

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
MINISTRY OF HIGHER EDUCATION & SCIENTIFIC RESEARCH

ⵎⵎⵉⵔⵉ ⵏ ⵓⵎⵎⵎⵉⵔ ⵏ ⵜⵉⵣⵓⵣⵓ
ⵕⵓⵏⵉⵙⵏⵉ ⵏ ⵓⵎⵎⵎⵉⵔ ⵏ ⵜⵉⵣⵓⵣⵓ
ⵕⵓⵏⵉⵙⵏⵉ ⵏ ⵓⵎⵎⵎⵉⵔ ⵏ ⵜⵉⵣⵓⵣⵓ



Mouloud Mammeri University of Tizi-Ouzou
Faculty Of Letters and Languages
Department Of Translation and Interpreting

جامعة مولود معمري – تيزي وزو
كلية الآداب و اللغات
قسم الترجمة

A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Master in translation.

DOMAIN: Arts and Foreign Languages

SUBJECT: Translation

SPECIALITY: Applied Translation Arabic/English/Arabic

Title

Translating terms related to forensic psychology from English into Arabic

“THE HANDBOOK OF FORENSIC PSYCHOLOGY” by IRVING B WEINER and RANDY K. OTTO as a case study

Presented by:

Ms Yasmine Kacha

Mr Lounes Demouche

Supervised by:

Mrs Hamidi Kahina

Board of examiners:

Chairwoman: Mrs Idir Nacira

Supervisor: Mrs Hamidi Kahina

Examiner: Mr Ben Bali Tayeb

Academic year: 2023-2024

Dedication

FIRST OF ALL, ALL PRAISES TO ALLAH WHO HELPS ME TO FINISH THIS WORK.

I dedicate this hard and great work with great love, sincerity and pride to my dear parents, a source of tenderness, nobility and affection. May this step be a source of satisfaction for you.

To my brother and sister, as a testimony of fraternity, and to all the members of my family, to all my friends and teachers.

To everyone who helped me in accomplishing this work or even with kind words. Especially to the supervising professor for accepting to supervise this work.

Yasmine Kacha

I dedicate this work to all my family, my mother, my father and my sister who never stopped believing in me and for being my pillar of strength throughout everything.

To all my friends for their constant love and support.

To all my teachers who guided me and showed me the path which led me to this important day.

Lounes Demmouche

Acknowledgement

The first and the last gratitude is devoted to Allah the Almighty who helps and gives us the ability to do this work

We would like to express our deep gratitude to our supervisor Mrs. Kahina Hamidi for her follow-up and her for enormous support, which has continued to provide us throughout the dissertation and also for the valuable information she provided us with interest and understanding. We highly appreciate her cooperation from the beginning of our dissertation until now.

We also extend our sincere thanks to the members of the juries for being willing to examine and judge this work.

We will not let this opportunity pass without thanking all the teachers for their help and valuable advice.

Finally, our thanks to all those who contributed to the smooth running of this dissertation, mentioning our families and friends for their love and support.

Table of contents

Dedication

Acknowledgement

Table of contents

Introduction.....06

Chapter one: forensic psychology and translation

1. Definition of forensic psychology11

2. History of forensic psychology12

3. Role of forensic psychology12

4. Type of forensic psychology13

Chapter two: translating a scientific text, a specialized translation

1. Text typology17

2. What specialized translation means17

3. Scientific text17

3.1 Characteristics18

4. Scientific translation.....18

4.1 characteristics19

5.Forensic psychology related terminology19

6.Translation problems.....21

7.Procedures of translating terms related to forensic psychology from English into Arabic.....23

8. stages of translation24

9. documentary research.....25

Conclusion

Chapter three: translation analysis

1.Introduction.....28

2.Presenting the corpus.....	29
3.About the authors.....	29
4.Select translation.....	30
5.General conclusion.....	39
6.Bibliography.....	41
7.Appendices.....	45

1- Glossaries - English- Arabic glossary

- Arabic- English glossary

2- The translation of a part of a book “THE HANDBOOK OF FORENSIC PSYCHOLOGY, FOURTH EDITION) into Arabic.

General introduction

Translation has been a way to connect people from different parts of world for centuries, as it enriched the cultural , social and scientific life of different nations and it has become important in our time , through it, languages are developed and enhanced its vitality and its ability to keep pace with various developments .Without it every language would have become independent with its components ,and we would have become separate worlds , without it cultures would have disappeared and civilizations buried.

The concept of translation is no longer limited to the transfer of one language to another, but has become a science with it research, specializations and branches.

