frank and all 1994 p 29)

- إن المساجين المصابين بعرض تشويه الجسد عادة ما يعانون من الإقصاء الاجتماعي

ويعيشون في كآبة وهم قد يحاولون الانتحار (Cronkite,K 1995.p 199)

هكذا وبالرغم من أن سلوك التشويه الجسدي لا يكون هدفه الانتحار فانه يمكن أن يؤدي إلى التفكير في الانتحار وبعد ذلك الانتحار نفسه. (Herpetz and all 1995 p 177)

- ولقد لاحظ هيررتز أن مشوهي الذات يفرقون بين أفعال تشويه الجسد والأفعال الانتحارية. ويقول كل من سولومون و فاراند"انه بالرغم من أن الأفعال الانتحارية وأفعال إيذاء الجسد قد تكون غير واضحة إلا أن معناها واضح. إن ما يظهر برغم من وجود ربط بين الفعلين في تشويه الجسد إلا أن الانتحار بديل مفضل."(Solomon and all 1996 p 215)

ومن خلال كتب تشويه الجسد لاحظ فافازا (Favazza and all 1998 p 87) انه تم

الإدراك تاليا فقط أن تشويه الجسد يعد شكلا مرضيا للمواجهة الذي ينتقل إليه الفرد عندما لا يكون هناك مهرب من الانتحار.

ولقد كتب قائلاً: "تقليدياً- تصير من الأمور التافهة عمليات قطع (أو جرح)، ومن الأمور السيئة التعريف (محاولة الانتحار) وتعتبر كلها أعراضاً لاضطراب الشخصية". لهذا يمكن القول أن محاولة الانتحار هي رغبة في إنهاء الحياة، بينما تشويه الجسد هو رغبة في التعايش ولو بشكل غير مرض. يعني بينما يعني الأول يأساً من الحياة يعني الآخر شكلاً من أشكال التأقلم مع الحياة أو المشاعر المؤلمة، أي تأقلم وإن يكن معوجاً و هذا ما نلاحظه عند المساجين فتشويههم لجسدهم لا يعني محاولة الانتحار عند معظمهم.

لكن هذا لا ينفي إمكانية وجود رغبة لا واعية في الانتحار وأيضاً لا احد يستطيع أن ينفي احتمال حدوث اكتئاب وإن لم يكن من الأصل موجوداً.  
(Ferreira decastro and all 1998 p 72)

#### **رابعاً: التشويه الجسدي و الاضطرابات المشابهة له عند المساجين**

هناك أبحاث كثيرة أجريت لتوضيح إذا كان هناك ارتباط بين التشويه الجسدي و بعض الاضطرابات الأخرى مثل متلازمة مونشوزن أو المتلازمات المشابهة، ولكن المهنيين غير المختصين طبياً قد يخلطون بين الاثنين في بعض الأحيان .

ففي التشويه الجسدي نجد أن المسجون يصيب نفسه للهروب من التوتر الانفعالي والنفسي غير المحتمل، وفي متلازمة مونشوزن نجد أن المصابين يدرسون ويحبون إظهار الأعراض المحددة والتي سوف تؤدي إلى دخول المصحات الطبية أو عيادة السجن.

وبالرغم من أن بعض المرضى الذين يشوهون أجسادهم يحبون البقاء في المستشفى ويرغبونه فان ذلك يكون في الغالب في احد عنابر الطب النفسي وليس في القسم الطبي بشكل عام.

ومن جانب آخر فان المفحوصين في متلازمة مونشوزن على الجانب الآخر يخلطون من

رعاية الطب النفسي ويبحثون عن الخدمات (أن سكستون 2004 ص 99)



## خامسا: أسباب حدوث سلوك التشويه الجسدي.

أ/ الصدمات الباطنية، الضعف (الوهن) كمقدمات حيث نلاحظ أن من خلال الدراسات حول تأثير الصدمات الماضية والبيئات المضعفة (المريضة، الواهنة) باعتبارها مقدمات لسلوك التشويه الجسدي. فلقد قام كل من **قاندركوك، بوري و هيرمان** سنة 1991 بإجراء دراسة حول من يشوهون أجسادهم والذين استخدموا سلوك القطع (التشويه البدني) والانتحار ممن تعرضوا لإساءة المعاملة كأطفال فوجدوا أن التعرض للعقاب البدني أو الإيذاء الجنسي أو الإهمال البدني أو الإهمال الانفعالي أو حالة التشويه الأسري، كلها تعد مؤشرات ومنبئات بمقدار وشدة القطع. (Batty.D.1998 P77)

وكلما بدأت إساءة المعاملة مبكرا كان الأفراد أكثر احتمالا لممارسة القطع (التشويه الجسدي) وكان القطع شديدا.

- الاعتداءات الجنسية على الأطفال هي احد أسباب سلوك تشويه الجسد وتعد مقدمات هامة لهذا السلوك. (Luiselli,J.K and all 1992 p 29)

## ب/ الضعف(البيئة المريضة):

حيث من خلال الدراسات وجدوا أن الأطفال الذين ينشؤون في بيئة مرضية يدرسون هذا السلوك والضعف و الذي له سمتان أساسيتان: (Haines, and all 1995 p 102)

\* أن يخبر الفرد انه على خطأ في وصفه وتحليله لخبراته الشخصية وخصوصا رؤيته لأسباب انفعالاته ومعتقداته وأفعاله.

\* انه ينسب خبراته إلى سمات اجتماعية غير مقبولة والى سماته الشخصية

- وتشويه الجسد يعطي ارتياحا مؤقتا من المشاعر العنيفة أو الهائجة وذلك الانضغاط والقلق.

- يرى البعض أن التشويه الجسدي يمثل لهم الألم الوحيد في حياتهم الذي يستطيعون التحكم فيه على عكس ألام الأضرار الجسدية أو الجنسية أو العاطفية التي لا يتحكمون فيها.

- يعتبر عقابا للنفس على مشاعرها القوية (والتي عادة ما كانوا محرومين من التعبير عنها في طفولتهم وبعضهم يراها عقابا مناسباً لمشاعر عدم الجدارة والسوء الذاتي بشكل أو بآخر)

(أن سكستون 2004 ص56)

### الأسباب حسب تفسير السلوكيين:

في مقابلة أجراها بلفيور و داتيليو عام 1990 Belfiore and Dattilio لدراسة ثلاثة تفسيرات ممكنة لهذا السلوك إذ استشهدا بما أورده كل من فيليبس و موزافر عام 1961 في وصف التشويه الجسدي من خلال المقاييس التي أجراها الأفراد على أنفسهم عندما يريدون قطع أو إزالة أو تدمير جزء من البدن، ولقد وجدت هذه الدراسة أيضا انه على الرغم من أن تكرار تشويه الجسد كان مرتفعا عند الإناث لكنه عند الذكور أكثر و شدة.

- لقد أوضح بلفيور و داتيليو أيضا أن مصطلح إيذاء الذات "تشويه الجسد"خادع، وان الوصف الذي قدماه يناقش الهدف من السلوك. وفيما يلي بعض التفسيرات السلوكية:

### \* الاشتراط الإجرائي:

ينبغي ملاحظة أن التفسيرات المتعلقة بالإشراط الإجرائي تكون كثيرة الفائدة عند تناول أنماط تشويه الذات وتكون قليلة الأهمية مع السلوك العرضي التكراري.

إن هناك منظورين منهجين يضعهما أمامه كل من يرغب في تفسير التشويه الجسدي في حدود الاشتراط الإجرائي أحدهما هو أن الأفراد الذين يقومون بتشويه الجسد يتم تدعيمهم بشكل ايجابي من خلال الانتباه إليهم فيميلون لتكرار سلوكيات بتشويه الجسد ، وهناك

متضمن آخر لهذا المنظور وهو أن الاستثارة الحسية المرتبطة بتشويه الجسد يمكنها أن تعمل كمدعم ايجابي وبالتالي تعتبر مثيرات لمزيد من تشويه الجسد.

- كما يفترض المنظور الآخر أن الأفراد يؤذون الذات لكي يتخلصوا من بعض المثيرات الشديدة أو المؤلمة (انفعالية، نفسية....)(آن سكستون 2004 ص 69)- إن هذا المنظور السلبي للتدعيم أيدته الأبحاث التي توضح أن شدة تشويه الجسد يمكن زيادتها من خلال زيادة متطلبات الموقف. فتشويه الجسد يعتبر طريقة للهروب من الآلام الانفعالية غير المحتملة.

### \* التلامسات الحسية:

أحد الافتراضات طويلة المدى يرى أن الذين يقومون بالتشويه الجسدي يحاولون خفض مستويات الإثارة الحسية. إذ أن مشوهوا الجسد قادرون على زيادة الإثارة الحسية أو خفضها من خلال إخفاء أو حجب المدخلات الحسية الأكثر إثارة للاكتئاب من تشويه الجسد ويتصل ذلك بما وجده هاينزو ويليامز عام 1998 من أن إيذاء الذات يقدم انطلاقة سريعة ومفاجئة من التوتر والإثارة الفسيولوجية

- ولقد استنتج كاتالدو وهاريس عام 1982 أن نظريات الإثارة برغم أنها مشبعة ومرضية إلا أنها تتطلب مراعاة الأسس البيولوجية لهذه العوامل المرتبطة بتشويه الجسد.

Haines,J and all 1997 p 215

### \* السيروتونين (La Sérotonine):

إن انخفاض السيروتونين يؤدي إلى زيادة السلوك العدواني ونظرا لان مستويات السيروتونين تتصل بالاكتئاب فإن الاكتئاب يعرف بطريقة ايجابية بأنه إحدى النتائج طويلة المدى للعقاب البدني في مرحلة الطفولة.

ويمكن من خلال ذلك تفسير سبب رؤية سلوكيات تشويه الجسد أكثر تكرارا بين الذين تمت معاقبتهم بدنيا في مرحلة الطفولة عن تكراره بين بقية الناس.

- حيث نلاحظ أن القابلية للاستثارة هي الجوهر السلوكي المرتبط بوظيفة السيروتونين، وأن نمط السلوك العدواني يظهر استجابة للتهيج والإثارة التي تعتمد على مستوى السيروتونين..... فإذا كان مستواه منخفضا يزداد العدوان وتتصاعد الاستجابات وردود الفعل للإثارة والتهيج لدرجة تشويه الجسد، الانتحار، الهجوم على الآخرين.

- إن سلوك تشويه الجسد يرتبط ارتباطا سلبيا بعدد من المواقع الخاصة بتماسك صفائح الاميرامين Platelet Imipramine Binding فكلما كان عددها بسيطا عند القائمين بتشويه الجسد فإن السيروتونين ينشط، ولوحظ أن هذا قد يعكس الخلل الوظيفي لمركز السيروتونين مع انخفاض انطلاق السيروتونين في منطقة الغشاء قبل المشبكي..... وبالتالي الخلل الوظيفي للسيروتونين قد يسهل عملية تشويه الجسد.

(Odry,R and all 1988 p 40-45)

### Prolactin et Fenfluramine

### البرولكتين و الفينفلورامين\*

قام هاربرتز و فافازا (Harpertz&Favazza) عام 1998 بدراسة كيف أن مستويات الدم في البرولكتين تستجيب لجرعة من فينفلورامين في عينات من الأفراد الذين يمارسون سلوك تشويه الجسد والعينات الضابطة فوجدوا أن استجابة البرولكتين في عينات تشويه الجسد كانت متباعدة وضعيفة والتي يقترح أنها عجز في وظيفة المركز قبل المشبك العصبي

(Harpertz and all 1995 p 40)

### LesEnképhalnes

### \* الانكيفالينات

وهي مواد تشبه الأفيون ينتجها المخ وبعض الغدد الأخرى ويعتقد أن لها دورا في ظهور بعض الأفعال العدوانية اتجاه الذات والآخرين وهذا نظرا لتأثيرها المباشر على الانفعالات، وقد وجدت بعض الدراسات نسبة كبيرة من هذه المواد في الدم عند بعض الأفراد الذين يمارسون التشويه الجسدي بصفة مستمرة.

### **\* الكاتيكولامينات :Les Catécholamines**

في حالات التشويه الجسدي من النوع المتوسط قد يحدث تفاعل بين الكاتيكولامينات و بين السيروتونين حيث تساهم هذه الكاتيكولامينات في زيادة التهيج الذي يؤدي إلى إلحاق الأذى بالنفس المقترنة بتعطيل نظام هرمون السيروتونين

(Kehrberg, 1997 p10)

### **: L'acide gamma-aminobutyrique**

هذا الناقل العصبي هو الذي يعوق انتقال النبضات العصبية للدماغ. كما انه يلعب دورا في القلق والألم والأحاسيس الأخرى.

وفي بعض الأحيان بعض المهدئات مثل الديازيبام (الفاليوم) و البرازولام التي تعمل من خلال تأثير الناقل العصبي (GABA) عليها يكون لها تأثير غير متوقع وهو زيادة حالات التشويه الجسدي لدى بعض الناس.

(Siméon & all 1992 p205)

### **سادسا: الاضطرابات المرتبطة بالتشويه الجسدي (التشخيص الفارقي )**

هناك مجموعة من الاضطرابات التي نرى فيها سلوك تشويه الجسد أهمها :

\*اضطرابات الشخصية الحدية.

- \* الاضطرابات المزاجية.
- \* اضطرابات الطعام.
- \* اضطرابات الوسواس القهري.
- \* اضطرابات ضغوط ما بعد الإصابة.
- \* الاضطرابات التفكيرية (الانفصالية).
- \* القلق/ الهلع.
- \* اضطرابات التحكم في الاندفاع غير المحدد.
- \* إيذاء الذات كتشخيص.

كما يمكن أن نرى سلوك تشويه الجسد في الأفراد التوحديين والمتخلفين عقليا. وفيما يلي عرض لهذه الاضطرابات مع شيء من التفصيل:

### - اضطراب الشخصية الحدية:

لاحظ الباحث ميللر أن من تم تشخيصهم باضطراب الشخصية الحدية دائما أنهم مسؤولون عن الشجارات و المشاكل أكثر من المرضى في باقي التصنيفات التشخيصية الأخرى.

(Simpson,& all 1998 p63)

وفي بعض الأحيان نستخدم اضطراب الشخصية الحدية كطريقة للإشارة إلى مرضى محددين، ولكي نشير بها إلى مستقبل القائمين برعاية صانعي المشاكل وفي بعض الأحيان يرمز إلى اضطراب الشخصية الحدية برمز (DBT) ولا نقصد بذلك أن اضطراب الشخصية الحدية مرض وهمي فكثير ما نواجه أشخاصا يتفقون في أعراضهم مع محكات لاضطراب الشخصية الحدية، فهم أناس يفضلون أن يكونوا في ألم شديد ويتصارعون للبقاء بأي طريقة تمكنهم من ذلك. وعن غير قصد دائما ما يتسببوا في الألم مبرحة لمن يحبونهم

(Hawton,K& all 1998 p 441)

ولكننا أيضا نجد كثيرا من الذين لا تتفق أعراضهم مع محكات و لكنهم يوصفون بهذا النوع من الاضطراب الحدي للشخصية بسبب تشويهم لأجسادهم

ولقد أجرى روش Rusch وزملاؤه إجراء إحصائيا باستخدام التحليل العاملي في محاولة لاكتشاف الأعراض التي يمكن حدوثها وكانت النتائج مذهشة حيث وجدوا ثلاثة أعراض معقدة:  
(Smock& all 1995 p 626)

\* عامل التطاير أو التصعيد من الغضب غير المناسب والعلاقات غير الثابتة واللوم الاندفاعي.

\* عامل تدمير الذات الذي لا يمكن التنبؤ به والذي يتكون من تشويه الجسد وعدم الاستقرار الانفعالي.

\* عامل اضطراب الهوية

كما يقترح الباحثون الإكلينيكيون أن تشويه الجسد هو جوهر اضطراب الشخصية الحدية أو يميل المعالجون لاستخدام تشويه الجسد كمعيار ومحك فعال في وصف المرضى باضطراب الشخصية الحدية. ويبدو أن هذا المحك الأخير هو الأكثر احتمالا أن يقدم اقل من نصف المرضى الذين قاموا بدراستهم ممن يتفقون مع محكات لاضطراب الشخصية الحدية.

(Herpertz, & all 1997 p 451)

### - الاضطرابات المزاجية:

قد نلاحظ سلوك تشويه الجسد في المرضى الذين يعانون من أمراض الاكتئاب ويعانون من الاضطراب ثنائي القطب ولم يتضح ذلك بشكل أكيد بالرغم من أن المشكلات الثلاث قد ارتبطت بقصور ونقص مقدار السيروتونين المتاحة للمخ.

(Kaham,J& all 1984 p 35)

ومن الضروري فصل تشويه الجسد عن الاضطرابات المزاجية، فالأفراد الذين يقومون بسلوك تشويه الجسد كثيرا ما يبدأون تعلم أن ذلك طريقة سريعة وسهلة لخفض حدة التوتر البدني والنفسي وانه يمكن لهذا السلوك أن يستمر حتى بعد حل المشكلة التي أدت غالى الاكتئاب... (Kehrberg,G1997 p 35-40)

### - اضطرابات الطعام:

غالبا ما نرى العنف الموجه نحو الجسد لدى النساء والبنات اللاتي لديهن فقدان الشهية (احد الأمراض التي يكون لدى الفرد وسواس من زيادة الوزن، التغذية، الصوم ويرغم ضعف بدنه إلا انه يرى أن جسده بدين) كما نرى أيضا العنف الموجه نحو الذات لدى الأفراد المصابين بالشره (اضطراب الطعام الذي يتميز بالتهام الفرد في الحفلات الصاخبة كميات كبيرة من الطعام ثم يتبع الطعام بإسهال ويكون الفرد في ذلك الوقت محاولا التخلص من الطعام الذي في بطنه من خلال القيء).

وقد يمكن القول انه بالرغم من أن تشويه الجسد يحدث انطلاقه مطردة من التوتر والقلق والأفكار العنصرية... فان هذا ما يمكن أن يكون دافعا لشخص له اضطراب الطعام كي يؤدي نفسه... وبالتالي فان مشاعر الخزي والإحباط أثناء تناول الطعام يؤدي إلى زيادة التوتر والإثارة ويقوم الشخص بسلوك القطع أو الحرق أو الضرب لكي يحصل على راحة سريعة من هذه المشاعر غير المريحة.

### - اضطراب العصاب القهري:

إن سلوك تشويه الجسد لدى أولئك الذين يشخصون بأن لديهم وسواس قهري يمكن رؤيته في عملية جذب الشعر القهري والتي تعرف بهوس شد الشعر ويصنف في DSM IV هوس جذب الشعر ضمن اضطرابات القلق. ولو لم يكن تشويه الجسد جزءا من الطقوس القهرية المصممة لإبعاد وتجنب حدوث شيء سيء. (Malinosky& all 1993 p 98)



## - اضطرابات الضغوط التالية للصدمة:

يشير هذا النوع من الاضطراب إلى مجموعة من الأعراض التي تحدث أثناء الصدمات الخطيرة والمتكررة حيث انه بالتركيز على الأنماط العرضية وتاريخها اخترع هيرمان مفهوم اضطراب الضغوط النفسية التالية للصدمة المعقدة ويشتمل هذا النوع من الاضطراب على تشويه الجسد كعرض لدى مضطربي التنظيم الوجداني الذين تحدث لهم الصدمة بشكل غالب (إن احد الأسباب التي تجعل الناس يقومون بجرح وتشويه أجسادهم هو التحكم بشكل واضح في الانفعالات المخيفة والتي لا يمكن ضبطها أو التحكم فيها).

إن هذا التشخيص يختلف عن تشخيص اضطراب الشخصية الحدية ويركز على السبب الذي يجعل الذي يقومون بتشويه الجسد يفعلون ذلك بالرجوع أو الإشارة إلى الأحداث الصدمية المحددة في ماضي المفحوص. (Roberts,A.R 1975 P120)

وبالرغم من أن تشخيص اضطراب الضغط النفسي التالي للصدمة المعقد لا يتناسب مع جميع تشخيصات تشويه الجسد أكثر مما يناسب اضطراب الشخصية الحدية فان الكتاب الذي قدمه هيرمان يساعد ذوي الصدمات الشديدة المتكررة على فهم سبب مواجهتهم لمشكلات التنظيم والتعبير عن الانفعال والعاطفة (Linehan,M.M& all 1991 p 29)

## - الاضطرابات التفكيرية (الانشقاقية):

وتتعلق هذه الاضطرابات بمشكلات الوعي: \*كفقدان الذاكرة الكلي أو الجزئي.

\* تشقق الوعي (كما في اضطراب الشخصية الحدية). (Cauwels,1992 p 135)

\* تشويه في الوعي أو اغتراب الوعي كما في اضطراب فقدان الأنا والاضطرابات الانشقاقية

(الانفصالية) غير المصنفة في مكان آخر. وبالتالي في هذا الاضطراب يزداد الانشقاق (في العمليات العقلية الخاصة بالوعي المدرك) حدة لدرجة تفوق قدرة المريض على التحكم فيه.

### - اضطرابات فقدان الآنية:

في هذا الاضطراب يشعر الفرد فجأة بالحرمان من بدنه كما يبدو الأفراد المصابون به في بعض الأحيان كما لو كانوا يلاحظون إحداثا من خارج أنفسهم وبالتالي يتعامل البعض مع أحداث فقدان الآنية من خلال إلحاق الأذى بأجسادهم في محاولة منهم لوقف المشاعر غير الحقيقية أملين أن الألم سيعيدهم إلى الوعي مرة أخرى وهذا ما يعد سببا شائعا لإيذاء الذات عند الناس الذين يتفككون بشكل متكرر وبطرق مختلفة.

### - الاضطرابات الانشقاقية (الانفصالية) غير المصنفة في مكان آخر:

الشخص الذي يشعر أن له شخصيات متعددة متغيرة ولكنها لا تظهر ككل كامل مثل المصابين بهذه المشكلة ولا يستطيع مثل ذلك الشخص التحكم في الشخصية وبذلك يمكن تشخيصه ضمن الاضطرابات الانشقاقية غير المصنفة في مكان آخر.

كما أن فقدان الآنية قد يكون تشخيصا تقدمه للشخص الذي ينفعل بشكل متكرر بدون الشعور بعدم الحقيقة أو الشخصيات المتغيرة.

وبالتالي فالمصابين بأعراض الاضطرابات الانشقاقية المصنفة في مكان آخر دائما يشوهون أجسادهم في محاولة منهم للإحداث ألم لأنفسهم وبالتالي تنتهي أعراض التفكك والانفصال لديهم.  
(أن سكستون 2004 ص 95)

## - اضطرابات الهوية التفككي (الانشقائي):

في هذا النوع من الاضطرابات يكون لدى المريض شخصيتان متغيرتان تأخذان صورة التحكم الشعوري بشكل كامل في سلوك الفرد وكلامه وطبعا ل DSM فان الشخصيتين لهما سمات متباينة وتتطلب طرقا مختلفة من الإدراك والتفكير والاتصال الخارجي وان هاتين الشخصيتين تتناوبان للتحكم في أفعال المريض (Winchel 1991p 306-315)

يمكننا ملاحظة سلوك تشويه الجسد لدى المصابين باضطراب الهوية التفككي فقد يكون عندهم غضب متغير ويحاولون عقاب المجموعة من خلال تدمير البدن أو الذين يختارون تشويه الجسد كطريقة للتنفيس عن غضبهم. (YaryuraFabias& all 1995 p 33-38)

## - القلق والهلع:

يجمع DSM عددا من الاضطرابات تحت عنوان اضطرابات القلق وتتفاوت أعراض وتشخيصات هذه الاضطرابات بشكل كبير. وفي بعض الأحيان يستخدم المصابون بها سلوك تشويه الجسد كآلية لمسايرة أو مواجهة تهدئة الذات. فقد يجدون أنها تحدث راحة عرضية مؤقتة وسريعة للتوترات الشديدة والإثارة التي تتشا كلما ازداد عندهم القلق.

## - اضطرابات التحكم في الاندفاع غير المصنف في مكان اخر:

لقد استخدم هذا التشخيص ببساطة لأنه أصبح التشخيص المفضل عند بعض الأطباء الإكلينيكين للأفراد الذين يقومون بتشويه أجسادهم. ويتضح ذلك بوضوح عندما تقوم بدراسة المحك المحدد لأي اضطراب لضبط الاندفاع وهو:

\* الفشل في مقاومة الاندفاع والحافز أو المزاج أو الحالة لأداء بعض الأفعال المؤلمة للشخص والآخرين وقد يكون هناك وعي أو بدون وعي لمقاومة الاندفاع... كما أن الفعل قد يكون مخطئا له أو غير مخطط.

\* زيادة الإحساس بالتوتر أو الإثارة الفيزيولوجية أو النفسية قبل أداء الفعل أو ارتكابه.

\* معايشة السعادة، الحزن، أو الانطلاق أثناء ارتكاب الفعل. ويتوافق الفعل مع الرغبة الحالية للشخص وفورا وبعد وقوع الحدث قد يشعر الشخص وقد لا يشعر بالندم أو الذنب.

(Linham,M.M 1993 P 180)

### - تشويه الجسد كتشخيص في حد ذاته:

ويعرف التشويه الجسدي بأنه مرض وعرض لمرض كما يصنف ضمن متلازمة تشويه الجسد وهو ما يعتبر المحور الأول كعرض ضبط الاندفاعية (مشابهة لاضطرابات العصاب القهري) والمحور الثاني كاضطراب للشخصية.

كما أن الدرمان Alderman 1998 يرى ان كثيرا من الذين يقومون بتشويه أجسادهم يعانون مما يعرف بمتلازمة تمثيل الصدمة.

ويقترح النساء اللاتي تعرضن لصدمة تعانين من احد أنواع الانشقاق الداخلي للوعي وعندما يتورطن في أحداث أو أعراض تشويه الجسد فان عقولهن الشعورية تأخذ ثلاثة ادوار تقوم بها:

\* المسيء (الشخص الذي يقوم بالتشويه).

\* الضحية.

(آن سكستون 2004 ص 100)

\* المتفرج(الذي لا يتدخل).

## خلاصة

من خلال العرض السابق نستنتج أن التشويه الجسدي المعتدل و التشويه العرضي و المتكرر هم الأنواع الأكثر شيوعا في السجون كما أن هناك خلط من طرف العاملين فيه و بالتالي عملية التكفل تكون خاطئة لان من يقوم بتشويه جسده في السجن يعتبرونه محاول للانتحار و هذا أيضا طريقة التكفل به غير سليمة لأنهم يعتبرونه يمس بأمن المؤسسة فالتكفل النفسي أو حتى الطبي يسير في منحى الأمن فلا وجود لبرامج تكفل و علاج لهؤلاء المساجين و هذا ما يشكل عائق للمسجون الذي لا يجد المساعدة و المؤسسة التي تبقى تعاني من تحويلهم إلى مؤسسات أخرى كإجراء امني و وقائي.

