#25

سلسلة منشورات معهد ديقنتي
المتعلقة بالتعذيب و العنف
مراجعة دراسات

الانتحار و إيذاء الذات في السجون

مها عون
ماري ميو واربرغ لارسن
ماري براسهولت

DIGNITY
DANISH
INSTITUTE
AGAINST TORTURE

الانتحار و إيذاء الذات في السجون
مراجعة للدراسات الدولية

الوقاية من الانتحار ومحاولات الانتحار وإيذاء الذات في السجون المغربيّة – مشروع مشترك بين المندوبيّة العامة لإدارة السجون وإعادة الإدماج في المغرب والمعهد الدنماركي لمناهضة التعذيب (معهد ديغنيتي) بدعم من مؤسسة المجتمع المنفتح (OSF)

البحث الأدبي :إيون إياكوس

الإنتحار و إيذاء الذات في السجون

مها عون
ماري ميو واربرغ لارسن
ماري براسهلت

سلسلةمنشورات ديقنتي المتعلقة بالتعذيب و العنف المنظم رقم 23

ديقنتي – المعهد الدانماركي لمناهضة التعذيب

© 2018 DIGNITY – Danish Institute against Torture
www.dignity.dk
ISBN Print: 978-87-93675-22-4
ISBN Online: 978-87-93675-23-2

الفهرس

المقدّمة 2

القسم 1: وبائيّة الانتحار وإيذاء الذّات داخل السجون 4

1.1 التعريفات 4

1.2 معدّلات الانتحار وإيذاء الذّات 5

1.3 الأساليب والتوقيت 8

القسم 2: عوامل الخطر الخاصّة بالانتحار وإيذاء الذّات داخل السجون 11

2.1 عوامل الخطر الخاصّة بالانتحار 11

2.2 عوامل الخطر الخاصّة بإيذاء الذّات 15

2.3 دور النّوع الاجتماعي 16

2.4 دور الظروف في السجن (متغيّرات البيئة السجنيّة) و العزل الانفرادي 17

القسم 3: الوقاية 18

3.1 الفحص عند الدخول 21

3.2 ملاحظة السجناء المعرّضين للخطر والتعامل معهم 24

3.3 التدريب والتقييم المستمر للمخاطر 26

3.4 التعلّم والتوثيق 28

الخاتمة 29

المراجع 30

المقدّمة

تعدّ هذه الدراسة النظريّة أوّل نشاط في إطار مشروع مشترك بعنوان *الوقاية من الانتحار ومحاولات الانتحار وإيذاء الذّات داخل السجون المغربيّة* تقوم السلطات السجنيّة في المغرب (المندوبيّة العامّة لإدارة السّجون وإعادة الإدماج) والمعهد الدنماركي لمناهضة التعذيب **(معهد ديغنيتي)** بتنفيذه عبر تمويل من مؤسّسة المجتمع المنفتح (**أوبن سوسايتي فونديشين**).

تهدف هذه الدراسة النظريّة إلى تقديم **صورة عامّة عن المعارف المتوفّرة حول الانتحار ومحاولات الانتحار وإيذاء الذّات داخل السّجون** وهي تتنزّل ضمن الهدف الأوّل من المشروع، والذي يُعنى بإرساء السلطات السجنيّة المغربيّة ومعهد "ديغنيتي" لخطّ أساس معرفي وتوعوي حول صحّة السجناء والخدمات الصحيّة في السجون المغربيّة مع التركيز على الانتحار ومحاولات الانتحار وإيذاء الذّات.

وتنقسم هذه الدراسة النظريّة إلى قسمين، يتضمّن أوّلهما المعارف الدوليّة المتاحة حول هذا الموضوع في حين يركّز الثاني على وضع الانتحار وإيذاء الذّات في السجون المغربيّة.

يرتكز الجزء الأوّل من الدراسة بأكمله على **مراجعة أدبيّة.** وقد قامت مكتبة معهد "ديغنيتي" بتحديد أدبيّات حول الانتحار وإيذاء الذّات داخل السّجون من خلال البحث في مجموعة الادبيات الخاصة بالمعهد و (PsychInfo, International Bibliography of the Social Sciences (IBSS), (Medline and the US National Criminal Justice Reference Service (NCJRS) وقامت بإنتاج **دليل يحتوي على 480 موجزا خاصّا بدراسات.** وبعد ذلك، قام فريق الصحّة في معهد "ديغنيتي" بمراجعة هذا الدّليل من أجل 1) وضع عناوين لأجزاء الدّراسة النظريّة؛ و2) اختيار مقالات من أجل التحليل. كما قام الفريق بالحصول على مقالات أخرى بناءا على بحوث خاصّة بهذه المسألة. إضافة إلى هذا، تم إدراج وثائق معياريّة، على غرار توصيات وتقارير الأمم المتحّدة والتقارير الوطنيّة، إلى هذا الدليل. وبهذا، فقد تمّ **مراجعةما يقرب عن 100 وثيقة** من أجل صياغة القسم الأوّل من هذه الدراسة النظريّة.

وتجدر الإشارة إلى أنّ **الأغلبيّة العظمى من المقالات المنشورة تتمحور حول الدول الغربيّة.** تمكنا فقط من الحصول على فقط 13 مقالا منشورا لهم صلة بدول غير غربيّة من بينهم اثنان (حولمنطقة ناجبور في الهند (باردايل وديكسيت، 2015)ودوربان في جنوب أفريقيا(بهانا، 2003)) استخدما بيانات كاملة حول الانتحار عوضا عن الاستناد إلى خطر الانتحار أو التفكير في الانتحار. أما باقي الدراسات، فقد تمّ إجراءها في الشيلي (كروغر وآخرون، 2017) والصّين (تشانغ وآخرون، 2010أ، 2010ب)وغويانا الفرنسيّة (أيهان وآخرون، 2017)وإسرائيل(تشان وغيتا، 2017؛ لانسو وآخرون، 2007)ونيجيريا (إنيمي وأوسنوو، 2015) وباكستان (شاغوفتا وآخرون، 2015) و بحث اخر من (Nieuwoudt and Bantjes, 2018) جنوب افريقيا وسيريلانكا (هيتياراتشي وآخرون، 2018) وتركيا (غورغولو وتوتارال-كيشلاك، 2014). **ولم نستطع إيجاد أيّ دراسة من دول عربيّة أو من بلدان شمال أفريقيا.**

تجدر الإشارة أيضا إلى حقيقة أنّ بحثنا كان واسع النّطاق ولم يركّز فقط على جانب واحد في الموضوعالواسعللانتحار ومحاولات الانتحار وإيذاء الذّات داخل السجن. ولهذا، فإنّ الأدبيّات التي تمّ مراجعتها تمثّل مجموعة واسعة من القضايا وتعتمد على منهجيّات مختلفة. وقد كانت المقالات التي ركزّت على نفس الموضوع، مثل نسب الانتحار داخل السجون، متنوّعة جدّا على مستوى التعاريف المستخدمة وأساليب احتساب النسب وأنواع مراكز الاحتجاز المختارة وعدد النزلاء، الخ... وكنتيجة لهذا، لم تكن المقالات قابلة للمقارنة المباشرة. وبهذا، فإنّ المعلومات المقدّمة هنا يجب أخذها على ظاهرها و**لا يقصد بها إلاّ تقديم صورة عامّة على الأدبيّات المتوفّرة حول الموضوع.**

القسم 1: وبائيّة الانتحار وإيذاء الذّات داخل السجون

1.1 التعريفات

يختلف تعريف الانتحار باختلاف الدول؛ فبعض الدّول تصنّف الانتحار على أنّه أيّ موت أوقَعهُ الشّخص بنفسه بغضّ النظر عن **قصد** القيام بذلك ودول أخرى تستوجب وجود القصد من أجل تصنيف الموت على أنّه انتحار. على سبيل المثال، يعرّف مركز السيطرة على الأمراض والتوقّي منها في الولايات المتّحدة الانتحار على أنّهُ: "الموت بسبب سلوك مؤذي سلّطه الشخص على نفسه مع قصد الموت كنتيجة لهذا السّلوك".(مركز السيطرة على الأمراض، 2017أ)، في حين أنّ مكتب الإحصاء الوطني في المملكة المتّحدة يعرّف الانتحار على أنّه "جميع أنواع الموت التي يتسبّب فيها إيذاء النفس المقصود .... والموت الذّي لم يتمّ فيه تحديد القصد" (مكتب الإحصاء الوطني، 2017أ).ويزعم البعض أنّ هناك حاجة للتفريق بين الانتحار و"الموت المتسبّب فيه ذاتيّا" (مثلما هو الحال في الحوادث على سبيل المثال)(غولد وآخرون، 2017)، ولكن، ثبت أنّ نسب الانتحار داخل السّجون بقيت أعلى بكثير من الحالات الّتي تحصل لدى عموم النّاس، بغضّ النظر عمّا إذا كان التّعريف يتضمّن ركن القصد أم لا (فاضل وآخرون، 2017).

يُذكر الانتحار كعامل خطر في العديد من اضطرابات الصحّة العقليّة حسب النسخة الخامسة من دليل التشخيص والإحصاء الخاصّ بالاضطرابات العقليّة (DSM-V)، ولكنه، إضافة إلى هذا، مدرج كاضطراب في حدّ ذاته، وتسميته هي **اضطراب السّلوك الانتحاري** (الجمعيّة الأمريكيّة لعلم النّفس، 2013). وتتضمّن المعايير المستخدمة في تشخيص اضطراب السّلوك الانتحاري معيار قيام الشّخص بمحاولة انتحار خلال الـ24 ساعة السّابقة لتشخيصه و**تُعرّف محاولة الانتحار** على أنها "تسلسل سلوكيّات ذاتي التنفيذ يقوم به شخص يتوقّع أنّ جملة الأفعال التي ستتمّ، وقت تنفيذه لها، ستؤدّي إلى موته". ولا يكون شخص ما مؤهّلا لتشخيصه باضطراب السّلوك الانتحاري إذا ما كان يفكّر بالانتحار أو يقوم فعليّا بالتحضير له (الجمعيّة الأمريكيّة لعلم النّفس، 2013).

ويُعرّف فافازا (1989) إيذاء الذّات على أنّه "التدمير أو التغيير المتعمّد لأنسجة الجسد دون قصد انتحاري واع". وفي حين أنّ الانتحار يعتبر "فعلاً منهيا للحياة"، فإنّ إيذاء الذّات يعدّ "شكلا من أشكال تأكيد الحياة أو آليّة تأقلم 'بدائيّة' من أجل الاستجابة للإجهاد" (والش، 2014). وتعدّد أسباب الإيذاء الذّاتي لتشمل، ولكن لا تقتصرعلى المرض العقلي، اليأس أو تقديم مطالب لسلطات السّجن أو "الحصول على مساعدة.... أو التخفيف من الضّغوطات" (برات وآخرون، 2016 و Marzano et al., 2012). ويُدرج إيذاء الذّات غير الانتحاري كاضطراب في النسخة الخامسة من دليل التشخيص والإحصاء (DSM-V) واحدى معايير التشخيص بهذا الاضطراب هو أنّ الشخص "... يقوم، بشكل متعمّد، بإلحاق الضرر ذاتيّا بظاهر جسده بطريقة تتسبّب في إحداث نزيف أو كدمات أو ألم .... مع توقّعه أنّ الإصابة التي ألحقها بنفسه ستؤدّي فقط إلى أذى جسدي طفيف أو متوسّط ....". وتتضمّن معايير تشخيص الاضطراب كذلك قائمة بالتوقّعات الشخصيّة كنتيجة لإيذاء الذّات، منها الحصول على راحة أو تجاوز صعوبة ما (الجمعيّة الأمريكيّة لعلم النّفس، 2013).

وبصرف النّظر عن التعريفات الواردة سابقا، فقد استخدمت المقالات، التي تمّ مراجعتها من أجل هذه الدّراسة النظريّة، مجموعة موسّعة من التعريفات الخاصّة بالانتحار وإيذاء الذّات. فعلى سبيل المثال، أدرجت بعض الدّراسات الشنق الذّاتي والخنق الذّاتي في تعريفها لإيذاء الذّات، في حين تعتبر تعريفات أخرى هذين الفعلين كمحاولة انتحار لا كأفعال لإيذاء الذّات. ينطبق هذا أيضا على أساليب الانتحار حيث تضمّنت بعض الدراسات ركن القصد في حين استبعدته دراسات أخرى. كما تطرّقت الدّراسات إلى عدد كبير من هذه الفوارق المتشابهة وغير المتطابقة، بما في ذلك التفكير في الانتحار والقصد والتهديد والمحاولة، الخ.... ولهذا، لا تعدّ هذه المقالات قابلة للمقارنة تماما، ولكنّنا رغم هذا استخدمناها من أجل أن نبيّن الوضع العام للبحث والفهم الموجودين حول موضوع الانتحار وإيذاء الذّات داخل السّجون.

1.2 معدّلات الانتحار وإيذاء الذّات

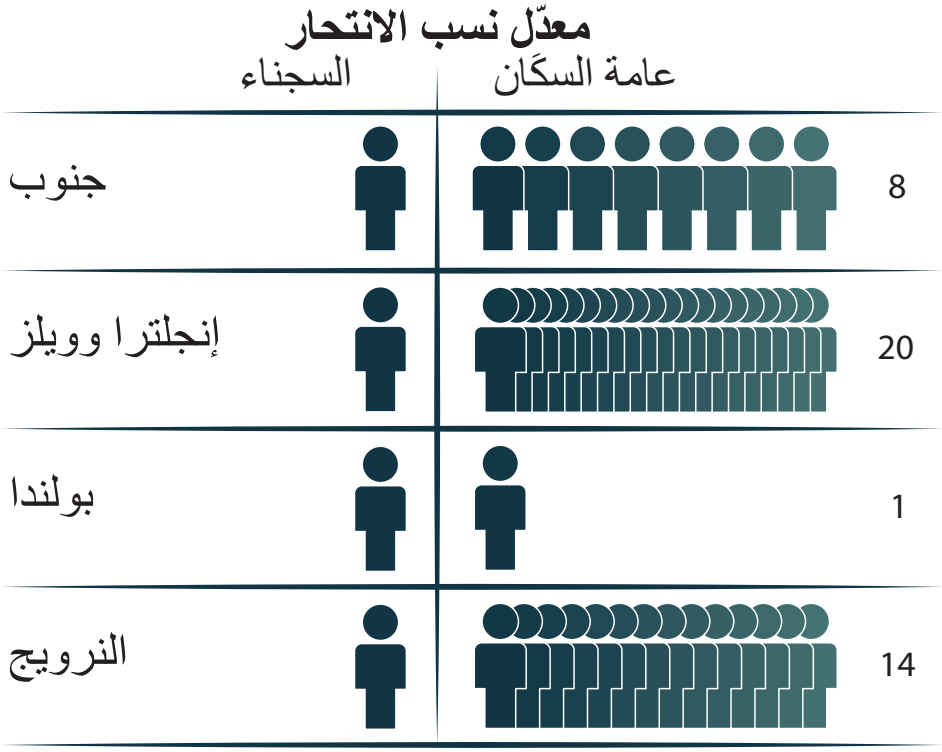
ذكرت منظّمة الصّحة العالميّة أنّ 800,000 شخص يموتون سنويّا نتيجة[1] الانتحار وأنّ الانتحار يعدّ **السبب الرّئيسي للموت لدى الشّباب على مستوى العالم**(منظّمة الصحّة العالميّة، 2018). وفي المملكة المتّحدة، يعدّ الانتحار السبب الرّئيسي للموت لدى الرّجال والنساء من سنّ 20-34 سنة(مكتب الإحصاء الوطني، 2017ب) وهو حاليّا في أعلى مستوى شهدته الولايات المتّحدة منذ 20 سنة أين يعتبر الانتحار ثاني الأسباب الرّئيسيّة للموت لدى الفئة العمريّة من سنّ10 إلى 24 سنة ورابع سبب للموت لدى الأشخاص بين سنّ 25 و44 سنة (مركز السيطرة على الأمراض، 2017ب). لكنّ الانتحار ليس مشكلة في الدّول الغنيّة فقط، فحسب منظّمة الصحّة العالميّة، حصلت **78% من حالات الانتحار في الدول ذات الدّخل الضّعيف أو المتوسّط** (منظّمة الصحّة العالميّة، 2018). ففي الهند على سبيل المثال، ارتفعمعدّل الانتحار من 6.4 لكلّ 100,000 سنة 1982 إلى 10.5 سنة 2002 (باردايل وآخرون، 2015). وتقدّر منظمّة الصحّة العالميّة أنّه مع كلّ حالة انتحار يتمّ استكمالها، تحدث 20 محاولة انتحار (منظّمة الصحّة العالميّة، 2018).

