كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية
المستوى : السنة الأولى ماستر
تخصص : علم النفس العيادي
مقياس : علم نفس الاجرام

عنوان المحاضرة

علم الإجرام العيادي والصحة العقلية : الاضطرابات النفسية المنتشرة في الوسط العقابي

تمهيد

يعتبر علم الإجرام العيادي من أكثر حقول المعرفة الجنائية رسوخاً وعمقاً، إذ يتجاوز التفسيرات الكلاسيكية للجريمة القائمة على الحتمية البيولوجية أو الاجتماعية المجردة، ليضع في مركز اهتمامه الفرد المجرم بوصفه كياناً نفسياً وعضوياً وبيئياً متفاعلاً ومتشابك الأبعاد .ولعل من أبرز الإشكاليات التي يُعالجها هذا الحقل تلك العلاقة المعقدة بين الاضطراب النفسي والسلوك الإجرامي، إذ لا يمكن فهم أحدهما بمعزل عن الآخر.

وفي السياق العقابي تتجلى هذه العلاقة بحدة أشد وضوحاً؛ فالسجن بوصفه فضاءً مغلقاً ومقيداً لا يكتفي بحرمان الفرد من حريته، بل يُعرضه لضغوط نفسية واجتماعية متراكمة قد تُفضي إلى تفاقم اضطرابات نفسية قائمة أو بروز اضطرابات جديدة .من هذا المنطلق، تسعى هذه المحاضرة إلى تناول الاضطرابات النفسية السائدة في الوسط العقابي من منظور إجرامي عيادي، بما يستوعب التعريفات الإجرائية، والحجج التفسيرية، والنقاشات النقدية الراهنة.

اولا : علم الإجرام العيادي وربطه بالصحة العقلية

نشأة علم الإجرام العيادي وتطوره

ظهر مصطلح" علم الإجرام العيادي (Criminology Clinique) "في النصف الأول من القرن العشرين، وكان من رواده الأوائل الطبيبُ النفسي البلجيكي **إتيان دي غرينيف** الذي أرسى نهجاً يجمع بين التحليل النفسي للسيرة الذاتية للمجرم والفهم الديناميكي لدوافع الجريمة .وقد استمد هذا العلم روافده المعرفية من ثلاثة ميادين متقاطعة:

- **علم النفس العيادي** :(Psychology Clinique) الذي يُتيح أدوات التشخيص الفردي والديناميكيات النفسية الداخلية.
- **الطب النفسي الشرعي** :(Psychiatry Legal) المعني بتقييم المسؤولية الجنائية والخطورة الإكلينيكية.
- **علم الإجرام العام** :(Criminology General) الذي يُمد الباحث بالسياق النظري والتصنيفي للظاهرة الإجرامية.

وعلى امتداد العقود، انتقل هذا الحقل من الحتمية العضوية اللومبروزية التي ربطت الجريمة بخصائص بيولوجية موروثة، إلى النماذج التكاملية المعاصرة التي تنظر في الجريمة بوصفها نتاجاً لتضافر عوامل بيولوجية وسيكولوجية واجتماعية وبيئية.

تعريف علم الإجرام العيادي وموضوعه

يُعرِّف **فيليبي روبير** علمَ الإجرام العيادي بأنه :الدراسة العلمية التطبيقية للأفراد المرتكبين لجرائم أو الموضوعين في وضع إكراه قانوني، بهدف تشخيص شخصيتهم وتقييم خطورتهم وتوجيه التدخل العلاجي والتأهيلي .ويتمحور موضوعه حول:

- **الشخصية الإجرامية** : بنيتها وديناميكيتها وعواملها المولّدة.
- **الخطورة الإجرامية** : التمييز بين الخطورة السيكولوجية والجنائية.
- دوافع الجريمة وآليات الإنكار والدفاع النفسي لدى المجرم.
- إمكانيات التحول والإصلاح والإدماج .