## الفصل الرابع : المساجين و سياسة اعادة الادماج

### تمهيد

كثير منا نقشعر أبدانه حين تلفظ كلمة سجن أو التحدث عن كيفية المعاش داخله هذا لسؤ النظرة تجاهه و جهل السياسة التي تبقى كخلفية له لان ما هو سائد أن السجن فيه الضرب و الالهانة و التجويع و غيرها من الأفكار السلبية الناتجة عن السجون في الحرب لكن لو دخلنا عالم السجن من باب البحث أو العمل فيه لتغيرت النظرة لان السجن اليوم تحكمه قوانين تخدم المسجون وفقا لمنظمات حقوق الإنسان و الصليب الأحمر و الهلال الأحمر لان السجن هو مكان لقضاء مدة العقوبة و ليس العقوبة بحد ذاتها هذا ما سنحاول التطرق له و شرحه في هذا الفصل .

### أولاً: تاريخ تطور فلسفة العقاب:

لو بحثنا عن تاريخ مفهوم العقاب فإننا نجده يرتبط بمفهوم الجريمة حيث كان ينظر لها على أساس أنها عمل شيطاني وان مرتكبها إنسان تقمصه الجان وبالتالي العقوبة هنا تكون بالغة القسوة والشدة بهدف التخلص من الشيطان.

ونظرا لان الفكر السائد في تلك العصور لم يصل إلى إدراك مفهوم العقوبة كوسيلة للتأهيل وإعادة التكيف مع المجتمع. فقد اتصفت العقوبة بكونها عقوبة بدنية في معظمها، ذلك النوع من العقوبة أدى إلى انتقاء الحاجة إلى المؤسسات العقابية المعروفة في وقتنا الحاضر كمؤسسات عقابية سالبة للحرية، حيث لم يكن سلب الحرية ضمن ثقافة المجتمع السائد في ذلك الوقت وإنما كانت المؤسسات العقابية عبارة عن أماكن للإيواء أو التحفظ لمن حكم عليهم بعقوبات بدنية لحين تنفيذ تلك العقوبات والتي كانت تأخذ شكل الطقوس ويتم تنفيذها في مناسبات محددة (سعود بن ضحيان الضحيان 2001).

وامتد هذا الاعتقاد في القرون الوسطى التي فسرت الجريمة بأنها انتهاك القانون الإلهي (بالمفهوم الكنائسي) نتيجة لتأييد الأرواح الشريرة أو إتباع مسالك الشيطان وخرق تعاليم الكنيسة. فالجريمة كانت انتهاكا للقانون الكنائسي قبل أن تكون انتهاكا للقانون الإنساني، وكان السلوك الإجرامي يفسر على أنه فساد للغريزة الإنسانية أو عدم الانصياع لتعاليم الكنيسة أو مس من الجن، أو خلل خلقي أو أخلاقي لدى الأفراد. وهكذا لم يكن هدف هذه المرحلة التأهيل أو الإصلاح وإنما تركز على إيقاع الألم الشديد على الجاني كوسيلة لعلاج من الجريمة وتخليصه من تأثيرها وتطهيره من الذنوب. ومن هذا المنطلق اتسمت العقوبات بالقسوة والوحشية خلال العصور القديمة والمتوسطة، واتسمت السياسة الإصلاحية بالشدّة والعنف وإقرار العقوبات القاسية وتوسيع مجالات تطبيقها والوحشية في تنفيذها بدافع الانتقام. وتمثلت العقوبات في بتر الأعضاء، الحرق، الكي، تشويه الجسد، دفن لأحياء وتحطيم العظام.... وهنا تلاشت كل معاني الإصلاح والتأهيل خلال هذه الفترة فقد كان إصلاح الجاني يعني إذاقته الألم الشديد بدافع الانتقام لطرد الروح الشريرة من نفسه.

\* ومع تطور التفكير البشري تغيرت نظرة المجتمعات وخاصة في أوروبا لمفهوم العقاب، فحجز الجاني دون مصاحبة ذلك للعقوبة البدنية كان من أهم التحولات التي ظهرت في العصور الوسطى وتؤكد هذا الاتجاه مع النظريات المفسرة للسلوك الإجرامي والتي كانت في أساسها نظريات فردية ترتبط بتقدم العلوم البيولوجية والطبيعية وان الوراثة تلعب دورا مهما في اتجاه الفرد نحو الجريمة وان تلك الخصائص تبدو على تكوينه وشكله وملامحه. وفي النصف الثاني من القرن 18 زادت الدراسات التي تبحث عن مسببات السلوك الإجرامي حيث أجريت دراسات عديدة على التوائم وبدأت محاولات مكثفة لفهم المقصود بالبيئة الاجتماعية وكيف أنها تضع بصماتها على شخصية الفرد ونفسيته وبالتالي على سلوكاته وظهرت خلال هذه الفترة تصنيفات متنوعة لأنواع المجرمين ومنها: المجرم بالميلاد، المجرم بالعاطفة، والمجرم بالصدفة.... (نجوى عبد الوهاب حافظ 2003).

\* أما بالنسبة للديانات السماوية فقد لعبت دورا مهما في ظهور التفكير الجديد والذي يقر بأهمية الإنسان كإنسان دون اعتبارات أخرى وساهمت في رقي البشر وتكوين أنماط حضارية خاصة في نوعية التفكير المجتمعي مما أدى إلى حدوث نقلة نوعية في مفهوم العقاب حيث لم يعد السجن عقوبة لردة فعل فردية وإنما هو عقاب المجتمع لمن يخرج عن سلطته وذلك عن طريق القوانين المقررة متطرف المجتمع ذاته.

ومع ازدهار النظريات المفسرة للسلوك الإجرامي التي وضعها العلماء ظهرت مدارس عديدة لتفسير هذا السلوك ومنها المدرسة الاقتصادية التي ترد هذا السلوك لعوامل ومسببات اقتصادية. إلى جانب المدرسة الجغرافية التي ربطت السلوك الإجرامي بعوامل المناخ والموقع...، كما تعددت أيضا مدارس علم النفس الاجتماعي حتى ظهر علماء الإجرام الاجتماعيين والتي ساهم بها علماء الاجتماع في الأساس، وأكدت بوجه عام على اثر العوامل الاجتماعية والظروف البيئية (البيئة الاجتماعية) على السلوك الإجرامي.

\* ولقد ساهم التطور الاجتماعي في إحداث تغيير واضح في اتجاهات ومفاهيم العملية العقابية حيث ظهر تحول كبير فيها، وكان أهم تغيير هو التحول من العقاب كهدف بحد ذاته إلى محاولة إصلاح من اقترف عملا يخالف ما هو مقر في المجتمع. حيث ظهرت حركات الإصلاح الاجتماعي للسجون التي تزعمها بيكاريا 1764 Bekarya وحذا حذوه آخرون مثل جون هيوارد- بينتام وغيرهم، وذلك بالدعوة إلى إلغاء أساليب التعذيب وشتى أنواع العقوبات البدنية في معاملة المجرمين وإحلال فكرة التهذيب والإصلاح محل فكرة الزجر والردع (سعود بن ضحيان الضحيان 2001).

وكان من نتيجة جهود هذه الجماعات قيام أول إصلاحية في فيلادلفيا لإصلاح المجرمين وكانت تتضمن مباني صحية وذلك سنة 1817 كما نشطت جماعات الإصلاح الاجتماعي في بداية القرن 19 وعمت كثيرا من الدول وتطورت إلى مفهوم العقاب بأنه لم يشرع للانتقام بل وضع من أجل غرض أسمى وهو الحد من كثرة الجرائم وإصلاح حال المجرم.



\* وهكذا تطورت النظرة إلى المجرم التي كانت تستهدف عقابه اشد العقاب تكفيرا عن جرمه وأخذت في اعتبارها اتجاهات جديدة للعوامل الاجتماعية والبيئية عند تقدير العمل الإجرامي. وهنا ظهرت الحاجة إلى الرعاية والتأهيل أثناء فترة العقوبة حتى يتم إعداد المذنب لحياة كريمة بعد قضاء مدة العقوبة.

\* وعلى ضوء ما سبق يمكن القول أن هناك فروقا واضحة بين السجون من فترة زمنية إلى أخرى، حيث ظلت السجون بمفهومها القديم ونظرتها العقابية حجر عثرة أمام أي جهود لتطوير سلوكيات المجرم وإصلاحه إلى أن ظهرت حركات المصلحين الاجتماعيين من خلال أبحاثهم وكتاباتهم الداعية إلى ضرورة تغيير وظيفة السجن بشكل ايجابي. الأمر الذي شكل تحولا كبيرا ايجابيا في فلسفة السجن وأهدافه حتى أصبحت السجون في العصر الحالي بمثابة مراكز للتدريب، التأهيل والإصلاح بما يعود بالنفع على السجين -الذي تغير اسمه بدلا من ذلك ليصبح نزيلا- فهو يستحق إعطاءه الفرصة بمنحه فرصة الإدماج الاجتماعي. وكل ذلك يتم من خلال فلسفة إصلاحية جديدة بالتعليم والتدريب المهني والعمل المنتج بالدرجة الأولى وغير ذلك من البرامج الإصلاحية والتأهيلية داخل المؤسسات العقابية وهكذا تحولت السجون إلى بيوت للإصلاح بدلا من أن تكون أماكن للعقاب.

## **ثانيا: السجن**

### **1/تعريف السجن:**

وردت كلمة السجن في القرآن الكريم في قصة سيدنا يوسف (عليه السلام ) وذلك في قوله تعالى: "يا صاحبي السجن أرباب متفرقون أم الله الواحد القهار" سورة يوسف الآية 39 وكانت هذه الآية حول رؤيا لسيدنا يوسف (عليه السلام ) وقوله تعالى أيضا: "قال رب السجن أحب إلي مما يدعونني إليه.. " سورة يوسف الآية 33.

\* السجن لغة هو الحبس، والحبس معناه المنع ومعناه الشرعي هو تعويق الشخص ومنعه من التصرف بنفسه سواء أكان في بلد أو بيت أو مسجد أو سجن معد للعقوبة أو غير ذلك (مصطفى شريك 2009/05/13).

\* والسجن هو المكان الذي يؤدي فيه المذنب عقوبة الحبس لمدة معينة وذلك تنفيذًا لحكم قضائي أو لقرار سلطوي. والسجن مؤسسة لها هدف عقابي، وهذه المؤسسة كذلك لها أنظمة ولوائح ويقوم على إدارتها أفراد اختصاصيون. وتقوم فلسفة العقوبة بالإيداع في السجن على أساس أن المذنبين هم أشخاص قاموا بخرق القانون وبالتالي فهم يمثلون شكلا من أشكال الخطر على المجتمع وانه تستلزم حمايته من شرورهم من جهة، ومن جهة أخرى ردهم بحرمانهم بعقوبة السجن التي هي أساسا عقوبة مانعة للحرية (محمد شحاتة ربيع، جمعة سيد يوسف، معتر سيد عبد الله 1994).

\* والسجن هو تلك المؤسسات المعدة خصيصا لاستقبال المحكوم عليهم بعقوبة مقيدة للحرية وسالبة لها وهي تشترك في ذلك مع الحكم بالأشغال الشاقة والاعتقال، حيث يحرم المحكوم عليهم من الخروج أو متابعة الحياة بشكل عادي وفي أجواء طليقة والحيلولة دون ممارسة أي نشاط. وعادة ما يرتبط بالسجون عدة مفاهيم وتسميات مثل الإصلاحيات ومراكز التأديب، دور الإصلاح والتهديب أو التقويم، مؤسسات إعادة التربية أو غير ذلك من التسميات (إسحاق إبراهيم منصور 1989).

\* وتختلف أهداف ووظائف السجن هذا لاقترانها بفلسفة العقوبة وهدفها في المجتمع، والسجن كمؤسسة اجتماعية هو الذي يحول أهداف ووظائف العقوبة إلى واقع تنفيذي والطرق والأساليب المتبعة في إدارة المؤسسات العقابية (السجون) هي التي تتجح أو تفشل أهداف المجتمع من العقوبة.

إن الفرق الذي تكون عليه السجون وما يجب أن تكون عليه بالنظر إلى الأهداف وفلسفة المجتمع في ذلك هو الذي يحدد الفشل أو النجاح ومفتاح ذلك نوعية الإدارة والتسيير في هذه المؤسسات.

## 2/ تطور أنظمة السجون:

عندما ظهرت النظريات الحديثة التي تتادي بالحد من قسوة العقوبات وربطها بهدف معين في الدفاع الاجتماعي وظهر الاهتمام بشخص المحكوم عليه عندئذ دعت الضرورة إلى تعديل نظام السجون.

ويرتبط إصلاح السجون بحركة الكويكرز Quaker في الولايات المتحدة وفي ولاية بنسلفانيا حيث صدر قانون عام 1682 يتضمن مجموعة من الأفكار التقدمية من حيث ضرورة الفصل بين الكبار والأحداث، وبين الرجال والنساء وتطبيقاً لهذه الأفكار أنشأ في فيلادلفيا سجن روعي فيه الفصل بين المجرمين الخطرين والمجرمين غير الخطرين حسب خطورة الجريمة المرتكبة أو بساطتها، ثم عممت التجربة في ولايات عدة وأنشأ سجنان جديان في عام 1818 و 1829 يطبقان فكرة العزل التام بين المسجونين فكان لكل سجين زنزانية خاصة يأوي إليها دون السماح إليه بالاختلاط بغيره من المساجين أو التدخين أو القراءة، وهذا النظام يعرف بنظام بنسلفانيا (جلال الدين عبد الخالق 1999).

لكن يبدو أن هذا النظام يصطدم بطبيعة البشر حيث أن العزل يدمر نفسية المحكوم عليه وبالتالي لا يحقق أي إصلاحاً و تقويم بالإضافة إلى ارتفاع تكاليفه (أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية 1999).

من أجل هذا اوجد نظام آخر يعرف بنظام الأوبرن AUBRUN في ولاية نيويورك يقوم على فكرة الجمع بين المسجونين لا العزل فهم يجتمعون للعمل والطعام وأداء الفرائض الدينية

بشرط التزام الصمت المطبق وتحريم القراءة والكتابة أو متابعة برامج التدريب أو التأهيل (جلال الدين عبد الخالق 1999).

لكن هذا النظام لم يخل هو الآخر من المساوئ حيث انه يتيح فرصة الاختلاط بين المحكوم عليهم فيتأثر الأقل إجراما بالأكثر خطورة وبهذا يتحول السجن إلى مدرسة إجرامية بالإضافة إلى فرصة العمل بصمت على المحكوم عليهم بهدف تحقيق الربح وفي صورة جماعية لا تراعي الفروق بين الأشخاص وهذا ما يساعد على التدهور الخلقي والنفسي والاجتماعي.

من أجل هذا اوجد نظام آخر هو النظام الايرلندي أو النظام المتدرج وفيه يمر المحكوم عليه بعقوبة سالبة للحرية طويلة الأمد بمراحل متتابعة، ففي المرحلة الأولى يطبق على السجين نظام العزل نهارا وليلا، وفي المرحلة التالية يعزل ليلا ويختلط بالمسجونين الآخرين نهارا ثم تسمح له بالزيارات والمراسلات ويمكن أن يشارك في إدارة السجن تطبيقا لمبدأ "الإدارة الذاتية للسجن". كما يسمح له بالعمل خارج السجن نهارا والعودة إليها ليلا. وفي المرحلة الأخيرة يطبق على المحكوم عليه نظام الإفراج المشروط.

وانتقال المحكوم عليه من مرحلة إلى أخرى مرهون بسلوكه وبالدرجات التي يحصل عليها، فهذه الدرجات تكشف على مدى قدرته على تمثّل البرامج الإصلاحية واستيعابها (أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية 1999).

\* وتميزت الفترة ما بين 1904 و 1935 بتقدم كبير في نظام السجون إذ اختفى نظام العمل الصامت ليحل محله نظام العمل الجماعي، حيث يباح الخطاب والتراسل والتزاور داخل المؤسسات وخارجها كما ركزت إدارة السجون على التأهيل المهني والحرفي فضلا عن التأهيل النفسي والاجتماعي قصد إعادة التعاطف بين الفرد والمجتمع (جلال الدين عبد الخالق 1999). ثم بدأت مرحلة أخرى جوهرية بعد عام 1935 وهي مرحلة تصنيف المحكوم عليهم وعلى هذا الأساس قسمت السجون المختلفة واختير أسلوب المعاملة الملائم

داخل السجن الواحد. وبهذا ضمت المؤسسات العقابية عددا من الأخصائيين في مختلف النواحي الطبية والنفسية والاجتماعية والثقافية والدينية....

\* وهكذا تحولت رسالة السجون من السلبية إلى الايجابية، ومن العقاب إلى تعديل السلوك واكتساب المهارات المهنية ورفع مستويات التعليم لدى المساجين.

إن هذا العمل يعني أن المؤسسات العقابية تجاوزت حد وقاية المجتمع من الخارجين على نظمه إلى المساهمة ايجابيا في تقدم المجتمع بتخريج اكبر عدد ممكن من المساجين إلى الحياة الاجتماعية مهئين تعليميا ومهنيا وثقافيا واجتماعيا وصالحين بدنيا وعقليا ونفسيا لاستعادة أماكنهم السابقة في عملية الإنتاج في المجتمع.

### 3/ أنواع السجون:

لقد تنوعت السجون بتنوع الهدف المراد تحقيقه من تطبيق العقوبة فحينما لم تكن العقوبة الحرمان من الحرية -السجن- هدف سوى التكيل بالمحكوم عليه والإضرار به ردعا له وزجرا لغيره اهتمت السجون ووضعت نظمها وفقا لما يحقق هذا الهدف. غير انه ولما اتجه هدف العقوبة إلى التأهيل بدلا من الإيلام وفقا لسياسات علمية متعددة بات من الضروري التغيير في أنواع السجون ونظمها مما يساعد على تحقيق هدف التأهيل.

ولهذا فقد اهتمت الدولة بإنشاء أنواع متعددة ومختلفة من المؤسسات العقابية بالنظر إلى تعدد فئات المجرمين تعددا يتطلب إيداع كل فئة في النوع الذي يناسبها، ويوزع المحكوم عليهم على هذه المؤسسات وفقا لاختلافهم إما في السن، الجنس، نوع الجزاء أو هدف العقوبة.....الخ. وتختلف المعايير المعتمدة في التقسيم من دولة إلى أخرى إلا أن علماء العقاب يتفقون على تقسيم المؤسسات العقابية إلى:

### 3-1/ المؤسسات العقابية المغلقة:

وتمثل الصور التقليدية (الأزلية القديمة) للسجون وتكاد إلى يومنا هذا تحتفظ بخصائص السجون في العصور القديمة (نظير فرج مينا 1993).

وتقوم المؤسسات العقابية المغلقة على فكرة عزل المحكوم عليهم عن المجتمع نظرا لخطورتهم، ويتطلب تطبيق هذه الفكرة أن يكون طابع هذه المؤسسات الرقابة المشددة والتحفظ على المحكوم وفرض الجزاءات التأديبية بقصد تنفيذ العقوبة عليهم بحزم وإتباع أساليب دقيقة في الخرائط لحفظ الأمن والنظام (جلال الدين عبد الخالق 1999).

ومن الواضح أن هذه المؤسسات تصلح في الحالات التي يكون الهدف من العقاب فيها هو الردع والزجر قبل أن يكون هو الإصلاح، ويودع في هذه المؤسسات المحكوم عليهم بعقوبات مانعة للحرية طويلة المدة، كما يودع فيها المجرمون الخطرون كالمعتادين على الإجرام والعائدين فهي تشعرهم برهبة العقوبة الأمر الذي يحقق الردع الخاص أي منع المحكوم عليهم من العودة إلى ارتكاب الجريمة. ولقد كانت هذه المؤسسات هي النموذج الذي اتخذته السجون في صورتها الأولى حينما كان المحكوم عليهم يودعون في الحصون والقلاع القديمة، ولا تزال اغلب الدول تحرص على وجود هذا النوع من المؤسسات العقابية الذي يخصص لأخطر المجرمين.

### 3-2/ المؤسسات العقابية المفتوحة:

يرى بعض علماء العقاب أن المؤسسات العقابية المفتوحة تمثل ميلاد عصر عقابي جديد تسود فيه روح جديدة وتختفي تدريجيا الأساليب القديمة التي لا تفيد في التأهيل ولا يثبت أن لها دورا ملموسا في تحقيق أغراض العقوبة السالبة للحرية.

وتقوم المؤسسات المفتوحة على فكرة الثقة في المحكوم عليه وهي تتميز بأنها بغير أسوار وقضبان أو أقفال والحراسة فيها تكون ضعيفة ذلك أن نزلاءها يحترمون النظام ولا يحاولون الهرب منها اقتناعا منهم بجدوى وجودهم فيها (جلال الدين عبد الخالق 1999).

فهي تعتمد على أساليب معنوية تتمثل في إقامة علاقة بينهم وبين إدارة المؤسسة العقابية على أساس الثقة فيهم مما يشعروهم بالمسؤولية فيحول دون إخلالهم بهذه الثقة وعلى أساس اقتناعهم بجدوى سلب الحرية باعتبارها وسيلة لإصلاحهم. وتقع المؤسسات المفتوحة عادة في المناطق الريفية حتى يقوم المساجين بأعمال الزراعة والصناعة المتصلة بها، ولا يمنع ذلك من إنشاء بعض الصناعات والحرف المستقلة عن الزراعة والتي تساعد على تدريب كل من المحكوم عليهم على نوع العمل الذي يميل إليه ويطمح إليه بعد خروجه. غير انه بالنسبة لمعيار الإيداع في المؤسسات المفتوحة فقد ظهر اختلاف في تحديد الضابط الذي يمكن الاعتماد عليه في الإيداع (فوزية عبد الستار 1985). ويرى البعض انه يحول إليها المحكوم عليهم قبل انتهاء عقوبتهم بفترة كافية من المؤسسة المغلقة التي يكون قد أمضى فيها اغلب المدة المحكوم بها عليه. وذهب رأي آخر إلى ضرورة الأخذ بمعيار مادي وفقا لمدة العقوبة المحكوم بها طويلة أم قصيرة، فان كانت قصيرة يودع بالمؤسسة المفتوحة وإلا ففي المغلقة.

أما أصحاب المعيار الشخصي فيرون ضرورة الاعتماد على الدراسة والملاحظة الشخصية للمحكوم عليه ومن النتيجة يمكن الحكم عليه جديرا بالثقة أم لا بغض النظر عن مدة العقوبة وهو الرأي الأقرب إلى الصواب تماشيا مع الإصلاحات المعاصرة للمؤسسات العقابية.

### 3-3 / المؤسسات العقابية شبه المفتوحة:

يعتبر هذا النوع من المؤسسات بأنه يتوسط النوعين السابقين فهو في طرازه المادي كالمؤسسة المغلقة فتحيط به الأسوار ولكن تخفف حراسته، أو كالسجن المفتوح فتختفي أسواره ولكن تشدد حراسته ويمنح نزلاؤه قدرا متوسطا من الثقة. وقد تأخذ صورة السجن المستقل أو أجنحة مستقلة في سجن مغلق (جلال الدين عبد الخالق 1999).

\* ويودع في المؤسسات المحكوم عليهم الذين تدل دراسة شخصياتهم على أن القيود الشديدة لا تجدي في إصلاحهم، كما أنهم لا يوحون بالقدر من الثقة الذي يمكن من إيداعهم في مؤسسة مفتوحة.

ويطبق فيها غالبا النظام التدريجي فيودع المحكوم عليه أولا لأمر في درجة تشدد فيها الحراسة نسبيا ثم ينتقل إذا اثبت حسن سلوكه وجدارته بالتخفيف إلى درجة تقل فيها الحراسة حتى ينتهي به الأمر إلى درجة اقرب ما تكون إلى المؤسسة المفتوحة.

ويوجد فيها أيضا قسم تشدد فيه الحراسة والرقابة وتوضع القضبان على نوافذه والإقبال على أبوابه على شكل المؤسسة المغلقة، ويخصص لمن يوقع عليهم جزاء تأديبي إذا اخل بالنظام المفروض عليه. ومما لا شك فيه أن نظام هذه المؤسسات يكفل الردع التام لما يفرضه من صور الحراسة المعقولة وأيضا يحقق الردع الخاص من خلال إتباع النظام التدريجي الذي يبعث في المحكوم عليه الثقة في نفسه ويبث فيه روح التجاوب مع برامج الإصلاح والتأهيل إلى حد كبير، حيث يسمح نظام هذا النوع من المؤسسات بنقل المحكوم عليه في الفترة الأخيرة من مدة عقوبته إلى المؤسسات المفتوحة حيث يتم تأهيله فيها. غير أن لهذا النوع من المؤسسات عيب واحد يتمثل في احتمال هروب المساجين من جراء تخفيف نظام الحراسة فيه (إسحاق إبراهيم منصور 1991).

### 3-4/ تصنيف المحكوم عليهم:

اختلف العلماء في تحديد مفهوم التصنيف فذهب رأي بعضهم إلى أن التصنيف هو وضع المحكوم عليه في المؤسسة الملائمة لمقتضيات تأهيله وإخضاعه في داخلها للمعاملة التي تتفق مع هذه المقتضيات. واتجه الرأي في المؤتمر الجنائي والعقابي الدولي الثاني عشر الذي عقد في لاهاي عام 1958 لتعريف التصنيف بأنه تقسيم المحكوم عليهم إلى فئات



معينة وفقا للسن، الجنس،العود، الحالة العقلية والاجتماعية وتوزيعهم وفقا لذلك على مختلف المؤسسات العقابية حيث تتم تقسيمات أخرى فرعية.

\* اتجه كثير من العلماء إلى تعريف التصنيف بأنه:

مجموعة من الإجراءات المنظمة التي تهدف إلى التنسيق بين التشخيص وخطط التنفيذ العقابي والتطابق الفني لبرامج المعاملة وذلك في مواجهة كل حالة على حدى، فهو وسيلة للملائمة بين احتياجات الفرد المتميزة وبرامج المعاملة والتصنيف. كذلك هو منهج ومجموعة من الإجراءات التي يمكن بواسطتها توجيه أساليب التصنيف بوجه عام (محمد صبحي نجم 1988).

والواقع أن هذه التعريفات ليست متعارضة ولكن يكمل بعضها الآخر. فتقسيم المحكوم عليهم إلى فئات وفقا للسن، الجنس، مدة العقوبة، السوابق القضائية، حكم الإدانة وطبيعة العقوبة ثم إجراء تقسيمات أخرى فرعية داخل كل فئة من تلك الفئات، كل ذلك يتم وفقا لمنهج معين يحتوي في حد ذاته تنسيقا بين التشخيص والتوجيه وأساليب المعاملة حتى يمكن تطبيقها على كل حالة أثناء فترة تنفيذ العقاب وفقا لما يقتضيه إصلاح وتأهيل المحكوم عليه.

وفي ضوء كل هذا يمكن أن نعرف التصنيف بأنه: " مجموعة الإجراءات التي تتبع لدراسة حالة المسجون ومعرفة العوامل التي أثرت على تطوير شخصيته باعتبار ذلك وسيلة ضرورية يمكن بواسطتها استخدام هذه المعلومات كقاعدة لبرنامج كامل يقصد به تحسين حالته وإعداده للاندماج الاجتماعي، وهذا البرنامج يوضع موضع التنفيذ ويتغير كلما اقتضت الظروف ذلك." (جلال الدين عبد الخالق 1999).

