

## الإرشاد في الوسط العقابي . - نموذج للإصابة بمرض السيدا -

د. فتيحة كركوش  
قسم علم النفس  
جامعة البليدة 02

### ملخص الدراسة:

يعتبر مرض السيدا مصدر خوف وخطورة بالنسبة للأفراد والمجتمعات، وتزداد خطورته خاصة بالنسبة للمصابين بالسيدا المسجونين لأنهم يواجهون أخطارا مزدوجة: المعاناة من مرض خطير والحرم من الحرية. ومن ثمة، فإن موضوع الإصابة بالسيدا في المؤسسات العقابية يحمل الكثير من الأهمية بحيث يكشف عن مرض لا تزال الأبحاث الطبية قائمة قصد مواجهته إضافة إلى وجود هذا المرض في وسط مغلق نادرا ما تناولته الدراسات العلمية بالبحث والدراسة. وعلى هذا الأساس، فإن المعاناة الجسدية والنفسية تجعل الإصابة بالسيدا مصدر شعور بالضغط الحاد لدى المصابين به مما يخلق لديهم وضعية ضاغطة تتطلب الاستجابة لها. ولتحسيد هذا الطرح، فإنه تم اقتراح خطة عمل تبدأ من تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة (الإرشاد والمختص النفسي والمؤسسة العقابية والإصابة بالسيدا) وعرض واقع الإصابة بالسيدا في المؤسسات العقابية وتوضيح خصوصية العمل في هذا الوسط، واختتمت الدراسة ببعض الاقتراحات التي تتماشى وخصوصية الموضوع. **كلمات مفتاح:** المؤسسة العقابية، الإرشاد، المختص النفسي، الإصابة بالسيدا.

### Résumé:

La gravité du sida s'accroît surtout chez les détenus qui souffrent doublement: la maladie (source de stress et d'angoisse) et la détention (privation de la liberté) ; d'où l'article prend son importance.

L'auteure commence par définir les concepts clefs et faire un état des lieux en précisant la spécificité du travail dans le milieu fermé.

**Mots clefs:** Sida, psychologue clinicien, counseling, milieu fermé.

### 1. مقدمة:

رغم أن تاريخ الفعل الإجرامي هو قديم قدم الإنسانية إلا أن العلم الذي ضبط هذا الفعل من حيث المنهج والبحث والدراسة هو علم حديث النشأة. وحادثة هذا العلم فتحت مجالات اهتمام واسعة لمختلف التخصصات والعلوم ( مثل علم الاجتماع والأنثروبولوجيا والطب وعلم النفس والقانون وغيرها) لذلك، تعددت التعاريف التي اعتمدها الباحثون في علم الإجرام بحكم تعدد الزوايا التي نظرت منها إلى نطاق هذا العلم؛ وما إذا كانت أسباب للجريمة مردها إلى العوامل الداخلية أي الفردية البحتة وحدها أم كانت عوامل خارجية أي اجتماعية بحتة أم كانت تلك العوامل مزيجا من العوامل الفردية والاجتماعية معا.

ولما كانت وجهة النظر الأخيرة هر الراححة، حيث أن الظاهرة الإجرامية لا يمكن فهمها إلا في إطار متعدد الأقطاب، فقد عرّف علم الإجرام على أساس أنه علم دراسة أسباب الجريمة (السيكولوجية والبيولوجية والاجتماعية وغيرها). وتماشيا مع حداثة هذا العلم، فانه من المهم أن نشير إلى أن الاهتمام بميدان الأوساط المغلقة وما يتعلق بالمؤسسات العقابية هو كذلك ما يزال يعتبر ميدانا خصبا يستحق عناية أكبر من طرف الباحثين وعلى رأسهم المختصين في الطب والقضاء وعلم النفس. هذا الأخير (علم النفس) الذي فرض وجوده على مستوى تلك المؤسسات بحكم الحاجة الملحة إلى خدماته التي تتجسّد في العديد من المهام والأدوار التي يقوم بها المختصون النفسيون خاصة وأن مختلف الإصلاحات التي تقوم بها الدول المتقدمة منها والمتخلفة قائمة على ركائز "أنسنة الوسط العقابي" و"إعادة إصلاح المساجين" و"الرعاية الصحية".

وفي هذا السياق، يعد محور الرعاية الصحية في الوسط العقابي من بين أهم المحاور التي التف حولها الأطباء والمختصون في علم النفس، ويبدو ذلك جليا في الكثير من المواد المدوّنة في قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين (2005) بحيث يستفيد هؤلاء من الخدمات الطبية والنفسية في مصّحة المؤسسة العقابية وعند الضرورة في أي مؤسسة استشفائية أخرى. وبالاعتماد على المادة (58) والمادة (59) من هذا القانون فانه يتم فحص المحبوس وجوبا من طرف الطبيب والأخصائي النفسي عند دخوله المؤسسة العقابية وعند الإفراج عنه، وتُجرى له الفحوصات الطبية والتلقيحات والتحليل المناسبة للوقاية من الأمراض المتنقلة والمعدية تلقائيا.