ثانيا : كيفية تطبيق علم الاجرام العيادي في دراسة الجريمة

تتقاطع الصحة العقلية مع علم الإجرام العيادي من خلال ثلاثة مستويات تحليلية متمايزة لكنها متكاملة:

المستوى	الموضوع	الاداة المنهجية
التشخصي	تحديد طبيعة وشدة الاضطراب النفسي	DSM-5 CIM-11
التفسيري	ربط الاضطراب بديناميكية الجريمة	التحليل الإكلينيكي للسيرة الذاتية
التدخلي (العلاجي)	برامج العلاج والتأهيل داخل المصحات	العلاج المعرفي-السلوكي العلاج النفسي الديناميكي

ثالثا :الاضطرابات النفسية في الوسط العقابي

تُظهر الدراسات الوبائية المنجزة في البيئات العقابية حول العالم أن معدلات انتشار الاضطرابات النفسية داخل السجون تفوق بمعدلات مضاعفة نظيراتها في المجتمع العام .وقد خلص تقرير منظمة الصحة العالمية (WHO, 2014) إلى أن نحو 10% من السجناء يعانون اضطرابات نفسية ذهانية حادة، وما بين 40% و 60%يُعانون من اضطرابات نفسية خفيفة إلى متوسطة الشدة .فيما تُشير دراسة فارزل وسيدهاو (Fazel & Seewald, 2012) الشاملة لـ 109,276 سجيناً من 24 دولة إلى ارتفاع ملحوظ في نسب اضطرابات الشخصية والاكتئاب والذهان مقارنة بالمجتمع العام.

1. اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع(ASPD)

يُعدّ اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (Antisocial Personality Disorder – ASPD) الأكثر شيوعاً في السياقات العقابية .ويتميز وفق المعايير التشخيصية لـ DSM-5 بالنمط الدائم والمتشعب من الازدراء وانتهاك حقوق الآخرين، المبتدئ قبل سن الخامسة عشرة.

تُقدّر الدراسات ان نسبة انتشار ASPD في السجون بـ 47% عند الذكور و 21%عند الإناث مقابل-2 4%في المجتمع العام .وتكمن إشكالية هذا الاضطراب على المستوى العيادي في صعوبة التمييز بين ما يمثله من بنية شخصية مرضية ثابتة، وما قد يكون عليه من نتاج للتكيف مع بيئة السجن قصيرة المدى

.(Prisonization Effect)ويُعدّ مفهوم السيكوباتية (Psychopathy) كما حددها هير (Hare, 1991) من خلال قائمة PCL-R الأكثر دقة في التمييز بين البُعد العاطفي الانفصالي (Callousness) والبُعد السلوكي الاندفاعي.

2. الاضطرابات الذهانية) الفصام والاضطرابات المشابهة

تُشير المراجعات المنهجية إلى أن معدلات الفصام في السجون تبلغ نحو 3.6-6.7% مقابل 1% في المجتمع العام .(Fazel & Seewald, 2012) وتستدعي هذه الأرقام وقفة تحليلية نقدية، إذ يطرح الباحثون تساؤلاً جوهرياً :هل يُفضي الفصام إلى الإجرام، أم أن الظروف البيئية ذاتها) الفقر، التهميش، غياب الرعاية (تُوَلّد كليهما؟

.الأنماط السريرية للفصام في الوسط العقابي

الهلوسات الأمرية :(Command Hallucinations) أصوات داخلية تأمر الفرد بسلوكيات قد تكون عنيفة.

الأوهام الاضطهادية :(Paranoid Delusions) اعتقاد مستمر بأن الآخرين يستهدفون الفرد بالأذى.

الاضطرابات الإدراكية : التي تُشوه تقدير الواقع وتُضعف القدرة على التحكيم الأخلاقي.

3. الاضطرابات الاكتئابية واضطرابات القلق

تمثل الاضطرابات الاكتئابية عبئاً نفسياً ثقيلاً في السياق العقابي، إذ تشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية إلى أن 10% من السجناء يعانون اضطراباً اكتئابياً كبيراً .(Major Depressive Disorder – MDD) ولا يقتصر الأمر على الاكتئاب ما قبل السجن، بل يُرصد نمط مميز يُعرف بـ"اكتئاب ما بعد الإيداع "يرتبط بصدمة الاعتقال وانهيار الهوية الاجتماعية.