أثبتت البحوث باستمرار أنّ **معدّلات الانتحار تكون أعلى في السّجون مقارنة بالحالات التي تحدث لدى عموم النّاس.** ويفيد كيلوغ في تقاريره حول نتائج الدّراسات أنّ **احتمال انتحار الأشخاص يتضاعف من مرّتين إلى 9 مرّات إذا كانوا داخل السّجن مقارنة باحتمال قيامهم بهذا خارجه** (كيلوغ وآخرون، 2014)، في حين وجد فاضل وآخرون أنّ معدّلات النّسب في 24 دولة غربيّة ذات دخل مرتفع تتراوح بين 1 في بولندا[2] إلى 14 في النرويج، ما يعني أنّ احتمال انتحار السجناء في بولندا لا يتجاوز ذلك الخاصّ بعموم النّاس في حين أنّ هذا الاحتمال يتضاعف 14 مرّة في النّرويج (فاضل وآخرون،

[1] من الناحية الفنية ، لا يعد الانتحار *سبباً* للوفاة ، بل هو *وسيلة* وفاة تؤدي إلى الاختناق على سبيل المثال ، وهو–الاختناق - السبب الفعلي للوفاة. ومع ذلك ، فإن الدراسات التي تمت مراجعتها لا تميز بين سبب الوفاة و وسيلة الوفاة. لذلك فنحن نستخدم مصطلح السبب والأسلوب بالتبادل في هذه الوثيقة.

[2] تجدر الإشارة إلى أنّ القيمة الاحتماليّة لمعدّل النسبة هذا هو 0.93 مما يجعل أهميّته الإحصائيّة محلّ تساؤل.

2017). ويقارن الرسم البياني التّالي معدّلات الانتحار لدى السّجناء مقارنة بتلك الموجودة في المجتمع.



المصدر: أوستن وأخرون. 2014. فاضل وأخرون. 2017

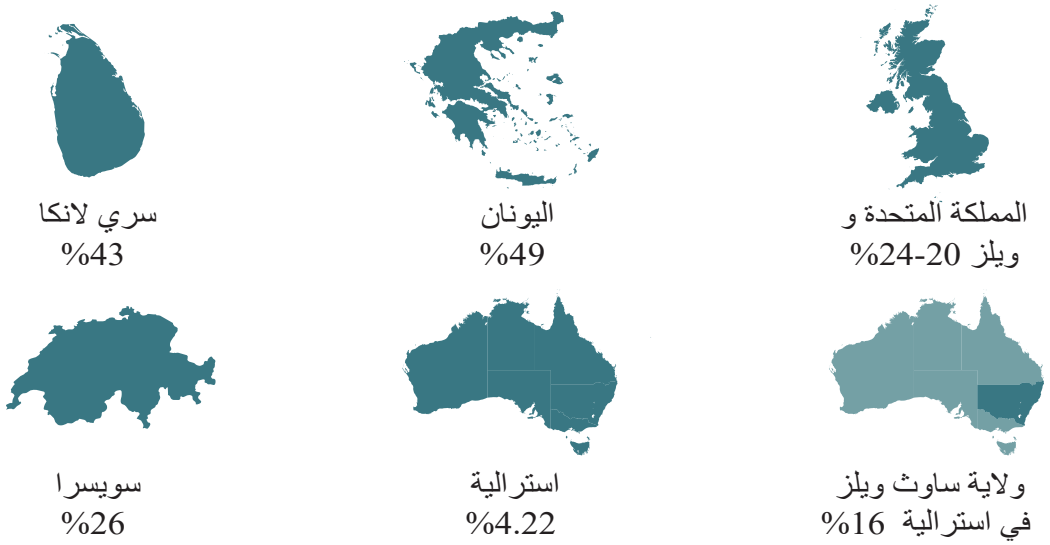
ويزعم فاضل وآخرون أنّ الانتحار يعدّ **"السبب الوحيد الأكثر شيوعا للموت داخل السّجون"** وهو المتسبّب في نصف حالات الوفيات التي تحصل في السّجون على مستوى العالم، والأمثلة على هذا كثيرة. فالانتحار هو السّبب الرّئيسي لحالات الوفاة الّتي تحصل في السّجون السّويسريّة (غوتييه وآخرون، 2015)وهو الذّي تسبّب في 52% من الوفيات بين سنتي 1996 و2010 داخل السّجون الأستراليّة (أوستن وآخرون، 2014). وكشفت دراسة غطّت 24 دولة ذات دخل مرتفع أنّ 7 دول لديها معدّلات انتحار تفوق 100 لكلّ 100,000 في السّنة الواحدة مع احتلال النّرويج للصّدارة بأعلى نسبة لحالات الانتحار في السّجون بمعدّل 180 (فاضل وآخرون، 2017)[3].

[3] الدول الأخرى الّتي فاقت معدّلاتها 100 كانت فرنسا (176) وإيسلندا (165)* وبلجيكا (114) والبرتغال (108) والسّويد (104) وفنلندا (165). الدّول الّتي كان لديها أدني المعدلاّت ضمن المجموعة شملت إيرلندا الشّماليّة (29)* وبولندا (24) والولايات المتّحدة الأمريكيّة (23)**. *= معدّلات الانتحار التي لديها أهميّة إحصائيّة ضعيفة (إيسلندا: إحتماليّة=0.40؛ 95% مجال الثّقة=0.1-297.2؛ إيرلندا الشّماليّة: إحتماليّة=0.65؛ 95% مجال الثّقة=0.1-23.4)؛ **حسب مدقّق ولاية كاليفورنيا، فإنّ معدّل الانتحار في سجون الولايات الأمريكيّة هو 15.66 لكلّ 100,000 (مدقّق ولاية كاليفورنيا، 2017).

بالإضافة إلى تسجيل السّجون لأعلى معدّلات الانتحار، فهي أيضا تسجّل أعلى معدّلات *خطر* الانتحار. فقدّ تمّ رصد خطر الانتحار في 13.2% من السّجون في غويانا الفرنسيّة (أيهان وآخرون، 2017) ولدى 33.5% من الرّجال في السّجون الأندلسيّة في إسبانيا (سافيدرا ولوبيز، 2015)ولدى 88% من الرّجال في خمسة سجون في تركيا (غورغولو وتوتارال-كيشلاك، 2014). وعبّر أكثر من نصف السّجناء (54%) عن نيّة الانتحار في إحدى الدّراسات الصّينيّة (تشانغ وآخرون، 2010 أ). وقد تمّ تسجيل معدّل 13.4 لكلّ 100 شخص/سنة لحدوث *محاولات* انتحار فعليّة داخل أحد السّجون الفرنسيّة (إنكريناز وآخرون، 2014).

يتمّ أيضا تسجيل معدّلات هامّة لإيذاء الذّات في السّجون. ومن بين السّجناء الّذين تحدّثوا عن إيذاء أنفسهم طوال حياتهم في دراسة إيطاليّة، قام 62.4% منهم بفعل ذلك في السّجن (فاردوليني وآخرون، 2017). ويبيّن الرسم البياني التالي معدّلات إيذاء الذّات لدى السّجناء في دول مختلفة. وتجدر الإشارة إلى أنّه لا يوجد دراسة من بين هذه الدّراسات لديها تمثيليّة على الصّعيد الوطني. وقد تمّ إدراج الأرقام تحت اسم الدّولة من أجل تحديد البلد الّذي تمّ إجراء الدّراسة فيه.

معدّلات إيذاء الذّات في الاحتجاز



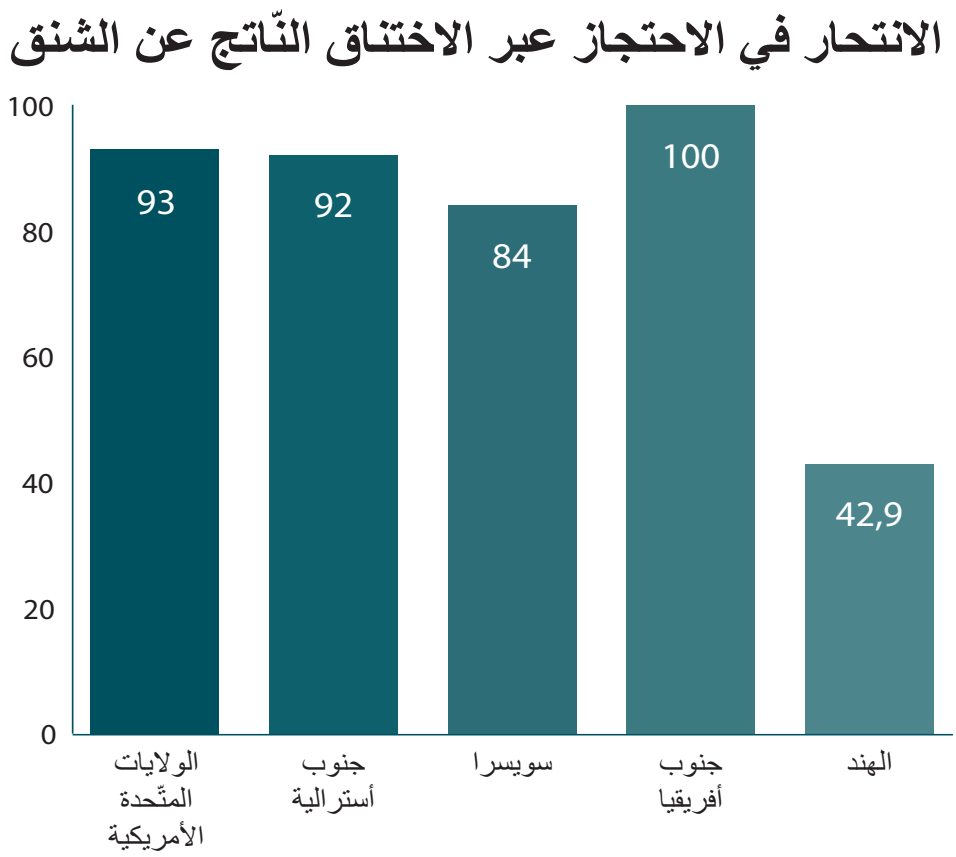
المصدر: ساكيلياديس وأخرون, 2010. باجيو وأخرون, 2018 هاوتون وأخرون, 2015. فاردوليني وأخرون, 2017.

لم يكن باستطاعتنا تحديد بيانات حول نسب الانتحار وإيذاء الذّات في الدول غير الغربيّة. ولكن، تشير الدّراسات التي قمنا بإيجادها إلى صورة مختلفة عن الوضع. ففي حين تبيّن البيانات المتأتّية من البلدان الغربيّة أنّ الانتحار هو السّبب الرّئيسي لحالات الوفاة في السّجون، نجد أنّ دراسة استعراضيّة

شملت فترة عشر سنوات وغطّت جميع حالات الوفاة أثناء الاحتجاز في منطقة ناجبور بالهند تُظهر وجود 8.09%فقط من حالات الوفاة سببها الانتحار (باردايل وديكسيت، 2015). أمّا في دوربان بجنوب أفريقيا، فهذه النسبة كانت في حدود 5.99% بين سنتي 1998 و2000 (بهانا، 2003).

1.3 الأساليب والتوقيت

يعدّ الاختناق عبر الشّنق، إلى حدّ كبير، السبب الأكثر شيوعا للموت الناتج عن حالات الانتحار التي تحدث داخل أماكن الاحتجاز، كما يبيّن الرّسم البياني التالي. ولكن، استخدم الشّنق في 42.85% فقط من حالات الانتحار داخل أماكن الاحتجاز في منطقة ناجبور بالهند (باردايل وديكسيت، 2015).

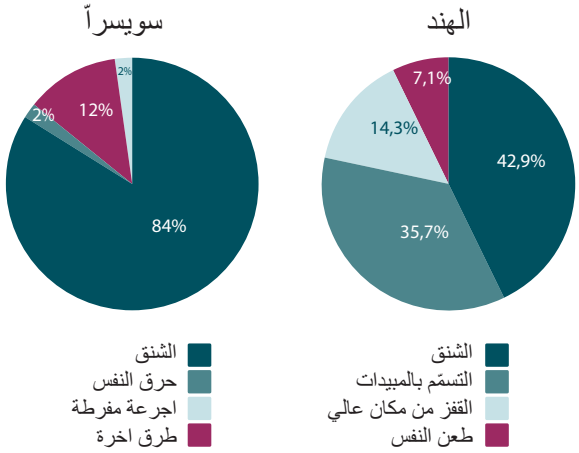


المصدر: هايز, 2012. أوستن وأخرون, 2014. بهانا, 2003. باردايل وأخرون, 2015. غوتييه وأخرون, 2015.

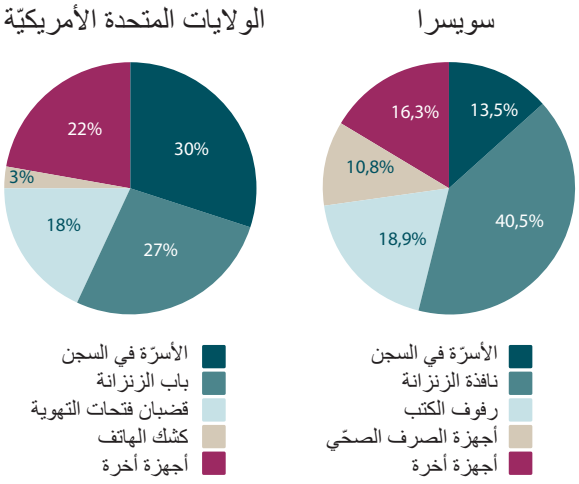
يتمّ عادة تنفيذ الشّنق باستخدام أغطية ومستلزمات الأسرّة (ثُلثا عمليّات الشنق في الولايات المتحدة تتمّ هكذا حسب هايز و34% منها في سويسرا حسب غوتييه وآخرين)، وأيضا باستخدام الملابس والأسلاك وأربطة الأحذية،الخ... (غوتييه وآخرون، 2015 وهايز، 2012). وتختلف أيضا الأجهزة المستخدمة للتثبيت، كما يبيّنه الرسم البياني التّالي.

وإضافة إلى الشّنق، تتضمّن أساليب الانتحار الأخرى تناول جرعة مفرطة أو حرق النفس، والذين شكّلا على التّوالي 12% و2% من حالات الانتحار داخل السّجون السّويسريّة، على سبيل المثال (غوتييه وآخرون، 2015). ويحتوى الرّسم البياني الموالي على أساليب الانتحار المذكورة في دراسة منطقة ناجبور في مقابل أساليب الانتحار المذكورة في الدراسة السويسريّة.

الطرق المستخدمة للانتحار في الاحتجاز



أجهزة التثبيت المستخدمة للشنق في الاحتجاز

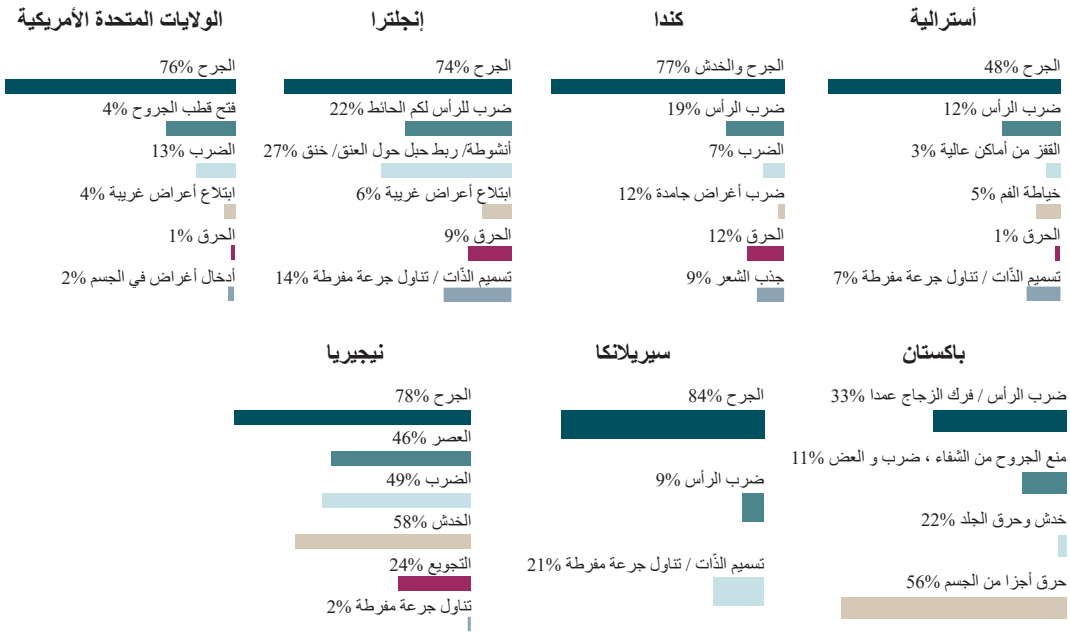


المصدر: هايز, 2012. غوتييه وأخرون, 2015. باردیل وأخرون, 2015.