إلا أنه في غياب هذه الرعاية، يمكن أن تنتشر بسهولة تلك الأمراض بسبب العدوى أو لأسباب أخرى لعل من أهمها اكتظاظ القاعات التي تستوعب أحيانا أعدادا معتبرة من المساجين تفوق الطاقة الاستيعابية للقاعات. ويبدو الأمر في غاية الخطورة إذا كانت الإصابة عند المساجين هر مرض السيدا الذي يُمثل مصدر خطورة ليس فقط بالنسبة للمساجين والعاملين في قطاع المؤسسات العقابية؛ إنما بالنسبة للمجتمع ككل على اعتبار أنه في بعض السجون كان انتشار الإصابة بالسيدا بين المساجين يفوق انتشاره مقارنة بالمجتمع العام.

ولا يؤثر مرض السيدا على عضوية المصاب فحسب بل أن تأثيره يمتد إلى الجانب النفسي من خلال ظهور اضطرابات كثيرة منها فقدان الأمل والشعور بالذنب واضطرابات القلق والتكيف والاكئاب، كما أن خبر إعلان الإصابة بالسيدا في حد ذاته يمثل صدمة عنيفة وأليمة بالنسبة للمصاب لأن ذلك يكون مشحونا بخاطر جديد يتمثل في فكرة الموت؛ الأمر الذي يجعل المريض يُعيد بناء حياته وفق مدة العيش المتبقية له، كما أن مفهوم الموت مرتبط عند الكثير من المصابين بالسيدا بانفعالات عنيفة واتجاهات سلبية تتجمع معا مُكونة ما نسميه بقلق الموت أو الخوف منه (Traumatisme de la mort)؛ وتزداد تلك المخاوف حدة بالنسبة للمصابين بالسيدا المسجونين لأنهم يواجهون أخطارا على مستوى معاناتهم من مرض خطير ومستوى حرمانهم من الحرية.

وانطلاقا من هذه الاعتبارات، فقد هدفنا من خلال هذا الطرح:

- إلى إبراز أهمية عمل المختص النفسي في الوسط العقابي الذي له خصوصياته المميزة،
- وكذا تسليط الأضواء على المشكلات الصحية لدى المساجين وتحديداتها منها الإصابة بالسيدا وانتشارها في الوسط العقابي،
- والعمل على تفعيل آليات النشاط الإرشادي والمساعدة بمفهومها الواسع في الوسط العقابي قصد تقديم اقتراحات عملية تُخدم المصالح المشتركة بالنسبة للمساجين والمختصين والعاملين.

## 2. تحديد المفاهيم:

تستلزم خطوات تحليل هذه الأفكار المطروحة على مستوى هذا البحث توضيح بعض المفاهيم الأساسية الواردة والتي تتمثل فيما يلي:

## 1.2. المؤسسة العقابية:

بالنظر للمراحل التاريخية لهذه المؤسسات نجد أنها قديمة قدم تواجد العقوبة، ولكنها تميزت بمواصفات خاصة إذ استعملت على اعتبارها معتقلات ومحتشدات أو أماكن للتعذيب وكانت لا تخضع لأي تنظيم عقابي، ومُعَدَّة لكل أنواع الانحرافات وتسييل العقوبات القاسية غير الإنسانية. ومع تطور العلوم تطورت أيضا هذه المؤسسات خاصة مع ظهور بعض الأنظمة العقابية التي عملت على احترام إنسانية المسجون وتنظيم إجراءات الحبس.

ولهذه الأماكن عدة تسميات فهناك من يُسميها السجون وهناك من يسميها مراكز التأديب وفتة أخرى تُسميها دور الإصلاح والتهذيب والتقويم أو مؤسسات إعادة التربية. وتُعرف المؤسسات العقابية كذلك بناء على وظيفتها بحيث أن أهم الجزاءات الجنائية التي تُطبق على المحكوم عليه الغرض منها إصلاحه وتأهيله ويتم تنفيذها داخل مؤسسات عقابية وهي تلك الأماكن المعدة لاستقبال المحكوم عليهم بعقوبات مقيدة للحرية.

وعرّف قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين (2005) هذه المؤسسات أنها مكان للحبس تنفذ فيه وفق لقانون العقوبات السالبة للحرية والأوامر الصادرة عن الجهات القضائية، والسجن بمفهومه الحديث هو مؤسسة اجتماعية لها أهداف ووظائف محددة ولا يمكن اعتباره مجال من الأحوال مكانا لعزل المجرمين عن بقية المجتمع ولا مكانا لتنفيذ الأحكام الصادرة عن المحاكم فقط؛ بل يجب النظر إليه كمؤسسة إصلاحية تعمل على حماية المجتمع وكذا السجن من العود إلى الجريمة من خلال توفير ظروف ملائمة داخل السجن وخارجه والعمل قدر المستطاع على أنسنة الوسط العقابي.