Translation includes different types; written translation, oral, literary and scientific which is one of the most important and complex type of translation this last is about translating terms in all field of science, medicine, psychology, physics..., but each one has its own terminology and it was intended for the translator to work on different types of texts, and to enter different factors of scientific and technical disciplines.

In a way, he is forced to take note of many scientific disciplines or rather the terms that limits this field.

One of the greatest contributions of translation to mankind is the translation of science because of its great importance for maintaining mental and physical health, and the discovery of disease and their treatment.

In our research we focused on psychology specially in forensic psychology.

Translating terms related to forensic psychology is always linked to science and profession of psychology and what is related to law and legal system.

In these last years we have noticed the development of this specialization which leads to the accumulation of specific terminology of its own.

This leads us to think about the difficulties that translators may face and encounter in this field, such as the complexity of the terms and the different procedures and strategies they adopted in order to render such type of a text in better way by finding relevant, efficient and effective equivalents during their translation.

The present study aims to highlight the problems and difficulties that the translator encounter when attempting to translate specialized field from English into Arabic language and also to highlight the methods and strategies that often use when dealing with such specialized field or terms.

In order to examine the translation problems encountered in translating terms related to forensic psychology from English into Arabic it is necessary to answer this main question:

What kind of procedures and strategies are used in translating terms related to forensic psychology from English into Arabic language?

It is followed by these sub-questions:

- What are the difficulties that the translator faces in translating terms related to forensic psychology?
- How can we overcome difficulties uncounted while translating terms related to forensic psychology?
- What are the solutions that may help the translator to overcome these difficulties?
- To what extent do terms related to forensic psychology have real equivalence in Arabic?

In order to answer to the questions raised in this research we hypothesize the following:

- Translating terms related to forensic psychology are not different from any other scientific texts.
- If translator in this field do rely upon variety of procedures along with bi-specialist they can produce a text that is close to the original.
- Most of the time translator uses certain strategies like comparative stylistic approach .

During the last part we have chosen a corpus as a case of study which is a book “THE HANDBOOK OF FORENSIC PSYCHOLOGY, FOURTH EDITION” this corpus was edited by IRVING B. WEINER and RANDY K. OTTO. in other hand we have provided a translation of a chapter in part six, also we have selected some examples related to our topic in order to investigate the translation procedures, and strategies employed in this corpus.

The methodology followed is descriptive for the first part based on documentary research which includes the theoretical concept related to forensic psychology. We have focused also on the concept of translation and their strategies during the last part by adopting the methodology of Vinay and DARBELNET (1977) which is comparative stylistics to compare between the SL and the TL.

The most important books reference we used to elaborate this research are:

- “Comparative Stylistics of French and English” by JEAN PAUL VINAY and JEAN DARBELNET edited in 1995.
- “Translation as Problems and Solutions” by GHAZALA HASAN edited in 1995.
- “Criminal profiling, in introduction to behavioral evidence analysis” by BRENT.E TARVEY
- “Forensic psychology and criminology, an Australasians perspective” by ANTHONY DAY, STUART CASY, JOHN VESS
- “Rethinking Risk Assessment: The Mark Arthur study of mental disorder and violence” by John Monahan, Henry

The study is divided into three chapters, the first and the second chapter are theoretical framework, and the third chapter is practical framework.

The chapter one deals with the definition of forensic psychology its type, role and its history.

In the second chapter is about translating scientific text: a specialized translation

Dealing with the text typology and specialized translation it contains the definition and characteristics of scientific text and scientific translation moreover, the part tackles about forensic psychology related to terminology, procedures and strategies of translating terms related to forensic psychology from English into Arabic language

The third chapter is practical part, we have translated a part of the book “the handbook of forensic psychology “written by Irving B. Weiner and Randy K. Otto. in this book we have all the information that were given in the previous theoretical part, then we have selected some examples that are related to our theme, and we have applied the translation from English into Arabic through the Comparative Stylistics Approach.

Chapter one: forensic psychology and translation

The study of psychology has long been recognized as a crucial discipline in understanding human behavior and mental process.

However, when psychology intersects with the legal system it opens up a whole new realm of inquiry and application. This field, commonly referred to as legal or forensic psychology, involves the exploration of psychological concepts and principles in relation to various aspects of the legal domain.

The focus of this chapter is built on the great understanding of forensic psychology it's types, components, role, history and the relation between forensic psychology and criminology and the difference between them .