#### 4 معايير تصنيف المساجين :

على الرغم من حداثة فكرة التأهيل لنزلاء المؤسسات العقابية والقائمة على تحقيق التصنيف العلمي للنزلاء، إلا أن الفصل بين طوائف المحكوم عليهم ليس بجديد، فقديمًا كان التصنيف

يتم استنادا إلى أسس تملّحها طبيعة الأشياء، كالفصل بينهم على أساس الجنس أو السن مثلا، بيد أن البحث العلمي قد كشف عن ضرورة التعويل على أسس أخرى مثل: نوع الجريمة، مدة العقوبة، والحالة الصحية للمحكوم عليه، ومن أهم معايير التصنيف لنزلاء المؤسسات العقابية ما يلي:

### أ/ الجنس:

يعد الفصل بين النساء والرجال تصنيفا تقتضيه طبيعة الأشياء، ودفعا لنشوء العلاقات الجنسية غير المشروعة بين المحكوم عليهم، ومن ثم كان من أقدم معايير التصنيف ويتبع ذلك بضرورة إيثار النساء بمؤسسات عقابية خاصة، وأبائية خاصة بهن منفصلة تماما عن الرجال (سعود بن ضحيان الضحيان 2001).

### ب/ السن:

فضلا عن تقسيم المجرمين إلى إحداه وبالعين، يقسم البالغون فيما بينهم إلى من هم في مرحلة الشباب ومرحلة النضج، حيث تشمل المرحلة الأولى من تتراوح أعمارهم بين الثامنة عشر والخامسة والعشرون، والثانية تشمل من هم بين الخامسة والعشرين والخمسين.

وتتضح أهمية هذا التصنيف في انه يؤدي إلى إبعاد التأثير السلبي للناضجين على الشبان، فضلا عن أن اختلاف نفسية كل طائفة تجعل أساليب المعاملة الملائمة لكل منها مختلفة، فالشبان أكثر استجابة وتقبلا للمبادئ والقيم الجديدة وأكثر تفتحا للمستقبل وأملا فيه.

ج/ نوع الجريمة: ينهض التصنيف القائم على هذا المعيار على التفرقة بين صور متعددة للجرائم مثل: التفرقة بين مرتكبي الجرائم العمدية وغير العمدية، لاعتبار أن أطراف الطائفة الأولى يكونون أكثر عداءً للمجتمع، أما أفراد الطائفة الثانية فيقعون في هاوبتها دون قصد (جلال الدين عبد الخالق 1999).

#### د/ السوابق (سوابق الجاني):

مما لا شك فيه أن سوابق الجاني تصلح معيارا هاما من معايير التصنيف، حيث يتم تصنيف المحكوم عليهم إلى طوائف المبتدئين الذين ارتكبوا الجريمة للمرة الأولى، والعائدين الذين عادوا إلى ارتكاب الجريمة مرة أخرى والمعتادين على الإجرام، فالمبتدئون يكونون أكثر مرونة وأكثر تقبلا للتأثير الصالح فتوجه إليهم معاملة عقابية خاصة (فوزية عبد الستار 1985).

#### هـ/ مدة العقوبة:

يقصد بمدة العقوبة كمعيار لتصنيف المحكوم عليهم ضرورة الفصل بين المحكوم عليهم بعقوبات طويلة الأمد عن أولئك المحكوم عليهم بعقوبات قصيرة المدة، وإيثار أفراد الطائفة الأولى بمعاملة عقابية وبرنامج إصلاح وافيين، ذلك أن طول المدة إنما يسمح بتلك المعاملة بل تقتضيها نظرا لخطورة أفرادها عن أفراد الطائفة الثانية.

#### و/ حكم الإدانة:

يعني هذا المعيار تقسيم نزلاء المؤسسات العقابية إلى ثلاث طوائف: المحكوم بإدانتهم، المحبوسين احتياطيا، والخاضعون لنظام الإكراه البدني.

#### الحالة الصحية:

يفرق ضمن هذا المعيار بين الأصحاء والمرضى، أما بالنسبة للطائفة الثانية فيتم الفصل بينهم على أساس نوع المرض سواء كان عضويا أو نفسيا، وترتد الحكمة من ذلك إلى خشية انتشار العدوى من المريض إلى سواه، فضلا عن أن المريض يحتاج إلى معاملة يغلب عليها الجانب العلاجي (جلال الدين عبد الخالق 1999).

كما يدخل في هذه الطائفة المتقدمون في السن والمدمنون، وتظهر أهمية هذا التصنيف في أن المرض قد يكون احد العوامل الدافعة إلى السلوك الإجرامي، وعلاجه يعني الإعداد للتكيف مع المجتمع مستقبلا وفي هذا السياق فان الفكر العقابي الحديث يوحى بالتوسع في إنشاء سجون متخصصة وذلك لكي يمكن أن توضع مختلف طوائف المحكوم عليهم في مؤسسات تستجيب لمقتضيات الهدف العقابي وتطبيق برامج المعاملة المعدة حسب فئات السجناء (مختار فليون 1990).

**ثالثا: المؤسسات العقابية في الجزائر.**

### 1/ تعريف المؤسسة العقابية في القانون الجزائري:

يعرف قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمسجون المؤسسة العقابية بأنها مكان للحبس تنفذ فيه وفقا للقانون العقوبات السالبة للحرية، والأوامر الصادرة عن الجهات القضائية والإكراه البدني عند الاقتضاء.

وتأخذ المؤسسة العقابية شكل البيئة المغلقة أو شكل البيئة المفتوحة، يتميز نظام البيئة المغلقة بفرض الانضباط وبإخضاع المحبوس للحضور والمراقبة الدائمة.

تقوم مؤسسة البيئة المفتوحة على أساس قبول المحبوس مبدأ الطاعة دون لجوء المؤسسة العقابية إلى استعمال أساليب الرقابة المعتادة وعلى شعوره بالمسؤولية اتجاه المجتمع الذي يعيش فيه (م 25 ق ت س).

إن المؤسسة العقابية هي تلك الأماكن التي تقوم السلطة العامة بإنشائها خصيصا لتنفيذ العقوبات السالبة للحرية على المحكوم عليهم بها، كالسجن والحبس والاعتقال وهو ما يمس المتهمين في بعض الحالات القانونية ويطلق عليها تسميات مختلفة كالسجون، مؤسسات إعادة التربية، إصلاحيات.....الخ.

## 2/ تصنيف مؤسسات البيئة المغلقة:

تصنف المؤسسات المغلقة والمراكز المختصة إلى:

### 1-2/ المؤسسات:

#### 1- مؤسسة إعادة التأهيل:

وهي مخصصة لحبس المحكوم عليهم نهائياً بعقوبة الحبس لمدة تفوق 5 سنوات وبعقوبة السجن، والمحكوم عليهم معتادي الإجرام والخطيرين، مهما تكن مدة العقوبة المحكوم عليهم بالإعدام.

يمكن أن تخصص بالمؤسسات المصنفة في الفقرة 2 و 3 من هذه المادة أجنحة مدعمة امنياً لاستقبال المحبوسين الخطيرين الذين لم تجد معهم طرق إعادة التربية المعتادة ووسائل الأمن العادية.

#### 2- مؤسسة إعادة التربية:

بدائرة اختصاص كل مجلس قضائي، وهي مخصصة لاستقبال المحبوسين مؤقتاً والمحكوم عليهم نهائياً بعقوبة سالبة للحرية تساوي أو تقل عن خمس (5) سنوات، ومن بقي منهم لانقضاء عقوبة 5 سنوات أو اقل والمحبوسين لإكراه بدني.

#### 3- مؤسسة الوقاية:

بدائرة اختصاص كل محكمة، وهي مخصصة لاستقبال المحبوسين مؤقتاً والمحكوم عليهم مؤقتاً بعقوبة سالبة للحرية لمدة تساوي أو تقل عن سنتين (2)، ومن بقي منهم لانقضاء عقوبتهم سنتان أو اقل والمحبوسين لإكراه بدني.

### 2-2/ المراكز المختصة:

### \* مراكز متخصصة للنساء:

مخصصة لاستقبال النساء المحبوسات مؤقتا والمحكوم عليهن نهائيا بعقوبة سالبة للحرية مهما تكن مدتها والمحبوسات لإكراه بدني.

### \* مراكز متخصصة للأحداث:

مخصصة لاستقبال الأحداث الذين تقل أعمارهم عن 18 سنة، المحبوسين مؤقتا، والمحكوم عليهم نهائيا بعقوبة سالبة للحرية مهما تكن مدتها (المادة 28 ق ت س).

### 3/ أساليب رعاية المحكوم عليهم داخل المؤسسات العقابية الجزائرية:

لقد اهتمت الأمم المتحدة بالمعاملة الإنسانية لجميع البشر بما في ذلك المسجونين. وقد أنشأت عددا من القوانين الدولية لحماية وضمان حقوق الإنسانية والحريات الأساسية وتتضمن القواعد الدنيا النموذجية لمعاملة المسجونين التي أصدرتها الأمم المتحدة بعض القوانين التي لها طبيعة أساسية، وتتكون من مبادئ وهي معدة في حد ذاتها للتطبيق في كل مكان وزمان، وصكوك الأمم المتحدة لحقوق الإنسان التي تلتها هذه القواعد ثم تبناها المؤتمر الأول(جنيف) حول الوقاية من الجريمة ومعاملة السجناء الذي انعقد في 1955/08/30 وقرها من قبل المجلس الاقتصادي والاجتماعي في قراره رقم 663 بتاريخ 1957/07/31 ورقم 2076 المؤرخ في 1977/05/13 (الأمم المتحدة 1993).

والمشروع الجزائري التزم بتطبيق كل القواعد التي جاء بها هذا القرار وتوسع في تجسيدها وأضاف العديد من الأحكام المفسرة والمفصلة لها ولم يكتف بهذا بل قام بإصدار العديد من المراسيم التطبيقية والتنظيمية والقرارات التي تعمل على تنفيذ بعض المبادئ والأحكام العامة المنصوص عليها في قانون تنظيم السجون وإصدار قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي المعدل والمتمم للأمر 02/72.

والنظرة الحديثة لرعاية المسجونين تركز على الاهتمام بهم ورعايتهم بكافة الوسائل الممكنة مما يوفر لهم طاقات كبيرة وقوة مؤثرة تساعد على إصلاحهم وإعادة توازنهم النفسي والاجتماعي وبحيث يشعر السجين أن هناك من يهتم به ويرعاه ويبذل كل ما في وسعه في سبيل تغييره وإصلاحه. ومن هنا كانت الحكمة في الاتجاه الجديد الذي قام في السنوات الأخيرة حول جدوى رعاية المحكوم عليهم بمختلف الأساليب التعليمية، التهذيبية، المهنية والاجتماعية إلى آخره من الأساليب العلاجية والتأهيلية ويتضح فيما يلي :

### 3-1/ الهدف الرقابي:

يمسك بكل نيابة سجل لتنفيذ الأحكام الجزائية، يخصص في كل مؤسسة عقابية سجل للحبس (م 11 ق ت س) وتنفذ العقوبة السالبة للحرية بمستخرج حكم أو قرار جزائي يعده النائب العام أو وكيل الجمهورية يوضع بموجبه المحكوم عليه في المؤسسة العقابية (م 12 ق ت س) والهدف من هذا الأخير(السجل) تحديد أسباب الإجرام عند المحكوم عليه ومعرفة شخصيته،أهليته، مستواه الذهني،الأخلاقي والمهني حتى يتسنى توجيهه الصحيح للمؤسسات المختصة.

تخضع المؤسسات العقابية والمراكز المختصة للنساء و المراكز المختصة للأحداث إلى مراقبة دورية يقوم بها قضاة كل في مجال اختصاصه (م 33 ق ت س).

### 3-2/ الهدف الإنساني:

منع الحبس الانفرادي كقاعدة عامة بحيث أن المعمول به هو الحبس الجماعي سيما في مؤسسة الوقاية وإعادة التربية،وإما في مؤسسات إعادة التأهيل فهناك تدرج في الأنظمة بين ثلاث أطوار(انفرادي ليل ونهار، طور مزدوج أي الوضع الانفرادي في الليل فقط، ثم الطور الجماعي)، وهذا في حد ذاته وسيلة للتقويم ويشمل هذا الهدف:

### 3-2/أ/ الرعاية الصحية:

الحق في الرعاية الصحية مضموم لجميع فئات المحبوسين (م57 ق ت س) ويستفيد المحبوسون من الخدمات الطبية المجانية في مصحة المؤسسة العقابية، وعند الضرورة في أي مؤسسة استشفائية أخرى أو عيادة عمومية الأقرب، ويتم فحص المحبوس وجوبا من طرف الطبيب والأخصائي النفسي عند دخوله إلى المؤسسة العقابية وعند الإفراج عنه، وكلما دعت الضرورة لذلك (م58 ق ت س).

وتقدم الإسعافات والعلاجات الضرورية للمحبوس وتجرى له الفحوصات الطبية والتلقيحات والتحاليل للوقاية من الأمراض المتنقلة والمعدية تلقائيا (م59 ق ت س).

وتساهم الرعاية الصحية في المؤسسات العقابية إسهاما فعالا في تأهيل المحكوم عليهم وإعدادهم لمواجهة الحياة في المجتمع بعد الإفراج عنهم، كما تساهم الوقاية وهذا باتخاذ الاحتياطات اللازمة للحيلولة بين المحكوم عليهم وبين إصابتهم بمرض معد إذ يمثل ذلك خطرا كبيرا على بقية زملائه وربما امتد إلى خارج المؤسسة، ويتخذ مدير المؤسسة مع الطبيب وإذا اقتضى الأمر مع السلطات العمومية المؤهلة كل التدابير الضرورية للوقاية من ظهور وانتشار الأوبئة أو الأمراض المعدية بالمؤسسة العقابية (م62 ق ت س).

وتتعدد جوانب الوقاية الصحية فتشمل استلزام شروط معينة في ذات المحكوم عليه، ثم في غذائه الذي يقدم إليه، وفي مقدار ونوع الرياضة البدنية التي يجب أن يمارسها.

وثمة شرط ينبغي توافره في الهيكل المادي للمؤسسة يتمثل في وجوب تجنب ازدحام المساجين وهو ما يستلزم أن تخصص أماكن للنوم وأخرى للتعليم والعمل والتهديب والترفيه، وينبغي أن تعد إعدادا يسمح بدخول الشمس والهواء وان يكون لكل محكوم عليه سريره المزود بالغطاء الكافي. وهناك عناية كبيرة يجدر توجيهها إلى دورات المياه بحيث تخصص على نحو يتمكن به المساجين من قضاء حاجاتهم على نحو كريم، حيث نص قانون تنظيم السجون وإعادة الاندماج الاجتماعي للمحبوسين على وجوب والإزامية النظافة على نزلاء



المؤسسة العقابية لأنها تؤدي إلى الحرص على صحتهم وترقيتها وهذا بالمحافظة على قواهم البدنية والعقلية والنفسية والسهر على أماكن حبسهم والمراقبة المستمرة لشروط الصحة والسلامة في مباني المؤسسات العقابية، حيث يسهر طبيب المؤسسة على مراعاة قواعد الصحة والنظافة الفردية والجماعية داخل أماكن الاحتباس.

وعلى طبيب المؤسسة العقابية أن يتفقد مجموع الأماكن بها، ويخطر المدير بكل معاينة للنقائص أو كل الوضعيات التي من شأنها الإضرار بصحة المحبوسين (م60 ق ت س).

كما تقتضي الرعاية الصحية في مرحلة الوقاية ضرورة الاهتمام بتغذية المحكوم عليهم على نحو يدرا عليهم احتمال إصابتهم بمرض معين، وعليه يجب أن ينطوي هذا الغذاء على قدر كبير من القيمة الغذائية كما ينبغي أن يقدم بكمية تكفي لإشباعهم وان يكون ذلك في آنية خاصة ومواعيد منتظمة } يجب أن تكون الوجبة الغذائية للمحبوسين متوازنة وذات قيمة غذائية كافية}{م63 ق ت س} وعلى أطباء المؤسسة التحقق من توافر هذه الشروط وإذا كانت الحالة الصحية لأحد المحكوم عليهم تستوجب نوعا من الغذاء فانه يجب تقديمه بناء على رأي الطبيب، وكذلك يجب أنتهياً لكل منهم وسيلة التزود بالماء الصالح للشرب، ويتعين على كل محبوس يرغب في الإضراب عن الطعام أو يرفض العلاج أن يقدم إلى مدير المؤسسة العقابية تصريحاً مكتوباً يبين فيه أسباب الإضراب أو رفض العلاج.

يوضع المحبوس المضرب عن الطعام في النظام الانفرادي كإجراء وقائي، وإذا تعدد المضربون يعزلون عن غير المضربين ويوضعون تحت المتابعة الطبية (م64 ق ت س).

وينبغي أيضاً أن يمكن المحكوم عليه من ممارسة التمرينات الرياضية لما لها من فائدة كبيرة بالنسبة لصحتهم ويرتبط ذلك بوجوب السماح لهم بالخروج إلى الساحات كل يوم إذا سمحت حالة الطقس بذلك.

على الطبيب أن يقوم بالتنسيق مع إدارة المؤسسة بما يلي:

### \* بالنسبة للمسجون:

1/ إيجاد أماكن خاصة لاستقبال المساجين داخل المؤسسات العقابية، حيث يتم توقيع الكشف الطبي عليهم بمجرد دخولهم، وإذا تبين وجود أي مرض معد يتم عزل المرضى عن بقية المساجين لمواصلة علاجهم.

2/ تطعيم المساجين ضد الأمراض المعدية في الأوقات المناسبة التي يتم تحديدها مع مصالح الصحة.

3/ تعقيم الأماكن التي يرتادها المساجين كالغرف ودورات المياه وأماكن ممارسة الأنشطة بالمعقمات والمبيدات.

### \* معاينة الجوانب التالية:

1/ كمية الغذاء ونوعيته وإعداده.

2/ مدى إتباع القواعد الصحية والنظافة في السجن ولدى السجناء.

3/ حالة المرافق الصحية والتدفئة والإضاءة والتهوية في السجن.

4/ مدى التقيد بالقواعد المتعلقة بالتربية الرياضية والبدنية.

### 3-2ب/ التعليم والتكوين:

يلعب التعليم دورا كبيرا في تأهيل المحكوم عليهم من عدة وجوه، فهو يستأصل من شخصيته احد العوامل التي دفعته إلى الجريمة وهو الجهل مما قد يحول بينه - مستقبلا - وبين العود إلى ارتكابها، فضلا عن هذا فهو يرتفع به إلى مستوى ذهني واجتماعي كبير يباعد بينه وبين التفكير في سلوك يؤدي إلى الجريمة ويحرص على حسم مشاكله بالطريق المطابق للقانون، وقد تفتنت النظم العقابية عامة وقانون التنظيم وإعادة الإدماج الاجتماعي

للمحبوسين خصوصا إلى هذه الأهمية فنصت المادة (94 ق ت س) بأنه تنظم لفائدة المحبوسين دروس في التعليم العام والتقني والتكوين المهني و التمهيّن والتربية البدنية وفقا للبرامج المعتمدة رسميا مع توفير الوسائل اللازمة لذلك. بالنسبة للمحكوم عليهم الذين لهم مستوى دراسي كافي الحق في مزاولة تعليم عام في مؤسسات إعادة التربية ومؤسسات إعادة التأهيل وتقيم هذه الدراسة في نهاية كل سنة وتتوج بمنح شهادات الدراسة الابتدائية (م101 من الأمر 02/72).

أما بالنسبة للمحكوم عليهم دون المستوى الثانوي فان هذا التعليم العام يكون أيضا تقنيا منظما بداخل المؤسسة أو عن طريق المراسلة (م 102 من الأمر 02/72)، ومن بين الضمانات التي يمكن الإشارة إليها في الأخير هو انه يحضر حضرا باتا تدوين أي ملاحظة على الشهادات التي يمكن أن يحصل عليها المحكوم عليهم تفيد تبيان وضعيتهم الجزائية أو بأنهم حصلوا على هذه الشهادة بالسجن (م 105 من الأمر 02/72).

ويتم التكوين المهني داخل المؤسسة العقابية أو في معامل المؤسسات العقابية أو في الورشات الخارجية أو في مراكز التكوين المهني (م 95 ق ت س).

وهناك إمكانية متابعة برامج الإذاعة والتلفزة، والاطلاع على الجرائد والمجلات وتلقي المحاضرات في المجال التربوي والثقافي والديني (92 ق ت س).

### 3-2ج/ التهذيب الديني:

قد يكون انعدام أو ضعف الوازع الديني عاملا إجراميا بالنسبة لبعض المحكوم عليهم، ويكون للتهذيب الديني في هذا المجال الفضل في استئصال احد العوامل الإجرامية.

ويقصد بالتهذيب الديني غرس المبادئ والقيم الدينية التي تحض على الخير وتنتهي عن الشر وتذكر بالله سبحانه وتعالى وبقدرته وعدله وعقابه على الشر وثوابه على الخير وقبوله

توبة التائبين متى صدقت توبتهم وخلصت نيتهم في عدم ارتكاب الجرائم والآثام في المستقبل.

ويتولى هذه المهمة رجال الدين الذين يعينون من قبل الإدارة العقابية بالإضافة للشروط العامة التي يجب أن تتوفر فيهم كشرط الكفاءة في معاملة المساجين وجذبهم والتأثير في عقولهم وان يكونوا قدوة حسنة في أقوالهم وأفعالهم.

ووسائل التهذيب الديني تتمثل في إلقاء المحاضرات والمناقشات الجماعية والإجابة على استفسارات المساجين وإقامة الشعائر الدينية، ويمكن لرجل الدين الانفراد بالمسجون إن طلب ذلك وكان ضروريا. كما يجب أن تزود مكتبة المؤسسة بكتب ومجلات دينية للاطلاع والاستفادة منها (علي عبد القادر القهوجي 1988).

## خلاصة

لم تعد مهمة السجون هي احتجاز السجين خلف الأسوار لقضاء فترة العقوبة المحكوم عليه بها، بل أصبحت وسيلة من الوسائل الفعالة في تأهيل السجين علميا ومهنيا ورعايته صحيا بهدف أن يعود للمجتمع شخصا صالحا لم يرتدع بالعقوبة فقط بل أصبح مؤهلا للتعايش مع المجتمع، يعمل على الحفاظ على قيم المجتمع وأمن الآخرين، وقد اتبعت إدارة السجون الوسائل العلمية لإصلاح السجين نفسيا وتأهيله للحياة الكريمة بعد قضاءه فترة العقوبة وخروجه من السجن، إضافة إلى قيامها بتوفير الحياة الإنسانية اللائقة للسجين وفق الأعراف الدولية ولا تقتصر سياسة إعادة الإدماج على العمل مع المسجون داخل السجن فقط بل متابعته بعد قضاء مدة السجن من خلال المصالح الخارجية التابعة للمديرية العامة لإدارة السجون وذلك لتقديم المساعدات للمسجون كمساعدته للحصول على عمل أو الاستمرار في دراسته أو المتابعة النفسية للمدمنين .

## الفصل الخامس : البرنامج العلاج السلوكي الجدلي لدى المساجين .

### تمهيد :

يعتبر العلاج السلوكي الجدلي من أحدث العلاجات النفسية، حيث تعتبر الدكتورة النفسية مارشا لينهان أول من بدأت البحث والعمل فيه كون هذا العلاج قائم على فكرة الدمج بين القبول والتغير في آن واحد، ومحاولة كل من المعالج والمفحوص تبني فلسفة علاجية قائمة على تغير ما يمكن تغييره وقبول ما لم يمكن تغييره سواء في العميل أو في بيئته المحيطة .

و يعتبر العلاج السلوكي الجدلي علاجا نفسيا اجتماعيا قائما على مبدأ الدمج بين القبول والتغير، وهذا ما سنحاول شرحه في هذا الفصل بالتفصيل.

### أولا : تعريف العلاج السلوكي الجدلي

العلاج السلوكي الجدلي هو علاج نفسي اجتماعي قائم على مبدأ الدمج بين القبول والتغير، وهو منهج علاجي قائم على نظرية العلاج المعرفي والسلوكي، أي أنه طريقة تجمع بين عناصر فئات العلاج المعرفي السلوكي والاسترخاء والمهارات المساعدة، وتعزيز مهارات الوعي الذاتي وفنيات المعالجة الأساسية كحل المشكلات والتدريب على مهارات التعرض، وتعديل المعارف.

كما يعرف العلاج السلوكي الجدلي بأنه شكل من العلاج الشامل يمزج بين العلاج المعرفي السلوكي بالمنهج القائم على القبول، وصمم هذا العلاج الجدلي وفق الفلسفة الجدلية "الديالكتيك" التوليفات الطبيعية من أجل تحقيق التغير لدى المفحوص، (أن سيكستون، 2004، ص 98).

صمم العلاج المعرفي السلوكي خصيصا للأفراد الذين يعانون من سلوكيات تشويه الجسد، وذوي الأفكار الانتحارية، ومحاولات الانتحار، والذين يعانون من سلوكيات تتفق مع معايير

اضطراب الشخصية الحدية، فهؤلاء الأفراد يعانون من إيذاء الذات، ومحاولات الانتحار، وصعوبة السيطرة على العواطف لأن العلاج المعرفي السلوكي لم ينجح في مثل هذه الحالات لذلك تم إضافة أنواع أخرى من التقنيات لهذا العلاج حتى يعطي نتائج أفضل، وتم تدعيم العلاج السلوكي الجدلي تجريبيا عن طريق دراسات تناولت علاج حالات للاكتئاب ومحاولات الانتحار، (أن سيكستون، 2004، ص 98).

-والباحثة تعرّف العلاج السلوكي الجدلي بأنه علاج نفسي اجتماعي يركّز على مجموعة من التقنيات وتدريب الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب والقلق والتوتر الانفعالي الشديد فضلا عن مشكلات الغضب وصعوبة التعبير عنه.

-التقلبات الشخصية : وهي فوضى العلاقات مع الآخرين وصعوبة التأقلم معهم، وانخراط الفرد في نشاطات غير متوازنة.

-التقلبات السلوكية : وهي السلوكات الاندفاعية الشديدة كمحاولات الانتحار.

-التقلبات الفكرية : بما في ذلك تبدد الشخصية والتفكك والأوهام.

-عدم التنظيم الذاتي : كالاغتراب الذاتي، أين يشعر الفرد بالفراغ في الواقع.

وبالتالي فالعلاج السلوكي الجدلي يركز على مساعدة الفرد على تعليم كيفية تغير أفكارهم وواقعهم ومشاعرهم وسلوكاتهم، وهو عادة ما يكون محدد بفترة زمنية ويهتم بالجانب الوجداني للمفحوص وبالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية وانفعالية واجتماعية وبيئية، لإحداث التغير المرغوب فيه.

لذلك يمكن القول بأنه منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى المفحوص، وتتمثل أساليبه العديدة في التدريب على مهارات مواجهة

التحكم في القلق، والتحصن ضد الضغوط، والتدريب على التعليم الذاتي، ووقف تدفق الأفكار الانتحارية.... إلخ.

كما يسعى العلاج السلوكي الجدلي إلى مساعدة المفحوصين على زيادة الفعالية الذاتية ومعالجة المشكلات المحددة ...