## 2.2. الإصابة بالسيدا:

مرض السيدا عدة مرادفات فهي نقص المناعة البشرية المتسببة متلازمة العوز المناعي المكتسب تناذر أو متلازمة نقص المناعة المكتسبة. وبالفرنسية هو مختصر: Syndrome de l'immunité déficitaire acquise. واختصاره بالإنجليزية: Acquired Immunodeficiency syndrome. (جعفر حسان وجعفر غسان، 1998، ص 273).

والسيدا مرض فيروسي يؤدي إلى فقدان المناعة بحيث تنهار الوسائل الدفاعية الطبيعية في الجسم يتسبب فيه فيروس (HIV) المسبب للنقص المناعي وخاصة في عدد الخلايا اللمفاوية التائية (T) أو الخلايا البالعة وحيدة النواة محدثا شللا في عملها المتمثل في مقاومة العناصر المسببة للأمراض، وبالتالي يصبح المصاب بهذا المرض عرضة للإصابة بجميع أنواع الفيروسات والبكتيريا والطفيليات (فتحي دردار، 2000، ص 09).

إضافة إلى الشخص المصاب بالسيدا فإنه يوجد الشخص الحامل للفيروس أو ما يسمى الإيجابي المصل (Seropositif)؛ فهو ليس مريض وقد يمكن أن يبقى على هذه الحالة لمدة طويلة وبالإمكان إظهار ذلك من خلال تطور السيدا كما قدمها فتحي دردار (2000، ص 32-33):

### - المرحلة الأولى مرحلة الأعراض المتسترة (Seropositif):

لا تظهر في هذه المرحلة أعراض السيدا بوضوح إنما تتمظهر بعض الأعراض الخفيفة (ارتفاع بسيط في درجة الحرارة ألم في العضلات وأوجاع خفيفة في الرأس)، وهي أعراض مشابهة لتلك التي تظهر في داء الزكام والأنفلونزا إلا أنه طوال هذه الفترة يظل المصاب ناقلا لخطر داء السيدا دون أن يدري (فترة حضانة الجسم للفيروس)،

- المرحلة الثانية مرحلة بداية السيدا (Para Sida): وهي مرحلة التغيرات في جهاز المناعة وبدء ظهور الأعراض المتعلقة بالسيدا مثل صعوبة الحركة فقدان الشهية للطعام الإصابة بالإسهال ظهور على الجلد طفح وتقرحات،

### - المرحلة الثالثة مرحلة الأعراض السريرية الواضحة بالسيدا (Cas de Sida):

وهي مرحلة الالتهابات الانتهازية يكون المريض قد وصل إلى مرحلة الخطر الأخير وتتميز بالانحياز الكامل لجهاز المناعة المكتسبة. وفي هذا السياق حددنا في هذا البحث مفهوم الإصابة بالسيدا على أساس وجود هذه المراحل ومعنى ذلك أن يكون المسجون مصابا فعلا بالسيدا أو يكون ايجابي المصل.

#### 2.3.المختص النفسي:

بحكم أهمية الدور الذي يقوم به المختص النفسي في المؤسسة العقابية بالرغم من حدائته، فانه من المهم أن نشير إلى أن وظائف التشخيص والمساعدة والبحث عن العون هي دائما من أهم ما يقوم به في هذا الوسط المغلق بحيث يعمل على اكتشاف سيكولوجية المساجين والعمل على فهمها فهما شاملا وذلك من خلال المقابلات ومختلف الوسائل التشخيصية المتوفرة قصد التوصل إلى اكتشاف الدوافع العميقة في إشكاليات المسجون المطروحة والعمل معا على حلها.

وفي هذا السياق اعتبر فيصل عباس (2002) أنه على المختص النفسي أن يتقبل ويتفهم ردود الفعل غير المتوقعة من طرف المفحوص والتي تعتبر وسائل دفاعية فقط، بحيث عليه أن يُشجع المسجون على الحديث قصد بناء علاقة عمل معه لأن الهدف من كل ذلك هو إعادة التوازن النفسي والمساهمة في تعديل مسار الشخصية بالاتجاه الايجابي الفعال.

#### 3.السياق التحليلي:

من المفيد قبل التطرق إلى انتشار مرض السيدا في الأوساط العقابية أن نقدم صورة مختصرة نرصد من خلالها واقع السيدا في العالم وذلك بسبب خطورته وانتشاره المذهل الذي صار يهدد أمن البشرية وصحتها بشكل رهيب.

#### 1.3.واقع السيدا في العالم:

منذ ظهور السيدا في العالم وجدت الكثير من النظريات التي كانت تنكر مدى خطورته وإمكانية انتشاره في بقية العالم، ومع مرور الزمن تبين مدى خطأ هذه النظريات فعلى الرغم من أن الوباء مازال حتى الآن في مراحله المبكرة إلا أنه بات واضحا أنه يمثل خطرا على كل دول العالم بدون استثناء ، وتعتبر الولايات المتحدة الأمريكية أول بلد عرف انتشارا كبيرا للسيدا، فاكشفت فيها الحالات الخمس الأولى المصابة به وذلك سنة 1981. ( سعيد الصايغ، 1988، ص40) ، ولكن سرعان ما انتشر المرض في مختلف أنحاء العالم: ففي سنة 1989 سجلت مئات الآلاف من حالات العدوى في العالم منها 20 000 حالة في إفريقيا. أما في سنة 1992 فقد قدرت الإصابات بـ 589 611 حالة في العالم منها 238 095 حالة في القارة الإفريقية. ( Adler, 1996, p53 ، وتعتبر فرنسا الدولة على رأس الدول الأوروبية التي تنتشر فيه السيدا بشكل رهيب، حيث قدرت سنة 1996 لعدد حالات السيدا بـ 200 000 حالة منهم 35 000 توفوا (Nortier, 1997, p53).