قمنا بإيجاد ثمانية دراسات فقط حول أساليب إيذاء الذّات داخل أماكن الاحتجاز من سبعة بلدان، وهي أستراليا (طالبو اللّجوء المحتجزون) وكندا (السّجينات) وانجلترا (السّجينات) ونيجيريا (السّجناء) وباكستان (السّجينات) وسيريلانكا (السّجناء الشّباب) والولايات المتّحدة الأمريكيّة (السّجناء). وقد

كانت جودة الدّراسات متفاوتة ونظرت في فئات مختلفة من الأشخاص تعيش في أشكال مختلفة من الاحتجاز. وارتكزت خمس دراسات على تحليل سجلّات الحالات في حين استندت دراسة باكستان إلى التدخّل، من خلال قياس إيذاء الذّات الّذي يحصل بعد التدخّل، واعتمدت دراسة سيريلانكا على الإبلاغ الذّاتي عن حالات إيذاء الذّات الفعليّة ودراسة نيجيريا على الإبلاغ الذّاتي عن *الرّغبة* في إيذاء الذّات. وبالرّغم من هذه الاختلافات، نجد أبرز النتائج الّتي ظهرت في مختلف الدّراسات هي أنّ **الجَرْحَ يُعدّ أكثر أساليب إيذاء الذّات شيوعا** (هيدريك، 2017؛ هيتياراتشي وآخرون، 2018؛ إنيمي وأوسينوو، 2015؛ جونز، 1986؛ كوتلر وآخرون، 2018؛ باور وآخرون، 2013؛ رياض وآغا، 2012؛ سيلينغ وآخرون، 2014). ويوضّح الرسم البياني أدناه تفشّي أسلوب الجَرْحِ لدى الأشخاص الّذين يلحقون الأذى بأنفسهم. وتجدر الإشارة إلى أنّه لا يوجد دراسة من بين هذه الدّراسات لديها تمثيليّة على الصّعيد الوطني، كما أنّ الهدف من وضع الأرقام على خرائط الدّول هو فقط لتحديد الدّولة الّتي أجريت فيها الدّراسة.

تم تحديد مجموعة متنوّعة من أساليب إيذاء الذّات، بالإضافة إلى جرح النّفس، وإدراجها ضمن الرّسم البياني التّالي.



المصدر: هيدريك, 2017. هيتياراشي وآخرون, 2018. إنيمي وأوسيناو, 2015. كوتلر وآخرون, 2018. جونز, 1986. باور وآخرون, 2013. رياز وأغا, 2012.

تكشف الدّراسات عن **مجموعة واسعة من النتائج المتعلّقة بتوقيت الانتحار وإيذاء الذّات داخل السجون.** إذ تفيد بعضها أن وتيرة حدوث هذه الحالات تكون أكثر خلال الفترة الأولى من الاحتجاز.

ففي جنوب أستراليا، تحدث 39.1% من حالات الانتحار في الشّهر الأوّل من الاحتجاز مع حدوث 26.1%من الحالات خلال الأسبوع الأوّل (أوستن وآخرون، 2014)، وتَحدُث 10% من حالات الانتحار في انجلترا وويلز خلال الثلاثة أيّام الأولى من الاحتجاز (أمين مظالم السّجون والسّراح المشروط الخاصّ بانجلترا وويلز، 2014). أمّا في ناجبور بالهند، ف 62٪ من الذين أقدموا على الانتحار في السجن (قسم الشرطة والسجن) فعلوا ذلك خلال الـ24 ساعة التي تلت اعتقالهم (باردايل وديكسيت، 2015). وفي كندا، من المرجّح أن يحدث إيذاء الذّات خلال الثلاثة أشهر الأولى من الدّخول إلى السّجن (كاسيانو وآخرون، 2016).

تم ايضا تحديد فترات خطر اخرى. فقد وجدت دراسة من المملكة المتحدة أنّ الفترات المحفوفة بمخاطر الانتحار تكون عند قدوم المساجين وعند الافراج عنهم وعند نقلهم (ماكلاي وآخرون، 2018). وأشارت دراسة من الولايات المتحدة تحديدا الى أنّ "أعلى مستوى خطر للانتحار يكون في فترتي 24 الى 48 ساعة وبعد ستين يوما من الاحتجاز (هايز، 2012). ولكن، كشفت دراساتأخرى أنّ المساجين الذين حكم عليهم بالسجن لفترات طويلة يكون مستوى خطر الانتحار وإيذاء الذّات لديهم عاليا(كاسيانو وآخرون، 2016؛ هاوتون وآخرون، 2014؛ وتشانغ وآخرون، 2010 أ).

ويتزايد أيضا خطر الانتحار لدى المساجين بعد إطلاق سراحهم. فقد بلغ معدّل انتحار هؤلاء في السّنة الأولى بعد إطلاق سراحهم 156 لكلّ 100,000 شخص/السّنة في انجلترا وويلز مقارنة بمعدّل 11.6 لدى عموم النّاس (برات وآخرون، 2006). وفي فنلندا، نجد أنّ إحتمال موت السّجناء المفرج عنهم جرّاء الانتحار هو ثلاث مرّات أكثر من إحتمال موت الذّكور من عموم النّاس بنفس السّبب (يوكوما، 1997).

لقد قامت بعض الدراسات بربط توقيت الانتحار بأحداث أخرى. فعلى سبيل المثال، أكثر من نصف حالات الانتحار في انجلترا وويلز تحدث في غضون شهر من حادثة إيذاء ذاتّي (هاوتون وآخرون، 2014). أمّا في الولايات المتّحدة، فنجد أنّ ثلث حالات الانتحار تحدث في غضون يومين إلى ثلاثة أيّام من إحدى جلساتالمحاكمة (هايز، 2012). ويشير هذا إلى أنّ **أحداثً محدّدة يمكن أن تتسبب في فعل الانتحار.**

القسم 2: عوامل الخطر الخاصّة بالانتحار وإيذاء الذّات داخل السجون

2.1 عوامل الخطر الخاصّة بالانتحار

يُعتبر وضع الصّحة العقليّة للشخص من أكثر عوامل خطر الانتحار شيوعا لدى عموم النّاس وكذلك المساجين. ففي حين تنصّ قواعد مانديلا على أنّه "لا يجوز أن يوضع الأشخاص الذين لديهم مشاكلَ صحّة عقلية شديدة في السجون" (القاعدة 109)، نرى أنّه في حقيقة الأمر، يعاني سجين من أصل سبعة سجناء من "مشاكل صحّة عقليّة شديدة" (معهد البحوث في علم النّفس، 2018). ويقدّر أنّ أكثر من 90% من حالات الانتحار لديها ارتباط بمرض عقلي (هايز، 2012). وقد كتب فاضل وآخرون أنّ

"الأمراض النّفسيّة تؤدّي إلى معدّلات انتحار مرتفعة، خلال الاحتجاز وعقب إطلاق السّراح، وتساهم في تكرار ارتكاب الجريمة" (فاضل وآخرون، 2017). كما كشفت دراسة أجريت في السّجون الأندلسيّة للرجال في إسبانيا أنّ المتغيّرات النفسيّة تُعتبر "أقوى العوامل الّتي تفسّر خطر الانتحار في السّجون" (سافيدرا ولوبيز، 2015). وذكرت ورقة إحاطة تمّ تقديمها إلى مجلس العموم البريطاني سنة 2018 أنّه تبيّن أنّ لدى 70% من السّجناء الّذين انتحروا في 14-2012 "احتياجات على مستوى الصّحة العقليّة" (ماكلاي وآخرون، 2018). وينطبق هذا على الولايات المتّحدة أيضا، أين ارتبط "عدد كبير جدّا" من حالات الانتحار مع أمراض عقليّة (هايز، 2012). وبالفعل، فقد كشفت احدى الدّراسات أنّ السّجناء الّذين يعانون من اضطرابات الصّحة العقليّة أو إدمان المخدّرات في الولايات المتّحدة لديهم احتمال أعلى بـ 9.2 مرّات للقيام بمحاولة انتحار مقارنة بأشخاص آخرين (غايتس وآخرون، 2017). وتبيّن أنّ حتّى *تاريخ الأمراض العقليّة لدى العائلة* له ارتباط بالانتحار لدى السّجناء في إسرائيل (تشان وغيتا، 2017) وإسبانيا(سافيدرا ولوبيز، 2015). وقد تمّ إيجاد صلة بين أمراض عقليّة محدّدة والانتحار في جملة من الدّراسات حول السّجون:

- تبيّن أن مرضى **الاكتئاب** لديهم احتمال أعلى بـ 7.44 مرّات للانتحار في السّجن مقارنة بسجناء آخرين وتبيّن أنّ لدى مرضى **الاكتئاب الجزئي** (اكتئاب طفيف متواتر) احتمال أعلى بـ 4.22 مرّات للانتحار، وذلك حسب دراسة أجريت في غويانا الفرنسيّة (أيهان وآخرون، 2017)؛ وفي الولايات المتّحدة، حدث ثُلُثَا حالات الانتحار لدى سجناء يعانون من الاكتئاب (هايز، 2012)؛ وفي بوردو بفرنسا، كان احتمال انتحار السّجناء الذين يظهرون "أعراض اكتئاب وقلق" أعلى بـ 3.3 مرات مقارنة بالسّجناء الآخرين(إنكريناز وآخرون، 2014)؛ وكان الاكتئاب أيضا أحد العوامل الشّائعة الّتي تُنبئ بالتفكير في الانتحار وبالسّلوك الانتحاري حسب دراسات أجريت في سجون المملكة المتّحدة والسّجون التركيّة والصّينيّة (غورغولو وتوتارال-كيشلاك، 2014؛ ستوكس وآخرون، 2015؛ تشانغ وآخرون، 2010 أ).
- لدى مرضى **انفصام الشّخصيّة** احتمال أعلى بـ 12 مرّة للانتحار في سجون المملكة المتّحدة (أمين مظالم السّجون والسّراح المشروط الخاصّ بانجلترا وويلز، 2014).
- لدى مرضى **اضطراب الهلع** احتمال أعلى بـ 3.47 مرّات للانتحار حسب دراسة أجريت في غويانا الفرنسيّة (أيهان وآخرون، 2017).
- لدى مرضى **اضطراب القلق العام** احتمال أعلى بـ 2.19 مرّات للانتحار في غويانا الفرنسيّة (نسبة الاحتماليّة) (أيهان وآخرون، 2017) واحتمال أعلى بـ 1.650 مرّة للانتحارفي السّجون الأندلسيّة بإسبانيا (نسبة الاحتماليّة المعدّلة)(سافيدرا ولوبيز، 2015).
- لدى مرضى **الاضطراب العاطفي** احتمال أعلى بـ 3329 مرّة للانتحار في السّجون الأندلسيّة بإسبانيا (نسبة الاحتماليّة المعدّلة)(سافيدرا ولوبيز، 2015).
- لدى مرضى **اضطراب الشّخصيّة** احتمال أعلى بـ 3115 مرّة للانتحار في السّجون الأندلسيّة بإسبانيا (نسبة الاحتماليّة المعدّلة)(سافيدرا ولوبيز، 2015).

- لدى مرضى **اضطراب تعاطي المخدّرات**احتمال أعلى للانتحار مقارنة بالآخرين (فاضل وآخرون، 2017؛ غايتس وآخرون، 2017). فقد تمّ ربط الإدمان المبكّر على المخدّرات مع ارتفاع خطر الانتحار لدى السّجناء في إسرائيل (تشان وغيتا، 2017)، كما لدى نزلاء السّجون الأندلسيّة بإسبانيا الذّين يعانون من إدمان المخدّرات احتمال أعلى بـ 2733 مرّة للانتحار (نسبة الاحتماليّة المعدّلة)(سافيدرا ولوبيز، 2015).

ذكرت منظّمة الصّحة العالميّة أنّ **"قيام الشّخص سابقا بمحاولة انتحار يعتبر أكثر عوامل الخطر أهميّة فيما يتعلّق بالانتحار** لدى عموم النّاس" (منظّمة الصحّة العالميّة، 2018). ويعدّ القيام سابقا بمحاولة انتحار خلال الـ 24 ساعة الأخيرة إحدى معايير التشخيص باضطراب السّلوك الانتحاري حسب النسخة الخامسة من دليل التشخيص والإحصاء (DSM-V) (الجمعيّة الأمريكيّة لعلم النّفس، 2013). وقد قام 38% من الذّين انتحروا في السّجن، في انجلترا وويلز، سابقا بمحاولة انتحار أو بإيذاء أنفسهم داخل السّجن (أمين مظالم السّجون والسّراح المشروط الخاصّ بانجلترا وويلز، 2014). وفي تركيا، كان لمحاولة الانتحار سابقا ارتباط إيجابي بخطر ارتفاع مستوى التفكير في الانتحار (غورغولو وتوتارال-كيشلاك، 2014). ولكن، لم يكن هناك في بوردو ارتباط بين محاولة الانتحار سابقا وخطر الانتحار في السّجن (إنكريناز وآخرون، 2014). وثَبُتَ أيضا، في بعض الدّراسات، أنّه يمكن اعتبار سوابق إيذاء الذّات كعامل خطر يؤدّي للانتحار (برات وآخرون، 2016). وكتب هاوتون أنّ التعامل مع إيذاء الذّات "يعتبر عنصرا أساسيّا في التوقّي من الانتحار داخل السّجون" (هاوتون وآخرون، 2014).

كشفت الدّراسات أنّ **تاريخ تعرّض الشّخص لسوء المعاملة في طفولته كان أيضا مؤشّرا إيجابيّا على الانتحار لدى السّجناء.** فقد كان احتمال انتحار السّجناء الذّين تعرّضوا لسوء المعاملة خلال طفولتهم في غويانا الفرنسيّة أعلى بـ 21 مرّة (أيهان وآخرون، 2017). وذكر أمين مظالم السّجون والسّراح المشروط الخاصّ بإنجلترا وويلز أنّ السّجناء الّذين انتحروا كانوا على الأرجح في الكفالة أو تحت الرّعاية عندما كانوا أطفالا أو تعرّضوا للاعتداء (أمين مظالم السّجون والسّراح المشروط الخاصّ بانجلترا وويلز، 2014). وفي إسبانيا والنّرويج والصّين، كان للتجارب السّيئة في فترة الطّفولة، على غرار سوء المعاملة أو الإهمال أو "الاختلال الأسري" أو الصّدمة خلال الطّفولة، ارتباط كبير مع محاولات الانتحار أو التفكير في القيام بذلك (فريستاد وآخرون، 2014؛ سانشيز، 1999؛ تشانغ وآخرون، 2010 أ). وكان للإعتداء الجنسي أيضا صلة بالانتحار في صفوف المساجين في كلّ من الولايات المتّحدة وإسرائيل (تشان وغيتا، 2017؛ ستوكس وآخرون، 2015). وحتّى كراشدين، يكون احتمال محاولة انتحار السّجناء الّذين تعرّضوا إلى إعتداء جنسي أو جسدي في السّجن أعلى بـ 5.4 مرّات (نسبة الاحتماليّة المعدّلة) (إنكريناز وآخرون، 2014).

في انجلترا وويلز، يمثّل **السّجناء المحبوسون احتياطيّا** 46% من حالات الانتحار رغم أنّ نسبتهم لا تتجاوز 13% من عدد السّجناء (أمين مظالم السّجون والسّراح المشروط الخاصّ بانجلترا وويلز، 2014). ويؤكّد آخرون الخطر المرتفع للانتحار في صفوف السّجناء المحبوسين احتياطيّا (بيري وآخرون، 2010؛ برات وآخرون، 2016؛ سانشيز، 1999). وفي الولايات المتّحدة، بلغ معدّل

الانتحار في السّجون التي تحتجز سجناء رهن الحبس الحتياطي 45 لكلّ 100,000 سجين في حين أن معدّل الانتحار في السّجون الفيديراليّة هو 16 لكلّ 100,000 (فاضل وآخرون، 2017) و في ناجبور بالهند حيث وجد ان من اجمالي حالات الانتحار بالحجز على مدى عشر سنوات (و هي 13 حالة) فقانت الاغلبية العظمى (12 حالة) بالانتحار قبل المحاكمة (12 حالة انتحار بقسم الشرطة و حالتان بالسجن الاحتياطي) (باردايل وديكسيت، 2015).

تشير الدراسات **لعلاقة بين العرق و الانتحار في السجون**. إذ كشفت مراجعة لـ 27 دراسة حول التفكير الانتحاري في النّظام القضائي الخاصّ بالأحداث في الولايات المتّحدة عن تفشّي هذه المسألة في صفوف المساجين البيض مقارنة بالسّجناء الأمريكيين من أصول أفريقيّة أو لاتينيّة (ستوكس وآخرون، 2015). وفي حقيقة الأمر، ذكر مكتب إحصائيّات العدالة الأمريكي أنّ احتمال انتحار النّزلاء البيض أعلى بستّ مرّات مقارنة باحتمال انتحار النّزلاء السّود وأعلى بثلاث مرّات مقارنة باحتمال انتحار النّزلاء من أصول لاتينيّة (تريستمان وآخرون، 2014). وعلى نحو مماثل، أظهر السّجناء البيض في انجلترا وويلز معدّلات أعلى للانتحار (هايز، 2012؛ أمين مظالم السّجون والسّراح المشروط الخاصّ بانجلترا وويلز، 2014). وفي ألمانيا، نجد أنّ معدّلات الانتحار في صفوف السّجناء من المواطنين الألمان كانت أعلى من تلك لدى غير المواطنين (76.5 مقابل 42.8 لكلّ 100,000). ونفس المبدأ يسري على عامّة النّاس خارج السّجون (19.3 مقابل 9 لكلّ 100,000) (راديلوف وآخرون، 2017). ويشير فاضل وآخرون إلى أنّ "معدّلات الانتحار في الاحتجاز تكون أدنى في صفوف مجموعات السّود والأقليّات العرقيّة مقارنة بالسّجناء البيض في العديد من الدّول" (فاضل وآخرون، 2017). الاسباب المؤدية للعلاقة بين العرق و الانتحار ليست واضحة. قد يكون السبب في ذلك هو التحيز في الإختيار (selection bias)لأن السجناء البيض في العديد من السجون يميلون إلى أن يشكلوا أقلية وبالتالي قد يمثلون مجموعة أكثر عرضة للمرض العقلي أو عوامل الخطر الأخرى. هذه القضية تتطلب مزيدا من التحقيق.