## ثانيا : تاريخ العلاج السلوكي الجدلي

ولد العلاج السلوكي الجدلي من بنات أفكار الباحثة النفسية مارشا لينهان Linhen Marcha، وهي طبيبة نفسانية وأستاذة علم النفس في جامعة واشنطن-سياتل-وهي مؤلفة كتاب "وصف العلاج المرافق بدليل للتدريب على مهارات العلاج السلوكي الجدلي"، وبالرغم من أن مارشا لينهان هي المعلمة المبدعة في هذا المجال، إلا أن هناك مجموعة من الباحثين الذين ساهموا بتطوير هذا النوع من العلاج الذي يهدف إلى مساعدة الأفراد الذين هم على خلاف مع أنفسهم ويواجهون صعوبة في إحداث تغيير في نفوسهم.

و العلاج السلوكي الجدلي هو مزيج من مجموعة متنوعة من العناصر المتباينة، عناصر موجودة في الأدب النفسي كالعلاج المعرفي والسلوكي، والمفاهيم الجدلية، وقد دعم هذا التوجّه لدى مارشا من خلال منحه مقدمة من المعاهد الوطنية للصحة النفسية وتعاطي المخدرات في ميريلاند التعامل مع اضطراب بالشخصية الحدية، الذي يمثل مشكلة صحية للعديد من المرضى باعتباره اضطرابا شديدا، واسع الانتشار لدى المرضى النفسيين المقيمين في مستشفيات الصحة النفسية، إذ تشير الدراسات بأن (20%) من المرضى المدمنين يعانون من هذا الاضطراب، و(11%) من المترددين على العيادات الخارجية، وكون هذا الاضطراب شديدا ومعدلاته مرتفعة بين المرضى، فإن (10%) من معدلات الوفيات بين هؤلاء المرضى يموتون انتحارا في نهاية المطاف، نتيجة للأمراض المؤلمة والانفعالات الشديدة التي يعانون منها، كالأفكار الانتحارية، وسلوكات تشويه الجسد، والفراغ الوجودي،



والقلق، والإحباط والغضب الشديد، إضافة إلى نوبات ذهانية حادة، كما تتسم علاقتهم بالفوضى، وخط في الهوية، وضعف في جودة الحياة.

وفي الوقت الحاضر أثبتت علاجات نفسية وطبية قليلة للغاية فعاليتها في علاج الأفراد ذوي الشخصية الحدية، فقد توصلت نتائج الدراسات الطبية التي قامت بها سولوف Sollof أن المعالجة الدوائية تلعب دورا محددا في العلاج، بالرغم من تلك النتائج على المستوى الإكلينيكي، إلا أنها تبدو متواضعة في أدلتها التجريبية التي تدعم العلاجات النفسية والاجتماعية لاضطراب الشخصية الحدية، وهذا يعدّ بمثابة مشكلة خاصة لأنه عندما يتم إعطاء العلاج الدوائي الفعال، فإن حالة المريض بهذا الاضطراب تبدو معقدة، وخصوصا المزمدة منها.

وحتى الآن يعدّ العلاج السلوكي الجدلي الذي يُرمز له ب (DBT) هو العلاج الوحيد الذي ثبتت فاعليته في اضطراب الشخصية الحدية، وتعدّ مارشا لينهان أول من استخدم هذا الأسلوب في علاج الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية الذين يتسمون بالأعراض التالية : التقلبات الانفعالية (الحساسية المفرطة ) التفكير الرمادي والانفعالات المزمدة للأفكار، والفراغ النفسي، ومحاولات الانتحار أو إلحاق الضرر بالجسد، وفورات غضب غير طبيعية، واندفاعات، وعدم الاستقرار المزمدة في المزاج والسلوك، واضطراب الهوية الشخصية، والعلاقات السلبية مع الآخرين، كما تم تكيف هذا الأسلوب العلاجي (DBT) في علاج مجموعة واسعة من اضطرابات الصحة العقلية، بما في ذلك : اضطراب المزاج (الاكتئاب ثنائي القطب)، واضطراب القلق، وضغوط ما بعد الصدمة، والقلق العام واضطراب الهلع، واضطراب القلق الاجتماعي، واضطرابات الأكل، وتعاطي المخدرات وتشويه الجسد وخصوصا في سن المراهقة والمشكلات والصراعات الزوجية، والعلاقات السلبية مع الآخرين.

ثالثا : فلسفة العلاج السلوكي الجدلي

يقوم هذا الأسلوب على فكرة مفادها أن معاملة الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، يجب أن تتضمن العناصر النفسية والاجتماعية، إضافة إلى العلاجات التقليدية . ومن هذا المبدأ انطلقت مارشا في تحديد منهجها في المعالجة، وهو أن بعض الناس أكثر عرضة للرد بطريقة خارجة عن المألوف نحو مواقف انفعالية معينة، وذلك نتيجة لما تلقاه الفرد من تربية داخل الأسرة والعلاقات مع الآخرين، وهذا العلاج صمم أصلاً لمساعدة الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية، إلا أن هذا الأسلوب يستخدم بشكل واسع في علاج كثير من المشكلات النفسية والسلوكية، كما تشير هذه النظرية إلى أن مستويات الاستثارة لدى بعض الأفراد في مواقف عديدة يمكن أن تبلغ مستويات شديدة من الاستثارة بالمقارنة مع الشخص العادي. وهذا يقوده إلى تحقيق مستوى مرتفع من التحفيز الانفعالي عما هو مألوف، وأنه قد استغرق وقتاً طويلاً في العودة إلى مستوى الإثارة الانفعالية الطبيعية (وهذا ما يسمى زمن الرجوع الانفعالي)، ويتم ذلك عبر جلسات من العلاج الفردي والجماعي، واستشارة المعالج، والاتصال عبر الهاتف، حيث يتم فيها تعليم العميل مجموعة أربع المهارات المختلفة، وهي : الفعالية الشخصية، التسامح/قبول الواقع، تنظيم المشاعر، واليقظة العقلية، ويتم ذلك عن طريق المناقشات الجماعية في الجلسة العلاجية على اعتبار أن العلاج الجماعي هو المكان المثالي لتعلم وممارسة هذه المهارات لأنه يوفر بيئة آمنة وداعمة للعملاء.

وبناء على ذلك يمكن لكل من العلاج المعرفي والعلاج الجدلي أخذ ماضي العميل بعين الاعتبار عند مساعدته على فهم أفضل للخبرات الماضية التي أثرت على حياته الحالية .

كما يوجد افتراض آخر في العلاج السلوكي الجدلي (DBT) مفاده : إن تعلم السلوكيات المدمرة للذات يتم بواسطة تقنيات التعامل مع الانفعالات السلبية الشديدة التي لا تطاق، مثل الخجل، والشعور بالذنب والحزن، والخوف والغضب، التي هي جزء طبيعي من الحياة، ومع ذلك فإن بعض الناس يميلون لأن يكون لديهم انفعالات سلبية شديدة جداً ومتكررة. ويصعب

على العقل البشري في بعض الأحيان التعامل معها والتي يمكن أن تكون بسبب صدمة جسدية أو انفعالية شديدة وتؤدي في النهاية إلى تغيرات الدماغ لجعله أكثر عرضة للشعور بالحالات الانفعالية الشديدة. بالإضافة إلى ذلك في بعض الأحيان يعاني العملاء اضطرابات المزاج (الاكتئاب أو القلق العام الرئيسي) التي لا يمكن أن يسيطر عليه بالأدوية مما يؤدي بالتالي إلى المعاناة النفسية. يمكن لأي واحد من هذه العوام، أو أي مزيج منها أن يؤدي إلى مشكلة ضعف انفعالي. فالشخص الذي هو أكثر عرضة للمشكلات الانفعالية يميل إلى أن يكون ضعيفا، ويصعب السيطرة على ردود أفعاله الانفعالية والتي تجعل حياته تبدو وكأنه يعيش في دوامة. ونادرا ما يكون الضعف الانفعالي الشديد السبب الوحيد للمشاكل النفسية. فبيئة المريض تعد أيضا عاملا مساهما رئيسيا في هذه الحالة، حيث يشير أشخاص آخريين غالبا إلى الفشل في علاج شخص ما بطريقة ينقل إليه الاهتمام، والاحترام والتفاهم، يمكن لأمتثلة مثل هذه أن تقوم بها شخصيات مهمة للمرضى كالأباء والأمهات.

وترى مارشا لينهان Linhen Marcha 1993 أن ثمة طرقا متعددة لظهور اضطراب الشخصية الحدية، فتذكر أن بعض الحالات ترتبط بالاستهداف البيولوجي، وبعضها يظهر الاضطراب لديهم بسبب التعرض لصدمات نفسية شديدة في الطفولة بدون وجود أي استهداف بيولوجي، والبعض الآخر يظهر لديهم من خلال تفاعل العوامل البيولوجية مع النفسية، و العوامل البيولوجية تعد من الشروط الأساسية لظهور اضطراب الشخصية الحدية، متمثلة في القابلية للإصابة الانفعالية والتي تسبب عدم الاستقرار الوجداني الذي يؤدي إلى ظهور السلوكات الاندفاعية. ويؤيد كل من "ليفسلي" « Leley » و "شرودرل" 1991 « Schroderl » ما ذكرته مارشا لينهان Linhen Marcha 1993 أن هناك أربعة أبعاد أساسية لاضطراب الشخصية الحدية وهي الاندفاعية، والتقلب الوجداني، والعجز المعرفي، والهوية المشوشة، وتعتبر الاندفاعية، والتقلب الوجداني أقوى بعدين للمسات المندرجة لهذا الاضطراب .

إن وجود بعض السمات غير المقبولة لدى الفرد تعدّ أمراً طبيعياً، ولكن عندما تصبح حادة ومبالغا بها، فإنها تشكل عوامل استهداف نفسية، فتعرض الأفراد للفقدان أو الصدمة أو الفشل في العلاقات مع الآخرين، يؤدي إلى تشوه هذه السمات عند البعض لتكوّن ما يسمى الاضطراب، ويقوم البعض الآخر بتصرفات يشوبها نوع من الاختلال كاستجابة لما يعانون منه، كما أشارت مارشا Linhen أيضاً إلى أن جزء كبيراً من مرضى اضطراب الشخصية الحدية يتعرعون في بيئة يكون فيها الأشخاص الذين يقومون بالاعتداء (الجسدي أو الجنسي) عليهم في الطفولة أشخاصاً ذوو أهمية كبيرة (الآباء أو الإخوة الكبار)، وكون الشخص المفترض أن يكون مهماً أو محبوباً لدى الطفل هو نفسه الشخص الذي يقوم بالاعتداء الجسدي أو الجنسي ويتسبب في الصدمة، نقطة مهمة جداً ليس فقط بالنسبة للعلاج، ولكن لفهم الظواهر التي يعبر بها المريض عما بداخله أثناء العلاج، فالأطفال الذين تربوا في مثل هذا الجو من العنف تظهر لديهم روابط كثيرة تربط بين أسباب المرض وبين الأشخاص الذين قاموا بالاعتداء عليهم .

#### رابعا : الفرق بين العلاج المعرفي السلوكي و السلوكي الجدلي

العلاج المعرفي السلوكي (DBT) هو واحد من أكثر أشكال العلاج النفسي شيوعاً في الممارسة العلاجية في العالم اليوم، إنه يركز على مساعدة الناس على تعلم كيفية تغيير أفكارهم، وواقعهم ومشاعرهم وسلوكياتهم. وهو عادة ما يكون محدد بفترة زمنية. وقد ظهر مصطلح العلاج المعرفي السلوكي في بداية الثلث الأخير من القرن الماضي، ويهتم هذا النوع من العلاج بالجانب الوجداني للعميل، وبالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية وانفعالية واجتماعية وبيئية، لإحداث التغيير المرغوب فيه.

لذلك يعرف بأنه منهج علاجي يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير لدى العميل، وتتمثل أساليبه العديدة في التدريب على مهارات مواجهة التحكم في

القلق، والتحصن ضد الضغوط، والتدريب على التعليم الذاتي، ووقف تدفق الأفكار الانتحارية.... إلخ.

بينما يسعى العلاج السلوكي الجدلي باعتباره شكل محدد من أشكال العلاج المعرفي السلوكي مساعدة العملاء على زيادة الفعالية الذاتية، ومعالجة المشكلات المحددة، كاضطراب الشخصية الحدية، ومحاولات الانتحار مع تأكيده على العوامل النفسية والاجتماعية في العلاج. كيف يمكن لشخص ما أن يتفاعل مع الآخرين ويقيم علاقات بناءة معهم في بيئته، وفي بيئات مختلفة خارج حدود بيئته. وقد جاء في هذا الشكل من العلاج نتيجة لنقص في المعالجة المعرفية في التصدي لبعض المشكلات الانفعالية كحالات الانتحار و اضطراب الشخصية الحدية، كما يركز المنهج الحالي باعتباره منهج للصحة النفسية على تغيير التعامل مع الأحداث والظروف المؤسفة، إنه يدفع إلى القليل من الاهتمام والقبول، وإيجاد معنى لها، وتحمل المحن، وقد درجت العادة على هذه المهمة التي تناولتها المتغيرات النفسية، والعلاج التحليلي النفسي والجشطلتي، أو السرد، جنباً إلى جنب مع المجتمعات الدينية والروحية، ويؤكد العلاج السلوكي الجدلي على تحمل الفرد أو العميل تعلم الألم بمهارة.

#### خامسا : أسس العلاج السلوكي الجدلي

يعتمد هذا النموذج العلاجي على أن اضطراب الشخصية الحدية متجذر في الاضطرابات البيولوجية وجنبا إلى جنب مع اضطرابات البيئة، وهذا الاضطراب البيولوجي الأساسي هو تنظيم نظام العاطفة والانفعال، وقد يكون سببه الوراثة، إضافة إلى عوامل داخل الرحم قبل الولادة أو الأحداث المؤلمة في النمو في وقت مبكر من حياة الفرد التي تؤثر بشكل عام ودائم في الدماغ. أو مزيج من هذه العوامل. وقد وصفت العوامل البيئية بأنها مجموعة من الظروف التي تعقب الصدمات، أو الإهمال، وهذا الضعف العاطفي أو الانفعالي السلبي على وجه التحديد هو ما يسمى بانفعال الذات عموما.

ويفترض هذا النموذج العلاجي على أن اضطراب الشخصية الحدية ينظر إليه نظرة دقيقة، ويحظى بمعاملة خاصة في هذا الوقت، والذي يمكن أن يظهر من خلال مسارات مختلفة، كالجانب البيولوجي، والبيئي في حالات أخرى. وترجع النتيجة النهائية لاضطراب الشخصية الحدية إلى سوء المعاملة من قبل الفرد والبيئة، حيث يصبح الفرد بشكل تدريجي غير منظم انفعاليا، وتصبح البيئة بشكل تدريجي محبطة أو معطلة.

وتتكون الصعوبات الانفعالية لدى الأفراد المرضى من اثنين من العوامل، بالإضافة إلى الضعف والعجز الانفعالي في المهارات اللازمة لتنظيم تلك الانفعالات، وهما : حساسية للمحفزات العاطفية، وشدة انفعالية، والعودة بطيئة إلى خط الانفعالي الأساس.

"وتشير الحساسية الشدة الانفعالية" إلى اتجاه لالتقاط الإشارات الانفعالية، وخاصة الإشارات السلبية منها، والتي تتفاعل بسرعة داخل الفرد، مما تشكل له عتبة منخفضة لرد فعل انفعالي.

وتتكون الصعوبات الانفعالية "إلى ردود الفعل المتطرفة للمثيرات الانفعالية، والتي كثيرا ما تعطل القدرة والمعرفة على تهدئة النفس"، وتشير العودة بطيئة إلى خط الأساس إلى ردود الفعل كونها طويلة الأمد، وهذا بدوره يؤدي إلى تضيق الاهتمام بجوانب المزاج المنسجمة للبيئة، كالذاكرة المنحازة، والتفسيرات المتحيزة، التي تسهم في الحفاظ على المزاج العام للوضع، والوضع المتوتر الأصلي للإثارة.

وبناء على ذلك يفترض العلاج السلوكي الجدلي أن اضطراب الشخصية الحدية هو نموذج لتنظيم انفعالي مختل، وليس فقط في العواطف المحددة للخوف، والغضب، أو الخجل....، ويعتبر العلاج السلوكي الجدلي هنا مساعدا لهؤلاء الأشخاص على إعادة تنظيم المشاعر والسيطرة عليها باعتبارها نتائج طبيعية لمشاعر غير منتظمة وبالتالي فهو يسعى لتنظيمها.

**سادسا : جدلية العلاج السلوكي الجدلي**

يفترض العلاج السلوكي الجدلي DBT افتراضين هما :

أولاً: ليس لدى المرضى الكثير من قدرات الهمة للغاية، بما في ذلك مهارات انفعالية كافية، وقدرات التنظيم الذاتي، بما في ذلك القدرة على تنظيم النظام البيولوجي ذاتياً، والقدرة على تحمل المحن.

ثانياً : عوامل الشخصية والبيئية وصعوبة في مهارات التوافق والتي تتداخل مع قدرات التنظيم الذاتي للفرد، وتعزيز الأنماط السلوكية في كثير من الأحيان غير القادرة على التوافق، وعدم تعزيز السلوكيات التكيفية الإيجابية.

ويشير تعبير الجدلية Dialectic والعلاقة. كما يطبق في العلاج السلوكي لكل من الطبيعة الأساسية للواقع، ومنهج في الحوار الإقناعي Peruaive dialogue والعلاقة وكمنظور عالمي أو موقف فلسفي، توجه الجدلية الأخصائي الإكلينيكي إلى تطوير فروض نظرية تتعلق بمشكلات العميل والعلاج. ومثلما يوجد تعاقب بين الحوار والعلاقة، فإنه يشير إلى المنحى العلاجي أو الاستراتيجيات التي يستخدمها المعالج لإحداث التغيير. وبالتالي فإن محور العلاج السلوكي الجدلي عبارة عن عدد من الاستراتيجيات العلاجية الجدلية.

إن العلاج المعرفي السلوكي يضم عدداً من المكونات التي تلعب دوراً بالغ الأهمية في إحداث التغيير العلاجي، ويمثل العلاج السلوكي الجدلي أحد المكونات ذات الفاعلية، حيث يعتمد هذا الاتجاه العلاجي بدرجة كبيرة على الإقناع المنطقي الذي يستطيع من خلاله أن يساعد المريض في التعرف على ذلك الدور الذي تلعبه الأفكار العقلانية أو الأفكار التلقائية السلبية في حدوث الضيق والكرب، وفي تطوير نسق الاعتقادات اللاعقلانية وتغييرها واستبدالها بأفكار واعتقادات عقلانية تساهم في خفض حدة الاضطراب الذي يعاني منه المريض بدرجة كبيرة وربما التخلص في بعض الحالات من مثل هذه الاضطرابات. وبذلك يتضح أن العلاج السلوكي الجدلي يمثل أحد المكونات الهامة التي يتضمنها العلاج المعرفي

السلوكي. ويتوقف نجاح العلاج السلوكي الجدلي على مدى العلاقة بين المعالج والمريض وما تتسم به من احترام وثقة واهتمام، وهو الأمر الذي يعد مطلباً لضمان التطبيق الناجح للإجراءات العلاجية المعرفية السلوكية .

### سابعاً : استراتيجيات ومهارات العلاج السلوكي الجدلي للمساجين.

يتم تطبيق مجموعة واسعة من الاستراتيجيات العلاجية والمهارات الفنية التي الهدف منها هو التحقق من صحة " حل المشكلة والتخطيط لمحاولات التغيير عن طريق تسهيل التدخلات التي تحقق السلوك السوي وردود الفعل الانفعالية بالنسبة للمفحوصين، والتي تظهر عليه صعوبات في الفهم أو المعاناة وأهم هذه الاستراتيجيات والمهارات التي تم تطبيقها في البرنامج العلاجي المخصص للمساجين المشوهين لأجسادهم ما يلي :

**1-اليقظة العقلية : Mindfulne** : وهي واحدة من المفاهيم الأساسية وراء كل عناصر العلاج السلوكي الجدلي، فهذه الإستراتيجية تساعد الأفراد على قبول و تحمل مشاعرهم في حالات الألم النفسي، وتستمد أرضية هذا المفهوم من النظرية التأملية.

وتعرّف اليقظة العقلية بأنها حالة من الوعي المتوازن الذي يجتنب الفرد النقيضين من الإفراط الكلي في الهوية الذاتية، وعدم الارتباط بالخبرة، حيث يتبع الفرد رؤية واضحة لقبول الظاهرة النسبية والانفعالية كما تظهر، كما تعني أيضا الانفتاح على عالم الأفكار والمشاعر والأحاسيس المؤلمة والخبرات غير السارة لدى الفرد، والذي يتضمن معاشة الخبرة في اللحظة الحاضرة بشكل متوازن (أن سيكستون، 2004، ص 106).

وفي البرنامج العلاجي نركز على هذه الإستراتيجية، وذلك لكي نسمح للمسجون برؤية جيدة لخبراته، وانفتاحه على كل الخبرات العقلية والحسية ومن دون إصدار أحكام سلبية تحط من قيمته وخبراته.



لذلك تتطلب اليقظة العقلية إتخاذ أسلوب متوازن في التعامل مع الانفعالات السلبية للسجين، لأن تلك المشاعر قد تكون مكبوتة أو مبالغاً فيها، ومن هنا فإن اليقظة العقلية لا تتطلب من السجين مراقبة أفكاره ومشاعره السلبية والانفتاح عليها ومعايشتها بدلا من احتجازها في الوعي، إضافة إلى عدم إطلاق أحكام سلبية تدين ذلك.

**2-فعالية وحدة الشخصية :** تتعامل هذه المهارة مع أنماط من الشخصية، هي مشابهة جدا لتلك التي تقدم لدى العديد من الأفراد والجماعات لحل المشكلات وهي تشمل استراتيجيات فعالة تتطلب من المسجون أن يقول لا، والتعامل مع الصراع بين الأفراد، حيث يمتلك المساجين المشوهين لأجسادهم أو الذين يعانون من اضطراب الشخصية بصفة عامة في كثير من الأحيان مهارات جيدة في الشعور العام، وقد تنشأ مشكلات في تطبيق هذه المهارات في حالات محدودة، وقد يكون الفرد قادرا على وصف التسلسل السلوكي الفعال عند مناقشة شخص آخر يواجه وضعاً إشكالياً، ولكن قد لا يكون قادرا تمام على توليد أو إجراء سلسلة مماثلة عند تحليل الوضع لسلوكياته، وتركز فعالية وحدة الشخصية في الحالات التي يكون فيها الهدف هو تغيير شيء ما، أو مقاومة التغيرات لشخص آخر يحاول جعل (على سبيل المثال قول لا).

**3-إعطاء شيء :** هذه المهارة تساعد المسجون في الحفاظ على العلاقات سواء كانوا الأصدقاء، الزملاء، أو الأسرة وما إلى ذلك لاستخدامها في المحادثات وتشمل :

أ- اللطف : استخدام اللغة المناسبة، أو التعبيرات اللفظية أو الجسدية، وتجنب السخرية، وكن مهذبا

ومن دون إطلاق أحكام نقدية.

ب- الاهتمام : عندما يكون المسجون الذي نتحدث معه يتحدث عن شيء، يجب التصرف باهتمام في ما يقوله، لذلك لابد من الحفاظ على الاتصال بالعين وطرح الأسئلة وما إلى ذلك

ت- الأداء البسيط:كن هادئاً ومريحاً أثناء المحادثة، استخدام الفكاهة والابتسام،وتتمثل هذه المهارات

من التدريب على :

- 1-اتصال فعال بالعين : أن تنظر بصدق وثبات إلى الشخص الآخر
- 2-الوضعية الجديدة : أن تقف منتصباً و تتحرك حركة سهلة وطبيعية
- 3-إشارات طبيعية : أن تكون مستريحاً وطبيعياً عندما تتكلم
- 4-اللبس الملائم والمظهر : أن تلبس وتزين وتظهر بمظهر ملائم للبيئة التي أنت فيها
- 5-الصوت والنبرة الصوتية : أن تستعمل صوتك بكفاءة كآلة رنانة
- 6-استعمال فعال للغة والوقفات : أن تستعمل لغة ملائمة وواضحة مصحوبة بالوقفات الطبيعية

المدرسة

- 7-كن ذاتك الطبيعية : أن تبتعد عن الافتعال وتكون صادقاً مع نفسك وطبيعياً
- ث- مهارة تنظيم الانفعال : وهي العمليات التي يستخدمها الفرد لملاحظة حالاته الانفعالية والمعرفية

ومراقبتها وضبطها والتعبير عن هذه الحالات بشكل يحقق له التكيف مع متطلبات المواقف الاجتماعية المختلفة، وهي مهارات تهدف إلى استبدال الانفعال السلبي والمدمر للذات إلى انفعال إيجابي، والتي تتضمن المهارات التالية :

- 1-تجنب التفكير بالأحداث الانفعالات السلبية والتركيز على الجوانب الإيجابية

2-المقارنة الاجتماعية : التوجه نحو حل المشكلة

3-لوم الذات ونقدها : لوم الآخرين

4-مهارة التسامح في حالة التوتر : تهدف للتعامل مع الألم الانفعالي الشديد المرتبط في كثير من

الأحيان بالأزمات النفسية والاجتماعية، وتشكل مهارات التسامح تطورا طبيعيا مع مهارات العقل، ويتطلب العلاج السلوكي الجدلي من المسجون القدرة على تقبل الذات، بطريقة غير تقييمية وغير نقدية سواء للذات أو للوضع الراهن، والهدف من ذلك أن يصبح السجين قادرا على الاعتراف بهدوء بالحالات السلبية وتأثيرها بدلا من أن تسيطر عليه أو الاختباء خلفها، وهذا مما يسمح للسجين باتخاذ قرارات حكيمة حول المواقف المختلفة، بدلا من الوقوع في ردود الفعل الانفعالية الشديدة اليائسة والمدمرة.

وهنا تطرح إيفانز في كتابها "مفاتيح الغضب" عدة طرق وتوصيات لمن أراد تعلم واكتساب مهارة العفو والتسامح، نذكر منها :

1-الرغبة الحقيقية في التسامح

2-يبدأ التسامح كقرار عقلي واع وليس كشعور

3-استبعاد كلمة "لكن" أو "أسامحك ولكن" فهذا لا يشعر أيا من الطرفين بالتسامح، إذا

ما قررت

التسامح، افعل ذلك بدون شروط

4-إذا ما رغبت في قرار التسامح مع الآخرين، ضع الماضي خلف ظهرك

5-لا تنتظر كلمة "أنا آسف" فالتسامح لا يعني أن نخجل الآخر يحط من قدر نفسه،

وإن كان

الاعتذار مطلوباً ومرغوباً فيه إذا ما حدث الاعتذار فهو أمر لطيف ومحمود.

6- أن تسامح لا يعني الضعف كما يعتقد البعض، ولا يعني أيضاً التسامح عن

الأمر العظيمة

كالخيانة والأذى وغيرها من الأمور التي لا يقبلها العقل ولا الدين.

6-المجاز : النوادر والأساطير ورواية القصص : ويعد استخدام هذا الأسلوب مهم جداً في

هذا العلاج، وذلك لأنه يوفر معانٍ بديلة لتعليم التفكير الجدلي، وكون القصص والأساطير

مشوقة، فيتعلم منها السجين دون أن ينسى المغزى منها، كما تمكنه من اقتراح حلولاً وإعادة

صياغة المشكلات وغيرها.