أما في الدول العربية، فقد شهدت سنة 2006 تسجيل 67 ألف حالة إصابة جديدة بالسيدا أي ما يعادل ثلاثة أضعاف المعدلات المسجلة خلال الفترة نفسها بأوروبا الغربية أين رصدت ألف حالة ولا تمثل هذه الأرقام المعلن عنها في الوطن العربي سوى 05% فقط من الواقع الحقيقي للمرض وذلك لكون نسبة 95% من الأشخاص الحاملين للفيروس يجهلون إصابتهم به بسبب القصور في إجراء التحاليل (جريدة الخبر اليومية، ).

وقد أحصت الجزائر في نهاية ديسمبر من عام 2004 مجموع 1657 حالة مصلى ايجابي و635 حالة إصابة بالسيدا، وارتفع العدد منذ ذلك التاريخ رغم نسبة الانتشار الضئيلة المسجلة في الجزائر والمقدرة بـ 01% حسب منظمة الصحة العالمية ومنظمة مكافحة السيدا العالمية.

وحسب فعاليات الملتقى الوطني المنعقد بخصوص "استراتيجيات إثبات الأجسام المضادة ضد فيروس فقدان المناعة المكتسبة" الذي احتضنه ملحق باستور فقد بلغ عدد المصابين بفيروس السيدا في الجزائر إلى غاية 31 مارس 2006 ما لا يقل عن 776 حالة فيما وصل عدد حاملي الفيروس خلال نفس الفترة إلى 2330 حالة ( الملتقى الوطني، ).

### 2.3. واقع السيدا في الوسط العقابي:

يعتبر أسلوب الحياة أو نمط الحياة مفهوما نوعيا يُعبّر عن الطريقة المعيشية التي يتبناها الفرد أو الجماعة والتي تظهر من خلال سلوكياته اليومية حيث يشمل أنماط العلاقات الاجتماعية التي يُقيمها الفرد مع الآخرين كما يعكس مجموع القيم التي يؤمن بها واتجاهاته وطريقة رؤيته للعالم الذي يعيش فيه ، وفي هذا السياق يجب أن نؤكد أن للوسط العقابي خصوصياته التي يتميز بها عن غيره بحكم انغلاقه عن العالم الخارجي وما تطبعه من قوانين داخلية يخضع لها المساجين؛ ومعنى ذلك أنه يوجد معاشا نفسيا واجتماعيا مميّزا وخصوصا بهذه الفئة دون إغفال أن أسلوب العيش له تأثير مباشر على كل مستويات نوعية حياتنا وعلاقاتنا مع المحيطين بنا والوسط الذي نعيش فيه، إذ قد يؤدي أسلوب العيش الذي يتبناه المسجون (المفروض عليه من خلال القوانين الداخلية) إلى توليد بعض المشاكل ذات الأثر التراكمي المشحون بالضغوطات وذلك بسبب وضعيات الوسط المغلق وطبيعة العلاقات التي تفرز بدورها مشكلات تكيفية.

وقد أكدت دراسة لونغ فلدر وآخرون (Lengfelder & 1992) أن المساجين يعايشون أنماطا جديدة من الفشل بسبب فقدانهم للحرية وتغير معنى الواقع المعاش بالنسبة إليهم؛ الأمر الذي يؤثر سلبا على تقديرهم لذواتهم ويؤلد لديهم صعوبات على مستوى تكيفهم في الوسط العقابي، كما أنه من بين أبرز خصوصيات الوسط العقابي أن المسجون يكون مقطوعا عن الزمن الاجتماعي وذلك على حساب معاشته للزمن العقابي، حيث يكون العالم الخارجي في تغير مستمر وأحداث كثيرة يغيب عنها المسجون: من قوانين تضبطه وثقافة تُسيّره وكذا أساليب العيش المتبناة من طرف المساجين، وذلك بهدف إنجاح عمله مع هذه الفئات التي تطبع بطابع خاص يميزها عن غيرها من الضغوطات والانفعالات السلبية التي يمكن تأطيرها تحت مفهوم قلق السجن. فمثل هذه المعرفة بخصوصيات الوسط العقابي تسمح للمختص النفسي الذي يعمل في هذا الوسط على التدخل النشط قصد حل المشكلات المطروحة بين المساجين وذلك في إطارها العلائقي (سواء بين المساجين أنفسهم أو بين المساجين والأعوان أو العاملين الآخرين).