تقدّم دراسات أيضا **عوامل عامّة مرتبطة بالصّحة** كعوامل مساهمة في خطر الانتحار لدى السّجناء. ففي دراسة تمثيلية على المستوى الوطني بين سجون الولايات الأمريكيّة، كانت احتمالات محاولة الانتحار أعلى بشكل ملحوظ لدى السّجناء ذوي الحالة الصحية السيئة (ستوليكر، 2018). وكان احتمال محاولة انتحار السجناء الذين لديهم إدراك ذاتيّ لوضعهم الصّحيّ السيّء أعلى بـ 2.5 مرّات مقارنة بغيرهم في السجون الفرنسيّة (إنكريناز وآخرون، 2014). وكان أيضا خطر انتحار السّجناء الذين يدخّنون أعلى بـ 2.93 مرّات مقارنة بغيرهم في غويانا الفرنسية (أيهان وآخرون، 2017). وفي صفوف السجناء الأكبر سنًا، كان هناك صلة قويّة بين الإعاقة المرتبطة بأنشطة السجن اليومية وكلّ من الاكتئاب وشدّة التفكير الانتحاري (باري وآخرون، 2017) .

لقد تمّ**تحديد جملة من العوامل الوقائية** في دراسات منفردة. إذ ثَبُتَ في انجلترا وويلز أنّ الانخراط في **"نشاط هادف"**[4]يعدّ عاملا وقائيّا ضد الانتحار (ليبس وآخرون، 2006). وفي الصين، ثَبُتَأنّ **الدّعم الاجتماعي**هو عامل وقائي يحمي من التفكير الانتحاري في صفوف كلّ من الرجال والنّساء، في حين ثَبُتَأنّ **تقدير الذات**هو عامل وقائيلدى النّساء(تشانغ وآخرون، 2010 أ). أمّا في باكستان، فقد منح **إحساس انتماء** سجين ما إلى سجناء آخرين الحماية لفئة الأحداث من الذكور ضدّ التفكير الانتحاري (شاغوفتا وآخرون، 2015).

2.2 عوامل الخطر الخاصّة بإيذاء الذّات

تشمل عوامل الخطر الخاصّة بإيذاء الذّات في السجن عوامل خطر مشابهة لتلك الخاصّة بالانتحار، لكنها تعدّ أكثر تنوعًا. ففي دراسة أمريكيّة، **ارتبط المرض العقلي الشديد بشكل كبير بإيذاء الذّات**(كابا وآخرون، 2014 أ). في حين ذكرت دراسة إيطاليّة أنّ وضعيّات الصحّة العقليّة، مثل الاضطرابات الذهانية مدى الحياة واضطراب الشخصية الحدّي والاضطرابات العاطفية وتعاطي أنواع مختلفة من المخدّرات،تعتبرعوامل خطر كبيرة لإيذاء الذّات(فيردوليني وآخرون، 2017). وقد كان استخدام خدمات الصحة النفسية والفحص الإيجابي للصحة العقلية من العوامل المؤثرة حسب دراسة كنديّة(مارتن وآخرون، 2014).

يعدّ **العرق أيضا من العوامل الّتي تُنبؤ بإيذاء الذّات في العديد من الدّول** (فاضل وآخرون، 2017).على سبيل المثال في نيجيريا يعاني ما يصل إلى 60٪ من السجناء من اضطرابات نفسية مقارنة بـ 12٪ من السكان (ألنجوجووآخرون, 2018).و قد ذكرت إحدى الدّراسات في الولايات المتّحدة أنّ احتمالات إيذاء الذّات لدى المساجين البيضتزيد بـ 1.84 مقارنة باحتمالات إيذاء الذّات لدى السّجناء السّود في حين أن هذه الاحتمالات لدى المساجين من أصول لاتينيّة تزيد بـ 1.43 مقارنة بالمساجين السّود (كابا وآخرون، 2014 ب).

كان **للحبس الاحتياطي أيضا ارتباط بارتفاع خطر إيذاء الذّات** في انجلترا وويلز، ولكن، كذلك كان **لفترات العقوبة الطّويلة**. إذ لفترات العقوبة الطّويلة صلة مع إيذاء الذّات في كندا (كاسيانو وآخرون، 2016؛ هاوتون وآخرون، 2014).

حددت دراسات عوامل خطر إضافية خاصّة بإيذاء الذّات تتجاوز تلك الخاصّة بالانتحار. فقد كان التحصيل العلمي والمهني المتدنّي من بين عوامل الخطر التي ذكرتها دراستان في كندا (كاسيانو وآخرون، 2016؛ مارتن وآخرون، 2014). كما يُعتبر كون الشّخص شابّا (أقل من 18 عامًا) كعامل خطر في الولايات المتحدة وفي إنجلترا وويلز (هاوتون وآخرون، 2014؛ كابا وآخرون، 2014 أ)، وكونه شابّا في أول احتجاز له كعامل خطر في كندا (كاسيانو وآخرون، 2016). وكان كِبَرُ السّن والمشاركة في رعاية الأطفال والشّخصيّة الإجراميّة عالية الخطورة و"السلوك المؤسسي المدمر"

[4]"يغطّي مصطلح "نشاط هادف" مجالات من قبيل التعليم والتّصدّي للإدمان على المخدّرات ومبادرات مكافحة تسلّط الأقران والعمل السّابق لإطلاق السّراح وزيارات العائلة والعديد من مسئوليّات العمل داخل السّجن وفي المزارع والحدائق التّابعة له. ولا يشمل تعريف هذا المصطلح الوقت الّذي يتمّ قضاءه في مخالطة سجناء آخرين أو تمضيته في الزّيارات القانونيّة أو في المثول لدى المحكمة." ليبس وآخرون، 2006.

وتاريخمحاولات الهروب (كاسيانو وآخرون، 2016)، إضافة إلى تاريخ العائلة المضطرب[5](مارتن وآخرون، 2014)، عواملخطرإضافيّة في الدراسات الخاصّةبكندا. ويُعتبر نوع السجن[6] من عوامل الخطر الأخرى في إنجلترا وويلز(هاوتون وآخرون، 2014). وفي إنجلترا، ارتبطت عوامل التاريخ الإجرامي (مثل السجن السابق) وأحداث سيّئة محدّدة في الحياة (تسلّط الأقران أو التشرّد أو وفاة أحد الوالدين أو أحد الإخوةوكذلك البقاء في رعاية السلطة المحلية) أيضاً بإيذاء الذّات شبه القاتل (ريفلين وآخرون، 2013)

2.3 دور النّوع الاجتماعي

يختلف تفشّي الانتحار في السجن أيضا حسب النّوع الاجتماعي(ستوكس وآخرون، 2015). فقد ذكرت دراسة الـ24 دولة ذات الدخل المرتفع أنّ 93% من حالات الانتحار تقع في صفوف الرجال (فاضل وآخرون، 2017). ووجدت دراسة أخرى أن احتمال انتحار الرّجال هو أعلى بنسبة 56% من النساء (كيلوغ وآخرون، 2014)، وفي ناجبور بالهند، حدثت 93% من حالات الانتحار خلال فترة عشر سنوات في صفوف الرّجال (باردايل وديكسيت، 2015). ومع ذلك، وجدت دراسة أجريت في ثلاثة سجون في الصين فوارق إحصائية مهمّة بين الجنسينعلى مستوى تفشّي الانتحار. وتجدر الإشارة إلى أنّ الصين هي الدولة الوحيدة الّتي نجد فيها معدّلات الانتحار أعلى في صفوف النساء من عموم النّاسمقارنةبالرجال (تشانغ وآخرون، 2010 ب). وفي إسرائيل ، كانت معدّلات الموتبالانتحار في السجن أعلى لدى النساء مقارنة بالرجال (تشان وغيتا، 2017).

ولكن، يكشف التحليل المعمّقللبيانات عن المزيد من الفوارق الدقيقة في متغير النّوع الاجتماعي. ففي ولاية كاليفورنيا الأمريكية، على سبيل المثال، تحصل غالبية حالات الانتحار في صفوف الرّجال، ولكن،وعلى الرّغم من أنّ السجينات يمثّلن 4% من عدد السّجناء، فإنهم يمثلون 11% من حالات الانتحار (مدقّق ولاية كاليفورنيا، 2017). إضافة إلى هذا، **نجد أنّ معدّل نسبالنساء أعلى من الرجال**(فاضل وآخرون، 2017). ويعدّ احتمال انتحار الرّجال داخل السّجون في الـ24 دولة ذات الدّخل المرتفعأعلى بـ 3 مرات من عموم النّاس، في حين أن احتمال انتحار النساء أعلى بـ 9 مرات (فاضل وآخرون، 2017).

يلعب النّوع الاجتماعي أيضًا دورًا مهمًا في تحديد عوامل الخطر الخاصّة بالانتحار داخل السجون. فعلى سبيل المثال، وبينما لا يوجد اختلاف في خطر الانتحار بين الآباء وغير الآباء المسجونين في شيلي، أظهرت الأمهات خطر انتحار أقل بكثير من غير الأمهات (خطر نسبي بنسبة 0.31%)، على الرغم من أن كلا الجنسين "أظهرا أنّهما يعانيان عبئًا كبيرًا بسبب انفصالهم عن أطفالهم في السجن"(كروغر وآخرون، 2017).

[5] "الارتباط المحدود بالأسرة أو العلاقة السلبية مع الوالدين أو العنف الأسري أو ضحية اعتداء"، مارتن وآخرون، 2014.

[6] محلّي أو صنف ب أو ج أو مركز ترحيل المهاجرين أو مغلق أو خاصّ بالأحداث أو مفتوح أو شديد الحراسة.

في حين أن عدداً أكبر من الرجال ينتحرون في العديد من السجون مقارنة بالنّساء، إلاّ أنّ الوضع ينعكس عندما يتعلق الأمر بإيذاء الذّات. إذ تشير البيانات، في أستراليا وكندا وإنجلترا وويلز، إلى أنّ نسبة النّساء في الاحتجازالّذين يقمن بإيذاء أنفسهنّ أعلى مقارنة بالرجال (كاسيانو وآخرون، 2016؛ هيدريك، 2017؛ أمين مظالم السّجون والسّراح المشروط الخاصّ بانجلترا وويلز، 2014، شاو وآخرون، 2004). وفي حقيقة الأمر، نجد أنّ احتمال إيذاء النساء في انجلترا وويلزلأنفسهنّ هو أعلى بعشر مرّات مقارنة بالرّجال(هاوتون وآخرون، 2014).

2.4 دور الظروف في السجن (متغيّرات البيئة السجنيّة) و العزل الانفرادي

تختلف النتائج التي توصّلت إليها الدّراسات في ما يتعلّق بالدور الذي تلعبه ظروف السجن في معدّلات الانتحار. إذ تجد بعض الدراسات ارتباطاً إيجابياً بين الانتحار ومتغيرات البيئة السّجنيّة، في حين لا يجد البعض الآخر أي ارتباط من هذا القبيل. ويدّعي فاضل وآخرون أنه لا يوجد ارتباط متّسق بين السّياق السجني[7] ومعدلات الانتحار في السجون. فهم يقولون، بدلاً من ذلك، **بأن *التّفاعل* بين العوامل على مستوى الفرد وظروف السجن يمكن أن يلعبا دوراً أكثرأهميّةعلى مستوى خطر الانتحار في السجن** (فاضل وآخرون، 2017). ويتّفق آخرون مع هذا الطّرح؛ فتأثير "الاستضعاف الذي يستورده السجناء من المجتمع" إلى جانب ملامح بيئة السجن يؤدّيان إلى "الخوف من المجهول وعدم الثقة في البيئة السلطويّة وعدم السيطرة المتصوّرة على المستقبل والعزلة عن الأسرة والأشخاص المهمّين الآخرين والشعور بالخزي بسبب الحبسوالجوانب المهينة المتصوّرة للحبس" مما يجعل السجين عرضة للانتحار وإيذاء الذّات (هايز، 2012؛ برات وآخرون، 2016) .

ومع ذلك، وجد آخرون أن ظروف معيّنة فيالسجن تزيد من خطر الانتحار. فقد ارتبطت المتغيّرات التالية، في دراسة أجريت بالمملكة المتّحدة، بشكل إيجابي بالانتحار:

- معدّل التبديل المرتفع
- الحراسة المشدّدة
- الإدارة العامّة للسجن، و
- العدد الكبير للسّجناء (فان غينيكن وآخرون، 2017).

وأثبتت دراسة دولية أخرى وجود ارتباط *سلبي* بين معدل الاحتجاز ومعدل الانتحار في السجون، وهو ما يعني أنّ البلدان ذات معدلات الاحتجاز المنخفضة (عدد أصغر من المساجين) لديها معدّلات انتحار أعلى في السجون. ومن المقترح أن يكون هذا بسبب تركيز المساجين المعرضين للخطر في السجون ذات معدّلات الحبس المنخفضة (فاضل وآخرون، 2017).

[7] متغيّرات البيئة السّجنيّة الّتي تمّ دراستها هي الاكتظاظ ونسبة السّجناء في مقابل الموظّفين (حرس السّجون وموظّفو الرعاية الصحيّة وموظّفو التعليم) والنفقات اليوميّة للسجن والتبديل وفترات الاحتجاز.

لم يكن هناك في الواقع ارتباط بين الاكتظاظ وارتفاع معدلات الانتحار عندما تمّ التحكّم في المتغيرات المذكورة أعلاه (فاضل وآخرون، 2017؛ فان غينيكن وآخرون، 2017).

وجدت دراسة باكستانية أجريت في السجن أن توطيد العلاقة بين السجناء كان بمثابة عامل وقائي ضد فكرة الانتحار، وهي فائدة فُقدت عندما تم عزل السجناء عن بعضهم البعض (شاغوفتا وآخرون، 2015). **ويُعدّ العزل الانفرادي عامل خطر راسخ في حالات الانتحار داخل السجون**. إذ كان معدل الانتحار بين السجناء الموضوعين في عزلة قصيرة الأمد، حسب دراسة إيطالية، أعلى بنسبة 239% مقارنة بالسجناء الآخرين (232.2 مقابل 97.8 لكل 100.000). وقفز معدل الانتحار إلى 426.1 في صفوف السجناء الذين تعرّضوا للعزل، أي أعلى بنسبة 439%مقارنةبالسّجناء غير المعزولين. وتشير نفس الدراسة إلى أنّ معدّل الانتحار لدى عموم النّاس هو 4.8 لكل 100,000(روما وآخرون، 2013). وفي كاليفورنيا، وقعت 73% من حالات الانتحار سنة 2014 في وحدات العزل، على الرغم من حقيقة أنّ هذه الوحدات تحوي أقل من 10%من عدد المساجين(منديز وآخرون، 2016). وفي ولاية إنديانا الأمريكيّة، كان احتمال انتحار السجناء المعزولينأعلى بـ 3 مرات من السّجناء الآخرين (منديز وآخرون، 2016).

وعلى نحو مماثل، أثبتت دراسات تأثير عوامل البيئة السّجنيّة على معدلات إيذاء الذّات. إذ كان احتمال إيذاء السجناء لأنفسهم في الحبس الانفرادي، في مدينة نيويورك، أعلى بسبعين مرّة مقارنة بالسجناء الآخرين، مع تعرّض القاصرين وذوي الأمراض العقلية لخطر أكبر (منديز وآخرون، 2016). وكشفت دراسة حديثة أجريت في أكبر سجن إيقاف تحفّظي في جنيف بسويسرا وجود ارتباط بين الاكتظاظ ومعدّلات التبديلالعالية وإيذاء الذّات (باجيو وآخرون، 2018).