7-عمل عصير من ليمون : حيث يتم استخدام مقاومة العميل، وينظر للمشكلات العلاجية

باعتبارها توفر إمكانية للمعالجة لمساعدة المفحوص، وتتضمن تناول شيء يبدو مشكلاً

وتحويله إلى أمر مؤكد وتصبح جوانب الضعف مصادر قوة للشخص.

8-إستراتيجية حل المشكلات : وتتضمن مرحلتين تركزان أولاً على فهم وتقبل مشكلة

مختارة، ثم توليد حلول بديلة لها، وتستخدم المرحلة الأولى :

1-تحليلاً لا سلوكياً

2-استبصار بالسياقات السلوكية المتكررة

3-تزويد العميل بمعلومات تعليمية حول مبادئ السلوك ومعاييره وغير ذلك

أما المرحلة الثانية فيتم فيها تحديد أهداف التغيير من خلال :

-استخدام تحليلات للحلول الممكنة للمشكلات

-توجيه انتباه العميل إلى الإجراءات العلاجية التي يمكن أن تؤدي إلى استحداث التغييرات

المرغوبة

-اختبار الاستراتيجيات التي تصمم لإبراز وتقوية الالتزام بهذه الاستراتيجيات

تحليل السلوك : يهدف إلى اختبار مشكلة وتحديد أسبابها تجريبيا وتحديد ما الذي يمنع حلها، وما المعينات المتاحة لحلها، ويتجه هذا التحليل نحو أربع قضايا هي :

1-هل يتم تدعيم أشكال السلوك الفعالة، وهل تلبى أشكال السلوك الفعالة نتائج منفردة، أم أن المترنبات التي كوفئت هي المتأخرة ؟

2-هل تتوفر لدى المسجون المهارات السلوكية المطلوبة. اضبط انفعالاته، والاستجابة بطريقة تتسم بالمهارة للصراع، والقدرة على ضبط سلوكه ؟

3-هل هناك أنماط من التجنب ؟ أو هل يتعرض السلوك الفعال للكف نتيجة لمخاوف غير مبررة أو مشاعر ذنب ؟

وتقود الإجابة عن هذه الأسئلة المعالج في اختياره للإجراءات العلاجية الملائمة

-إجراءات حل المشكلات : وهي أربع إجراءات :

-التدريب على المهارات

-تقدير الاحتمالات

-التعديل المعرفي

-التعرض

9-الاستراتيجيات التنموية : لكي يتقدم العلاج لابد من توازن نوعان من التواصل ويتداخلا في نسيج نمطي واحد، وهما التواصل المتبادل والتواصل الخشن.

1-التواصل المتبادل : وهو مشابه لنمط التواصل المستخدم في العلاج المتمركز حول العميل، وتصميم استراتيجياته بهدف خفض قوة التفاعل المدرك من خلال جعل المعالج أكثر عرضة لفقد المفحوص.

ويعد كل من الشعور بالمسؤولية والصراحة، والصدق من الخطوط الأساسية الهادية في هذا التواصل

2-التواصل الخشن : يناقض بشكل حاد الاستجابة الدافئة في التواصل المتبادل، فهو يستخدم بهدف حصار المفحوص في خيوط عنكبوتيه لا مخرج منها، بالتالي دفعه لفقد توازنه ولجذب انتباهه ولتقديم وجهة نظر بديلة، أو الانتقال إلى استجابة فعالة، كما يمكن لأساليب المواجهة أيضا أن تكون نوعا من التواصل الخشن.

## 10-سلوك التقبل :

تستخدم هذه المهارة للتعبير عن مشاعر المساجين غير السارة وتتضمن :

-الأنشطة : وذلك باستخدام الأنشطة الإيجابية التي يتمتع بها

-المساهمة : وتتمثل في مساعدة المسجون للآخرين

-المقارنات : مقارنة المسجون للآخرين

-الدفع بعيدا : أن يضع الوضع المؤلم الخاص به لبعض الوقت ووضع شيء آخر في عقله

-الأحاسيس (أخرى) : إيجاد مشاعر معاكسة لما يشعر به مثل القيام بحمام بارد أو حار

11-التحسين الوقتي : يتم استخدام هذه المهارة في لحظات الشدة لمساعدة المفحوص على

الاسترخاء وتشمل :

-الصور : أي تخيل مشاهد الاسترخاء

-المعنى : أي البحث عن بعض الأغراض أو معنى فيما كنت تشعر به

-الصلاة : المواظبة على الصلاة

-الاسترخاء : أي حث المفحوص على استرخاء عضلاته والتنفس بعمق

-إجازة : أي حث المفحوص على أخذ استراحة من كل شيء لفترة قصيرة من الزمن

-جدلية القبول : أي حث المفحوص على قبول وضعه على ما هو عليه

-التحويل العقلي : أي تحويل تفكير المفحوص نحو موقف القبول

11-جدلية مهارات العلاج السلوكي لتنظيم العاطفة : وتتمثل فيما يلي :

-تحديد وتسمية المشاعر

-تحديد العقبات التي تحول دون تغير المشاعر

-زيادة الأحداث العاطفية الإيجابية

-اتخاذ إجراءات معاكسة

12-قصة للانفعال : يتم هذه المهارة لفهم أي نوع من الانفعال هو الذي يشعر به

المفحوص

أ- ما هو الدافع وراء الحدث

ب- تفسير الحدث

ت- الأحاسيس الجسمية

ث- حركات الجسم التي يتم توصيل المعلومات عن طريقها

ج-الرغبة في العمل

ح-العمل

خ-اسم الانفعال، استنادا إلى النقاط السابقة

**13-تجنب تغيير المزاج بالمخدرات :** لا تأخذ الدواء غير الموصوف لك أو المخدرات غير

المشروعة، فهي ضارة لجسمك، ويمكن أن تجعل مزاجك لا يمكن التنبؤ به

**14-الإتقان :** حاول أن تفعل شيئاً واحداً في اليوم للمساعدة في بناء الكفاءة والسيطرة عليها

**15-حل المشاكل :** ويستخدم هذا من أجل حل المشكلة ما عندما يكون الانفعال ما يبرره،

ويتم استخدام حل المشكلات مع غيرها من المهارات، وذلك بمراقبة الانفعال الخاص بك

وتقبله، ثم تركه

**16-التعرض :** ويستخدم الإجراءات السلوكية القائمة على التعرض في العلاج السلوكي

الجدلي لعلاج الاضطراب الوظيفي للمشاعر السلبية، وهنا يتم تطبيق ثلاثة عناصر من

التعرض

أ- الجدلية :

**1-التعرض :** تعريض المسجون لمنبهات مرتبطة بالمشاعر السلبية على سبيل المثال : يقوم

المعالج بالتواصل مع المفحوص وتحليل السلوكات السلبية بشكل مفصل، هذا التواصل

يشكل مادة وحلقة تفاعل مع المفحوص للبحث عن جذور تلك المشكلات السلوكية السلبية

**2-منع الاستجابة :** وتكون بحجب أو منع ردود الاضطراب مثل الهروب أو التهرب من

تجربة عاطفية

**3-العمل المعاكس :** وذلك مثلاً بالتنفس العميق والبطيء لتوليد الاسترخاء الفسيولوجي كرد

فعل معاكس لتفعيل الجهاز العصبي اللاإرادي

ب- مهارات التدريب : تدريب المهارات اللازمة للحد من التعرض للانفعالات

وتسهيل تنظيم الانفعال



باعتبارها مهارة مهمة للحد من الاضطراب الانفعالي والتي تتطلب القدرة على مراقبة ردود  
فعل العميل على الأحداث المؤلمة التي يمر بها .

## خلاصة :

في ضوء ما قدمناه تعدّ نظرية العلاج السلوكي الجدلي بأساليبها العلاجية مثار اهتمام للعديد من الباحثين في العالم، وذلك لما لها من قوة فعالة على إجراء تغييرات ملموسة لدى عينات مرضية كانت تعاني من مشكلات عديدة ولم تفلح معها أشكال العلاج الأخرى مثل حالات الدراسة القائمة على اضطراب تشويه الجسد .

## الجانب الميداني

### الفصل السادس : إجراءات الدراسة الميدانية

#### أولاً : استشارة المديرية العامة لإدارة السجون

قامت الباحثة بأخذ الموافقة على إجراء الدراسة التطبيقية وتطبيق برنامج علاجي داخل المؤسسة العقابية (مؤسسة إعادة التربية والتأهيل تازولت -باتنة-) وهذا ما يعدّ من بين أهم الصعوبات التي واجهتها الباحثة حيث استغرق هذا الأمر 6 أشهر ، وقد تم السماح للباحثة بعد ذلك بإجراء الدراسة (الملحق رقم 1) (الترخيص من طرف المديرية العامة لإدارة السجون بإجراء التطبيق في المؤسسة العقابية بتازولت ولاية باتنة .

وبعدها قامت الباحثة بإجراء دراسة استطلاعية بحكم أنها كانت مزولة لمهنتها كأخصائية نفسانية بالمؤسسة ذاتها وهذا من خلال ملاحظاتها للحالات الوافدة إلى السجن بالإضافة إلى الاطلاع على ملفات المساجين (الملف الطبي والنفسي) ، للكشف عن ما إذا كان السجين يعاني من سوابق تشويه جسده أم لا

#### ثانياً : عينة الدراسة

مرت عملية اختيار عينة الدراسة بالخطوات التالية :

1-قامت الباحثة بتطبيق مقياس الكفاءة الذاتية على المساجين المشوهين لأجسادهم المتواجدين بسجن تازولت-باتنة- والبالغ عددهم (438) مسجوناً .

2-تم إلغاء (09) استمارات بسبب عدم استيفائها لشروط العينة ، ليصبح العدد الإجمالي (429) مسجوناً

3- تم استخراج المساجين الذين تحصلوا على أضعف درجة على مقياس الكفاءة الذاتية فحصلنا على (33) مسجوناً ، حيث قمنا بعرض المشاركة في البرنامج العلاجي لمعرفة مدى استعدادهم للمشاركة .

4- تم استبعاد (13) مسجوناً لأسباب تعود إلى عدم القبول في البرنامج العلاجي بسبب عدم رغبتهم في الشفاء، والبعض استبعد بسبب معاناته من اضطرابات نفسية أخرى مثل الاكتئاب و متلازمة مونشوزن .

5- وبهذا تكونت عينة البرنامج في صورته النهائية من (20) مسجوناً .

6- تم توزيعهم بطريقة عشوائية بسيطة (تخصيص عشوائي باستخدام القرعة ) إلى مجموعتين :

أ- المجموعة التجريبية وقوامها (10) مساجين .

ب- المجموعة الضابطة وقوامها (10) مساجين .

7- قبل تطبيق البرنامج العلاجي تم التأكد من تجانس المجموعتين التجريبية و الضابطة ، ذلك أن اعتماد المنهج التجريبي يتطلب تحقيق التكافؤ بين مجموعتي الدراسة ، أي التأكد من أنهما متشابهتين في جميع المتغيرات عدا المتغير المراد قياس أثره (المتغير المستقل ) وفي الدراسة الحالية تمت المجانسة بين المجموعتين في المتغيرات التالية :

\*تم التأكد من تجانس المجموعتين التجريبية و الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية بأبعاده الأربعة باستخدام اختبار مان ويتني (Mann-Whitney-U Test) لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين (فؤاد السيد 1978 ، 354)

والجدول الموالي يوضح البيانات الخاصة بذلك :

الجدول رقم ( 1 ) يوضح نتائج قيمة اختبار مان-ويتني لدلالة الفرق بين المجموعتين التجريبية و الضابطة على مقياس الكفاءة الذاتية بأبعاده الأربعة قبل تطبيق البرنامج .

| الدالة   | الإحصائية P | قيمة Z | قيمة U | المتوسط | مجموع الرتب | متوسط الرتب | العدد | المجموعة | المؤشرات الإحصائية المتغيرات                   |
|----------|-------------|--------|--------|---------|-------------|-------------|-------|----------|--|
| غير دالة | 0.223       | 1.22   | 34     | 32.1    | 89          | 8.90        | 10    | تجريبية  | البعد الأول:<br>الكفاءة الذاتية<br>التعايشية   |
|          |             |        |        | 33.7    | 121         | 12.10       | 10    | ضابطة    |  |
| غير دالة | 0.703       | 0.38   | 45     | 26.6    | 100         | 10          | 10    | تجريبية  | البعد الثاني:<br>الكفاءة الذاتية<br>الاجتماعية |
|          |             |        |        | 26.9    | 110         | 11          | 10    | ضابطة    |  |
| غير دالة | 0.970       | 0.03   | 49.5   | 27.1    | 104.5       | 10.45       | 10    | تجريبية  | البعد الثالث:<br>الكفاءة الذاتية<br>المعرفية   |
|          |             |        |        | 27.2    | 105.5       | 10.55       | 10    | ضابطة    |  |
| غير دالة | 0.701       | 0.36   | 43     | 26.9    | 110         | 11          | 10    | تجريبية  | البعد الرابع:<br>الكفاءة الذاتية<br>الانفعالية |
|          |             |        |        | 32.6    | 120         | 12.09       | 10    | ضابطة    |  |
| غير دالة | 0.425       | 0.79   | 39.5   | 85.8    | 115.5       | 11.55       | 10    | تجريبية  | الدرجة الكلية                                  |
|          |             |        |        | 85.5    | 14.5        | 9.45        | 10    | ضابطة    |  |

يتضح من خلال الجدول رقم ( 1 ) أن القيمة المحسوبة لأبعاد مقياس الكفاءة الذاتية ودرجته الكلية على التوالي (34-45-49.5-43-39.5) ) ومنه كانت قيم الدرجة المعيارية لأبعاد المقياس الأربعة والدرجة الكلية على التوالي (1.22-0.38-0.03-0.36-0.79) وهي كلها قيم أصغر من 1.96 في حالة الاختبار ذي الطرفين

وهذه النتيجة تعني انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات المجموعتين التجريبية و الضابطة ، أي تجانس أفراد المجموعتين بالنسبة لدرجة الكفاءة الذاتية والمحسوبة باستخدام مقياس الكفاءة الذاتية .

### ب-العمر الزمني :

تراوحت أعمار عينة المجموعة التجريبية بين (20-25) سنة بمتوسط قدره (22.1) وانحراف معياري قدره (0.73) ، بينما تراوحت أعمار عينة المجموعة الضابطة بين (20-26) سنة بمتوسط قدره (22.3) وانحراف معياري قدره (1.25) .

وللتأكد من تجانس أعمار الأفراد في المجموعتين التجريبية و الضابطة تم استخدام اختبار مان ويتي لدلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين و رصدت النتائج في الجدول التالي.

الجدول رقم (2) يوضح نتائج اختبار مان ويتي لدلالة الفروق بين العينتين التجريبية و الضابطة في العمر الزمني .

| المؤشرات الإحصائية المتغيرات | عدد | متوسط | انحراف معياري | قيمة U | قيمة Z | قيمة P | الدلالة الإحصائية |
|------------------------------|-----|-------|---------------|--------|--------|--------|-------------------|
| التجريبية                    | 10  | 10.3  | 0             | 48     | 0.5    | 0.87   | غير دالة          |
| الضابطة                      | 10  | 10.7  | 0             | 48     | 0.6    | 0.3    |                   |

يتضح من الجدول رقم ( 2 ) أن قيمة (U) المحسوبة تساوي (48) ، ومنه كانت القيمة المعيارية تساوي (0.56) وهي قيمة أصغر من (1.96) في حالة الاختبار ذي الطرفين ، كما أن مستوى الدلالة المحسوبة (P.Vlue) تساوي (0.873) وهي قيمة أكبر من مستوى المعنوية (0.05) ، مما يؤكد عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة للعمر الزمني أي تجانس أفراد المجموعتين من حيث السن .

ومن أجل تحقيق أكبر قدر من التجانس بين أفراد العينتين التجريبية و الضابطة ، فقد أكد "لازاروس" بأن أفضل نتائج تصل إليها تأتي من جماعة متماثلة في الجنس ، وأن لا تكون هناك اختلافات شديدة في العوامل الأخرى ، كالتعليم والمستوى الاقتصادي والاجتماعي (عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر ، 1999 ، 399) وهو ما تم استدخاله ضمن إجراءات الضبط التجريبي كما هو موضح فيما يلي :

### ج- الجنس

تكونت عينة من نفس الجنس ، أي من الذكور فقط ، الذين حصلوا على أضعف درجة في الكفاءة الذاتية

### د- نوع التعليم :

رُوعي في أفراد العينة أن يكونوا كلهم ذو المستوى المتوسط من التعليم (المستوى الأساسي) ، السابعة ، الثامنة ، التاسعة من النظام القديم للتعليم ، حتى لا يكون هناك تباين في نوع التعليم وتحاشيا لأي تأثيرات يمكن أن تدخل من هذا الجانب .

### هـ- المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة :

تمت المجانسة بين الأفراد المجموعة التجريبية و الضابطة في المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة ، حيث طبقت عليهم استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة إعداد عبد الكريم قريشي (1988) ، وبعد تفرغ البيانات كانت النتائج كما يلي :

الجدول رقم ( 3 ) يوضح نتائج قيمة اختبار مان-ويتني لدلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية و الضابطة في المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة .

| المؤشرات الإحصائية<br>المتغيرات | الفرق<br>عدد | المتوسط<br>الفرق | الانحراف<br>المعيارى | قيمة<br>U | قيمة<br>Z | قيمة<br>P | الدلالة<br>الإحصائية |
|---------------------------------|--------------|------------------|----------------------|-----------|-----------|-----------|----------------------|
| التجريبية                       | 10           | 11.5             | 3                    | 42        | 0.4       | 0.54      | غير دالة             |
| الضابطة                         | 10           | 09.7             | 0                    | 97        | 5         | 1         |                      |

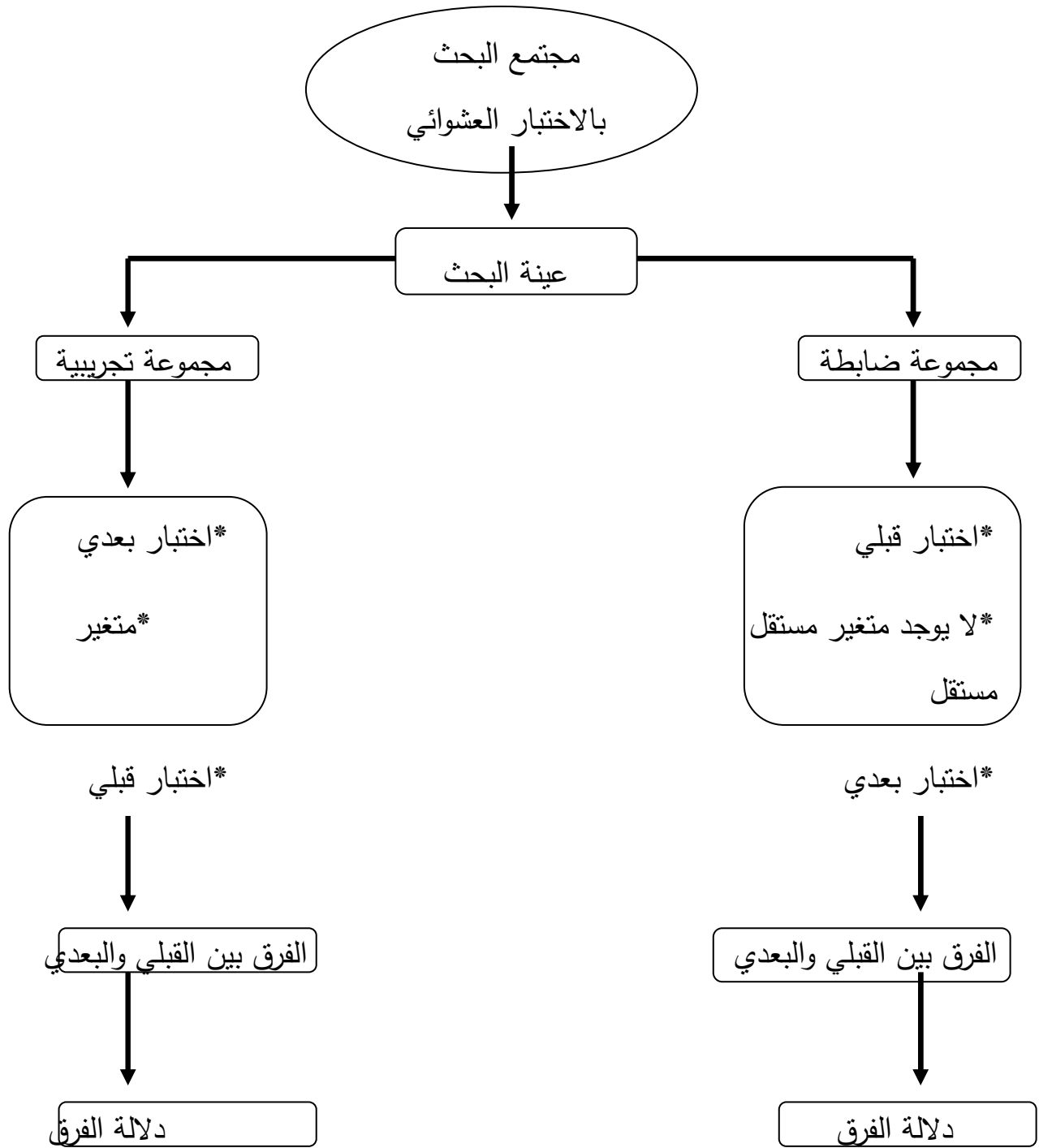
يتضح من الجدول رقم ( 3 ) أن قيمة (U) المحسوبة تساوي (42) ، ومنه كانت القيمة المعيارية تساوي (0.45) وهي قيمة أصغر من (1.96) في حالة الاختبار ذي الطرفين، كما أن مستوى الدلالة المحسوبة (P.Vlue) تساوي (0.541) وهي قيمة أكبر من مستوى المعنوية (0.05) ، مما يؤكد عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة للعمر الزمني أي تجانس أفراد المجموعتين من حيث المستوى الاقتصادي والاجتماعي.

### ثالثا : منهج الدراسة

اعتمدت الباحثة على المنهج الشبه التجريبي و بالتحديد التصميم التجريبي ذو المجموعتين التجريبية و الضابطة وذلك لتحقيق أهداف البحث ، وبموجب هذا التصميم قامت الباحثة باختيار عينتين متماثلتين من المجتمع ووزعتهما عشوائيا بين ضابطة وتجريبية ثم أجرت اختبارا قويا لقياس المتغير التابع لدى المجموعتين قبل إدخال المتغير المستقل ، ثم عرضت المجموعة التجريبية للمتغير المستقل ومنعته من المجموعة الضابطة وبعد انتهاء المدة أجرت اختبارا بعديا لقياس المتغير التابع ، ثم حسبت الفروق بين نتائج القياس القبلي



والبعدي لكل من المجموعتين لمعرفة دلالة الفرق بين نتائج القياسين لكل مجموعة وكان ذلك وفق التصميم التالي :



الشكل رقم (5) تصميم يوضح كيفية اقتناء عينة البحث .

وقد تم الاعتماد على هذا المنهج المتحكم في المتغير المستقل وهو برنامج علاجي سلوكي جدلي وقياس المتغيرات التابعة له (الكفاءة الذاتية والتشويه الجسدي) ، مع محاولة ضبط العوامل الدخيلة من خلال المكافئة أو التكافؤ بين العينتين التجريبية و الضابطة والتي سبق وان تحدثنا عنها في العنصر السابق .

#### رابعا : متغيرات الدراسة

تشمل الدراسة الحالية على المتغيرات التالية :

**المتغير المستقل :** المتمثل في البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي .

**المتغير التابع :** ويتمثل في مقدار التحسن الذي لا يطرأ على أفراد العينة التجريبية بفعل التدخل العلاجي ، كما تظهره نتائج مقياس الكفاءة الذاتية بأبعاده الأربعة ومقياس تشويه الجسد .

#### خامسا : أدوات الدراسة

حسب ما تقتضيه أهداف الدراسة ومتطلبات تحقيقها تم الاعتماد على الأدوات التالية :

1-مقياس الكفاءة الذاتية لنادية سراج جان 2000

2-مقياس تشويه الجسد من إعداد الباحثة

أ- وصف مقياس الكفاءة الذاتية :

أعدت هذا المقياس نادية سراج جان 2000 ، (ملحق رقم 2 ) ، وهو مقياس يتعلق بقياس الكفاءة الذاتية لأفراد العينة ، في ضوء الإطار النظري للبحث ومراجعة الدراسات السابقة ، وضعت الباحثة تعريفا إجرائيا للكفاءة الذاتية ، ثم قامت بمراجعة العديد من الدراسات والنظريات المتحدثة عن الكفاءة الذاتية ، وأطلعت أيضا على مجموعة من المقاييس التي تناولت الكفاءة الذاتية ، إعداد شيرير وآخرون (Sherere & al.,1982) ، وهو مقياس عام

للكفاءة الذاتية يغطي مجالات الكفاءة الذاتية الثلاثة (المبادأة في السلوك - مقدار الجهد والطاقة المبذولة - المثابرة في وجه الصعوبات) ، ويتضمن (17) بندا عاما ، و (7) بنود فرعية لقياس الفاعلية الاجتماعية .

ومقياس مجالات التحكم (SOC) (Spheres of Control) ، إعداد بولهوس (Paulhus,1983) ، وهو مقياس معد لقياس الكفاءة الذاتية في ثلاث مجالات (الكفاءة الذاتية الشخصية- الكفاءة الذاتية في التحكم في العلاقات الاجتماعية- الكفاءة الذاتية في مجال التأثير على الحياة الاجتماعية العامة ) .

وقائمة حل المشكلات الشخصية (Personal Problem Solving Inventory) ، إعداد هبner وبترسون (Heppner & Pettersson, 1982) ، وهو معد لقياس ثقة الفرد في قدرته على حل المشكلات ، ويحتوي ثلاثة أبعاد ، البعد الأول يعبر عنه (16) بندا تقيس ثقة الفرد في قدرته على حل المشكلات ، والبعد الثاني يشمل (16) بندا تقيس أساليب التفكير الإيجابية ، وأساليب التفكير الإيجابية التي يستخدمها الفرد في التعامل مع المشكلات ، والبعد الثالث يتضمن (5) بنود تقيس ثقة الفرد في قدرته على التحكم الذاتي .

ومقاييس التقدير الذاتي للتحكم التنظيمي (Self-report Measures of Regularoty) ، إعداد فيبس وفيزنبرخ (Fabes & Fiseynberg, 1999) ، يتكون المقياس من (58) بندا موزعة على (6) أبعاد ( القدرة على تركيز الانتباه- القدرة على تحويل الانتباه- القدرة على كبح السلوك الدفاعي-تنشيط السلوك(المبادأة- القدرة على التحكم الفيزيولوجي(الاسترخاء)-الصبر والاحتمال) .

ومقياس التحكم في الانفعالات (E.C.O) (Emotion Control Questionnaire) ، ويتكون من (5) أبعاد (القدرة على التحكم في الانفعالات السلبية- القدرة على التحكم في التعبير عن الانفعالات السلبية-القدرة على الصبر والاحتمال- القدرة على استعادة التحكم ) .