كما أنه من المفيد أن ندقق بصفة أكبر بخصوص عوامل انتشار الإصابة بالسيدا في الوسط العقابي لنتمكن من إظهار عمل المختص النفسي اتجاه هذه المسألة وما الذي بإمكاننا أن نتظره منه ، وعلى ضوء المعطيات السابقة الذكر، فإن الشخص المسجون يعيش كابوسا مزدوجا (Double Drame): يكمن في تجريدته من حريته بسبب ما ارتكبه من مخالفات وجنایات من جهة، وفي خطورة المرض الذي يضعه عرضة لموت مبرمج من جهة أخرى. كما تعد ظروف السجن عوامل مناسبة لتطور الأمراض المرتبطة بالفيروسات بالإضافة إلى الوسط المغلق الذي يعتبر إطارا مشجعا لانتشار مختلف الأمراض مهما كانت طبيعتها.

وقد وجدت في أعداد معتبرة من سجون العالم نسبة مرتفعة جدا من الإصابة بفيروس فقدان المناعة المسبب للإصابة بالسيدا وذلك رغم وجود أمراض أخرى مثل السل والزهري وأنواع أخرى من الأمراض بحيث قدرت الشبكة القانونية بكندا (1999) أنه يوجد اثنان من بين مسجون هم من ذوي المصل الايجابي مع زيادة معتبرة للإصابة في السنوات الأخيرة. ( 1999 Reseau Juridique Canadian) وجاء عن (Onusida, 1997) في التحقيق الذي أجري بسجون فرنسا ما بين 1994-1995 أظهر أن 12.70% من المساجين كانوا حاملي المصل الايجابي ، ومن جهتها توصلت التحقيقات والدراسات التي أقيمت في المؤسسات العقابية رغم قلتها إلى أنه توجد عوامل كثيرة تجعل من هذه المؤسسات مكانا مثاليا لانتقال فيروس (VIH)

ما بين المحبوسين بحيث يعد اكتظاظ السجون من بين أكثر العوامل المساعدة على ذلك خاصة وأنه في حالات كثيرة توجد بقاعات السجن أعدادا معتبرة من المساجين تفوق قدرة استيعاب تلك القاعات.

كما وجد بأن تعاطي المخدرات يعد أكثر المخالفات المرتكبة من طرف المساجين الذين يواصلون تعاطيهم لها حتى في السجن بالرغم من أنها ممنوعة، حيث أظهر سير الآراء الذي أنجزته الشبكة القانونية بكندا في سنة 1995 أن 40% من مجموع 4285 مسجون مستجوب صرحوا بتعاطيهم للمخدرات في السجن إلا أن الاستعمالات المشتركة ( ما بين 15 إلى 20 مسجون) وغير المعقمة للإبر تعد سببا في تزايد عدد جديد من الإصابة بالفيروس في سجون العالم، بحيث ينتقل فيروس السيدا عن طريق الإبر والحقن الملوثة به من الشخص المصاب إلى الشخص السليم.

وفي هذا السياق يجب أن نفهم حقيقة مهمة بالنسبة للمساجين وهي أن الاستعمال المشترك للإبر له دلالاته ومعانيه التي تترجم انتماء المسجون لجماعة المساجين الآخرين (Signe d'appartenance) وبالتالي فانه ينال بفضل هذا السلوك تقدير زملاءه واحترامهم له.

ومن جهة أخرى عملت الشبكة القانونية بكندا (1999) على الوقاية من هذه المشكلة وذلك بواسطة توزيع ماء الجافيل قصد تطهير الإبر المستعملة جماعيا إلا أن المساجين لم يستعملونها خوفا من اكتشاف أمرهم بأنهم يتعاطون المخدرات ، وقد أقيم تحقيق في ألمانيا في سجن النساء أظهر أن أكثر من ثلث النزليات المستجوبات تتعاطى المخدرات وكثيرات منهن لم تتوقفن عن هذه الممارسة في السجن وأنه وُجد من بين النساء المدمنات نسبة 4.90% كن مصابات بفيروس VIH، ومن جهته توصل التحقيق الذي أنجز بالبرتغال ما بين 1994-1996 إلى وجود 1442 مسجونة تتعاطى المخدرات وهو ما يمثل نسبة 63% مدمنة أو يجب التكفل بها.

وتعد العلاقات الجنسية غير المحمية ما بين المساجين الرجال العامل الثاني من حيث نقله للإصابة بفيروس VIH، حيث كشف التحقيق الذي أجري في سنة 1993 بالبرازيل أن 73% من هؤلاء المساجين كانت لهم اتصالات جنسية مع رجال آخرين في السجن ، وتوصلت الدراسة التي أنجزت باستراليا سنة 1994 إلى أن نسبة 8% من المساجين صرحوا بممارستهم لعلاقات جنسية شرجية (Anales) أو فموية (Bucco genitales) في السجن وقد وجدت هذه الممارسات في الكثير من سجون العالم منها سجون زامبيا (Réseau juridique de Canada, 1999).