القسم 3: الوقاية

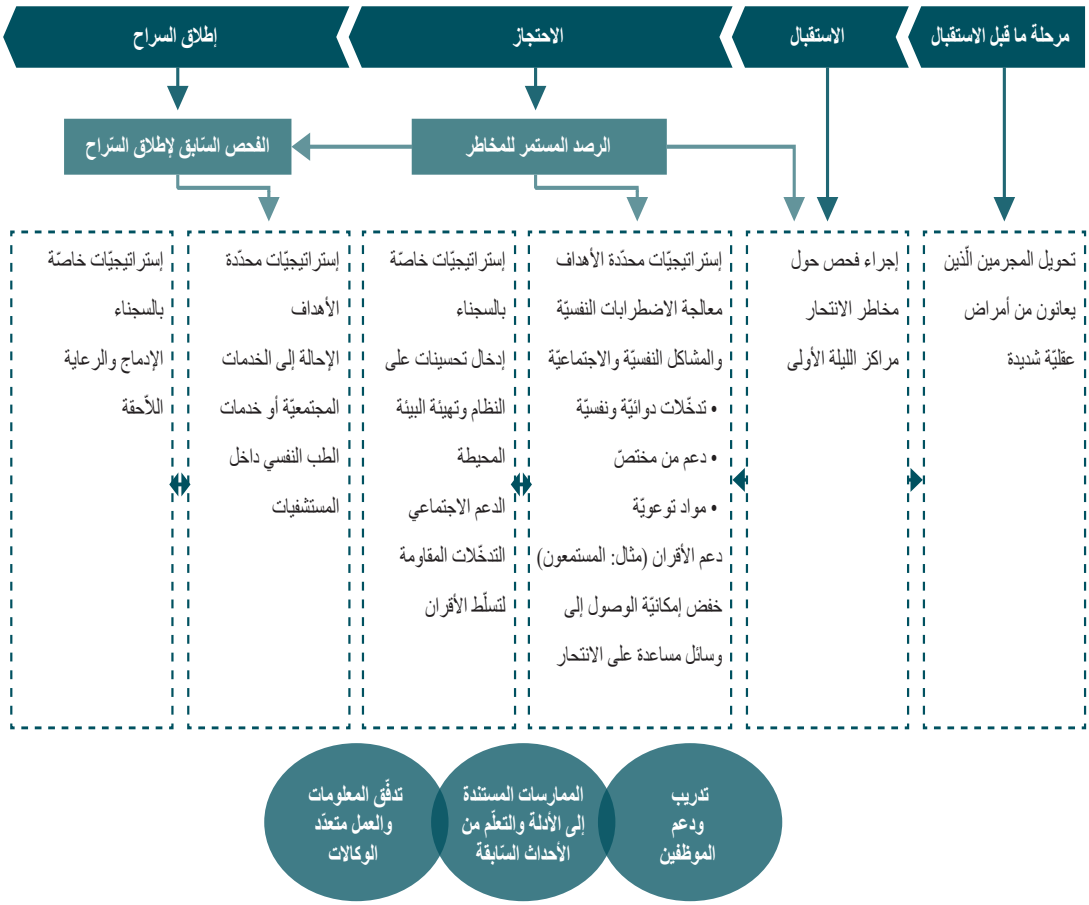
تُوصي منظمة الصحة العالميّة بأن تعتمد جميع الدول سياسة وطنية للوقاية من الانتحار في السجون (منظمة الصحة العالميّة والجمعيّة الدوليّة للوقاية من الانتحار). وفي حين أن العديد من البلدان في جميع أنحاء العالم قد وضعت برامج خاصّة بالانتحار وإيذاء الذات، إلا أن القليل من هذه البرامج يستند إلى الأدلة. فقد أجرى باركر وآخرون مراجعة منهجية للفعاليّة المستندة إلى الأدلةالخاصّة بأنشطة إدارة الانتحار وإيذاء الذّات في السجون.وخلصت المراجعة إلى أنّ **البرامج "متعددة العوامل" هي الأكثر فعاليّة** (باركر وآخرون، 2014). وقد برزالإدراك للحاجة إلى الوقاية من الانتحار بهدف مزيد تطوير المقاربة الطبيّةلتصبحمقاربة أوسع وأكثر شمولية (برات وآخرون، 2016). و يعني هذا معالجة "جميع الفئات الأربع الرئيسية للمخاطر الخاصة بالانتحار في السجون ... العوامل الديموغرافية والسريرية والنفسية والمؤسسية" (باركر وآخرون، 2014). وتؤكد دراسات فاضل وآخرون وغوتييه وآخرون هذا الاستنتاج، ويوصي كلاهمابمقاربة متعدد الاختصاصاتتجمع بين مجموعة واسعة من الأنشطة (فاضل وآخرون، 2011؛ غوتييه وآخرون، 2015).

أنتجت مراجعة واسعة النّطاق للدراسات الأنشطة التّالية كعناصر بالغة الأهميّة في أيّ برنامج خاصّ بالوقاية من الانتحار وإيذاء الذّات (Ayhan et al., 2017; Barker et al., 2014; California State Auditor, 2017; Fazel et al., 2017, 2011; Gauthier et al., 2015; Hayes, 2012; ICRC, 2015; Kellogg et al., 2014; Konrad et al., 2007; Krüger et al., 2017; Marzano et al., 2016, 2012; Nieuwoudt and Bantjes, 2018; Prisons & Probation Ombudsman for England & Wales, 2014; Roma et al., 2013; Shagufta et al., 2015; Slade and Forrester, 2015; UK MoJ, 2013; WHO & IASP, 2007; Zhang et al., 2010b).

1. **فحص** المساجين الجدد *(سيتمّ التعمّق في مناقشتها في ما بعد)*
2. **إحالة** السّجناء المعرّضين للخطر إلى مهنيّي الصّحة العقليّة. تُعدّ مساعدة الأخصّائيّين لمرضى الصّحة العقليّة أمرا بالغ الأهميّة للوقاية من الانتحار وإيذاء الذّات (مارزانو وآخرون، 2016).
3. زيادة **ملاحظة** ومراقبة السّجناء المعرّضين للخطر *(سيتمّ التعمّق في مناقشتها في ما بعد)*
4. **تدريب** الموظّفين **والتقييم المستمرّ للمخاطر** *(سيتمّ التعمّق في مناقشتها في ما بعد)*
5. توطيد **العلاقات الإيجابيّة بين السّجناء والموظّفين:** شدّدت ورقة إحاطة موجّهة إلى مجلس العموم في المملكة المتّحدة على أهميّة العلاقات بين السّجناء والموظّفين. ولكن، يجب الإشارة إلى أنّ بعض الدّراسات قد كشفت ارتفاع احتمال أن تكون محاولة الانتحار مميتة إذا كانت العلاقة مع الموظّفين إيجابيّة (ماغاليتا وآخرون، 2008).
6. توصي معظم الدّراسات ومنظّمة الصّحة العالميّة **بالحبس الانفرادي المخفّض**، بالإضافة إلى أهميّة التقيّد بما ورد في قواعد الامم المتحدة النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء، والّتي تنصّ على أن يحصل جميع المحتجزين في العزل الانفرادي على كشف طبّي يومي.
7. مراقبة المساجين عند أخذهم **الأدوية ذات التأثير النّفسي** من أجل تجنّب الجرعة المفرطة.
8. **الوصول العام لموظّفي الرّعاية الصحيّة**، وخاصة الأخصّائيين والأطبّاء النفسيّين. فقد كشفت مراجعة منهجيّة لمحاولات الانتحار شبه القاتلة أنّ "الحديث مع شخص ما" كان أكثر الاقتراحات التّي ذكرها الناجون من أجل التوقّي مما قاموا به (مارزانو وآخرون، 2016).
9. **برامج دعم الأقران.** ثبُتَ في إحدى الدّراسات غير الغربيّة النادرة أنّ مستوى توثيق العلاقة بين النّزلاء كان له "أثر وقائيّ قوي" ضدّ التفكير في الانتحار داخل سجون الأحداث بباكستان (شاغوفتا وآخرون، 2015). وتمّ إرساء برامج توجيه الأقران في سجون المملكة المتّحدة (على سبيل المثال، مخطّط السّجين السامري المنصت ("مخطّط المنصت"، بدون تاريخ)، بالإضافة إلى "مجموعات الرفاه" الّتي تمكّن السجناء من الوصول إلى القادة الدّينيّين (ماكلاي وآخرون، 2018).أمّا في كندا، فقد ساهم تدريب الوقاية من الانتحار الموجّه للأقران في تخفيض نسب الانتحار (باركر وآخرون، 2014).
10. تعزيز **اتصال السجناء بالعالم الخارجي**؛ إذ تكون احتمالات محاولة الانتحار في صفوف السجناء الذين يتلقون الزيارات منخفضة (ستوليكر، 2018). ففي الولايات المتحدة، تلقّى 22% فقط ممن انتحروا مكالمة أو زيارة "قريبة" من تاريخ موتهم (هايز، 2012). أمّا في المملكة المتحدة، فيُوصى بالاتصال بأقرباء السجناء ذوي الميول الانتحاريّة من أجل دعم السجين ومنح المسجونين الذين يعانون من مشاكل صحية عقلية إمكانية الوصول إلى مكالمات هاتفية مجانيّة للتواصل مع العائلة والأصدقاء (ماكلاي وآخرون، 2018). يمكن لهذا أن يكون فعّالاً بشكل خاص بالنسبة للسجناء الذين لديهم أطفال، استناداً إلى نتائج مفادها أن دور الوالدين قد يكون بمثابة عامل وقائي (كروغر وآخرون، 2017).
11. في حين يزعم البعض أنه "من المستحيل إنشاء زنزانات *'واقية من الانتحار'* " (هايز، 2012)، يشجّع آخرون على استخدام "**الزنزانات المقاومة للانتحار**" (كيلوغ وآخرون، 2014). وسوف يستلزم هذ المحيط الماديّ الآمن تجنّب النتوءات الواضحة الّتي من شأنها أن تعمل كأدوات تثبيت تستخدم من أجل الشّنق في الزنزانات، خاصة في تلك الزّنزانات الّتي فيها مساجين معرّضون للخطر، وتفضيل استخدام منسوجات لا يمكن استخدامها في عمليّة الشّنق (غوتييه وآخرون، 2015؛ كيلوغ وآخرون، 2014).

وتجدر الإشارة إلى أن الباحثين وصانعي السياسات يوصونبالإجراءات المذكورة أعلاه بناءا على الخبرة والأدلة. ومع ذلك ، فقد تناول بالدّرس عدد قليل جدا من الدراسات الآثار *طويلة الأمد* للأنشطة المذكورة أعلاه على معدّلات الانتحار وإيذاء الذّات الفعليّة. وبالنظر إلى الدّراية بأن أفعال الانتحار وإيذاء الذات معروفة عمومًا بالتذبذب مع مرور الوقت، فهناك حاجة للمزيد من الأبحاث على فترات زمنية أطول (باركر وآخرون، 2014).

أجرى مارزانو وآخرون مراجعة منهجيّة للبحوث حول محاولة الانتحار شبه القاتلة من أجل تبيّن مبادرات الوقاية الفعّالة؛ وهم يقترحون المسار الآتي:



التوقّي من السلوك الانتحاري لدى السّجناء كما يقترحة مارزانو وآخرون (مارزانو وآخرون، 2016).

3.1 الفحص عند الدخول

تدعو **مجموعة من المعايير الدولية إلى إجراء الفحص الطبي لجميع السجناء في أقرب وقت ممكن عند دخولهم السجن**. وتنصّ قواعد الأمم المتحدة النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء، والمعروفة باسم قواعد مانديلا، على وجوب إيلاء اهتمام خاص "لتحديد أي علامات للإصابة بإجهاد نفسيّ أو غيره من الضّغوط الناجمة عن واقعة السجن بما في ذلك، على سبيل الذّكر لا الحصر، "خطر الانتحار أو إيذاء الذات" (القاعدة 30) (الجمعية العامة للأمم المتّحدة، 2015). كما يُوصى بالفحص الطبي الأوليّ في مجموعة مبادئ الأمم المتحدة لحماية جميع الأشخاص الذين يتعرضون لأي شكل من أشكال الاحتجاز أو السجن (المبدأ 24) (الجمعية العامة للامم المتحدة, 1988)، وفي معايير اللّجنة الأوروبيّة لمناهضة التعذيب وغيره من ضروب المعاملة اللاإنسانية أو المهينة أو العقاب(لجنة مناهضة التّعذيب) (المعيار 33) (لجنة مناهضة التّعذيب، 2011).وتُوصي منظمة الصحة العالمية والجمعيّة الدولية للوقاية من الانتحار بإجراء فحص أوليّ لمخاطر الانتحار (منظّمة الصّحة العالميّة و الجمعيّة الدولية للوقاية من الانتحار، 2007).

ولسوء الحظ، فإن الفشل في تحديد الأشخاص المعرّضين للخطر عند الدخول أمر شائع في السجون حول العالم. ففي ولاية كاليفورنيا، على سبيل المثال، وجد مدقّق الولاية أن العديد من تقييمات مخاطر الانتحار لم تكن مكتملة أو لم يتمّ ملأها بشكل جيّد أو كانت تفتقر إلى خطط المتابعة. حتى في حالات تقييم المخاطر المقبولة، كان نقل المعلومات إلى الزملاء ذوي الصلة غير مكتمل و/أو غير متناسق (مدقّق ولاية كاليفورنيا، 2017).

يمكن دمج عملية فحص السجناء القادمين لتحديد وجود مخاطر انتحار أو إيذاء الذّات في أداة الفحص الشائعة التي يستخدمها الموظفون الطبيون في السجون، أو يمكن اعتماد أداة فحص منفصلة من أجل القيام بهذا. ففي الدنمارك، على سبيل المثال، تحتوي أداة الفحص القياسية على بعض الأسئلة من أجل تحديد ما إذا كان هناك حاجة لتقديم دعم للصحة العقلية. وتقيّم أداة مستوى المخاطر/ الحاجة إلى المساعدة والاستجابة (LS / RNR) خطر العود بالإضافة إلى الحاجة إلى إعادة التأهيل والإشراف ووضع البرامجالخاصّةبالرّاشدين. كما تتضمن هذه الأداة أسئلة حول السّلوك المناهض للمجتمع وحالة الصحة النفسيّة ومحاولات إيذاء الذّات والانتحار السابقة(أندروز وآخرون، 2008).

يوجد عدد كبير من أدوات فحص وتقييم الانتحار وإيذاء الذات. فلقد راجعنا بعض المقالات المنشورة التي تقيّم استخدام هذه الأدوات في أماكن الاحتجاز. إذ تمّ تصميم بعض الأدوات خصيصًا لأماكن الاحتجاز، بينما تمّ تكييف البعض الآخر لهذا الغرض. ولا تهدف أيّ من هذه الأدوات إلى استبدال التقييم والتقدير السريري. وفيما يلي مصفوفة تقدّم بعض هذه الأدوات:

الأداة	الغرض	المسئول عن استكمالها	الصلاحيّة		الدّراسة	المراجعة المنهجيّة
			الحساسيّة	الخصوصيّة		
قائمة التحقّق الخاصّة بالانتحار (SCL)	تحدّد المساجين "المضطربين فعليًا"	الممرّضات أو الموظّفون الّذين حصلوا على تدريب وجيز	70%	21%	(أربوليدا-فلوريز وهولي، 1988؛ إرثرول ومكولي، 2002)	(بيري وآخرون، 2010)
مقياس احتماليّة الانتحار (SPS)	تحدّد وتقيس خطر الانتحار	إبلاغ ذاتي	53%	78%	(دايغل وآخرون، 2007؛ راينج، 2016)	
مخاوف الانتحار وإيذاء الذّات لدى الجناة في بيئة السّجن (SCOPE)	تحدّد الميل إلى الانتحار وخطر إيذاء الذّات	إبلاغ ذاتي	81%	71%	(بيري وآخرون، 2010)	
مقياس احتمال الانتحار/ مقياس تقييم مخاطر الانتحار	تحدّد الخطر المباشر للانتحار لدى الأشخاص الّذين عبّروا عن تفكيرهم في الانتحار	ضبّاط الإصلاحيّة	86%	80%	(دايغل وآخرون، 2007؛ ويتشمان وآخرون، 2000)	(غولد وآخرون، 2017؛ بيري وآخرون، 2010)
أداة الفحص الهولنديّة	تحدّد المساجين المعرّضين لخطر الانتحار	الممرّضات	80% - 83%	77% - 93%	(بلاو وآخرون، 2001؛ داهلي وآخرون، 2005)	(غولد وآخرون، 2017)
استمارة فحص الاكتئاب واليأس والانتحار (DHS)	تهدف لفحص الاكتئاب واليأس ومؤشّرات الانتحار لدى النّزلاء. تحدّد المساجين الّذين يعانون من الاكتئاب واليأس والمعرّضين لخطر الانتحار (اختبر مارتن وآخرون الأداة من أجل تحديد إيذاء الذّات (مارتن وآخرون، 2014))	إبلاغ ذاتي	80%-100%	95%-99%	(ميلز وكرونر، 2011)	
أداة فيينا الخاصّة بالانتحاريّة في المؤسّسات الإصلاحيّة (VISCI)	تحدّد وتساعد على التعامل مع المساجين الانتحاريّين	ضبّاط السّجن	96%	52%	(فروتييه وآخرون، دون تاريخ)	
فحص الإعاقة العقليّة/ واستبعاب الانتحار (MDSIS)	تحدّد احتياجات الصّحة العقليّة ومخاطر الانتحار	ضبّاط السّجن	100%	71%	(هاريسون ورودجرز، 2007)	غير متاح
مقياس تقييم الشّخصيّة (PAS)	تهدف لفحص الأمراض النفسيّة، بما في ذلك التفكير الانتحاري.	مقدّمو الرّعاية الصّحيّة	85%	77%	(هاريسون ورودجرز، 2007)	غير متاح

وخَلُص بيري وآخرون إلى أنه في حين يوجد العديد من الدراسات الّتي لم تكن مثالية (كان لها نتيجة ضعيفة في معايير الإبلاغ عن دقة التشخيص (STARD) وفي قائمة العناصر الأساسية الواجب تضمينها في الدراسات ذات الدّقة في التشخيص (بوسويت وآخرون، 2015))، نجد أنّ بعض الأدوات لها آفاق واعدة. فقد أظهرت أداة مخاوف الانتحار وإيذاء الذّات لدى الجناة في بيئة السّجن**(SCOPE)**ومقياس احتمال الانتحار نتائج صلاحية مقبولة من حيث الحساسية والخصوصيّة. وقد أوصى غولد وآخرون بأداة فيينا الخاصّة بالانتحاريّة في المؤسّسات الإصلاحيّة (VISCI) وأداة الفحص الهولندية بسبب معدلات حساسيتهماالمرتفعة (96% و 80-83% على التوالي).