في ضوء المعلومات السابقة أعدت الباحثة مقياس فاعلية الذات المتكون من أربعة مجالات (الكفاءة الذاتية التعايشية - الكفاءة الذاتية الاجتماعية - الكفاءة الذاتية المعرفية - الكفاءة الذاتية الانفعالية) . ومن أجل ذلك تم تصميمه من (60) بنود ، ثم قامت بتطبيقه على العينة الاستطلاعية البالغ قوامها (96) طالبة من طالبات كلية التربية للبنات بجامعة الملك سعود بهدف تقنيه وبعد تصحيح وتبويب النتائج تم استبعاد (6) بنود لأنها لن تحقق درجة مقبولة من الثبات أو الصدق وثبات المقياس . (عبد العزيز حسن، أسماء، 2002، ص 785-787).

ب- صدق المقياس : تم حساب صدق المقياس بطريقتين :

### 1- صدق المحكمين :

عرض المقياس على مجموعة من (13) محكما من أعضاء هيئة التدريس في جامعة الملك سعود و كلية التربية للبنات المتخصصين في علم النفس ، وقد قبلت البنود التي بلغت نسبة الاتفاق عليها من (80- 100%) ، مع تعديل العبارات التي اقترح تعديلها (عبد العزيز حسن، أسماء، 2002، ص 787).

### 2- صدق الاتساق الداخلي :

حسبت معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للبند ، وكذلك تم حساب درجة البعد بالدرجة الكلية للمقياس لمعرفة مدى تجانس هذه البنود والأبعاد ، ومناسبتها لقياس فاعلية الذات . وقد أظهرت النتائج أ، جميع معاملات الارتباط دالة على مستوى دلالة (0.01) ، وتراوحت المعاملات ما بين (0.21-0.65) ، كما أظهرت النتائج أيضا أن الأبعاد المكونة للمقياس ذات معاملات ارتباط عالية الدلالة مع الدرجة الكلية للمقياس ، حيث تراوحت درجة الارتباط ما بين (0.77-0.89) ، مما يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الصدق . (عبد العزيز حسن، أسماء، 2002، ص ص 788-790).

ج- ثبات المقياس : تم حساب معامل الثبات بطريقتين :

## 1-طريقة إعادة التطبيق :

تم إعادة التطبيق للاختبار بعد مرور فترة (14) يوما من التطبيق الأول ، وقد بلغ معامل الثبات بهذه الطريقة (0.90) .

## 2-طريقة معامل ألفا كرونباخ :

تم حساب معامل الثبات باستخدام طريقة ألفا كرونباخ ، حيث زادت الأبعاد الفرعية على معاملات ثبات جيدة ، حيث تراوحت بين (0.65-0.74) قبل إعادة التطبيق ، وما بين (0.68-0.74) بعد إعادة التطبيق ، أما المقياس بصورته الكلية فقد بلغ (0.88) قبل الإعادة و (0.99) بعد الإعادة ، وعليه فالمقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات (عبد العزيز حسن، أسماء، 2002، ص 790-791).

## د-تصحيح المقياس :

يحتوي مقياس الكفاءة الذاتية على (54) بندا ، أمام كل بند خمس اختيارات هي : دائما ، كثيرا ، لا أدري ، نادرا ، أحيانا . تصحح وفق التدرج 5 ، 4 ، 3 ، 2 ، 1 للمفردات الإيجابية ، والعكس للمفردات السلبية ، والعبارات السلبية هي : 2، 4، 9، 15، 16، 17، 20، 21، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 32، 34، 35، 36، 39، 40، 41، 54. كما تم توزيع المقياس على أربعة أبعاد وهي كالتالي :

## \*بعد الكفاءة الذاتية التعايشية :

ويتكون من (11) بندا ويشمل (3) مجالات (المبادأة في السلوك- مقدار الجهد المبذول-قوة الاعتقاد بالقدرة على التعامل مع المشكلات) . ويتمثل هذا البعد في البنود التالية : 2، 3، 6، 7، 13، 19، 25، 27، 31، 36، 43 .

### \*بعد الكفاءة الذاتية الاجتماعية :

ويتكون من (13) بندا ويشمل (3) مجالات (المبادرة في تكوين العلاقات الاجتماعية- المحافظة على العلاقات الاجتماعية -مهارات التواصل التوكيدية) . ويتمثل هذا البعد في البنود التالية : 4، 5، 8، 11، 12، 14، 15، 20، 22، 24، 30، 38، 40 .

### \*بعد الكفاءة الذاتية المعرفية (الإدراكية) :

يتكون من (10) بنود ويشمل (4) محاور (القدرة على التحكم في الأفكار المزعجة-التفكير المنظم-القدرة على الانتباه-والقدرة على اتخاذ القرارات والبث في الأمور). ويتمثل هذا البعد في البنود التالية : 1، 9، 10، 16، 23، 26، 32، 33، 34، 41.

### \*بعد الكفاءة الذاتية الانفعالية (الوجدانية) :

ويتكون من (20) بندا ويشمل (7) مجالات (السيطرة على الغضب- السيطرة على الحزن- السيطرة على القلق- السيطرة على الخوف- السيطرة على الاسترخاء-القدرة على التحكم الفيزيولوجي-التحكم في السلوك الظاهري) . ويتمثل هذا البعد في البنود التالية : 17، 18، 21، 28، 29، 35، 37، 39، 42، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53، 54). (عبد العزيز حسن، أسماء، 2002، ص 792).

### 3-الصدق والثبات لمقياس الكفاءة الذاتية في الدراسة الحالية :

#### أ-وصف مقياس الكفاءة الذاتية :

تم تعديل المقياس ليتلاءم مع عينة الدراسة ، حيث كان المقياس موجه للإناث في بعض عباراته فتم تعميمها ليصبح موجه للجنسين معا ، والعبارات التي مسها التعديل هي : 4، 5، 8، 10، 24، 31، 35، 52، (فتاة لا أعرفها ، في صداقاتها ، الممكنة لها ، على الأخريات ، قادرة ، منشغلة ، مضطربة) فأصبح (فرد لا أعرفه، في صداقته، بأصدقائي، الممكنة للمشكلة، على الآخرين، قادر، منشغل، مضطرب) .

## ب-صدق المقياس :

أجريت دراسة استطلاعية لمقياس الكفاءة الذاتية من إعداد نادية سراج جان 2000 من خلال تطبيقه على عينة من المساجين المقيمين بمؤسسة إعادة التأهيل بتازولت والذين بلغ عددهم (30) مسجوناً متوسط أعمارهم (48.23) سنة، بانحراف معياري قدره (19.40) سنة، من أجل التأكد من أن مفردات المقياس مفهومة وواضحة للمساجين، وأنه لا توجد صعوبة في الإجابة عليها، وكذلك للتأكد من ثبات وصدق المقياس في البيئة المحلية، وقد كانت النتائج كما يلي :

### 1-صدق المحتوى :

تم حساب معامل ارتباط كل بعد من أبعاد مقياس الكفاءة الذاتية بالدرجة الكلية للمقياس، والجدول التالي يعرض النتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية للصدق.

جدول رقم (4) يوضح معامل ارتباط كل بعد من أبعاد مقياس الكفاءة الذاتية بالدرجة الكلية للمقياس

| م | الأبعاد                                   | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|---|---|----------------|---------------|
| 1 | البعد الأول : الكفاءة الذاتية التعايشية   | 0.65           | 0.01          |
| 2 | البعد الثاني: الكفاءة الذاتية الاجتماعية  | 0.73           | 0.01          |
| 3 | البعد الثالث : الكفاءة الذاتية المعرفية   | 0.84           | 0.01          |
| 4 | البعد الرابع : الكفاءة الذاتية الانفعالية | 0.83           | 0.01          |

يتضح من الجدول رقم ( 4 ) أن جميع الأبعاد دالة عند مستوى (0.01)، وهذا يعطي دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي كما يشير إلى مؤشرات صدق مرتفعة وكافية يمكن الوثوق بها في تطبيق الدراسة الحالية.

## 2- صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) :

تم حساب الفروق بين متوسطات درجات مجموعة الأرباعي الأعلى، و متوسطات مجموعة الأرباعي الأدنى، باستخدام اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات، والجدول التالي يبين المقصود .

جدول رقم ( 5 ) يوضح صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي) للكفاءة الذاتية بأبعادها

| مستوى الدلالة | درجة الحرية | قيمة ت | منخفضي الدرجات ن=14 |       | مرتفعي الدرجات ن=16 |       | الأبعاد                    |
|---------------|-------------|--------|---------------------|-------|---------------------|-------|----------------------------|
|               |             |        | ع                   | م     | ع                   | م     |                            |
| 0.01          | 28          | 5.14   | 5.94                | 35.64 | 4.39                | 45.37 | الكفاءة الذاتية التعايشية  |
| 0.01          | 28          | 3.77   | 4.63                | 38.64 | 6.17                | 46.25 | الكفاءة الذاتية الاجتماعية |
| 0.01          | 28          | 4.55   | 5.51                | 28.36 | 4.01                | 36.31 | الكفاءة الذاتية المعرفية   |
| 0.01          | 28          | 4.37   | 10.01               | 54.43 | 9.53                | 70.06 | الكفاءة الذاتية الانفعالية |
| 0.01          | 28          | 7.85   | 16.40               | 154.5 | 11.7                | 195.0 | الدرجة الكلية              |
|               |             |        |                     | 7     |                     | 6     |                            |

يتضح من الجدول رقم ( 5 ) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)، بين مرتفعي و منخفضي الدرجات، على جميع أبعاد مقياس الكفاءة الذاتية، وهذا يعني أن المقياس صادق .



## ج-صدق المقياس :

استخدمت طريقة معامل ألفا كرونباخ لحساب ثبات أبعاد مقياس الكفاءة الذاتية و الدرجة الكلية والجدول التالي يبين ذلك :

جدول رقم (6) يوضح معامل الفا كرونباخ لجميع أبعاد مقياس الكفاءة الذاتية و الدرجة الكلية

| م | أبعاد مقياس الكفاءة الذاتية               | معامل ألفا كرونباخ |
|---|---|--------------------|
| 1 | البعد الأول : الكفاءة الذاتية التعايشية   | 0.65               |
| 2 | البعد الثاني: الكفاءة الذاتية الاجتماعية  | 0.73               |
| 3 | البعد الثالث الكفاءة الذاتية المعرفية     | 0.84               |
| 4 | البعد الرابع : الكفاءة الذاتية الانفعالية | 0.83               |
|   | الدرجة الكلية                             | 0.82               |

يتضح من الجدول رقم ( 6 ) أن قيمة معامل الثبات لدرجات الأبعاد تراوحت بين (0.65-0.84)، وأما الدرجة الكلية للمقياس فكانت (0.82)، وهي قيمة مرتفعة تدل على ثبات المقياس .

## 2\_ مقياس التشويه الجسدي من إعداد الباحثة

وفي النسخة المبدئية للاستبيان توجد 75 عبارة تم تقسيمها على ثلاث محاور (انظر الملحق رقم 3 ) هي:

### المحور الأول :

محور أسباب تشويه الذات الجسدي ويشمل العبارات : من 1 إلى 23

### المحور الثاني:

محور التصنيف أو الأنواع، ويشمل العبارات من 24 إلى العبارة 46

## المحور الثالث:

محور الأعراض (الأعراض المرضية) ويشمل العبارات من العبارة 47 إلى العبارة 70.

حيث تم استنباط العبارات للاستبيان بالاعتماد على المراجع والكتب العلمية المختصة بالموضوع كما تم الاعتماد على الخبرة في ممارسة الباحثة لعملها كأخصائية نفسانية بمؤسسة إعادة التأهيل بتازولت حيث أن الملاحظة لهذا السلوك والاحتكاك المباشر بالمساجين ساهم في بناء هذه الاختبارات .

وقد تم عرض النسخة المبدئية من الاستبيان على الأستاذ المشرف كما تم عرضها على مجموعة من الضباط في مؤسسة إعادة التأهيل بتازولت من ذوي الخبرة الطويلة (وقد تم إدراج أسمائهم ودرجاتهم العلمية ومكان عملهم في الملحق رقم 1) من أجل إعطاء آرائهم حول النقاط التالية :

- هل تقيس العبارات لما وضعت لقياسه.
- مدى وضوح الصياغة اللغوية للعبارات الموضوعية
- مدى انتماء كل عبارة لمحورها.

وبوضع ملاحظات المحكمين بعين الاعتبار، قامت الباحثة بالتعديلات التالية:

- حذف بعض العبارات
  - تعديل صياغة بعض العبارات.
- ويحتوي الاستبيان المعدل على ما يلي :

أ. **متغيرات ديمغرافية:** وتحتوي على أسئلة مفادها الحصول على بيانات شخصية.

- السن
- الحالة الاجتماعية
- المستوى التعليمي
- الوضعية القانونية (متهم أو محكوم عليه)

ب. **متغيرات الدراسة الأساسية:** وتحتوي على المعلومات والبيانات الأساسية والمكونة في

الاستبيان من 70 عبارة توزعت على ثلاث محاور سابقة الذكر ، تم وضع مفتاح

التصحيح التالي للاستبيانين :

ج. **كيفية الإجابة :**

الجدول رقم (7) يوضح مفتاح التصحيح للاستبيانين.

| البدائل | التصحيح |
|---------|---------|
| نعم     | 01      |
| لا      | 02      |

حيث يقوم المفحوص باختيار أحد البدائل والتي تنطبق عليه أو على سلوكه.

#### د\_ كيفية التطبيق :

لقد أشرفت الباحثة على تطبيق الاستبيان تطابق فردي داخل المؤسسة العاملة بها (مؤسسة إعادة التأهيل بتازولت) حيث قامت بجمع المساجين المشوهين لأجسادهم في قاعة وتم توزيع الاستبيان عليهم وشرحه وبعدها جمع الاستبيان .

#### ه\_ المعالجة الإحصائية :

بعد جمع البيانات من أفراد العينة الاستطلاعية ثم تفرغها في الحاسب الآلي؛ ثم تمت (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية). حيث spss معالجتها بواسطة البرنامج الإحصائي تم القيام بمجموعة من الأساليب الإحصائية وهي:

- التكرارات والنسب المئوية في خصائص العينة
- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري
- معادلة لوشي للتأكد من صدق الأدوات المستخدمة
- معامل الارتباط بيرسون للتأكد من صدق الأدوات
- معامل الثبات ألفا كرومباخ للتأكد من ثبات الأدوات .
- معامل الاستقرار عبر الزمن للتأكد من ثبات الأدوات

#### 1 الخصائص السيكومترية للأداة :

1\_1. الصدق : تكون الأداة صادقة إذا كانت صالحة لقياس ما وضعت لقياسه (عبد الحفيظ, 1460.ص 41 ) وقد تم حساب الصدق بطريقتين:

ا\_ الصدق الظاهري: حيث تم عرض الاستبيان على المحكمين وطلب منهم الإشارة إلى ما إذا كانت العبارة تقيس أو لا تقيس ما وضعت لقياسه، وتم اختيارهم من بين ذوي الكفاءة والخبرة والمعرفة في المجالات التالية: علم النفس، العاملين في مجال السجون (كالضباط

ذوو الخبرة في) (الملحق رقم 4 قائمة بأسماء المحكمين ودرجاتهم العلمية ووظائفهم) ، كما يتم تقديم ملاحظات من حيث وضوحها ومناسبتها للسلوك المراد قياسه، وبعد ذلك تم قياس صدق كل عبارة باستعمال معادلة لوشي حيث ولكي تكون العبارة صادقة يجب أن تكون النتيجة أكبر أو تساوي 0.5، وقدرت النتيجة الخاصة بقياس درجة التشويه الجسدي للمساجين بـ 0.80 وهذا يعني أن الأداة صادقة وهي بالتالي تقيس ما وُضعت لأجله ، وللإثبات أكثر تم استخدام طريقة الاتساق الداخلي لحساب الصدق حيث تم استخدام معامل الارتباط الخطي لكارل بيرسون بين بنود الاستبيان و الدرجة الكلية له و كانت النتائج كما هي موضحة في الجدول.

الجدول رقم ( 8 ) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الأول لاستبيان التشويه الجسدي

| المحور | البنود  | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|--------|---|----------------|---------------|
| الأول  | 01 / أجد في تشويهي لجسدي مخرجا لعدم معاقبتي                           | 0.64           | 0.01          |
|        | 02 / أشعر بالراحة عند قيامي بتشويهي جسدي                              | 0.59           | 0.01          |
|        | 03 / عندما لا أتناول الأدوية النفسية لا أستطيع التحكم في تشويهي لجسدي | 0.50           | 0.01          |
|        | 04 / تناولي لعقاري المفضل يزيد من حدة تشويهي لجسدي                    | 0.69           | 0.01          |
|        | 05 / أشعر أن لا فائدة لي في السجن                                     | 0.63           | 0.01          |
|        | 06 / تقطيع جسدي وتجمع الأعوان حولي يعطيني إحساس بالمتعة               | 0.54           | 0.01          |
|        | 07 / تحرش المساجين بي جنسيا يدفعني إلى تشويهي جسدي                    | 0.37           | 0.05          |
|        | 08 / أميل إلى المشاغبة في السجن                                       | 0.41           | 0.05          |
|        | 09 / أشعر أنني وحيد في السجن  | 0.68           | 0.01          |
|        | 10 / عجزني عن الدفاع عن نفسي في السجن يدفعني إلى تشويهي جسدي          | 0.81           | 0.01          |
|        | 11 / أصبح تشويهي جسدي تسلية لي  | 0.43           | 0.05          |
|        | 12 / كلما أرغب في الحصول على شيء داخل السجن أشوه جسدي                 | 0.63           | 0.01          |
|        | 13 / أصبح تشويهي جسدي وسيلة للتعبير                                   | 0.49           | 0.01          |
|        | 14 / أعاقب نفسي بتشويهي جسدي عند ارتكابي لمخالفة                      | 0.69           | 0.01          |

| قبل معاينة الأعوان لي |      |  |
|-----------------------|------|--|
| 0.01                  | 0.60 | 15 / أصبح تشويه جسدي وسيلتي لنيل ما أريد داخل السجن                  |
| 0.05                  | 0.46 | 16 / ألجأ إلى خياطة فمي أو عيني عند مصادفة مشاكل داخل السجن          |
| 0.05                  | 0.38 | 17 / تثيرني رؤية الوسائل الحادة (أغطية العلب المصبرة، الزجاج)        |
| 0.05                  | 0.39 | 18 / أزيد في تقطيع جسدي دون وعي عند تجمع الأعوان حولي                |
| 0.01                  | 0.64 | 19 / والديّ كانا يضربانني بشدة ويسينان معاملتي                       |
| 0.01                  | 0.80 | 20 / عند تحويل رفيقي الجنسي أقوم بتشويه جسدي                         |
| 0.05                  | 0.39 | 21 / تشويه جسدي سببه شعوري بالظلم في السجن                           |
| 0.01                  | 0.75 | 22 / عند رغبتني في تغيير الحي وأجد الرفض من طرف رئيس السجن أشوه جسدي |
| 0.01                  | 0.63 | 23 / أشعر باليأس لهذا أقوم بتشويه جسدي                               |

جدول رقم (9) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الثاني لاستبيان التشويه الجسدي

| المحور         | البنود  | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|----------------|---|----------------|---------------|
| التشويه الجسدي | 24 / حدث وإن قمت بإحداث جروح على جسدي             | 0.38           | 0.05          |
|                | 25 / أستجيب لرغبة جامحة تدفعني للقيام بتشويه جسدي | 0.31           | غير دالة      |
|                | 26 / أحيانا أقوم بضرب رأسي بصورة لا إرادية        | 0.42           | 0.05          |
|                | 27 / أعتبر نفسي مدمنا على قطع جسدي بوسائل حادة    | 0.66           | 0.01          |
|                | 28 / أشعر بالارتياح عند حرق جسدي بالسجائر         | 0.64           | 0.01          |
|                | 29 / أحيانا أخيط فمي أو عيني                      | 0.55           | 0.01          |
|                | 30 / أحيانا ألجأ إلى بلع الإبر                    | 0.67           | 0.01          |
|                | 31 / تشويه جسدي بدأ على مستوى الساعدين            | 0.43           | 0.05          |
|                | 32 / تشويه ذراعي و صدري يمنعاني من الظهور عاريا   | 0.64           | 0.01          |
|                | 33 / سبق وأن قمت بوضع وشم                         | 0.48           | 0.01          |
|                | 34 / سبق وأن قمت بالوشم لأحد المساجين             | 0.49           | 0.01          |

|          |      |   |
|----------|------|---|
| 0.01     | 0.59 | 35 / تشويهي لجسدي سطحي فقط                            |
| 0.01     | 0.82 | 36 / سبق وأن قمت بإزالة جزء من جادي                   |
| 0.01     | 0.54 | 37 / استخدام أجزاء المعلبات الفارغة أثناء تقطيع جسدي  |
| 0.01     | 0.55 | 38 / سبق وأن بلعت لولب الفراش داخل السجن              |
| 0.05     | 0.41 | 39 / لدي محاولات انتحارية حقيقية سابقا                |
| 0.01     | 0.65 | 40 / لدي طريقة خاصة في تصويب الضربات نحو جسدي         |
| 0.01     | 0.47 | 41 / أحيانا أقوم بتشويه جسدي حتى وأنا هادئ نسبيا      |
| غير دالة | 0.20 | 42 / أشعر بالندم بعد تشويه جسدي                       |
| 0.01     | 0.53 | 43 / أحيانا أشعر بأنني ضعيف وأكره ذاتي                |
| 0.01     | 0.57 | 44 / أتلذذ بتشويه جسدي                                |
| 0.01     | 0.44 | 45 / تقطيع ذراعي أصبح لا يكفي لي لتحقيق رغباتي        |
| 0.05     | 0.37 | 46 / ألجأ إلى تغيير نظام حياتي داخل السجن بتشويه جسدي |

جدول رقم (10) يوضح معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بنود المحور الثالث لاستبيان التشويه الجسدي

| المحور         | البنود  | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
|----------------|---|----------------|---------------|
| التشويه الجسدي | 47 / لا تهمني صورة جسدي                                     | 0.38           | 0.05          |
|                | 48 / ألفت أن أعيش بجسم مشوه                                 | 0.38           | 0.05          |
|                | 49 / أشعر بتلذذ أثناء قيامي بتشويه جسدي                     | 0.46           | 0.05          |
|                | 50 / الكثيرين حولي في السجن مشوهون                          | 0.38           | 0.05          |
|                | 51 / التشويه ميزتي في الحياة                                | 0.59           | 0.01          |
|                | 52 / أتلذذ برؤية الدم يخرج من جسدي                          | 0.47           | 0.01          |
|                | 53 / عند قيامي بتشويه جسدي لا أشعر بالذنب                   | 0.43           | 0.05          |
|                | 54 / أفضل طريقة لخفض توترتي بسرعة هو قيامي بتشويه جسدي      | 0.62           | 0.01          |
|                | 55 / أشعر بوجودي عندما أقوم بتشويه جسدي                     | 0.42           | 0.05          |
|                | 56 / لا توجد لدي وسيلة أخرى للتخلص من القلق إلا بتشويه جسدي | 0.37           | 0.05          |
|                | 57 / تشويهي لجسدي يكسبني راحة لا تعوض                       | 0.55           | 0.01          |
|                | 58 / هلاوسي هي التي تقودني لتشويه جسدي                      | 0.43           | 0.05          |

|      |      |   |
|------|------|---|
| 0.01 | 0.58 | 59 / سبق وأن مررت بنوبة اكتئاب                                  |
| 0.01 | 0.63 | 60 / أشعر بالراحة عند مشاهدة الدم                               |
| 0.05 | 0.43 | 61 / أنا يائس من حياتي  |
| 0.01 | 0.68 | 62 / أستمتع بتشويهي لجسدي                                       |
| 0.05 | 0.43 | 63 / لا أتحكم في قلبي   |
| 0.01 | 0.48 | 64 / أخجل من علامات التشويه في جسدي                             |
| 0.05 | 0.44 | 65 / تثيرني رؤية الدم   |
| 0.01 | 0.46 | 66 / ضميري لا يؤنبني  |
| 0.01 | 0.57 | 67 / لا أستطيع العيش بجسد غير مشوه                              |
| 0.05 | 0.40 | 68 / أحب أن يكون معظم المساجين أجسادهم مشوهة كجسدي              |
| 0.01 | 0.51 | 69 / ما أقوم به في جسدي شيء طبيعي                               |
| 0.01 | 0.58 | 70 / عند رؤيتي لأحد المساجين يقطع جسده لا أستطيع التحكم في نفسي |

من خلال ملاحظة الجداول الثلاثة السابقة نجد أن مجموع العبارات الدالة عند مستوى %الدراسة 0.01 ، لهذا الاستبيان هو: 44 عبارة أي بنسبة 26.85

وأن مجموع العبارات الدالة عند مستوى الدلالة 0.05 لهذا الاستبيان هو: 24 أي بنسبة 34.28%

وأن مجموع العبارات غير الدالة عند مستوى الدلالة 0.01 و 0.05 لهذا الاستبيان هو 02 أي أن مجموع العبارات الدالة 68 عبارة من مجموع 70 عبارة %عبارة أي بنسبة 2.85 ، ما يعطي الدليل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للاستبيان.%أي بنسبة 97.41

### 3- البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي :

إن الهدف الرئيسي للدراسة الحالية هو الكشف عن فعالية برنامج علاجي يتمثل في العلاج السلوكي الجدلي لرفع مستوى الكفاءة الذاتية و خفض سلوك التشويه الجسدي لدى المساجين المتواجدين بمؤسسة إعادة التربية و التأهيل بتازولت .

## سادسا \_ الحدود الإجرائية للدراسة :

### 1- الحدود الزمنية :

يتحدد البرنامج زمنيا ب 14 أسبوعا وهي الفترة الممتدة بين فيفري وجويلية 2015، حيث تم خلال الأسبوع الثاني والثالث من شهر فيفري 2015 التطبيق القبلي للمقاييس على كل المساجين المشوهين لأجسادهم والبالغ عددهم 438 مسجوناً، ليتم تصفيتهم واستخراج المساجين المتحصلين على أضعف مستوى للكفاءة الذاتية لهم، أما في الأسبوع الرابع وبعد اختيار عينة الدراسة كانت أول حصة حيث تم الاختيار العشوائي لأفراد العينتين التجريبية والضابطة مع تطبيق استمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي للعينتين للتأكد من تكافئهما من هذه الناحية، أما الحصة الثانية فكانت بداية البرنامج، أين تم التعرف على العينة التجريبية وشرح البرنامج وأهدافه مع إمضاء العينة على عقد الميثاق للالتزام بالحصص وتوقيتها والتعهد بمحاولة الاستفادة منها والمشاركة الفعالة في العمل الجماعي وتنشيط الحصص الفردية وعدم الاعتماد على الباحث أو على الفريق ولا على الزملاء..

تم التطبيق الفعلي للبرنامج في 10 أسابيع بمعدل جلستين أسبوعياً والمقدرة ب 19 حصة، اختتمت بجلسة في تاريخ 24 جوان 2015 تم القياس البعدي فيها لمقاييس الدراسة على العينتين التجريبية والضابطة، واختتم البرنامج بعد الاتفاق مع أفراد العينة التجريبية بجلسة للقياس التتبعي بعد 3 أسابيع وهذا خوفاً من تحويل احد المساجين لأي سبب كان.