وفي محاولة جادة من طرف الشبكة القانونية بكندا (1999) خصصت مصلحة السجن بداخله إمكانية تناول المساجين للوقايات إلا أنها لم تستعمل من طرفهم تفاديا لأحكام الآخرين لهم على اعتبار أن الممارسات الجنسية المثلية منبوذة بالرغم من وجودها. وبعض النظر عن العلاقات الجنسية التي تتم بالتراضي فان السلوكات العنيفة غالبا ما تميز الحياة في السجن وذلك حتى على مستوى الممارسات الجنسية المثلية، حيث تحدث عمليات اغتصاب ذكري (Viol Masculin) في بعض السجون وتكون مشحونة بالعنف والإكراه وغياب كل الوسائل الواقية التي تزيد من احتمال العدوى بفيروس ، إضافة إلى ما ذكر من مميزات الوسط العقابي، وُجد بأن بعض المساجين كثيرا ما يقومون بعملية الوشم وبعض الممارسات التي تمس بالجسم والتي وان اعتبرت من طرفهم رمزا للرجولة وللشرف إلا أنها تمثل خطورة بالغة لكونها تسمح بسهولة انتقال العدوى بالفيروس خاصة وأنه يندر وجود تجهيزات معقدة لأداء ذلك.

لذلك فانه من المتوقع أن يواجه النفساني نوعيات مختلفة من المساجين ولكل منهم طريقته الخاصة في التعبير عن إصابته بالسيدا وأسلوبه الذي يميزه: فمنهم الذي يطلب المساعدة ومنهم من يجد صعوبة في طلب ذلك ومنهم من يخشى ومنهم من يقاوم بأشكال أخرى، وعلى هذا الأساس فالمختص النفساني أثناء ممارسته يدرك أن العلاقات البشرية تستمد جذورها من الملفوظ إلى ما وراء الكلام الذي يمثل وسيلة تسهيل التبادل الحواري ويسعى إلى إقامة علاقات تعاونية مع هؤلاء المساجين وإفهامهم وفق

اعتقادهم وتصوراتهم بأن الإصابة بالسيدا في الوسط العقابي يمكن التحكم فيها بداية بالتحدث والإبلاغ عنها وذلك من أجل تفادي مخاطر أكبر.

وفي هذا السياق قدم فيصل عباس (2002) مجموعة من الشروط الأساسية الخاصة بالموقف العيادي الخاص بالنفساني لعل أهمها أن يشعر المفحوص (المسجون) بأن النفساني شخص محل ثقة (الحفاظ على الأسرار) ومحل علم ومعرفة (التكوين والخبرة)، حيث يعمل المختص على تقديم صيغة يستطيع المسجون استيعابها وذلك بهدف تفادي كل سوء تفاهم لأن مقاومات المسجون على استعداد دائم لانتهاز مثل هذه الفرص.

وبالرجوع إلى النموذج الاستشاري المبسط الذي دعا لبرام (Labram) إلى تطبيقه نجد أنه يعتمد بدرجة كبيرة على الخبرة والمعرفة العلمية لحل المشكلات المطروحة؛ ومعنى ذلك أن يقوم النفساني بتقديم الحلول لهذه المشكلات رغم أن المريض (المسجون) هو من يبدئ سبل التعامل الفعال مع مشكلاته.

وهناك نموذج استشاري أكثر تطوراً يُعرف بالاستشارة الإجرائية (Gutkin Curtis; Labram) ويعتمد هذا النموذج على أعضاء المؤسسة أنفسهم (نقصد أعضاء المؤسسة العقابية) الذين يقومون بتشخيص المشكلات والتوصل إلى الحلول المحتملة ومن ثمة يقومون بتطبيقها، ويكون دور النفساني في الأساس هو مساعدة المؤسسة على التعرف على مواردها المتاحة واستعمال تلك الموارد لحل مختلف المشكلات، ونظراً لسهولة تفشي مرض السيدا في الوسط العقابي بحكم الاعتبارات السابقة الذكر فإنه جاء عن المؤتمر العالمي حول السيدا في سجون إفريقيا

(Conférence Internationale sur VIH et Sida dans les prisons en Afrique) أنه توجد أربعة مفاتيح أساسية للتقليل من حدة السيدا في السجون، وهي:

- **الكشف الإرادي:** يجب أن يسعى المسجون لإجراء فحص الدم وأن لا يخضع إلى الفحص بدون استشارته لأن معرفته بذلك تسمح له بأن يعيش إيجابياً إصابته ومن ثمة يجتهد في الحصول على الإرشاد المناسب،
- **الإرشاد:** من المهم أن تُقدم للمساجين نصائح قبل وبعد الفحص بحيث أن كل سلوك مضاد قد يدفع بالمسجون المصاب إلى تبني سلوكيات مضادة اجتماعياً بهدف نشره لهذا المرض الخطير (سلوك انتقامي)،
- **السرية:** يستلزم أن تُحفظ نتائج الفحص في سرية تامة من طرف الطاقم الطبي إلا أنه في الواقع كثيراً ما يكون المسجون هو آخر من يعلم بإصابته في حين يكون الآخرون على علم بذلك،
- **المتابعة الصحية:** في حالة اكتشاف الإصابة بالسيدا أو المصل الإيجابي أوجب متابعة المسجون متابعة صحية على مستوى الكفالة العلاجية والنفسية.