تمّ التفويض باستخدام أداة فحص الإعاقة العقليّة/ واستيعاب الانتحار **(MDSIS)** في سجون تكساس عندما تمت مراجعتُها(هاريسون ورودجرز، 2007). وقد تمّ مقارنة هذه الأداة مع مقياس تقييم الشّخصيّة **(PAS)** ومع مقياس قرار الاحالة (RDS). وتمّ استخدام مقياس احتماليّة الانتحار **(SPS)** كأداة مراقبة. ويُوصي المؤلّفون بأداة فحص الإعاقة العقليّة/ واستيعاب الانتحار بسبب قوّتها في تحديد النّزلاء الذّين يفكّرون في الانتحار. كما تمّ مقارنة أداة فحص الإعاقة العقليّة/ واستيعاب الانتحار و مقياس تقييم الشّخصيّة بجدول الاضطرابات العاطفيّة وانفصام الشّخصيّة (SADS) من أجل قياس أدائهم في تحديد مشاكل صحّة عقليّة أخرى وكان لكليهما أداء ضعيف بسبب إغفالهم للعدد كبير من النّزلاء الّذين يعانون من اكتئاب شديد. ويذكّرنا هذا بأنّ التقييم المستمرّ للنزلاء هو أمر ضروري، نظرا للدور الّذي يلعبه الاكتئاب في الانتحار.

على الرغم من أن هذه المعلومات مفيدة، إلا أنّ هناك العديد من القيود على الدراسات المذكورة أعلاه. ويصعب مقارنة الدّراسات لأنها تستخدم منهجيّات مختلفة وتقيّم فئات مختلفة من الأشخاص. إذ يتمّ التحقق من صحة معظم الأدوات في دراسة واحدة فقط، وفي العديد من الحالات، يكون التحقّق بناءا على مقارنة مع أداة أخرى بدلاً من النتائج الفعليّة الّتي تنتجها الأداة. وعلاوة على ذلك، تختلف الحساسية والخصوصية تبعا لمجموعة النّقاط الفاصلة التي اختارها الباحثون. وأخيرًا، لم تكن أيّ من الدراسات دراسةمستقبليّة، وللحديث بشكل نقديّ،فقد تمّ إجراء جميع الدراسات في دول غربيّة، وهي النمسا وكندا وألمانيا وهولندا ونيوزيلندا والمملكة المتحدة والولايات المتحدة.

من الصّعب التنبّؤ بالانتحار بسبب حقيقة أنّه حدث نادر عموما (صلاحية التنبؤ)، لذلك تعتمد العديد من الأدوات على المقاييس غير المباشرة مثل السّلوك الانتحاري وسلوك إيذاء الذّات بدلاً من الفعل الحقيقيّ. ويجب أن يُؤخذ هذا بعين الاعتبار عند تقييم قيمة الأدوات (بيري وآخرون، 2010).

يوجد مقاربة آخرى لتحديد السّجناء المعرّضين للخطر عند الدخول وهي استخدام النماذج التنبؤية. فقد اختبرت سلايد وآخرون نموذجا أطلقوا عليه اسم "صرخة ألم" (COP)، والذي "يتنبؤ" باحتمال بلورة السجين لفكرة الانتحار. وكان نموذج "صرخة ألم" مفيدًا، ولكن، هناك حاجة لمزيد من الأبحاث من أجل تعديل وتكييف مثل هذه النماذج وتحسينها (سلايد وإيدلمان، 2014).

3.2 ملاحظة السجناء المعرّضين للخطر والتعامل معهم

لا يمكن المبالغة في الحديث عن أهميّة "تحديد ومعالجة الاضطرابات النفسيّة لدى السّجناء على وجه السرعة"(أيهان وآخرون، 2017). إذ يميل تفشّي الاضطرابات النفسية و في السجون إلى أن يكون كبيرا. فعلى سبيل المثال في نيجيريا يعاني ما يصل إلى 60٪ من السجناء من اضطرابات نفسية مقارنة بـ 12٪ من السكان (ألنجوجووآخرون, 2018).وتشير التقديرات إلى أن 10% من السجناء في الولايات المتحدة يتناولون أدوية ذات تأثير نفساني (آكس وآخرون، 2007)، في حين وجدت إحدى الدراسات أنّ 28% من السجناء الأمريكيّينقد تمّ تشخيصهم باضطراب في الصحة العقلية (غايتس وآخرون، 2017). ويجعل هذا مثل هؤلاء السجناء عرضة بشكل خاص "للضغوط الشّائعة الّتي يتسبّب فيها الاحتجاز" (هايز، 2012).

تُحدّد مبادئ توجيهيّة، في الدانمارك، الإجراءات الواجب اتّخاذها في مثل هذه الحالات، مثل الاتصال بالعاملين الصحيين وربما بقائد روحيوالتحدّث مع السجين وتدوين الملاحظات وضمان المراقبة اللّصيقة للسجين. توصي المبادئ التوجيهية بالاطمئنان على السجين مرة واحدة على الأقل كل 30 دقيقة إلى أن يعاينَهُ أحد المختصين في مجال الصحة. وتوجد مبادئ توجيهية إضافية لمراقبة السّجناء المعرضين للخطر داخل زنزانات المراقبة (كريمينال فورسورغن "مصلحة السّجون والسراح المشروط"، 2018).

لسوء الحظ، لا يرتبط التّواصل مع الخدمات الصحية بالضرورة مع انخفاض خطر الانتحار و/أو إيذاء الذّات. ففي حقيقة الأمر، من الشّائع أن يكون هناك تواصل مع الخدمات الصحية قبيل فترة وجيزة من الانتحار. وفي انجلترا وويلز، كان التواصل بالخدمات الصحية "شائعاً" في الساعات الـ 72 الأخيرة قبل الانتحار (أمين مظالم السّجون والسّراح المشروط الخاصّ بانجلترا وويلز، 2014)، وفي الولايات المتحدة، نجد أنّ 47% من الّذين انتحروا، والّذين قام مهنيّ صحّة عقليّة مؤهّل بتقييمهم، خضعوا للتقييم خلال 72 ساعة من الوفاة (هايز، 2012). ويعدّ هذا دليلا على **التّحدي الّذي تواجهه خدمات الصحة في السجون لاستباق الانتحار.** ويتمثل الدّليل الآخر على هذا التحدّي في أنّ 20% فقط من السّجناء الّذين يخضعون للمراقبة من أجل منعهم من الانتحار (والّذين يستوجبون مراقبة طبيّة يوميّة) والّذين انتحروا بالفعل، قد قام أخصّائي طبّي بمعاينتهم خلال الـ24 ساعة الأخيرة قبل وفاتهم، وأنّ 37% فقط من حالات الانتحار"قام مهنيّ صحّة عقليّة مؤهّل بتقييمهم قبيل وفاتهم" (هايز، 2012).

من الواضح أن علاج الصحة العقليّة هو ضرورة للسجناء الانتحاريين والّذين يؤذون أنفسهم. وعلى الرغم من الحاجة الماسة لهذا، فلا يوجد "أي تدخّل نفسيّ قائم على الأدلة للوقاية من الانتحاريّة" في صفوف السجناء (برات وآخرون، 2016). ومع ذلك ، هناك تجربة زاخرة في علاج السجناء الانتحاريين، والذين يؤذون أنفسهم، في العديد من البلدان. ويُوصَى بعدد من مقاربات العلاج في هذا الصّدد. فعلى سبيل المثال، قَدّمت مراجعة باركر وآخرين لبرامج السجون من أجل إدارة سلوكيات الانتحار وإيذاء الذّات مثالًا أُستراليًا،أين اعْتَمَدَ برنامج أُطلِق عليه اسم "الفهم الحقيقي للمساعدة الذاتية" (RUSH) على العلاج السلوكي الديالكتيكي(DBT)واستهدف أولئك الذين يعانون اضطرابات الشخصية الحديّة (BPD). وأسفر البرنامج عن نتائج إيجابية من

حيث التقليص من أعراض اضطرابات الشخصيّة الحديّة(باركر وآخرون، 2014؛ شلتون وآخرون، 2017).وغالباً ما يتم تسليط الضوء على العلاج السلوكي الإدراكي (CBT) كتدخّل فعّال للتخفيض من معدّلات الانتحاريّة وإعادة محاولة الانتحار مقارنةً بـ "العلاج المعتاد"(براون وآخرون، 2005؛ غوتشيه وغوتشيه، 2017؛ برات وآخرون، 2016). كما يُوصِي برات بحلّ المشكلات وبالعلاجات بين الأشخاص(برات وآخرون، 2016). ويُظهِر العديد من الأشخاص الّذين يؤذون أنفسهم مهارات حل مشكلات ضعيفة، ولكن، ثَبُتَ أنّ تطوير هذه المهارتمن شأنه المساعدة في التقليل من الانتحاريّة(برات وآخرون، 2016). ومع ذلك،وبغضّ الّنظر عن العلاج المحدّد، يعتقد برات أن **"العمل كمدافع،من خلال طلب تخفيض / إزالة عوامل الإجهاد السّياقية ... الّتي تساهم في الإبقاء على التفكير والسلوك الانتحاري للسجين، قد يكون أهم دور فردييلعبه الأخصّائي النفسانيّ"** (برات وآخرون، 2016). وقد تكون هذه النصيحة ذات قيمة خاصة في الأماكن التي يتمتع فيها اختصاصيو الصحة العقلية بقدرات محدودة.

إنّ نقص الموظفين الصحيين يشكّل تحدياً واضحاً للتعامل بشكل مناسب مع السجناء المعرضين للخطر، وذلك نظراً لظاهرة الاكتظاظ في العديد من السجون حول العالم. وتعدّ **الرّعاية الصحيّة عن بعد** إحدى المقاربات المستخدمة منذ التسعينات، حيث يتم تقديم خدمات الرعاية الصحية إلكترونيًا. ويتم استخدام الرّعاية الصحيّة عن بعد بنجاح لتوفير خدمات الصحة العقلية داخل السّجون في عدد من البلدان. وبحلول عام 2001، كانت أغلبيّة المرافق الإصلاحيّة في الولايات المتحدة تستخدم الرعاية الصحيّة عن بعد، بما في ذلك خدمات الصحّة العقلية (آكس وآخرون، 2007).

لكن، لا ينبغي أن يركّز التعامل مع المساجين المعرّضين للخطر حصرا على الجوانب الصحيّة. إذ أنّ مشاركة مختلف الأطراف في "مؤتمرات حول الحالات"، أين تناقش مجموعة واسعة من موظفي السجون الحالات الفرديّة الّتي تعترضهم، يمكن أن تكون أمرا مفيدا(برات وآخرون، 2016). وقد أظهرت الأبحاث أن "الأنظمة الفعّالة للتواصل بين مختلف الاختصاصات داخل وخارج السجن كانت ... عنصرا حاسما في الوقاية من الانتحار" (سلايد وفوريستر، 2015؛ ستوليكر، 2018). ويمكن أن تحتوي مثل هذه **المجموعات متعددة الاختصاصات** على موظفين لديهم تفاعلات وثيقة مع السجين وعلى الأشخاص المسؤولين عن الجوانب الاجتماعية والاتصال بالعالم الخارجي وغيرهم. فقد تمّ التأكيد على أهمية المقاربة متعدد الاختصاصات في الجزء الأكبر من الأدبيّات حول هذا الموضوع (باركر وآخرون، 2014). وفي المملكة المتحدة، على سبيل المثال، اسْتَحدَثَت مبادرة أُطلق عليها اسم التقييم والرعاية في الاحتجاز والعمل الجماعي (ACCT) فرقا متعددة الاختصاصات. ويُعتقد أن مبادرة التقييم والرعاية في الاحتجاز والعمل الجماعيستَلعب دورًا في "التخفيضالمستمر بشكل غير معتاد في معدلات الانتحار" في أحد السجون المحلية في لندن (سلايد وفوريستر، 2015). كما ستكون مبادرة التقييم والرعاية في الاحتجاز والعمل الجماعي مسؤولة، ضمن أمور أخرى، عن وضع وتنفيذ خطط الرعاية الفردية

للسجناء المعرضين للخطر. ويمكن أن تتضمن مثل هذه الخطط الدعم الاجتماعيوالإشراف المتزايد ، الخ. (برات وآخرون، 2016).

3.3 التدريب والتقييم المستمر للمخاطر

بغضّ النظر عن نتيجة الفحص الأوليّ، فقد تبيّن أن الانتحار وإيذاء الذّات يمكن أن يحدثا في أي وقت أثناء الاحتجاز. وبالتّالي، فمن الملائم أن يُنظَر إلى نتائج هذا الفحص "على أنها محدودة في الوقت" (هايز، 2012). ومن هذا المنطلق، برزت الحاجة إلى وجود تقييم مستمرّ للمخاطر.

يوجد لدى العديد من الدول مبادئ توجيهيّة محددة للتعرف المستمر على السجناء المعرّضين للخطر. ففي الدنمارك ، توضّح المبادئ التوجيهية كيفية تحديد الأشخاص المعرضين للخطر عن طريق الوعي بالفترات الزمنية والظروف المحدّدة الّتي تجعل السجناء أكثر عرضة للخطر، مثل بداية السجن وحول وقت النطق بالحكم وفي حالة حدوث مشاكل شخصية أو عندما يُبْدِي السجين علامات معيّنة مثل التغيير في سلوكه والعدوانيّة غير المعتادة والحزن أو العزلة الطوعيّة (كريمينال فورسورغن "مصلحة السّجون والسراح المشروط"، 2018).

تُشير منظمة الصحّة العالميّة إلى حقيقة حدوث حالات الانتحار غالباً في مسكن النزيل، لذلك، فهي تُوصي بتدريب جميع الموظفين الذين لديهم احتكاك يوميّ بالسجناء (منظّمة الصّحة العالميّة و الجمعيّة الدولية للوقاية من الانتحار، 2007). إذ يُعتبر التدريب عنصرا حاسما في العديد من برامج الوقاية من الانتحار وإيذاء الذّات المقترحة (غوتييه وآخرون، 2015 ؛ اللجنة الدولية للصليب الأحمر، 2015). يجب ان يجب أن يعاد التدريب بصفة مستمرة لضمان تذكرة المعلومة و الوصول لاكبر عدد من الموظفين (تاول و اخرون, 2004) لهذا،يُوصَبحصول جميع الموظفين الذين يتعاملون يوميًا مع النزلاء على تدريب في الإسعافات الأولية القياسية والإنعاش القلبي الرئوي والتدريب على مزيل الرجفان الخارجي الآلي(كونراد وآخرون، 2007؛ سكوت، 2010). يوصى بإشراك السجناء في تصميم وتقييم برامج التدريب لتعزيز أهميتها وفعاليتها (مارزانو وآخرون ، 2012).

تم اقتراح حزم تدريبية محددة، على غرار التدريب على مهارات إدارة المخاطر (STORM) الذي تم تكييفه بنجاح مع خصائص السجون في إنجلترا وويلز (باركر وآخرون، 2014). إذ أنّ التدريب على مهارات إدارة المخاطر هو عبارة عن "نموذج قائم على الأدلة لتخفيف" مخاطر الانتحار وإيذاء الذّات تم تطويره في جامعة مانشستر بالمملكة المتحدة. ويُركز هذا التّدريب على تعزيز مهارات الموظفين الرئيسيين في مجال تقييم المخاطر وتخطيط السلامة وتنفيذ الإجراءات الموالية للحوادث من خلال التدريب النظريّ والتفاعليّ وممارسة المهارات وبناء الشبكات ووضع خطط للتخفيف والتّعامل مع مرحلة ما بعد الحادثة.