1. Forensic psychology

Forensic psychology is the branch of psychology concerned with the production and application of psychological knowledge and principles within the legal process.

Although forensic psychology is relatively young discipline, psychology and law have been intermixed since the dawn of recorded history, today there is hardly an area of the law where psychological expert testimony is not being implemented and there can be no doubt that forensic psychology has made significant contributions to the execution of justice.

The activities of forensic psychologists include the assessment of competency to stand trial and criminal responsibility determining the validity of defenses such as intoxication, amnesia, dissociative identity disorder and post-traumatic stress disorder. (www.sciencedirect.com) october26,2023 at 18:58

The word “forensic” originates from the Latin word “forensis” which means “the forum” or the court system of ancient Rome. The American Board of forensic psychology describes this field as the application of psychology to issues that involves the law and legal system.

Most forensic textbook authors describe forensic psychology as having a broad definition and narrow definition. (www.verywellmind.com) october26,2023 at 19:00.

Forensic psychology, as defined by the American Psychological Association is the application of clinical specialties to the legal arena, this definition emphasizes the application of clinical psychology to the forensic settings. Christopher Cronin(2010:05) defines it as the “application of clinical specialties to legal institutions and people who come into contact with law”, again emphasizes the application of clinical skills such as assessment, treatment, evaluation to forensic settings, this is considered a narrow definition.

The broad definition of forensic psychology emphasizes the application of research and experimentation in other areas of psychology (e.g., cognitive psychology, social psychology) to the legal arena.

2. History of forensic psychology

While forensic psychology is considered a rather **new specialty area** within psychology, the field dates back to the earliest days in psychology's history. Philosophers and scientists have long sought to understand what makes people commit crimes, behave aggressively, or engage in antisocial behaviors. Forensic psychology is a relatively new specialty area. In fact, forensic psychology was just officially recognized as a specialty area by the **American Psychological Association** in 2001.

The first seeds of forensic psychology were planted in 1879, when **WILHELM WUNDT**, often called the father of psychology, founded his first lab in Germany. Since Wundt, the field of forensic psychology has blossomed, with contributions by lots of other experts. (www.verywellmind.com) 26october,2023 at 20:31

3. Role of forensic psychology

Forensic psychology brings behavioral science to court, but it also plays a bigger and more important role in the world of criminal justice and in the prosecution and prevention of crime. The term forensic medicine is defined as the scientific method of investigating crime. Therefore, forensic psychology is often referred to as the fusion of law and psychology. This field of psychology often focuses on the criminal himself. Experts in this field are often given the ominous responsibility of finding out why certain types of people commit crimes. What kind of person is committing a crime and how can we prevent people from committing crimes. The responsibilities and obligations of forensic psychologists range from court systems to law enforcement agencies, correctional facilities to medical facilities. Forensic psychologists, sometimes referred to as criminal profilers, work with law enforcement agencies to create a brief profile of a criminal based on shared psychological characteristics. In their work, they examine criminal activity and cover everything from psychological theory to legal issues. forensic psychologists' study clinical psychology and criminal justice. As you can imagine, forensic psychologists work very closely with the judicial system. (www.walshmedicalmedia.com) 26october,2023 at 21:29.

4. Types of forensic psychology

Forensic psychology comprises many specialties and concentrations tailored to patient needs. Here are four common one: edem

- **Adult psychology:** Adult forensic psychologists provide crucial input to legal cases, including litigation where criminal competency relates to custody, child welfare, domestic abuse, sex offenses, and other violent crimes. Specialists can evaluate the risk for future offenses, client competency to stand trial, and if individuals feign mental illness or cognitive impairment. Adult forensic psychologists can also provide expert testimony, consultation, and professional training.
- **Child and family psychology:** This concentration focuses on assessing and treating children and families involved in the legal system.

Psychologists in this specialty typically use couples or family therapy sessions to evaluate patients. Evaluating juveniles typically relates to competency to stand trial and ways to address dispositional issues. At times, psychologists determine if a juvenile in superior court should instead receive adjudication in juvenile court. The court can refer clients to psychologists if they need parent-child counseling, therapeutic supervised visitation, anger management training, divorce adjustment counseling for children, or parental communication skills training.