العوامل المُسببة للاكتئاب في الوسط العقابي

الحرمان الحسي والعزل الاجتماعي في زنازين الانفراد.

الشعور بالعجز المكتسب (Learned Helplessness) كما وصفه سيليغمان.(Seligman, 1975)

انهيار العلاقات الأسرية والاجتماعية خارج الأسوار.

المعاملة المهينة وفقدان الكرامة داخل المؤسسة العقابية.

القلق المزمن من مصير ما بعد الإفراج.(Pre-release Anxiety)

4. اضطرابات تعاطي المواد المخدرة

يُشكّل التعاطي واضطراب الاستخدام المادوي (Substance Use Disorder – SUD) أحد أبرز المشكلات الصحية في الوسط العقابي .وتكشف الدراسات أن ما بين 60-80% من السجناء في الدول الغربية يعانون من اضطراب متعلق بالمواد، إما سابق للاعتقال أو ناجم عنه .(UNODC, 2021) ويُقدّم هذا الاضطراب أنماطاً متعددة في السياق الإكلينيكي:

الانتشار التقريبي	الوصف الإكلينيكي	النمط
70%من حالات السرقة والنشل	إدمان راسخ يسبق الدخول للسجن ويرتبط بالجريمة ارتباطاً وثيقاً	**الاعتماد المزمن قبل الاعتقال**
شائع في السجون ذات الرقابة المنخفضة	اللجوء للمخدرات للتعامل مع ضغوط السجن	**الاستخدام كآلية تكيف داخل السجن**
مرتبط بالعود الإجرامي بنسبة عالية	العودة للتعاطي بعد الخروج في غياب دعم اجتماعي	**الانتكاس بعد الإفراج**

رابعا :العلاقة بين الإجرام والمرض النفسي — السببية والترابط

1. الإطار النظري للنقاش

تُعدّ العلاقة بين الإجرام والاضطراب النفسي من أكثر القضايا إثارةً للجدل في علم الإجرام المعاصر . ويتراوح النقاش بين موقفين متطرفين :الأول يرى أن المرض النفسي عامل مُولِّد للجريمة) نموذج السببية المباشرة(، والثاني ينفي أي علاقة أصيلة بين الظاهرتين ويُرجعهما معاً إلى عوامل ثالثة مشتركة)نموذج الارتباط المزيف.

2. نموذج السببية المباشرة وانتقاداته

يستند نموذج السببية المباشرة إلى مسلمة أن الاضطراب النفسي يُضعف قدرة الفرد على الحكم الأخلاقي والسيطرة الدافعية، مما يُهيئ الظروف الداخلية للفعل الإجرامي .ويستدل أنصار هذا النموذج بدراسات من قبيل:

دراسة سوانسون وآخرين (Swanson et al., 1990) التي وجدت ارتباطاً بين الاضطرابات الذهانية وزيادة نسب العنف.

بحوث مناليس وتيهون (Mnaali & Tiihonen, 2010) التي ربطت الفصام بارتفاع نسبة العنف الجسدي.

غير أن هذا النموذج يواجه انتقادات منهجية ونقدية جوهرية، أبرزها:

- إشكالية الاختزالية :(Reductionism) يُختزل الفرد في تشخيصه ويُسلب سياقه الاجتماعي والتاريخي.
- إشكالية التحيز في الرصد :السجناء المرضى أكثر تعرضاً للرصد والتوثيق من مرضى المجتمع العام.
- إشكالية التوافق بين الجريمة والاضطراب :معظم المرضى النفسيين لا يرتكبون جرائم.