### 2- الحدود المكانية :

تم التطبيق للبرنامج في مؤسسة إعادة التربية و التأهيل بتازولت ولاية باتنة بمعدل حصتين أسبوعياً حصة يوم السبت وأخرى يوم الخميس، وهذا حسب توقيت عمل الباحثة وتقاديا لكثرة الحركة كسائر أيام الأسبوع الأخرى، وقد تم تخصيص قاعة للتدريب من القاعات الموجودة بالسجن لإجراء الحصص الجماعية مجهزة ومعدة بما تحتاجه الباحثة من مستلزمات ووسائل



مثل جهاز كمبيوتر وجهاز عرض ، سبورة، أقلام ، أوراق، وقد تم اختيار قسم مهوى وذو إضاءة جيدة وبعيدا عن الحركة والضوضاء تفاديا لتأثير هذه العوامل.

### 3-الحدود البشرية :

تتضمن عينة الدراسة 20 مسجوناً مشوها لجسده و من الذين تحصلوا على أضعف مستوى للكفاءة الذاتية تم تقسيمهم عشوائيا إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية وعددها 10 يطبق عليها برنامج العلاج والسلوك الجدلي، ومجموعة ضابطة ن=10 لا يطبق عليها البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي.

### سابعا \_ مراحل تطبيق العلاج السلوكي الجدلي

يتألف العلاج في هذا البرنامج المصمم للمسجون من 05 مراحل هي :

أولاً: مرحلة ما قبل العلاج وتسمى بالالتزام والتقييم والتوجيه

ثانياً: مرحلة التحكم بالمشاعر والسلوك

ثالثاً: مرحلة خفض اضطراب ما بعد الصدمة

رابعاً: مرحلة بناء حياة عادية وإدارة الاضطرابات (التركيز على احترام الذات وتحقيق أهداف العلاج الفردي)

خامساً: مرحلة الانتقال من عدم الاكتمال إلى الاكتمال (التواصل)

وسنقوم بشرح كل مرحلة بالتفصيل في الخطوات التالية :

### أولاً: مرحلة ما قبل العلاج

وتهدف إلى التكيف مع العلاج والالتزام به وتؤسس علاقة علاجية فعالة مع المسجون والموافقة على أهداف العلاج وإجراءاته العامة، حيث تشرح الباحثة للمسجون المنظور

الجدلي لاضطراب تشويه الجسد كما تعرّفه بالعلاج السلوكي الجدلي بوصفه علاج تدعيمي يتطلب علاقة تعاونية قوية بين المفحوص والمعالج للوصول إلى نمط من الحياة يستحق أن يعيشه المرء وأيضا هو علاج معرفي سلوكي، وذلك بتغيير المعتقدات غير الفعالة وأنماط التفكير المتصلب، كما يذكر المفحوص على أن العلاج الجدلي السلوكي يتجه نحو مهارات مع التأكيد على التدريب عليها، كما يتم تطبيق مقياس الكفاءة الذاتية وتشويه الجسد.

### ثانيا: مرحلة التحكم بالمشاعر والسلوك

ومحور هذه المرحلة من العلاج هو اكتساب نمط حياتي فعال ومتسق بصورة معقولة، كما يكون هناك تحليل للعلاقة الموجودة بين الأفكار الحالية والمشاعر والسلوك. وعلى التقبل وتغيير الأنماط الراهنة وتعدّ هذه المرحلة (مرحلة الكبت)، حسب تغيير العلاج النفسي الدينامي، ويتم التوجه نحو هذه الأهداف المذكورة سابقا تدريجيا ومتكررا علما لو عاود المسجون السلوك وعادة ما كان توقع تحقيق هذه الأهداف بصورة جوهرية بالنسبة للمساجين شديدي التقطيع لأجسادهم ومرتفعي الميول للانتحارية.

كما يتم في هذه المرحلة تعليم المفحوص مهارة تحمل الألم وتحمل الكدر وبالتالي تهدف مهارات التحكم في الانفعال إلى خفض الكدر الانفعالي، ويتضمن التدريب على الفاعل مع الآخرين تطوير كفاءة اتخاذ القرارات حول الأهداف في المواقف المتصارعة وتقدير أولوية هذه الأهداف من خلال المقارنة بينها.

### ثالثا: مرحلة خفض اضطراب ما بعد الصدمة

يتم التركيز في المرحلة على الجلسات الجماعية، وذلك من أجل السيطرة على الانفعال والخبرة من خلال الانتقال من حالة الصمت لمعايشة الخبرة الكاملة إلى حالة التغيير عن الأفكار والعواطف بطريقة آمنة وذات مغزى وتهدف هذه المرحلة إلى :

\* علاج العمليات الانفعالية المتعلقة بالخبرات الصادمة السابقة على وجه الخصوص، وذلك من خلال التعرض للمؤشرات المرتبطة بها خلال الجلسات وبالتالي فإن الهدف الأول لهذه المرحلة هو خفض ضغوط ما بعد الصدمة وتمر بأربعة مراحل :

1-تذكر وتقبل الحقائق الخاصة بالأحداث المبكرة الصادمة

2-خفض مشاعر الإحساس بالوصمة ولوم الذات التي عادة ما ترتبط ببعض أنماط الصدمات

3-خفض الإنكار المتذبذب وزملة الاستجابة المقتحمة المعتادة لدى الأفراد الذين عانوا من صدمات حادة

4-حل التوترات الجديدة المتعلقة بمن يوجّه إليه اللوم عن الصدمة

ولابد من الإشارة بأن الباحثة المعالجة لا تتقدم إلى هذه المرحلة إلا بعد التحقق مما يلي :

-أن يكون المفحوص قادرا على مقاومة إلحاح الانتحار ومحاولاته وتقطيع الجسد

-أن يتوقف تكرار عن تكرار الاختلالات السلوكية مثل تعاطي المخدرات

-أن يكون للمفحوص أنشطة يومية منتجة داخل السجن (كورشة النجارة، البناء، الدهن....)  
وعلى الأقل لابد أن يكون لديه بعض مبادئ التفاعل مع الآخرين والتحكم في الانفعالات وأن يكون آمنا في إطار علاقات العمل التعاونية .

وأن يكون المفحوص قادرا على التغلب على الانفعالات المصاحبة للعرض العلاجي للمؤشرات المتعلقة بالصدمة.

ويجب القول هنا أن المفحوصين الذين يدخلون هذه المرحلة هم الآن في حالة من السيطرة على سلوكه، ولكن في حالة يمكن القول عنها حالة اليأس الهادئ وفي هذه المرحلة تعمل

الباحثة المعالجة مع المفحوص على علاج اضطراب ما بعد الصدمة ويتم تعليم المفحوص معايشة تلك المشاعر من دون انتقاد .

#### رابعاً: مرحلة بناء حياة عادية وإدارة الاضطرابات

في هذه المرحلة يتم بناء حياة عادية وإدارة الاضطرابات حيث نركز في هذه المرحلة على تحديد المزيد من المشاكل العادية والضغوطات التي لا تزال تظهر في حياة المفحوص في حين تمارس المهارات اللازمة لزيادة الوعي والقبول والرحمة والتسامح والثقة في قدرة الفرد للتعبير عن مشاعره وخبرته وأفكاره داخل المجموعة .

#### خامساً: مرحلة الانتقال من عدم الاكتمال إلى الاكتمال (التواصل)

في هذه المرحلة يتم الانتقال من عدم الاكتمال إلى الاكتمال (التواصل) و نركز في هذه المرحلة على زيادة الوعي الروحي الخاص والشعور العام بالسعادة، فمعظم الناس قد يعانون من مشاكل النضال "وجويا" على الرغم من انتهاء العلاج في المرحلة الثالثة، إلا أن المفحوصين يشعرون بحالة من الفراغ من نوع ما، أو أنهم غير كاملين.

كما نجد بعض المفحوصين حصلوا على ما يسمى بالمعنى الروحي من خلال تعمقهم في المجال الديني (كثرة الصلاة، القرآن...) وهذا ما أدى بهم إلى تغيير مسار حياتهم .

#### ثامناً: الأنماط الرئيسية للعلاج السلوكي الجدلي

##### 1-العلاج الفردي :

يتلقى المفحوصون جلسات فردية وعادة ما تكون بحدود ساعة إلى ساعة ونصف، يحضر فيها المفحوص البطاقة المخصصة لكتابة ورصد السلوك والأفكار والانفعالات السلبية التي يمر بها خلال الأسبوع حيث يتم من خلالها تحديد ما سوف تقوم به لحل أي مشكلة.

يتم حث المفحوص بالحديث عن مشكلة محددة بشكل مفصل وتحليلي فعلى سبيل المثال :  
إذا كان لدى العميل استهداف ذاتي قبل أسبوع من العلاج فإنه سيتم مناقشة ذلك الموقف من  
تشويه للجسد وتحليله والبحث عن حلول لهذه المشكلة وهذا ما يسمى "بحل وتحليل السلوك"  
وهذا ما سيساعد المفحوص والمعالج على فهم المشكلة وذلك من خلال بعض التساؤلات  
مثل :

\* ما الذي أدى إلى جعل هذا الموقف بالنسبة لك أكثر تكرارا ؟

\* ماهي النتائج المترتبة على السلوك الخاص بك ؟

وبمجرد تكوين صورة واضحة عن ذلك الموقف الذي أدى بالمفحوص إلى تشويه جسده، فإنه  
يبدأ مع المفحوص بإيجاد حلول واقعية يمكن أن تمنعه من الحدوث مرة أخرى، وتتمثل  
أهداف الجلسات الفردية فيما يلي :

-مساعدة المفحوص في السيطرة على سلوكه

-المساعدة على بقاء المفحوص على قيد الحياة من خلال وقف سلوك تشويه الجسد

-تحسين نوعية الحياة الخاصة بالمفحوص مثل معالجة المشاكل الصحية العقلية الأخرى  
مثل الاكتئاب، أو سماع أصوات، أو تناول مواد مخدرة بدون وصفة .....

## 2-الجلسات الجماعية :

حيث يتم جمع أفراد العينة (10) داخل قاعة مجهزة وتتم فيها الجلسات الجماعية ومدتها  
ساعتين إلى ساعتين وربع، حيث يتم تدريب المفحوصين على مجموعة من المهارات التي  
تساهم في الحد من سلوك تشويه الجسد ورفع درجة كفاءاتهم الذاتية وأهمها : اليقظة العقلية،  
الفعالية الشخصية، تنظيم الانفعال، التسامح والقبول، ويتم التركيز هنا على سلوك تشويه  
الجسد.

العلاج الجماعي في هذا البرنامج لا تشبه الجلسات في العلاج النفسي الجماعي التقليدي، فالباحثة هنا تسعى لتعليم أفراد العينة بعض المهارات التي تساعد على التعامل مع مواقف الحياة على نحو أكثر فعالية.

ملاحظة : مهارات العلاج السلوكي الجدلي تم شرحها في الفصل السادس والباحثة اقتصر على البعض

منها لضيق وقت تطبيق البرنامج خوفا من تغيير السجن لأحد أفراد العينة أو أي طارئ آخر خارج نطاق البحث .

### 3-مجموعة التشاور :

أو ما يسمى بفريق العمل المساعد، حيث تم العمل وفق مساعدين يتمثلون في طبيب المؤسسة (وهذا للحالات المدمنة أو بعض الاضطرابات الأخرى) مسؤول السجن والعون وهما يتدخلان عند اتصال لأحد أفراد العينة بهم في حال غياب الباحثة المعالجة وهذا الاتصال حسب البرنامج العلاجي، يكون أثناء رغبة المفحوص في تشويه الجسد وتم استبدالهم بالهاتف لأن البرنامج المطبق في مستشفيات بريطانيا، المفحوص يتصل هاتفيا بالمعالج وهذا ممنوع قانونيا حسب القانون الداخلي للمؤسسة.

### تاسعا : تقييم محتوى البرنامج العلاجي

تهدف عملية التقييم إلى الوقوف على مدى تحقق أهداف البرنامج، وقد تم ذلك من خلال ما يلي :

## 7-1- التقييم القبلي

حيث تم تطبيق مقياس الكفاءة الذاتية وتشويه الجسد لاستخراج الأفراد الذين يعانون من انخفاض في درجات الكفاءة الذاتية وتشويه الجسد لاختيار العينتين التجريبية و الضابطة والتأكد من تكافئهما وتجانسهما .

## 7-2- التقييم البعدي :

بعد الانتهاء من تطبيق جلسات البرنامج كلها، تقوم الباحثة بالتقييم النهائي بعد تطبيق مقاييس البحث.

## 7-3- التقييم التبعي :

وقد تم ذلك بعد 21 يوما نظرا لتخوف الباحثة من مغادرة أحد المفحوصين السجن أو تحويله لأسباب معينة، وذلك للتأكد من استمرار تحقق الأهداف العامة والخاصة للبحث .

## عاشرا : البرنامج في صورته النهائية

| مرحلة الجلسة        | رقم الجلسة | نوع الجلسة | محتوى الجلسة وهدفها  | الاستراتيجيات والمهارات المستخدمة | الوسائل  |
|---------------------|------------|------------|--|-----------------------------------|--|
| مرحلة ما قبل العلاج | 1          | جماعية     | -التعارف مع المفحوصين<br>-شرح المنظور الجدلي لاضطراب تشويه الجسد<br>-تعريف العلاج السلوكي بوصفه يحتاج إلى علاقة تعاونية بين المعالج والمفحوص<br>-إمضاء المفحوصين على عقد الميثاق وتقديم بطاقة لرصد السلوكيات والأفكار والانفعالات السلبية التي يمر بها خلال الأسبوع. |                                   | -سبورة،<br>أقلام<br>-جهاز عرض<br>الشرائح<br>-حاسوب |

|  |  |   |        |   |                       |
|--|--|---|--------|---|-----------------------|
|  | <p>-التعديل المعرفي</p> <p>-التعرض</p>   | <p>- تحليل العلاقة الموجودة بين الأفكار الحالية والمشاعر والسلوك</p> <p>-إجراءات حل المشكلة</p> <p>-التركيز على تغيير الأنماط الراهنة</p> <p>-التحدث عن مشكلة واحدة ومحددة بشكل مفصل وتحليلي مثل سلوك تشويه الجسد</p> <p>-مناقشة البطاقة المخصصة لرصد سلوكياته و أفكاره وانفعالاته السلبية خلال الأسبوع</p> | فردية  | 2 | مرحلة التحكم بالمشاعر |
|  | <p>-التعديل المعرفي</p> <p>-مساعدته على البقاء على قيد الحياة من خلال وقف سلوك تشويه الجسد</p> <p>-تحسين نوعية الحياة الخاصة بالمسجون</p>  | <p>-مناقشة البطاقة الخاصة بالمفحوص</p> <p>-تحديد مشكلة معينة والحديث فيها مفصلاً</p> <p>-إجراءات حل المشكلة</p>   | فردية  | 4 | مرحلة التحكم بالمشاعر |
|  |  |   |        |   |                       |
|  | <p>-تعليم مهارة تحمل الألم الكدر</p> <p>-مهارة التحكم في الانفعال</p> <p>-جدلية القبول</p> <p>-جدلية مهارة العلاج السلوكي لتنظيم العاطفة</p> <p>-التحويل العقلي(تحويل عقلك عبر موقف القبول</p> <p>-مهارة اليقظة العقلية</p> <p>-مهارة تنظيم الانفعال</p> <p>-مهارة فعالية وحدة الشخصية</p> | <p>-التركيز على التقبل وتغيير الأنماط الراهنة</p> <p>- تحليل العلاقة الموجودة بين الأفكار الحالية والمشاعر والسلوك</p>  | جماعية | 3 |                       |



|                          |  |  |        |                  |                                |
|--------------------------|--|--|--------|------------------|--------------------------------|
|                          | <p>-الانتقال من حالة الصمت إلى حالة التعبير عن الأفكار والعواطف</p> <p>-حل وتحليل السلوك</p> <p>-تحسين نوعية الحياة الخاصة بالمفحوص</p> <p>- مساعدته على البقاء على قيد الحياة من خلال وقف سلوك تشويه الجسد</p>    | <p>-السيطرة على الانفعال</p> <p>-مناقشة الطاقة وتحديد سلوك أو انفعال معين ومناقشته مفصلا خاصة موقف الصدمة</p>  | فردية  | 5                | مرحلة خفض اضطراب ما بعد الصدمة |
| عرض قصة عن طريق جهاز عرض | <p>-المجاز</p> <p>-مهارة عمل عصير من ليمون</p> <p>-مهارة إعطاء شيء (اللفظ،الاهتمام،</p>  | <p>-علاج العمليات الانفعالية المتعلقة بالخبرات الصادمة السابقة</p> <p>-خفض ضغوط ما بعد الصدمة</p> <p>- تذكر وتقبل الحقائق الخاصة بالأحداث</p>                            | جماعية | 6<br>7<br>8<br>9 |                                |
| الشرائح                  | <p>(التحقق)</p> <p>-مهارة تنظيم الانفعال : (المقارنة الاجتماعية، لوم الذات ونقدها، التفكير بالانتحار)</p> <p>استراتيجيات حل المشكلة (تحليل السلوك،استبصار بالسباقات السلوكية المتكررة)</p> <p>-استخدام تحليلات</p> | <p>المبكرة الصادمة</p> <p>-خفض مشاعر الإحساس بالوصمة ولوم الذات</p> <p>-خفض الإنكار المتذبذب وزملة الاستجابة المقتحمة المعتادة لدى الأفراد الذين عانوا من صدمات حادة</p> |        |                  |                                |

|   |  |        |                      |                                       |
|---|--|--------|----------------------|---------------------------------------|
|   | <p>-التأكد من المفحوص قادر على إلحاح تشويه الجسد</p> <p>-التأكد من أن توقف عن تناول المخدرات لمن كانوا يتناولون</p>  | فردية  | 10                   |                                       |
| <p>-التعديل المعرفي</p> <p>-توجيه المفحوص إلى أحد الأنشطة التي يرغب في ممارستها(رياضة، عمل داخل الورشات المتوفرة في السجن مثل ورشة النجارة، البناء، الرسم، الحدادة، المشاركة في نشاطات المجلة...)</p>   | <p>-حل التوترات الجديدة المتعلقة بمن يوجه إليه اللوم عن الصدمة</p> <p>-تعليم المفحوصين كيف يتعايشون مع مشاعر اليأس من دون انتقاد</p> <p>-تعزيز ثقته بذاته</p>                                    | جماعية | 11<br>12<br>13<br>14 | تابع لمرحلة خفض اضطراب ما بعد الصدمة  |
| <p>-عرض قصص المفحوصين كل واحد يقف ويتحدث ومناقشته من طرف الجماعة</p> <p>-مهارة التحسين الوقتي (الصور، الصلاة، الاسترخاء، التركيز، إجازة، التشجيع، إيجابيات وسلبيات)</p> <p>-مهارة سلوك التقبل: (الأنشطة المساهمة، المقارنات، الدفع بعيدا...)</p> <p>-إستراتيجية الاستشارة</p> | <p>-تحديد المزيد من المشاكل العادية والضعفوات التي لا تزال تظهر في حياة المفحوص من خلال النظافة</p> <p>-التحدث عن الإيجابيات أكثر من السلبيات</p> <p>- التأكد من عدم قيامه بسلوك تشويه الجسد</p> | فردية  | 15                   | مرحلة بناء حياة عادية وإدارة الاضطراب |

|  |   |   |               |                  |  |
|--|---|---|---------------|------------------|--|
|  | <p>-عرض حالات<br/>المفحوصين(مستجدات<br/>حول الحالة بعد النشاط .)<br/>-جدلية مهارات العلاج<br/>السلوكي لتنظيم العاطفة<br/>-تحديد وتسمية المشاعر<br/>-زيادة الأحداث العاطفية<br/>الإيجابية<br/>-زيادة اليقظة العقلية<br/>للانفعالات الحالية(قصة<br/>الانفعال)<br/>-العمل، الرياضة،النوم</p> | <p>-زيادة الوعي والقبول والرحمة والتسامح والثقة<br/>في قدرة كل مفحوص للتعبير عن مشاعره<br/>وخبرته وأفكاره داخل المجموعة</p> | <p>جماعية</p> | <p>16<br/>17</p> |  |
|  | <p>،حفظ احترام الذات<br/>-الاعتذار:احترام القيم<br/>والصدق<br/>-مهارة الأداء البسيط/<br/>اتصال فعال بالعين<br/>-إشارات طبيعية: اللبس<br/>الملائم والمظهر<br/>-كن ذاتك الطبيعية/<br/>مشاركة فعالة من طرف<br/>المفحوصين</p>   |   |               |                  |  |

|  |  |  |        |    |   |
|--|--|--|--------|----|---|
| عرض<br>فيلم قصير<br>مدته 15<br>دقيقة حول<br>حالة<br>واقعية<br>كانت<br>تقطع<br>جسدها ثم<br>توقف | -مهارة تنظيم الانفعال<br>-مهارة التسامح في حالة<br>التوتر<br>-مهارة سلوك التقبل<br>-مهارة التحسين الوقتي | -زيادة الوعي الروحي الخاص والشعور العام<br>بالسعادة<br>-التخلص من الشعور بالفراغ من نوع ما | جماعية | 18 | مرحلة الانتقال من عدم الاكتمال إلى الاكتمال |
|  |  | -التطبيق البعدي لمقياس الكفاءة الذاتية وتشويه الجسد  | جماعية | 19 |   |
|  |  | -التطبيق التتبعي لمقياس الكفاءة الذاتية وتشويه الجسد                                       |        | 20 |   |

الجدول رقم (11) يوضح الصورة النهائية للبرنامج العلاج السلوكي الجدلي

حادي عشر : الأساليب الإحصائية المستعملة في الدراسة : لقد تم الاستعانة بالعديد

من الأساليب الإحصائية في معالجة البيانات، وذلك باستخدام الحزمة الإحصائية (SPS3)

الإصدار 21.0 وهي :

-المتوسط الحسابي

-الانحراف المعياري

-معامل الارتباط بيرسون (Pearson)

-متوسط الرتب

-اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon) للمجموعات المرتبطة

-اختبار مان ويتني (Mann-Whitney-) للمجموعات المستقلة



## المراجع باللغة العربية

1-إسحاق إبراهيم منصور (1989) : الموجز في علم الإجرام والعقاب ط3، ديوان

المطبوعات الجامعية، الجزائر

2-إسحاق إبراهيم منصور (1991) : علم الإجرام وعلم العقاب ط2، ديوان المطبوعات

الجامعية، الجزائر

3-آن سكستون (2004) : إيذاء الذات، التشخيص، الأسباب (حسين مصطفى، مترجم)،

(ط1) - مصر - دار السحاب.

4-تايلر، ش (2008) : علم النفس الصحي (وسام درويش بريك وآخرون، مترجم) عمان

- درا الحامد.

5-جلال الدين عبد الخالق (1999) : الجريمة والانحرافات الحدود والمعالجة - درا

المعرفة الجامعية - الاسكندرية.

6-سعود بن ضحيانالضحيان (2001) : البرامج التعليمية والتأهيلية في المؤسسات

الإصلاحية، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ط1، الرياض.

7-عبيدات، محمد، أبو نصار، محمد، مبيضين، عقلية (1999) : منهجية البحث

العلمي، القواعد والمراحل والتطبيقات، الأردن: الجامعة الأردنية.

8-فوزية عبد الستار (1985) : مبادئ علم الإجرام ط5، دار النهضة العربية للطباعة

والنشر بيروت.

- 9- محمد شحاتة ربيع، جمعة سيد يوسف، معتز سيد عبد الله (1994): علم النفس الجنائي، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 10- محمد صبحي نجم (1988): المدخل إلى علم الإجرام وعلوم العقاب، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر ط2.
- 11- مختار فليون (1990): دراسة حول قواعد تصنيف السجناء بالمؤسسات العقابية - جامعة الدول العربية - تونس 1990
- 12- مركز الدراسات والبحوث، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية (1999):  
النظم الحديثة في إدارة المؤسسات العقابية والإصلاحية، الرياض.
- 13- مرسوم تنفيذي رقم 06 - 109 مؤرخ في 8 صفر 1427 الموافق لـ 8 مارس 2006 يحدد كفاءات تنظيم المؤسسة العقابية وسيرها.
- 14- مصطفى شريك: نظام السجون في الجزائر نظرة على قانون السجون الجديد،  
2009
- 15- نجوى عبد الوهاب حافظ (2003): رعاية الجمعيات الأهلية لنزلاء المؤسسات الإصلاحية، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ط1، الرياض.
- 16- نظير فرج مينا (1993): الموجز في علمي الإجرام والعقاب ط2، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر
- 17- وزارة العدل (1979): الأمر رقم 02/72 المؤرخ في 10 فيفري 1972  
المتضمن قانون تنظيم السجون وإعادة تربية المساجين، الجزائر



- 18- **وزارة العدل (2004):** الملتقى الدولي حول عنصرية السجون في الجزائر، الديوان الوطني للأشغال التربوية.
- 19- **وزارة العدل(2005):** قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمسجون ط3، الديوان الوطني للأشغال التربوية.
- 20- **يخلف عثمان (2001):** علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة (ط1) قطر: دار الثقافة.
- 21- **الزيات، فتحي محمد(1999)**، علم النفس المعرفي، (ط1) مصر : دار النشر للجامعات.
- 22- **المشيخي، غالب بن محمد(2009)**، قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- 23- **الشعراوي، علاء محمود(2000)**، فاعلية الذات وعلاقتها ببعض متغيرات الدافعية لدى طلاب المرحلة الثانوية ، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة.
- 24- **الدريدي، عبد المنعم أحمد(2004)**، دراسات معاصرة في علم النفس المعرفي، (ط1)، القاهرة : عالم الكتب.
- 25- **صالح، عواطف حسين(1993)**، الفاعلية الذاتية وعلاقتها بضغط الحياة لدى الشباب الجامعي، مجلة كلية التربية، جامعة المنصورة.

- 26- وزارة العدل، عادل(2001)، تحليل المسار للعلاقة بين مكونات القدرة على المشكلات الاجتماعية وكل من فاعلية الذات والاتجاه نحو المخاطر، مجلة كلية التربية، جامعة عين شمس، (ج1)، العدد (25).
- 27- عثمان يخلف(2001)، علم النفس الصحة : الأسس النفسية والسلوكية للصحة، (ط1)، الدوحة : دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.
- 28- جابر عبد الحميد جابر(1990)، نظرية الشخصية : البناء-الديناميت-النمو-طرق البحث-التقويم، (د ط)، القاهرة : دار النهضة.
- 29- الجاسر، البندري عبد الرحمان(2008)، الذكاء وعلاقته بكل من فاعلية الذات وإدراك القبول-الرفض الوالدي لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى، رسالة ماجستير غير منشورة : جامعة أم القرى.
- 30- العبدلي، سعد بن حامد(2009)، الذكاء الاجتماعي وعلاقته بكل من فاعلية الذات والتوافق الزواجيلدى عينة من المتزوجين بمكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة : جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- 31- العتيبي، بندر بن محمد(2009)، اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف، رسالة ماجستير غير منشورة : جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- 32- أبو هاشم، السيد محمد(1994)، أثر الأغذية الراجعة على فاعلية الذات، رسالة ماجستير غير منشورة : كلية التربية، جامعة عين شمس.