كما يمكن أن يلعب التدريب دوراً هاماً في بلورة مواقف موظفي الاحتجاز تجاه الانتحار وإيذاء الذات في صفوف المحتجزين (مارزانو وآخرون، 2016). إذ أنّ مشاركة كبار الموظفين في تحديد أولويات التوقّي من الانتحار وإيصال رسالة مفادها أن الانتحار يمكن الوقاية منه يعدّ أمرا

حيويّا(سلايد وفوريستر، 2015).لم يكتب الكثير عن مسألة موقف الموظفين تجاه تجاه إيذاء الذات ومحاولات الانتحار(attitude)، ولكن البعض أشار إلى أن موقف الموظفين تجاه إيذاء الذات ومحاولات الانتحار قد يعتمد على مدى إدراكهم أن المعتقل "جاد" في نيته و لحظ ان الموظفون يكونون أقل دعماً لأولئك الذين يلحقون الأذى بالنفس مراراً وتكراراً ، ويطلق عليهم أحياناً "malingerers". التدريب قد يلعب دوراً في تفسير الأسباب الكامنة وراء هذا السلوك وخلق حوار حول أفضل السبل للتعامل مع مثل هذا السلوك (مارزانو وآخرون ، 2016).

يتلقّى العاملون في الولايات المتحدة، في ولاية لويزيانا تحديدا، تدريباً على الوقاية من الانتحار لمدة ثماني ساعات بالإضافة إلى تدريبين سنويين لمدة ساعتين للتذكير بالمعلومات المقدّمة في هذا المجال (باركر وآخرون، 2014). ويُوصِي آخرون بهذا البرنامج التدريبي(سكوت، 2010، الباب 9؛ ترستمان وآخرون، 2014، الباب 43). كما يقترح هايز العناصر التّالية لمثل هذا التدريب: 1. عوامل خطر الانتحار، 2. عوامل خطر الانتحار المتأصلة في البيئة السّجنيّة، 3. تحليل مواقف الموظفين من الانتحار، 4. تحديد فترات الانتحار عالية الخطورة، 5. تحديد علامات وأعراض التحذير الخاصّةبالانتحار، 6. تحديد مستوى الانتحاريّة رغم النفي اللفظي لوجود خطر الانتحار، 7. المسائل المتعلّقةبالمسؤولية، 8. التفريغ النفسيللإجهاد النّاجم عن الحوادث الخطيرة، 9. مناقشة حول حالات الانتحار المستكملة ومحاولات الانتحار في المنشآت، و10. مناقشة حول ممارسات التّوقّي من الانتحار السليمة وسياسة مكتوبةللوقاية من الانتحار في المنشأة (سكوت، 2010، الباب 9). كما يقترح آخرون، مثل كوكس وآخرين، عناصر محددة في مثل هذه الدورات التدريبية، بما في ذلك استخدام قائماتالتحقّق من كفاءات الموظفين (رويز، 2010، الباب 7).

يُعدّ دعم الموظفين عنصرا أساسيا في برنامج الوقاية من الانتحار، بالنظر إلى الضغط الذي يواجهه العديد من موظفي السجون في جميع أنحاء العالم. ويزداد هذا الأمر بسبب الدور المزدوج الذي يُتوقع من الموظفين القيام به في مثل هذه الحالات التي توازن بين مسؤولياتهم الأمنية و الدعم النفسي للسجين (مارزانو وآخرون ، 2012).ومن المقترح أن يشارك الموظفون في شكل من أشكال جلسات التفريغ النّفسي بعد الحوادث الخطيرة وليس فقط لأغراض التعلم (انظر أدناه)، بل أيضًا كطريقة للحد من التوتر وتوفير دعم المستوى القياديوإشرافه(مارزانو وآخرون، 2007, مارزانو وآخرون، 2016؛ سكوت، 2010، الباب 9؛ شيلتون وآخرون، 2017؛ سلايد وفوريستر، 2015). وكشفت اللّمحة العامّة عن مبادرات الوقاية من السلوك الانتحاري في السجون الخاصّة بمارزانو وآخرون أنه بالإضافة إلى التدريب، "...يمكن للدعم والإشراف على ... الموظّفين... أن يؤدي إلى تحسين مواقف الموظفين وأنّ الاستجابةبشكل أفضل وتقديم الرعاية اللاحقة بعد محاولةالانتحار ... من شأنه أيضا أنيساعد على تحسين قدراتهم على تحديد أولئك المعرضين لخطر الانتحار..." (ارزانو وآخرون، 2007, مارزانو وآخرون، 2016). وقد ذكرت سلايد وآخرون أنّ "الدّعم المهنيّ والعاطفيّ" لضباط السجون مطلوب وأنهلعب دورًا هامًا في خفض معدّلات الانتحار في أحد سجون لندن (سلايد وفوريستر، 2015).

3.4 التعلّم والتوثيق

يُوصى بإجراء عمليّة سريعة ومنهجية للإبلاغ عن الحادث وتوثيقه ومراجعته والتعلّم منهفي حالة وقوع حادثة مؤسفةلإيذاء الذّات أو الانتحار. وتكشف البحوث أن عمليات التفريغ النّفسي بعد الانتحار كانت جانبًا مفيدًا في البرامج النّاجعة(باركر وآخرون، 2014؛ سلايد وفوريستر، 2015). فعلى سبيل المثال، خفّضت سجون ولاية نيويورك معدّلات الانتحار فيها من خلال عمليّة محسّنة لمراجعة حالات الانتحار. إذ تخضع كل عملية انتحار مستكملة لتشريح نفسي يتضمّن جمع كل المعلومات المتوفرة حول المتوفى وإجراء تحقيق خاصومراجعات ضمان الجودة لجميع حالات الانتحار المستكملة ومحاولات الانتحار. بالإضافة إلى هذا، فقد تمّ تنظيم تفريغ نفسيّللموظفين. وقامت السجون في ولاية لويزيانا بالشيء نفسه من خلال إنشاء لجنة إداريّةلمراجعة حالات الانتحار (باركر وآخرون، 2014). وتمكّن أحد السجون المحلية في لندن من الحفاظ على مستوى كبير منانخفاض في معدلات الانتحار من خلال تبنّي إستراتيجية وقاية من الانتحار تتضمن مراجعة داخلية معمّقة لجميع حوادث الإيذاء الذاتي الخطيرة (سلايد وفوريستر، 2015).

من الضروري إرساء إجراء واضح للتوثيق والإبلاغ عن حوادث الانتحار وإيذاء الذّات. إذ يشير تقرير تمّ رفعه لمجلس العموم البريطاني إلى أهمية ضمان وجود إجراءات لكل خطوة في العملية،بدءا من تحديد السجناء المعرضين للخطر إلى التعامل معهم وتقديم الدعم لهم. ويشدّد التقرير على أهمية جمع جميع المعلومات ذات الصلة ومشاركتها والتصرّف بناءا عليها (وزارة العدل بالمملكة المتّحدة، 2013). وفي الدانمارك، يشرح منشور من وزارة العدل بوضوح إجراءات التوثيق والإبلاغ عن الوفاة والانتحار وإيذاء الذّات في السجون. كما يحدّد المنشور فترات التّأخير المسموح بها من أجل الإبلاغ عن الحالة لكل سلطة بالإضافة إلى المعلومات الدقيقة التي يتمّ الإبلاغ عنها والمستندات التي يجب إرفاقها وطريقة إعداد التقارير. ويشمل النّظام الالكتروني الوطنيللتعامل مع الحالات في الدانمارك وحدة خاصّةبانتحار ويجب إدخال جميع هذه الحالات في النظام خلال مهلة زمنية معيّنة. يجب إنشاء ملف لكل حالة يتكوّن من الوثائق التالية:

- تقرير الشّرطة
- شهادة الوفاة
- تقرير تشريح الجثّة
- تقرير يقدّمه خبير كيميائي في الطّب الشرعي (إن وجد)
- تقرير يقدّمه طبيب حكومي مختصّ (طبيب في قطاع الصحّة العام) (إن وجد)
- تقرير تشريح تكميلي إذا دعت الحاجة لهذا
- تقرير من طبيب أو طبيب نفساني حول حالة الصحّة العقليّة والدّافع المفترض

يوجد لدى إدارة السّجون في نيويورك مبادئ توجيهية شاملة للوقاية من الانتحار تنص بوضوح على سياستهم وتدرج عوامل الخطر البيئية والشخصيّة المحتملة للانتحار والفترات عالية المخاطر وعلامات الإنذار. وتوضّح المبادئ توجيهية الإجراءات المحددة التي يجب تنفيذها عند دخول

المحتجز وعملية الإحالة وتحديد مسؤوليات كلّ فئة من فئات الموظّفين. كما تحدّد وتوضّح المبادئ التوجيهية جميع الإجراءات المتعلّقة بمراقبة ذوي الميول الانتحاريّةوتتضمّن الاستمارات ذات الصلة من أجل استكمال الإجراءاتبرمّتها(إدارة السّجون بمدينة نيويورك، 2005).

وتؤكد سياسة المملكة المتحدة بشأن إدارة السجناء المعرضين للخطر كذلك على أهمية ضمان وجود "استراتيجية تعلّم". و تدعو السياسة، من بين أمور أخرى، إلى مراجعة الأدلة المتاتّية من التحقيقات في حالات الانتحار (على سبيل المثال،تلك الّتي تأتي من أمين المظالم أو الشرطة) لاستقاء الدروس منهاوتسجيل وتحليل أنماط الأذى الذاتيّ وسلوك محاولة الانتحار بهدف تحقيق فهم أفضل لمثل هذا السلوك عند الأفراد على مستوى المنشأة (وزارة العدل بالمملكة المتّحدة، 2013).إن التحقيق المستقل في كل انتحار في السجن من قبل أمين المظالم أو المدعي العام أمر شائع في العديد من البلدان.وأخيراً ، يُنصح بإستخلاص المعلومات وتقديم المشورة والدعم بعد الحادث إلى المحتجزين الذين ربما شاهدوا الحادث. هذا يساعدهم على معالجة مشاعر الغضب والفجيعة. مثل هذا الدعم يمكن ، على سبيل المثال ، أن يتم توفيره من قبل زملائه المحتجزين المدربين (تاول و اخرون, 2004),

الخاتمة

تمّ إجراء الكثير من البحوث حول الانتحار وإيذاء الذّات داخل السّجون، ومع هذا، لا يزال يوجد ثغرات جسيمة في المعارف الموجودة حول هذا الموضوع. وفي حين يوجد كمّ كبير من عوامل الخطر الّتي تمّ تحديدها، تبقى هناك قلّة من العوامل الوقائيّة الّتي تمّ توثيقها. وعلى الرّغم من وجود الكثير من برامج الوقاية، إلاّ أنّ عددا قليلا منها أبدى نجاحا يستند إلى الأدلّة على المدى الطّويل. ورغم أنّ الكثير من البحوث حول الانتحار وإيذاء الذّات داخل السّجون قد تمّ إجراءها في دول غربيّة، نجد القليل من البحوث قد تمّ إجراءها في سياقات غير غربيّة في حين لا يوجد منها ما تمّ إجراءه في دول عربيّة أو في بلدان شمال أفريقيا على الإطلاق. إذ تشير الإحصائيّات إلى أنّ معدّلات الانتحار تكون عموما متشابهة داخل نفس المناطق الجغرافيّة مع وجود نسب انتحار متشابهة في البلدان المتجاورة، مما يشير إلى أنّ الانتحار "يتحدّد بناءا على الاختلافات بين-الوطنيّة القائمة ومنها التقاليد والعادات والأديان والمواقف الاجتماعيّة والمناخ" (برات وآخرون، 2016). وفي حقيقة الأمر، ثَبُتَ أنّ للعوامل الاجتماعيّة دور مؤثّر على معدّلات الانتحار. ويوجد حاجة ملحّة من أجل الوصول إلى فهم أفضل للوضع في مناطق جغرافيّة وسياقات ثقافيّة مختلفة، خاصّة وأنّه تبيّن أنّ للعوامل الثّقافيّة تأثير على معدّلات وسلوكيّات الانتحار وإيذاء الذّات.

المراجع

Andrews, D.A., Bonta, J.L., Wormith, J.S., 2008. Level of Service/Risk, Need, Responsivity (LS/RNR) questionnaire, Dansk.

APA (Ed.), 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5, 5th ed. ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C.

Arboleda-Florez, J., Holley, J.L., 1988. Development of a Suicide Screening Instrument for Use in a Remand Centre Setting.

Austin, A.E., van den Heuvel, C., Byard, R.W., 2014. Prison suicides in South Australia: 1996-2010. J. Forensic Sci. 59, 1260–1262. https://doi.org/10.1111/1556-4029.12454

Ax, R.K., Fagan, T.J., Magaletta, P.R., Morgan, R.D., Nussbaum, D., White, T.W., 2007. Innovations in Correctional Assessment and Treatment. Crim. Justice Behav. 34, 893–905. https://doi.org/10.1177/0093854807301555

Ayhan, G., Arnal, R., Basurko, C., About, V., Pastre, A., Pinganaud, E., Sins, D., Jehel, L., Falissard, B., Nacher, M., 2017. Suicide risk among prisoners in French Guiana: prevalence and predictive factors. BMC Psychiatry 17. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1320-4

Baggio, S., Gétaz, L., Tran, N.T., Peigné, N., Chacowry Pala, K., Golay, D., Heller, P., Bodenmann, P., Wolff, H., 2018. Association of Overcrowding and Turnover with Self-Harm in a Swiss Pre-Trial Prison. Int. J. Environ. Res. Public. Health 15, 601. https://doi.org/10.3390/ijerph15040601

Bardale, R.V., Dixit, P.G., 2015. Suicide behind bars: A 10-year retrospective study. Indian J. Psychiatry 57, 81–84. https://doi.org/10.4103/0019-5545.148531

Barker, E., Kõlves, K., De Leo, D., 2014. Management of suicidal and self-harming behaviors in prisons: systematic literature review of evidence-based activities. Arch. Suicide Res. Off. J. Int. Acad. Suicide Res. 18, 227–240. https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824830

Barry, L.C., Wakefield, D.B., Trestman, R.L., Conwell, Y., 2017. Disability in prison activities of daily living and likelihood of depression and suicidal ideation in older prisoners. Int. J. Geriatr. Psychiatry 32, 1141–1149. https://doi.org/10.1002/gps.4578

Bhana, B.D., 2003. Custody-related deaths in Durban, South Africa 1998-2000. Am. J. Forensic Med. Pathol. 24, 202–207. https://doi.org/10.1097/01.paf.0000069849.70216.4b

Blaauw, E., Kerkhof, A., Winkel, F., Sheridan, L., 2001. Identifying Suicide Risk in Penal Institutions in the Netherlands. Br. J. Forensic Pract. 3, 22–28. https://doi.org/10.1108/14636646200100024

Bossuyt, P.M., Reitsma, J.B., Bruns, D.E., Gatsonis, C.A., Glasziou, P.P., Irwig, L., Lijmer, J.G., Moher, D., Rennie, D., Vet, H.C.W. de, Kressel, H.Y., Rifai, N., Golub, R.M., Altman, D.G., Hooft, L., Korevaar, D.A., Cohen, J.F., 2015. STARD 2015: an updated list of essential items for reporting diagnostic accuracy studies. BMJ 351, h5527. https://doi.org/10.1136/bmj.h5527

Brown, G.K., Ten Have, T., Henriques, G.R., Xie, S.X., Hollander, J.E., Beck, A.T., 2005. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. JAMA 294, 563–570. https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563

California State Auditor, 2017. California Department of Corrections and Rehabilitation : it must increase its efforts to prevent and respond to inmate suicides /, Report 2016-131. California State Auditor, Sacramento, CA.

Casiano, H., Bolton, S.-L., Hildahl, K., Katz, L.Y., Bolton, J., Sareen, J., 2016. A Population-Based Study of the Prevalence and Correlates of Self-Harm in Juvenile Detention. PLOS ONE 11, e0146918. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146918

CDC, 2017a. Definitions|Suicide|Violence Prevention|Injury Center|CDC [WWW Document]. URL https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/definitions.html (accessed 7.13.18).

CDC, 2017b. Deaths: Leading causes for 2015. National Vital Statistics Reports (No. vol 66 no 5.). U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Health Statistics National Vital Statistics System, Hyattsville, MD.

Chen, G., Gueta, K., 2017. Lifetime history of suicidal ideation and attempts among incarcerated women in Israel. Psychol. Trauma Theory Res. Pract. Policy 9, 596–604. https://doi.org/10.1037/tra0000277

CPT, 2011. The European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) Standards.