### 3.3. السيدا في الوسط العقابي الجزائري:

تتميز الدراسات العلمية في الأوساط العقابية بالضآلة والندرة وذلك لاعتبارات أمنية، ولكون هذا النوع من الأوساط المغلقة غالباً ما يصنف من الموضوعات الطابو التي يتستر الكثير عن الخوض فيها، ومن المفيد -قبل التطرق إلى السيدا في الوسط العقابي بالجزائر- العودة إلى ما جاء في قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين، حيث أنه يجب إخبار كل محبوس بمجرد دخوله إلى المؤسسة العقابية بالنظم المقررة لمعاملة المحبوسين من الفئة التي ينتمي إليها والقواعد المعمول بها وكذا جميع المسائل التي ينبغي إلمامه بها لمعرفة حقوقه وواجباته وتكييف سلوكه وفقاً لمقتضيات الحياة داخل المؤسسة العقابية.

وينقسم نظام الاحتباس إلى قسمين، هما:

- **نظام الاحتباس الجماعي:**

يعيش المحبوسون وفق هذا النظام جماعيا في قاعات الاحتباس معدة لهذا الغرض ويستفيد المحبوسون من فترات راحة وفسحة يقضونها بساحات منعزلة بعضها عن البعض وتحت حراسة أعوان إعادة التربية وذلك خلال أوقات يحددها النظام الداخلي للمؤسسة،

#### - نظام الاحتباس الانفرادي:

وهو نظام يخضع فيه المحبوس للعزلة عن باقي المحبوسين ليلا ونهارا ويطبق هذا النظام على المحكوم عليهم بالإعدام شريطة عدم تجاوز نظام العزلة لمدة محددة وأخيرا المحبوس المريض كنتديير صحي بناء على رأي طبيب المؤسسة. ( محمد زكي، 1982 ) ، ويشمل القطاع العقابي بالجزائر 127 مؤسسة عقابية ومركزين للأحداث و 13 400 عون موظف على مستوى مختلف الفئات يشرفون على شريحة المساجين المكونة من 35 000 إلى 40 000 سجين وتعمل المديرية العامة لإدارة السجون وإعادة التربية التي تم إنشاؤها طبقا للمرسوم رقم 98-2002 المؤرخ في 20 جوان 1998 بالتكفل بتسيير قطاع السجون بحيث تتمثل مهمتها الرئيسية في عملية تنفيذ إصلاح قطاع المؤسسات العقابية التي تمت برمجته في إطار الإصلاح الشامل لجهاز العدالة.

ويتمحور هذا الإصلاح الذي يؤطره جهاز تشريعي وتنظيمي جديد حول إعادة تكييف المنظومة القانونية والتنظيمية وتحسين ظروف الاحتباس وذلك من خلال توسيع طاقات الاستيعاب وتعزيز التكفل الطبي ومواصلة تجهيز المصالح الصحية بالمؤسسات ( عن أبواب مفتوحة على العدالة، 2006 ) ، وبالرغم من مختلف الإصلاحات التي تسعى وزارة العدل لتجسيدها واجتهادها في عصرنة التجهيزات إلا أن اكتظاظ السجون ما يزال يمثل مشكلة تواجهها مصالح إدارة السجون؛ وهو الأمر الذي يؤثر في عملية الإصلاح ، ورغم ضالة انتشار مرض السيدا في السجون الجزائرية إلا أنها تبنت إستراتيجية مكافحة الأمراض المنتقلة جنسيا وعملت وزارة العدل وإصلاح السجون على تحقيق أهدافها المتمثلة في:

- تخفيض انتقال عدوى الإصابات المنتقلة جنسيا،

- تشجيع الكشف الإرادي السري والمخاني على مستوى المؤسسات العقابية،

- ضمان كفاءة نفسية وطبية للمساجين الحاملين لفيروس السيدا. ( Guide National, 2006 ).

ومن ثمة، فإن عمل النفساني في المؤسسات العقابية قائم على عملية حساسة تنطلق من السعي الجاد نحو بناء علاقة ثقة بين مختلف المساجين ثم العمل على إقامة جسور من التواصل المهني في سياق مقابلات تهدف إلى إبلاغ المساجين بأن المؤسسة العقابية ( بما فيها من أطباء ونفسانيين) تعمل على حمايتهم من مختلف الأمراض خاصة منها الخطيرة والمعدية.