3. نموذج العوامل المشتركة

يُقدّم نموذج العوامل الثالثة تفسيراً أكثر دقة واتزاناً، إذ يرى أن الإجرام والمرض النفسي ينتجان معاً عن ظروف بيئية وفردية مشتركة، من أبرزها:

العامل المشترك	أثره على الإجرام	أثره على الصحة النفسية
صدمة الطفولة والإساءة المبكرة	يُنتج أنماطاً عدوانية وتمرداً اجتماعياً مبكراً	يُولّد PTSD والاضطرابات العاطفية
الفقر والحرمان الاجتماعي	يُضيق خيارات الفرد ويدفع نحو الجريمة الاقتصادية	يرفع مستويات القلق والاكتئاب
الإدمان على المواد	يُعطل الحكم الأخلاقي ويُفضي للجريمة المرتبطة بالمخدرات	يُسبب اضطرابات نفسية متداخلة ومعقدة
اضطراب ADHD في الطفولة	يُهيئ للسلوك الانتهاكي وضعف الكبح	يرتبط بمشكلات نفسية متعددة في الرشد

.

خامسا : البرامج العلاجية

1. الإطار المفاهيمي للتدخل العلاجي في السياق العقابي

يُواجه التدخل العلاجي في البيئة العقابية تحدياً مزدوجاً :أداء وظيفة الرعاية النفسية من جهة، ودعم مسيرة الإدماج الاجتماعي من جهة أخرى .وقد أكدت مبادئ الأمم المتحدة لمعاملة السجناء) قواعد نيلسون مانديلا الدنيا، (2015 أن المعتقل يحتفظ بحقه الكامل في الرعاية الصحية الجسدية والنفسية المكافئة لتلك المتاحة في المجتمع العام.

ويُمكن استيعاب التدخلات العلاجية في السياق العقابي ضمن ثلاثة مستويات تصاعدية:

أمثلة على التدخلات	الهدف	المستوى
الفحص الدوري، البيئة العقابية الداعمة، التدريب المهني	الحيلولة دون تفاقم الحالات قبل التشخيص	**الوقاية الأولية**
العلاج المعرفي-السلوكي، العلاج الدوائي، العلاج الجماعي	معالجة الاضطرابات القائمة	**التدخل العلاجي المباشر**
البيوت الانتقالية، الدعم النفسي المجتمعي، التوظيف	دعم الاندماج الاجتماعي وتجنب العود	**الإدماج وما بعد الإفراج**

2. النماذج العلاجية المُعتمدة

أ .العلاج المعرفي – السلوكي (CBT)

يُعدّ العلاج المعرفي-السلوكي الأكثر توثيقاً من حيث الفعالية في تقليص العود الإجرامي .ويقوم في سياقه الجنائي على مبدأ إعادة الهيكلة المعرفية للأنماط التفكيرية المعادية للمجتمع (Cognitive Restructuring)، وتطوير مهارات حل المشكلات والتحكم في الانفعالات .وقد أثبتت مراجعة ليبسي وآخرين (Lipsey et al., 2007) التي شملت 58 دراسة أن برامج CBT أفضت إلى تخفيض معدلات العود الإجرامي بنسبة تتراوح بين 10% و.30%

ب .العلاج الجدلي السلوكي(DBT)

طورت مارشا لاينهان (Marsha Linehan) هذا النهج في الأصل لمعالجة اضطراب الشخصية الحدية، وقد ثبت فعاليته في السياقات العقابية مع النساء المعتقلات اللواتي يُعانين من سلوكيات إيذاء الذات . يُركز على مهارات التحمل، والتنظيم الانفعالي، والفاعلية الاجتماعية، والوعي باللحظة الراهنة (Mindfulness).

ج .نموذج الاحتياجات والخطورة والاستجابة(RNR)

يُمثل نموذج أندروز وبونتا (Andrews & Bonta, 2010) الإطار الأكثر انتشاراً في برمجة التدخلات العقابية .ويقوم على ثلاثة مبادئ:

مبدأ الخطورة :(Risk) تكثيف التدخل مع الأفراد ذوي الخطورة المرتفعة.

مبدأ الاحتياجات الجرمية :(Criminogenic Needs) استهداف العوامل الديناميكية القابلة للتعديل.

مبدأ الاستجابة :(Responsivity) تكييف أسلوب التدخل مع الخصائص الفردية للمتعامل.