Dahle, K.-P., Lohner, J.C., Konrad, N., 2005. Suicide Prevention in Penal Institutions: Validation and Optimization of a Screening Tool for Early Identification of High-Risk Inmates in Pretrial Detention. Int. J. Forensic Ment. Health 4, 53–62. https://doi.org/10.1080/14999013.2005.10471212

Daigle, M.S., Daniel, A.E., Dear, G.E., Frottier, P., Hayes, L.M., Kerkhof, A., Konrad, N., Liebling, A., Sarchiapone, M., International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons, 2007. Preventing suicide in prisons, part II. International comparisons of suicide prevention services in correctional facilities. Crisis 28, 122–130. https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.3.122

Earthrowl, M., McCully, R., 2002. Screening new inmates in a female prison. J. Forensic Psychiatry 13, 428–439. https://doi.org/10.1080/09585180210152373

Encrenaz, G., Miras, A., Contrand, B., Galera, C., Pujos, S., Michel, G., Lagarde, E., 2014. Inmate-to-inmate violence as a marker of suicide attempt risk during imprisonment. J. Forensic Leg. Med. 22, 20–25. https://doi.org/10.1016/j.jflm.2013.11.009

Fazel, S., Grann, M., Kling, B., Hawton, K., 2011. Prison suicide in 12 countries: an ecological study of 861 suicides during 2003-2007. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 46, 191–195. https://doi.org/10.1007/s00127-010-0184-4

Fazel, S., Ramesh, T., Hawton, K., 2017. Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors. Lancet Psychiatry 4, 946–952. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30430-3

Friestad, C., Åse-Bente, R., Kjelsberg, E., 2014. Adverse childhood experiences among women prisoners: relationships to suicide attempts and drug abuse. Int. J. Soc. Psychiatry 60, 40–46. https://doi.org/10.1177/0020764012461235

Frottier, P., Koenig, F., Seyringer, M., Matschnig, T., Fruehwald, S., n.d. The Distillation of "VISCI": Towards a Better Identification of Suicidal Inmates. Suicide Life. Threat. Behav. 39, 376–385. https://doi.org/10.1521/suli.2009.39.4.376

Gates, M.L., Turney, A., Ferguson, E., Walker, V., Staples-Horne, M., 2017. Associations among Substance Use, Mental Health Disorders, and Self-Harm in a Prison Population: Examining Group Risk for Suicide Attempt. Int. J. Environ. Res. Public. Health 14. https://doi.org/10.3390/ijerph14030317

Gauthier, S., Reisch, T., Bartsch, C., 2015. Swiss Prison Suicides Between 2000 and 2010. Crisis 1–7. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000302

Görgülü, T., Tutarel-Kişlak, Ş., 2014. Submissive Behaviour, Depression, and Suicide Probability in Male Arrestees and Convicts. Noro Psikiyatri Arsivi 51, 40–45. https://doi.org/10.4274/npa.y6563

Gøtzsche, P.C., Gøtzsche, P.K., 2017. Cognitive behavioural therapy halves the risk of repeated suicide attempts: systematic review. J. R. Soc. Med. 110, 404–410. https://doi.org/10.1177/0141076817731904

Gould, C., McGeorge, T., Slade, K., 2017. Suicide Screening Tools for use in Incarcerated Offenders: A Systematic Review. Arch. Suicide Res. Off. J. Int. Acad. Suicide Res. 1–20. https://doi.org/10.1080/13811118.2017.1334611

Harrison, K.S., Rogers, R., 2007. Axis I screens and suicide risk in jails: a comparative analysis. Assessment 14, 171–180. https://doi.org/10.1177/1073191106296483

Hawton, K., Linsell, L., Adeniji, T., Sariaslan, A., Fazel, S., 2014. Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide. The Lancet 383, 1147–1154. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62118-2

Hayes, L.M., 2012. National study of jail suicide: 20 years later. J. Correct. Health Care Off. J. Natl. Comm. Correct. Health Care 18, 233–245. https://doi.org/10.1177/1078345812445457

Hedrick, K., 2017. Getting out of (self-) harm's way: A study of factors associated with self-harm among asylum seekers in Australian immigration detention. J. Forensic Leg. Med. 49, 89–93. https://doi.org/10.1016/j.jflm.2017.05.014

Hettiarachchi, L.V., Kinner, S.A., Tibble, H., Borschmann, R., 2018. Self-Harm among Young People Detained in the Youth Justice System in Sri Lanka. Int. J. Environ. Res. Public. Health 15. https://doi.org/10.3390/ijerph15020209

Iancu, I., Bodner, E., Sarel, A., Einat, H., 2007. Changes in mental health policy and their influence on self-injurious behaviours in the Israeli military prison system. Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr. 52, 591–597. https://doi.org/10.1177/070674370705200907

ICRC, 2015. Guidelines for Investigating Deaths in Custody.

Ineme, M.E., Osinowo, H.O., 2015. Development and Validation of Prison Inmates Self-Harm Urges Scale (IS-HUS): A Psychometric Study. Ife Psychol. Ile-Ife 23, 17–31.

Jones, A., 1986. Self-Mutilation in Prison: A Comparison of Mutilators and Nonmutilators. Crim. Justice Behav. 13, 286–296.

Joukamaa, M., 1997. Prison suicide in Finland, 1969-1992. Forensic Sci. Int. 89, 167–174.

Kaba, F., Lewis, A., Glowa-Kollisch, S., Hadler, J., Lee, D., Alper, H., Selling, D., MacDonald, R., Solimo, A., Parsons, A., Venters, H., 2014a. Solitary Confinement and Risk of Self-Harm Among Jail Inmates. Am. J. Public Health 104, 442–447. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301742

Kaba, F., Lewis, A., Glowa-Kollisch, S., Hadler, J., Lee, D., Alper, H., Selling, D., MacDonald, R., Solimo, A., Parsons, A., Venters, H., 2014b. Solitary Confinement and Risk of Self-Harm Among Jail Inmates. Am. J. Public Health 104, 442–447. https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301742

Kellogg, K.J., Kaur, S., Blank, W.C., 2014. Suicide in corrections: an overview. Dis.--Mon. DM 60, 215–220. https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2014.04.004

Konrad, N., Daigle, M.S., Daniel, A.E., Dear, G.E., Frottier, P., Hayes, L.M., Kerkhof, A., Liebling, A., Sarchiapone, M., International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons, 2007. Preventing suicide in prisons, part I. Recommendations from the International Association for Suicide Prevention Task Force on Suicide in Prisons. Crisis 28, 113–121. https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.3.113

Kottler, C., Smith, J.G., Bartlett, A., 2018. Patterns of violence and self-harm in women prisoners: characteristics, co-incidence and clinical significance. J. Forensic Psychiatry Psychol. 0, 1–18. https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1425475

Kriminalforsorgen, 2018. Retningslinjer for fængselspersonalets observation af klienter der vurderes at være i en vis risiko for at udsætte sig selv for livsfare.

Krüger, S., Priebe, S., Fritsch, R., Mundt, A.P., 2017. Burden of separation and suicide risk of prisoners with minor children. Int. J. Law Psychiatry 52, 55–61. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.03.004

Leese, M., Thomas, S., Snow, L., 2006. An ecological study of factors associated with rates of self-inflicted death in prisons in England and Wales. Int. J. Law Psychiatry 29, 355–360. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.10.004

Mackley, A., Parkin, E., Baker, C., Foster, D., Kennedy, S., Pyper, D., Butcher, L., Dent, J., Brooke-Holland, L., 2018. Suicide Prevention: Policy and Strategy.

Martin, M.S., Dorken, S.K., Colman, I., McKenzie, K., Simpson, A.I.F., 2014. The incidence and prediction of self-injury among sentenced prisoners. Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr. 59, 259–267. https://doi.org/10.1177/070674371405900505

Marzano, L., Adler, J., 2007. Supporting staff working with prisoners who self-harm: A survey of support services for staff dealing with self-harm in prisons in England and Wales. Int. J. Prison. Health 3, 268–282. https://doi.org/10.1080/17449200701682501

Marzano, L., Ciclitira, K., Adler, J., 2012. The impact of prison staff responses on self-harming behaviours: prisoners' perspectives. Br. J. Clin. Psychol. 51, 4–18. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2010.02007.x

Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., Smith, E.N., Piper, M., Fazel, S., 2016. Prevention of Suicidal Behavior in Prisons. Crisis 37, 323–334. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000394

Méndez, J.E., Papachristou, A., Ordway, E., Fettig, A., Shalev, S., 2016. Seeing into Solitary, A Review of the Laws and Policies of Certain Nations Regarding Solitary Confinement of Detainees. Weil & Cyrus R. Vance Center for International Justice & Anti-Torture Initiative, Center for Human Rights & Humanitarian Law, American University Washington College of Law, Washington, DC.

Mills, J.F., Kroner, D.G., 2011. Screening for suicide risk factors in prison inmates: Evaluating the efficiency of the Depression, Hopelessness and Suicide Screening Form (DHS). Leg. Criminol. Psychol. 10, 1–12. https://doi.org/10.1348/135532504X15295

Nieuwoudt, P., Bantjes, J., 2018. Health professionals talk about the challenges of suicide prevention in two correctional centres in South Africa. South Afr. J. Psychol. 0081246318758803. https://doi.org/10.1177/0081246318758803

NYC Dept. of Correction, 2003. The City of New York Department of Correction, Directive: Suicide Prevention.

ONS, 2017a. Suicides in the UK: 2016 registrations (Annual statistics). Office for National Statistics.

ONS, 2017b. Deaths registered in England and Wales (Annual statistics), series DR. Office for National Statistics.

Perry, A.E., Marandos, R., Coulton, S., Johnson, M., 2010. Screening tools assessing risk of suicide and self-harm in adult offenders: a systematic review. Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol. 54, 803–828. https://doi.org/10.1177/0306624X09359757

Power, J., Brown, S.L., Usher, A.M., 2013. Prevalence and Incidence of Nonsuicidal Self-Injury Among Federally Sentenced Women in Canada. Crim. Justice Behav. 40, 302–320. https://doi.org/10.1177/0093854812474427

Pratt, D., Gooding, P., Awenat, Y., Eccles, S., Tarrier, N., 2016. Cognitive Behavioural Suicide Prevention for Male Prisoners: Case examples. Cogn. Behav. Pract. 23, 485–501. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2015.09.006

Pratt, D., Piper, M., Appleby, L., Webb, R., Shaw, J., 2006. Suicide in recently released prisoners: a population-based cohort study. Lancet Lond. Engl. 368, 119–123. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69002-8

PRI, 2018. Mental health in prison: A short guide for prison staff.

Prisons & Probation Ombudsman for England & Wales, 2014. Learning from PPO Investigations, Risk factors in self-inflicted deaths in prisons. Prisons and Probation Ombudsman for England and Wales, London.

Radeloff, D., Lempp, T., Kettner, M., Rauf, A., Bennefeld-Kersten, K., Freitag, C.M., 2017. Male suicide rates in German prisons and the role of citizenship. PLoS ONE 12. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178959

Range, L.M., 2016. Suicide Probability Scale. J. Psychoeduc. Assess. https://doi.org/10.1177/073428298900700112

Riaz, R., Agha, S., 2012. Efficacy of Cognitive Behavior Therapy with Deliberate Self-harm in Incarcerated Women. Pak. J. Psychol. Res. Islamabad 27, 21–35.

Rivlin, A., Ferris, R., Marzano, L., Fazel, S., Hawton, K., 2013. A typology of male prisoners making near-lethal suicide attempts. Crisis 34, 335–347. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000205

Roma, P., Pompili, M., Lester, D., Girardi, P., Ferracuti, S., 2013. Incremental conditions of isolation as a predictor of suicide in prisoners. Forensic Sci. Int. 233, e1–e2. https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2013.08.016

Ruiz, A. (Ed.), 2010. Manual of forms and guidelines for correctional mental health, 1st ed. ed. American Psychiatric Pub, Washington, DC.

Saavedra, J., López, M., 2015. Risk of suicide in male prison inmates. Rev. Psiquiatr. Salud Ment. 8, 224–231. https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2013.07.004

Sanchez, H.G., 1999. Inmate Suicide and the Psychological Autopsy Process. Jail SuicideMental Health Update 8, 3–9.

Scott, C.L. (Ed.), 2010. Handbook of correctional mental health, 2nd ed. ed. American Psychiatric Pub, Washington, DC.

Selling, D., Solimo, A., Lee, D., Horne, K., Panove, E., Venters, H., 2014. Surveillance of Suicidal and Nonsuicidal Self-Injury in the New York City Jail System. J. Correct. Health Care 20, 163–167. https://doi.org/10.1177/1078345813518637

Shagufta, S., Boduszek, D., Dhingra, K., Kola-Palmer, D., 2015. Criminal social identity and suicide ideation among Pakistani young prisoners. Int. J. Prison. Health 11, 98–107. https://doi.org/10.1108/IJPH-06-2014-0018

Shaw, J., Baker, D., Hunt, I.M., Moloney, A., Appleby, L., 2004. Suicide by prisoners. National clinical survey. Br. J. Psychiatry J. Ment. Sci. 184, 263–267.

Shelton, D., Bailey, C., Banfi, V., 2017. Effective Interventions for Self-Harming Behaviors and Suicide within the Detained Offender Population: A Systematic Review. J. Evid.-Based Pract. Correct. Health 1.

Slade, K., Edelman, R., 2014. Can theory predict the process of suicide on entry to prison? Predicting dynamic risk factors for suicide ideation in a high-risk prison population. Crisis 35, 82–89. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000236

Slade, K., Forrester, A., 2015. Shifting the paradigm of prison suicide prevention through enhanced multi-agency integration and cultural change. J. Forensic Psychiatry Psychol. 26, 737–758. https://doi.org/10.1080/14789949.2015.1062997

Stokes, M.L., McCoy, K.P., Abram, K.M., Byck, G.R., Teplin, L.A., 2015. Suicidal Ideation and Behavior in Youth in the Juvenile Justice System: A Review of the Literature [WWW

Document]. URL http://journals.sagepub.com.ep.fjernadgang.kb.dk/doi/abs/10.1177/1078345815587001 (accessed 4.5.18).

Stoliker, B.E., 2018. Attempted Suicide: A Multilevel Examination of Inmate Characteristics and Prison Context. Crim. Justice Behav. 45, 589–611. https://doi.org/10.1177/0093854818754609

Towl, G.J., McHugh, M., Snow, L., British Psychological Society, 2004. Suicide in prisons. British Psychological Society ; Blackwell, Leicester; Oxford.

Trestman, R.L., Appelbaum, K.L., Metzner, J.L. (Eds.), 2014. Oxford textbook of correctional psychiatry. Oxford University Press, Oxford ; New York.

UK MoJ, 2013. Management of prisoners at risk of harm to self, to others and from others (Safer Custody).

UNGA, 1988. Body of principles for the protection of all persons under any form of detention or imprisonment, E/CN.4/RES/19(XXXIV).

UNGA, 2015. The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, The Mandela Rules.

van Ginneken, E.F.J.C., Sutherland, A., Molleman, T., 2017. An ecological analysis of prison overcrowding and suicide rates in England and Wales, 2000-2014. Int. J. Law Psychiatry 50, 76–82. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.05.005

Verdolini, N., Murru, A., Attademo, L., Garinella, R., Pacchiarotti, I., Bonnin, C.D.M., Samalin, L., Pauselli, L., Piselli, M., Tamantini, A., Quartesan, R., Carvalho, A.F., Vieta, E., Tortorella, A., 2017. The aggressor at the mirror: Psychiatric correlates of deliberate self-harm in male prison inmates. Eur. Psychiatry J. Assoc. Eur. Psychiatr. 44, 153–160. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.04.002

Walsh, B.W., 2014. Treating self-injury - a practical guide.

WHO, 2018. WHO | Suicide [WWW Document]. WHO. URL http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/ (accessed 3.26.18).

WHO & IASP, 2007. Preventing suicide in jails and prisons, Preventing suicides: A resource series. WHO, Geneva.

Wichmann, C., Serin, R., Motiuk, L., 2000. Predicting suicide attempts among male offenders in federal penitentiaries.

Zhang, J., Grabiner, V.E., Zhou, Y., Li, N., 2010a. Suicidal ideation and its correlates in prisoners: a comparative study in China. Crisis 31, 335–342. https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000055

Zhang, J., Liang, B., Zhou, Y., Brame, W., 2010b. Prison inmates' suicidal ideation in China: a study of gender differences and their impact. Int. J. Offender Ther. Comp. Criminol. 54, 959–983. https://doi.org/10.1177/0306624X09348200

DIGNITY - المعهد الدانمركي لمناهضة التعذيب

تأسس DIGNITY - المعهد الدانمركي لمناهضة التعذيب عام 1982 وعمل من أجل عالم خال من التعذيب والعنف المنظم. المعهد الدانمركي مؤسسة مستقلة تتمتع بحكم ذاتي ومركز وطني متخصص في علاج اللاجئين المصابين بصدمات نفسية شديدة. نميز أنفسنا عن طريق القيام بأنشطة إعادة التأهيل والبحث والتنمية الدولية كلها تحت سقف واحد. المعهد الدانمركي لمناهضة التعذيب ممثل في أكثر من 20 دولة في جميع أنحاء العالم حيث نتعاون مع منظمات محلية متخصصة بمناهضة التعذيب ومساعدة الضحايا وأسرهم لعيش حياة أكثر إكتمالا.

info@dignityinstitute.dk - www.dignityinstitute.org

DIGNITY
DANISH
INSTITUTE
AGAINST TORTURE