- 33-** alder man ,T (1997) the scarred soul understanding and ending self inflicted violence Oakland: new harbinger
- 34-** American psychiatric association (1995) diagnostic and statical manual of mental disorders ,4th ed .Washington D.C. American psychiatric association
- 35-** Batty ,d.(1998).- coping by catting vurising stand ards
- 36-** brodsky ,b-s cliotre m-&dulit ,R.A(1995).  
Relatinship of dissociaton to selp –multilayion and child hood obuse in borderline perrsonality disorder.
- 37-** Bandora, A(1997). Self Effecacy. The exercise of control. Network : W .F.Freemen.
- 38-** Bandora, A(1977). Self Effecacy. Toward , A unifying theory of Behavior change. Journal of psychological Review, 84 (2) .
- 39-** Bandora, A(1982). Self Effecacy. Mechanimin Human Agency .journal of American psychologist 37 (2) .
- 40-** Cynthia , A & Paul , J (1995). The Relationship between religion and adjustment to coliege .journal of college student development , 36 (5).
- 41-** Bandora, A(1989). Human Agency. Social cognitive theory , Journal of American psychologist 44 (9) .
- 42-** canwels,J .(1992) imbroglio: rising to the challenges border line personality .new york:w.w.norton.

- 43- coccaro, E.F.& kavoussi ,R.J.(1997). Fluoxetine and Impulsive aggressive behavior in personality disordered subjects archives of generalpsychiatry
- 44- coccaro, E.F.& kavoussi,R.Jhauger ,R.L.(1997) serotonin function and antinnggressiveresponseotfluoxetine:a pilot study. Biologicalpsychiatry.
- 45- Cronkite ,K.(1995).on the eolge of darkness :conversations about conquering.
- 46- dallam, S.J. (1997).the indentification and management of slip-mutilaiting patients in prnary care .the nurse practitioner.
- 47- favozza.,A.R.(1998) the coming of self-mutilations journal of newonsand mental disease .
- 48- favozza.,A.R.(1996) bodies under siege self mutilation and body modififaction in culture and psychiatry ,2 and batimore:the johnehopkins university press.
- 49- favozza ,A.R.&(1989 ) way patients multilatethensleves .hospital and community psychiatry.
- 50- favozza A.R.(1987) .bodies under siege : self –mutilation in culture and psychiatry baltimore: the johns hopkins university press .
- 51- favozza ,A.R.&conterio ,K.(1988) self mutilation and eating disorders. Suicide and life threateingbehavior ,fall.
- 52- favozza ,A.R.&rosenthal,R,j .(1993)diagnostic issues in self –mutilation . Hospital and community psychiatry.
- 53- ferreira de costro ,E , cunlha ,M .A fimenta F.,& costa ,I (1988) parasuiside and mental disorders .actapsychiatrica. Scandinavica.

- 54-** haines .J,willams ,C.L, brain,K.L.,wilson,G.V ,(1995) the psychology of self mutilation- journal of abnormal pschology.
- 55-** haines , J,&williams ,c.l(1997)coping and probleme solving of self mutilators. Journal of clinicalpsychology.
- 56-** hammock ,R.G, schroeder ,S.R.&lavine ,WR,(1995) the effeck of clozapine on self-injurions.journal of autismanddevelopmental disorders.
- 57-** hawton,K, arensman.Etouansend and all (1988) deliberate self-harm systamaticreviw of efficacy of psychosocical and pharmacological treatements in preventing repetition .B M J .
- 58-** herpertz ,S,sass ,H&favoza ,(1997) impulsivity in self mutiativebehoveior: psychiatric research.
- 59-** herpertz ,S steinmeyer ,S,M marx D.(1995) the signifficance of aggressionand impulsivity for self – mutilativebehovior,pharmacopschicaty.
- 60-** kahan ,J&pattion .E. M. (1984) proposal for a distinctive diagnosis ;de deliiberation self –harm syndrome .snicide and life threatening
- 61-** keharbeng .G(1997) .self –mutilating behavior .journal of child and adoles cent psychiatric nursing.
- 62-** khouzam.H. R& d onnelly, N.J (1997)remission of self mutilation in a patient with border line personality during risperdone therapy –jornal of nervons and mental disese
- 63-** linehan ,M.M (1993) skills training manual for reating borderline personality disorder new york the builford press.

- 64-** lineham ,MM.armstrong ,H ,suarez ,A,allmon ,D& heard H,(1991)cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients
- 65-** huiselli J .K ,matson,J. L.&singH ,N,N,eds.(1992).self-injurions Behavior /:analysis,assessment ,and treatment .new york:springer verlage.
- 66-** mahinosky-rummell.R.&hansen ,d j (1993) long –term consequences of child hood physical obuse. Psychological bulletin.
- 67-** Miller ,D.(1994)women who hurt themselves:a book of hope and understanding.newyork:basic books
- 68-** Marillonbruchon et schiaetz er (2002) psychologie de santé modeles concepts et méthodes :dunod paris 1 éd p29-43
- 69-** New ,A.S.,trest man ;R.L.coccoro,E,silverman,J,&siever .L J.(1997)  
Serotonergic function and self -injurionsbehovior in personality disorder patients psychiatry reserch.
- 70-** ricketts ,R.W.G oza,singh,N ,N ,&cooks J.G.3 d (1993) f luoxetine treatment of severe self- injury in young adults with mental retardation- journal of the American academy of child and adolescent psychiatry.
- 71-** Robert A.R-ed (1975) self –destructive behavior spring field ,IL :thomas
- 72-** Siméon , D. Stanley . B. Frances .A .man n,J.J, winchel ,R&stanby ,M .M(1992). Self-mutilation in personality dis orders : psychological and biological correlates American journal of psychiatry.

- 73- simpson, E,B,pistorello ,J,(1998) use of diabeticalbehoviortherqpy in a partical hospital program for women with borderline peranality disorder psychiatric services.
- 74- solomon ,y.&farrand ,J(1996) why don't you do it properly? Young women who self –injure .journal of adolescence.
- 75- winch el ,R.M &Stanley,M&stanely ,M(1991)self injurionsbehavior:areview of the bheavior and biology of self –mutilation.
- 76- Zweig –frank ,H.j& Paris. J(1994) psychological risk factors for dissociation and self –mutilation in femal patients with borderline personality disorder. Canadian journal of psychiatry

## الملحق رقم (02)

### مقياس الكفاءة الذاتية إعداد نادية سراج جان (2000)

فيما يلي عدد من العبارات التي تصف طرقا مختلفة في التفكير أو الشعور أو السلوك، والمطلوب قراءة مل عبارة ثم التأشير بعلامة (X) في الخانة المناسبة على العبارة التي تتفق مع طريقة تفكيرك أو شعورك أو سلوكك.

تذكر أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة، فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر بصدق عما قمت به فعلا، كما أنه ليس للمقياس زمن محدد ولكن حاول الإجابة بدقة وسرعة ولا تترك أي عبارة دون إجابة، فإن الإجابة تستخدم لأغراض البحث العلمي ولن يطلع عليها سوى الباحث.

السن : .....سنة / مدة تشويه الجسد : .....سنة .....شهر .

المستوى التعليمي : (أمي) (ابتدائي) (متوسط) (ثانوي) (جامعي) .

| الرقم | البنود   | نادرا | أحيانا | لا أري | كثيرا | دائما |
|-------|--|-------|--------|--------|-------|-------|
| 01    | أستطيع النظر إلى المشكلات بموضوعية .   |       |        |        |       |       |
| 02    | إذا بدا لي أن المهمة صعبة فإنني أتجنب القيام بها.                                  |       |        |        |       |       |
| 03    | عندما يتحتم علي القيام بعمل ما لا أحبه فإنني أتمكن من الاستمرار فيه حتى أنهيه .    |       |        |        |       |       |
| 04    | من الصعب علي التحدث مع فرد لا أعرفه .  |       |        |        |       |       |
| 05    | أستطيع تكوين علاقات قوية مع من أرغب في صداقته.                                     |       |        |        |       |       |
| 06    | عندما أقوم بعمل ما فإنني أهتم بإنجازه على أفضل وجه .                               |       |        |        |       |       |
| 07    | أبذل أقصى ما في وسعي لتحقيق أهدافي.  |       |        |        |       |       |
| 08    | أستطيع المحافظة على علاقاتي بأصدقائي.  |       |        |        |       |       |
| 09    | يفقدني الانفعال القدرة على التركيز.  |       |        |        |       |       |
| 10    | عندما توجهني مشكلة غير متوقعة فإنني أتمكن من التفكير في عدد من الحلول الممكنة لها. |       |        |        |       |       |
| 11    | يمكنني تغيير مجرى الحديث بلباقة إذا كان الموضوع لا يروقني .                        |       |        |        |       |       |



|  |  |  |  |  |    |  |
|--|--|--|--|--|----|--|
|  |  |  |  |  | 12 | أستطيع منع نفسي من مقاطعة المتحدث حتى لو كان لديّ شيء ملحّ أود قوله.                       |
|  |  |  |  |  | 13 | أستطيع الاستمرار في القيام بالعمل مهما واجهت من الصعوبات في أثناء أدائه                    |
|  |  |  |  |  | 14 | أستطيع التعبير عن مشاعري دون أن أشعر بإجراج .  |
|  |  |  |  |  | 15 | أجد صعوبة في إقناع الآخرين بوجهة نظري.   |
|  |  |  |  |  | 16 | عادة لا أتق بقدرتي في الحكم على الأمور .   |
|  |  |  |  |  | 17 | عندما يسيطر علي الحزن فإنني لا أستطيع التخلص منه.  |
|  |  |  |  |  | 18 | أستطيع أن أتتف بهدوء واعتدال في المواقف المثيرة أو المخيفة .                               |
|  |  |  |  |  | 19 | عندما أخفق في أداء عمل في المرة الأولى فإنني أستمر في المحاولة حتى أنجح                    |
|  |  |  |  |  | 20 | أجد صعوبة في تسوية الخلافات بيني وبين الآخرين .  |
|  |  |  |  |  | 21 | لا أستطيع التحكم في دموعي عندما تواجهني مواقف محبطة.                                       |
|  |  |  |  |  | 22 | لا أجد صعوبة في تكوين الصداقات .   |
|  |  |  |  |  | 23 | أستطيع التركيز حتى بوجود ضجة (فوضى) حولي.  |
|  |  |  |  |  | 24 | لا أفرض نفسي على الآخرين.  |
|  |  |  |  |  | 25 | كثيرا ما أترك عملي قبل أن أنهيه.   |
|  |  |  |  |  | 26 | عندما أركز على موضوع معين فإنني أجد صعوبة في استيعاب الأمور الأخرى التي تجري في نفس الوقت. |
|  |  |  |  |  | 27 | أتجنب تعلم الأشياء الجديدة حينما تبدو لي صعبة .  |
|  |  |  |  |  | 28 | لا أستطيع منع نفسي من التفكير في أمور محزنة حدثت في الماضي.                                |
|  |  |  |  |  | 29 | من الصعب علي استرداد هدوئي بعد مواجهتي لموقف مثير أو مخيف .                                |
|  |  |  |  |  | 30 | أستطيع الانطلاق والاستمتاع مع الناس في المناسبات الجماعية .                                |
|  |  |  |  |  | 31 | أشعر أنني قادر على التعامل مع معظم المشكلات التي أواجهها في حياتي.                         |
|  |  |  |  |  | 32 | كثيرا ما يدفعني الحماس إلى التصرف بدون تفكير في العواقب.                                   |
|  |  |  |  |  | 33 | يمكنني الاهتمام بعملين في وقت واحد.  |
|  |  |  |  |  | 34 | أجد صعوبة في اتخاذ القرارات .  |
|  |  |  |  |  | 35 | عندما أكون منشغلا بأمر ما فإنني أجد صعوبة في الاستسلام للنوم.                              |
|  |  |  |  |  | 36 | أحتاج إلى مساعدة الآخرين لإنجاز أعمالي.  |
|  |  |  |  |  | 37 | أحتفظ بهدوء أعصابي حين أستشعر الإهانة .  |
|  |  |  |  |  | 38 | من السهل علي المشاركة في الأنشطة الاجتماعية(كالحفلات، والمناسبات..).                       |

|  |  |  |  |  |  |    |
|--|--|--|--|--|--|----|
|  |  |  |  |  | عندما أغضب فإنني أفقد السيطرة على غضبي.                                    | 39 |
|  |  |  |  |  | لا أجد إدارة الحوار مع مجموعة من الأشخاص في الوقت نفسه.                    | 40 |
|  |  |  |  |  | لا أجد صعوبة في طرد الأفكار المزعجة من ذهني.                               | 41 |
|  |  |  |  |  | أتمكن من المحافظة على هدوء أعصابي حتى لو كان من حولي في حالة عصبية.        | 42 |
|  |  |  |  |  | عندما أضع خطة فإنني أنفذها .   | 43 |
|  |  |  |  |  | أتمكن من التحلي بالشجاعة حتى إذا كان من حولي مذعورين.                      | 44 |
|  |  |  |  |  | يمكنني إخفاء فرحي إذا أردت .   | 45 |
|  |  |  |  |  | أستطيع أن أجعل من جسمي يسترخي ويرتاح عندما أشعر بالتوتر.                   | 46 |
|  |  |  |  |  | أستطيع طمأنة نفسي في مواجهة المواقف الخطرة.                                | 47 |
|  |  |  |  |  | من السهل استئناف العلاقات الودية إثر جدال مع الآخرين.                      | 48 |
|  |  |  |  |  | أستطيع منع نفسي من القيام بحركات عصبية عندما أكون متوترا (قضم الأظافر...). | 49 |
|  |  |  |  |  | إذا تلقيت خبرا سيئا وأنا مع مجموعة من الناس فإنني أتمكن من إخفاء مشاعري.   | 50 |
|  |  |  |  |  | عندما أخفق في عمل شيء فإنني أستطيع التغلب على مشاعر الإحباط.               | 51 |
|  |  |  |  |  | أستطيع الظهور بشكل متماسك أمام الآخرين حتى لو كنت مضطربا داخليا.           | 52 |
|  |  |  |  |  | أتمكن من التصرف بعقلانية في المواقف المفزعة.                               | 53 |
|  |  |  |  |  | من الصعب عليّ تهدئة نفسي عندما أشعر بالقلق.                                | 54 |

- الملحق رقم (04) : قائمة بأسماء المحكمين.

| الاسم                 | الدرجة العلمية                                 | مكان العمل                  |
|-----------------------|--|-----------------------------|
| سايل وحيدة            | أستاذ محاضر                                    | قسم علم النفس جامعة البليدة |
| بلحسن يوسف            | ضابط إعادة التربية ورئيس الاحتباس بخبرة 12 سنة | مؤسسة إعادة التأهيل تازولت  |
| لعماري الطاهر         | ضابط إعادة التربية بخبرة 19 سنة                | مؤسسة إعادة التأهيل تازولت  |
| مشعالة محمد           | ضابط إعادة التربية بخبرة 34 سنة                | مؤسسة إعادة التأهيل تازولت  |
| ليلي زوبيري           | اخصائية نفسانية بخبرة 25 سنة                   | مؤسسة إعادة التأهيل الحراش  |
| صالح حنيفة            | أستاذ التعليم العالي                           | قسم علم النفس جامعة باتنة   |
| دلندة السعيد          | ضابط إعادة التربية بخبرة 18 سنة                | مؤسسة إعادة التأهيل تازولت  |
| بوسنة زهير عبد الوافي | استاذ التعليم العالي                           | جامعة قسنطينة 2             |

## استبيان خاص بمقياس التشويه الجسدي

### التعليمة :

يتضمن الاستبيان الذي بين يديك مجموعة من العبارات المتعلقة بسلوك تشويه الذات الجسدي .

أرجو منك قراءة هذه العبارات كل على حدا والمطلوب منك وضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسبك مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، والإجابة الصحيحة هي التي تراها تناسبك.

أرجو أن تجيب على كل عبارة ولا تترك عبارة بدون إجابة، أجب بصدق لأن هذا يخدم البحث العلمي، وتأكد أن إجابتك تبقى في موضع السرية التامة.

### أسئلة عامة:

السن:

الحالة الاجتماعية: أعزب:  متزوج:  أرمل:  مطلق:

الوضعية الجزائية: ابتدائي:  انتكاسي:

المستوى التعليمي: دون مستوى:  ابتدائي:  متوسط:  ثانوي فما فوق:

مكان التواجد داخل السجن: زنزانة فردية:  قاعة جماعية:

مدة العقوبة:

### الوضعية القانونية:

متهم:  محكوم عليه نهائيا:

| لا | نعم | العبارة   |
|----|-----|---|
|    |     | 1.أجد في ضرب جسمي مخرجا لعدم معاقبتي.                               |
|    |     | 2.أشعر بالراحة عند قيامي بضرب جسدي.                                 |
|    |     | 3.عندما لا أتناول الادوية النفسية أضطر الى ضرب جسدي                 |
|    |     | 4.تناول ليل عقاري المفضل يزيد من حدة تشويهي لجسدي.                  |
|    |     | 5.أشعر أن حياتي تضيع في السجن .                                     |
|    |     | 6.تقطيع جسدي وتجمعالأعوان حولي عطيا حساسا بالمتعة.                  |
|    |     | 7.تحرش المساجين بي جنسيا يدفعني الى تشويه جسدي.                     |
|    |     | 8.أميل الى المشاغبة في السجن حتى و لو على حساب سلامتي<br>الجسمية .  |
|    |     | 9.أشعر اني وحيد في السجن.   |
|    |     | 10.عجزني عن الدفاع عن نفسي في السجن يدفعني الى تشويه جسدي.          |
|    |     | 11.اصبح تشويه جسدي تسلية لي.  |
|    |     | 12.كلما أرغب في الحصول على شيء داخل السجن أقوم بتشويه<br>جسدي.      |
|    |     | 13.أصبح تشويه جسدي وسيلة للتعبير عن رغباتي .                        |
|    |     | 14.أعاقب نفسي بتشويه جسدي عند ارتكابي لمخالفة قبل تعرض للعقوبة<br>. |
|    |     | 15.أصبح تشويه جسدي وسيلتي لنيل لما اريد داخل السجن.                 |
|    |     | 16.ألجا الى خياطة فمي عند مصادفة مشاكل داخل السجن.                  |
|    |     | 17.أزيد في تقطيع جسدي دون وعي عند تجمع الاعوان بي.                  |
|    |     | 18.جسمي الف الضرب منذ الطفولة .                                     |
|    |     | 19.عند تحويل رفيقي الجنسي اقوم بتشويه جسدي.                         |
|    |     | 20.تشويه جسدي سببه شعوري بالظلم في السجن.                           |
|    |     | 21.ألجأ الى تشويه جسدي كلما رفض طلبي بتغيير الحي السكني بالسجن.     |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | 22. أشعر باليأس لهذا أقوم بتشويه جسدي.                      |
|  |  | 23. أقوم بتشويه جسدي كي انقل الى العيادة و القى عناية خاصة. |

| لا | نعم | العبارة  |
|----|-----|--|
|    |     | 1. حدثوا أنقمتيا أحداث جروح على جسدي.                  |
|    |     | 2. أحيانا أقوم بصدمي رأسي بصورة لا إرادية الى الجدار . |
|    |     | 3. أعتبر نفسي مدمنا على قطع جسدي بوسائل حادة.          |
|    |     | 4. أشعر بالارتياح عند حرق جسدي بالسجائر                |
|    |     | 5. أحيانا أخيط فمي كي لا اتحدث مع أحد .                |
|    |     | 6. أحيانا أخيط عيني كي لا ارى أحد.                     |
|    |     | 7. سبق لي ان قمت ببلع ملعقة .                          |
|    |     | 8. تشويه ذراعي و صدري يمنعني من الظهور في البحر عاريا. |
|    |     | 9. سبق و ان قمت بوضع وشم على جسدي .                    |
|    |     | 10. سبق و ان قمت بالوشم لأحد المساجين .                |
|    |     | 11. لا أصاب بأذى كبير عند تشويهي لجسدي .               |
|    |     | 12. سبق و ان قمت بإزالة جزء من جلدي.                   |
|    |     | 13. أستخدم اجزاء المعلبات الفارغة اثناء تقطيع جسدي.    |
|    |     | 14. سبق و ان بلعت لولب الفراش داخل السجن.              |
|    |     | 15. لدي محاولات انتحارية حقيقية سابقا.                 |
|    |     | 16. لدي طريقة خاصة في تصويب الضربات نحو جسدي .         |
|    |     | 17. أحيانا أقوم بتشويه جسدي حتى و انا هادئ نسبيا.      |
|    |     | 18. أشعر بالندم بعد تشويه جسدي.                        |
|    |     | 19. أحيانا اشعر بانني اكره ذاتي .                      |
|    |     | 20. أتلذذ تشويه جسدي.                                  |
|    |     | 21. تقطيع ذراعي أصبح لا يكفي لتحقيق رغباتي .           |
|    |     | 22. ألجا الى تغيير نظام حياتي داخل السجن بتشويه جسدي.  |

|    |     | 23. أرغب في نشر سلوكي بين المساجين .                       |
|----|-----|--|
| لا | نعم | العبارة  |
|    |     | 1. لا تهمني صورة جسدي.                                     |
|    |     | 2. ألفت ان اعيش بجسم مشوه.                                 |
|    |     | 3. أشعر بتلذذ أثناء قيامي بتشويه جسدي.                     |
|    |     | 4. التشويه ميزتي في الحياة.                                |
|    |     | 5. أتلذذ برؤية الدم يخرج من جسدي.                          |
|    |     | 6. عند قيامي بتشويه جسدي لا اشعر بالذنب.                   |
|    |     | 7. أفضل طريقة لخفض توترتي بسرعة هو قيامي بتشويه جسدي.      |
|    |     | 8. أشعر بوجودي عندما أقوم بتشويه جسدي.                     |
|    |     | 9. لا توجد لدي وسيلة أخرى للتخلص من القلق إلا بتشويه جسدي. |
|    |     | 10. تشويهي لجسدي يكسبني راحة لا تعوض.                      |
|    |     | 11. هلاوسيهي التي تقودني لتشويه جسدي .                     |
|    |     | 12. عندما أصاب بالاكئاب أرغب في ضرب نفسي .                 |
|    |     | 13. أشعر بالراحة عندما شاهدة الدم.                         |
|    |     | 14. عندما أشعر باليأس ألجأ الى تشويه جسدي.                 |
|    |     | 15. أستمتع بتشويهي لجسدي.                                  |
|    |     | 16. عندما يسيطر علي القلق ألجأ الى الاعتداء على نفسي .     |
|    |     | 17. أخجل من علامات التشويه في جسدي.                        |
|    |     | 18. تشيرني رؤية الدم.                                      |
|    |     | 19. ضميري لا يؤنبني بعد تشويهي لجسدي.                      |
|    |     | 20. ألفت العيش بجسد مشوه.                                  |
|    |     | 21. أحب ان يكون معظم المساجين اجسادهم مشوهة كجسدي.         |
|    |     | 22. ما أقوم به في جسدي شيء عادي.                           |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | 23. عند رؤيتي لأحد المساجين يقطع جسده لا أستطيع التحكم في نفسي. |
|  |  | 24. عندما أشعر بالظلم أنتقم من نفسي بتشويه جسدي.                |



## الملحق رقم 5 عقد الميثاق

أتعهد أنا الموقع أدناه بان أكون ملتزماً بحضوري كل حصص البرنامج و الاستعانة بكافة  
الإمكانيات المتوفرة للحصول على أفضل ما يقدمه البرنامج بجميع أهدافه كما التزم ب :

\_التزم بحضور كل حصص البرنامج .

\_ أتحمل مسؤولية تعليمي و لا انتظر الآخرين لمساعدتي أو تحفيزي على التعلم .

\_أتعاون مع المجموعة على تحقيق الأفضل و استمع إليهم باحترام و أتعاون معهم في  
تحقيق أهداف البرنامج .

\_ تأدية الواجبات المطلوبة .

\_أفكر في الأشياء التي أتدرب عليها و أحاول تطبيقها ما استطعت .

\_ الحفاظ على السرية لما يدور في الجلسات .

الاسم و اللقب :

رقم السجـن :

التوقيع

## ملخص الدراسة باللغة العربية :

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مدى فعالية برنامج علاجي سلوكي جدلي معد لرفع درجة الكفاءة الذاتية و خفض سلوك تشويه الجسد لدى المساجين المتواجدين بمؤسسة إعادة التأهيل بتازولت ولاية باتنة ، اعتمدت الباحثة على الأدوات التالية :

\_ مقياس التشويه الجسدي من إعداد الباحثة .

\_ مقياس الكفاءة الذاتية لنادية سراج جان .

\_ البرنامج العلاج السلوكي الجدلي .

تم استخدام المنهج الشبه التجريبي ذو المجموعتين التجريبية و الضابطة حيث احتوت كل مجموعة على 10 مساجين ذكور مشوهين لأجسادهم، و توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1\_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفرادالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على مقياس الكفاءة الذاتية و مقياس التشويه الجسدي لصالح القياس البعدي .

2\_ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي و البعدي على مقياس الكفاءة الذاتية و مقياس التشويه الجسدي لدى المساجين المتواجدين بمؤسسة إعادةالتأهيل تازولت بباتنة .

3\_ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الكفاءة الذاتية و مقياس التشويه الجسدي لصالح المجموعة التجريبية لدى المساجين المتواجدين بمؤسسة إعادةالتأهيل تازولت.

4\_ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التبعي على مقياس الكفاءة الذاتية و مقياس التشويه الجسدي لدى المساجين المتواجدين بمؤسسة اعادة التأهيل تازولت بباتنة .

الكلمات المفتاحية : الكفاءة الذاتية ، التشويه الجسدي ، البرنامج العلاجي السلوكي الجدلي ، المساجين .

## **Abstract**

The present study aimed at identifying the effectiveness of a behavioral program designed to increase the self-efficacy and reduce the behavior of the mutilation of prisoners at the rehabilitation facility in Batazol, Batna state. The researcher adopted the following tools:

\_ Measurement of physical mutilation by the researcher.

Self-efficacy measure for Siraj Jean Club.

\_ The program of behavioral behavioral debate.

The experimental semi-experimental approach was used in the experimental and control groups. Each group consisted of 10 male prisoners who were mutilated to their bodies. The study reached the following results:

1\_ There are statistically significant differences between the average grade of the members of the experimental group in the tribal and post dimensions on the self-efficacy scale and the physical deformity scale for the benefit of telemetry.

2\_ There were no statistically significant differences between the average grade of the members of the control group in the tribal and post-primary measurements on the self-efficacy scale and the physical mutilation scale of the prisoners in the rehabilitation facility in Tazult Batna.

3\_ There are statistically significant differences between the average grade of the experimental group and the control group in the post-

measurement on the self-efficacy scale and the physical mutilation scale for the experimental group in the prisoners in the rehabilitation institution Tazult.

4\_ There were no statistically significant differences between the average grade of the experimental group members in the post-measurement and follow-up measures on the self-efficacy scale and the physical mutilation scale of prisoners in the rehabilitation institution in Batazne.

**Keywords:** self-efficacy, physical mutilation, dialectic behavioral program, prisoners.