وقد عملت وزارة العدل على تبني خطة وقائية مبنية في الأساس على إجراءات عملية تنطلق من القيام بنشاطات تحسيسية بخصوص أخطار العدوى وهي موجهة للعاملين بالمؤسسة العقابية وللمساجين وترتكز على تقديم معلومات موضوعية حول مختلف أخطار العدوى وطرق انتقالها والممارسات الخطرة ووسائل الوقاية. بالإضافة إلى عمليات الكشف التي تبدأ منذ دخول المساجين إلى المؤسسة وذلك من خلال مختلف الفحوصات ويمكن إجراء الفحوصات في وقت آخر. ثم تأتي عمليات الحماية التي تستهدف مختلف الأخطار قصد تقليص انتقال العدوى بالنسبة للمساجين والعاملين أيضا من خلال احترام قواعد النظافة. ( Guide National, 2006 ) .

إلا أن الممارسة النفسانية في الوسط العقابي تكتنفها الكثير من الصعوبات المهنية التي تجعل الممارسين أنفسهم يعيشون الضغوطات ولعل من أهمها:

- افتقار الممارس النفساني لتكوين نوعي ينسجم وخصوصيات الوسط العقابي وذلك نظرا لحدثة تواجده في هذا الوسط،



- الحجم الساعي اليومي المكثف للممارس النفساني في مختلف الأوساط المهنية وخاصة في الوسط العقابي؛ وهو الأمر الذي لا يسمح له باغتنام فرص التكوين والاحتكاك بغيره من الممارسين في هذا الوسط أو خارجه. (ملتقى جودة الممارسة النفسية، 2012)،
- وجود حالات متنوعة من المساجين تطرح على المستوى العملي والنظري نماذج مختلفة من الاستشارة الأمر الذي هو في الواقع غير متوفر.

#### 4. الخاتمة:

نلاحظ من خلال ما تم عرضه فيما يخص انتشار مرض السيدا في الوسط العقابي أن الجهود التي بذلت إلى حد الساعة ما تزال طلائعية في مواجهة هذا المرض والتصدي له، إلا أن الاستمرار في تكثيف هذه الجهود بشكل جاد من طرف كل دول العالم واحترامها لاتفاقياتها يعد من بين المنافذ التي تساعد في الحد من انتشار مرض السيدا. كما أن الجهود المبذولة من أجل ترقية الخدمات الصحية في السجون عملت بشكل إيجابي على كشف الكثير من الحالات المرضية وإن كانت عملية المتابعة الصحية لهؤلاء المساجين المصابين بعد خروجهم من السجن تعد تحد آخر يجب مواجهته.

#### قائمة المراجع باللغة العربية:

- 1- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة العدل: أبواب مفتوحة على العدالة (السياسة العقابية الجديدة في ظل الإصلاحات)، أيام 25-26-27 أبريل 2006.
- 2- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة العدل، قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج للمحبوسين.
- 3- الملتقى الوطني حول "استراتيجيات إثبات الأجسام المضادة ضد فيروس فقدان المناعة المكتسبة"، ملحق معهد باستور بسيدي فرج، 14 جويلية 2007.
- 4- الملتقى الوطني حول "جودة الممارسة النفسية: الحاجة وتحديات الواقع"، المركز الجامعي بالوادي المنعقد يومي 15 و16 أبريل 2012.
- 5- جعفر حسان وجعفر غسان (1998): الأمراض الجنسية والتناسلية، ط1، لبنان، دار المناهل
- 6- فتحي دردار (2000): السيدا بين الواقع وآفاق العلاج، جامعة الجزائر.
- 7- محمد زكي (1982): دراسة في علم الإجرام والعقاب، بيروت، الدار الجامعية للطباعة والنشر.
- 1- جريدة الخبر اليومية بتاريخ 26 جوان 2007 مقال: "انتشار السيدا في الدول العربية".
1. Adler, W (1996): ABC du sida, Editons Maloine, Paris.
2. Conférence Internationale sur le VIH/Sida dans les prisons en Afrique, Tenue à Dakar, du 16 au 18 février 2006, Organisée par l'observatoire International des prisons (O.I.P)
3. Guide National de prévention et de prise en charge des IST/VIH/SIDA en milieu carcéral, Direction générale de l'administration pénitentiaire et de la réinsertion, Comité sectoriel de lutte contre les IST/VIH/SIDA.
4. -Lengfelder, J; Slater, J & Graves, D (1992): Coping strategies of prison inmates in sectional institutions. In: International review of modern sociology, Vol 22, Sprig, pp 13-26.
5. -Nortier, P (1997): La drogue, peurs et espoirs du troisième millénaire. In: Sciences (1969), No.4, Vol.67, pp 40-84.
6. ONUSIDA (2002): Impact du conseil et du test volontaires: Aperçu à l'échelle mondiale des avantages et des difficultés, Genève, Suisse.
7. ONUSIDA (1997): Le Sida dans les prisons, Genève, Suisse.
8. Réseau Juridique Canadien VIH/Sida (1999): VIH/Sida et hépatite C en prison: les faits.
9. Réseau Juridique Canadien VIH/Sida (1999): Comportements à risque élevé derrière les barreaux
10. -Réseau Juridique Canadien VIH/Sida (1999): Prévention: Les condoms.
11. Réseau Juridique Canadien VIH/Sida (1999): L'eau de Javel