And these are some examples of child and family psychology cases:

. **child abuse**

. **juvenile offenders**

. **child custody**

. **incest**

. **substance abuse**

- **Forensic neuropsychology:** Forensic neuropsychologists study how psychological and physiological brain disorders and conditions impact brain function, potentially resulting in poor impulse control, lack of judgment, or criminal behavior. edem

Some examples about it:

. **trauma**

. **behavioral disorder**

. **personality disorder**

. **abuse and neglect**

. **genetic predisposition**

Neuropsychologists working within the legal system often provide insight into how neuroscience and psychology may affect offenders' behavior. Certain areas of the brain (e.g., prefrontal cortex, amygdala, hippocampus, and temporal lobe) are commonly associated with antisocial personality disorder or psychopathy. Neuropsychologists examine these areas of the brain and others to determine the risk of criminals reoffending. These professionals also determine insanity and assess prisoners before their release. Additionally, neuropsychologists can testify in court and collaborate with legal counsel for jury selection requirements.

- **Law enforcement:** Forensic psychologists specializing in this area apply principles of psychological practice to the law enforcement field. They must maintain expertise in both fields to fully understand situations in which they overlap. They find employment in many different settings in educational and forensic capacities. Police officers frequently require the assistance of law enforcement psychologists when dealing with crises such as suicide threats and other traumatic events.

This specialty uniquely incorporates comprehensive intervention and recovery technique training to accommodate the high stress levels that accompany the work. (www.psychology.org) 26october,2023 at 21:44

Conclusion

Forensic psychology is a critical discipline that combines psychological knowledge and principles with the legal system, and contributes to a better understanding of human behavior within the legal context.

In this first part, we focus on the definition of forensic psychology, the history, the role and we talked about its various types.

In the second part of this chapter, we will deal with text typology, specialized translation, the definition of scientific text and scientific translation and its characteristics. Moreover, forensic psychology terminology

Finally, the different procedures and strategies of translating terms related to forensic psychology from English into Arabic.

Chapter two: translating a scientific text, a specialized translation

The following part try to give an overview of forensic psychology's terms, starting with text typology then specialized translation, after that definition of scientific text and scientific translation. In addition, forensic psychology related terminology, translation problems. Thus, procedures and strategies of translating terms related to forensic psychology from English into Arabic language.

1. Text typology

Needless to say, that not all texts are the same type. We may distinguish between many types of texts, medical, legal, political. We may also see the similarities between them but in fact, they are not the same (for instance argumentative texts differ from expository texts, etc.). All types of texts differ in ways that are little clear intuitively (TROSPORG, 1984).

Text typology classification based on text types, it can include descriptive, narrative, argumentative texts, argued by REIS (1970).

The typology of texts determines the procedure of translation and methods (as cited in Munday, 2001 73-74).

2. What does specialized translation means?

Specialized translation refers to the process of translating texts that require expert knowledge in a particular field or subject area. It involves accurately and effectively translating specialized terminology, technical details, industry and specific information. This type of translation goes beyond linguistic competence and requires in depth understanding and expertise in the subject matter being translated. (Munday, J.2016)

3. Scientific text

According to SENOZ-AYATA (2005), as cited in YILDIZ (2015:255-256), the scientific text is a part of informative text which is conducted to present clear stated information by using terms related to scientific and technical field. Like most of texts the scientific one should include main elements which are; introduction, body, and conclusion.

3.1 Characteristics

The scientific text uses terms and expressions that have a keen relationship with the scientific field and branch. It characterized by its objectivity and the use of impersonality; it's also characterized by:

- clarity: scientific writing avoids as much as it can unnecessarily details
- objectivity: scientific texts are characterized by objectivity, meaning that they strive to present information in an unbiased and impartial manner.
- personal opinions and subjective language are minimized, and instead, a focus is placed on factual evidence and logical reasoning.
- structure and organization: typically follow a specific structure and organization to facilitate the presentation of information. They often include sections such as abstract, introduction, methodology, results, discussion, and conclusion. this organized structure allows readers to navigate the text and locate information easily.

- use of evidence and data: it relies on empirical evidence and data to support arguments and draw conclusions. Researchers conduct experiments, collect data, and analyze results to provide evidence-based support for their hypotheses and research question. Statistical analysis and data visualization techniques are often used to present the findings.
- formal and technical language: scientific texts employ a formal and technical language specific to the field of study. This language is characterized by its precision, clarity, and lack of ambiguity. Jargon and specialized terminology are used to convey information accurately and efficiently among experts in the field.

(University of Leicester 2009, student learning development cited by www.le.ac.uk/succeedinyourstudies)

4. Scientific translation

Scientific translation refers to the specialized translation of scientific and technical content, including research papers, patents, laboratory reports, academic articles, and scientific literature. It involves the accurate transfer of information and concepts from the source language to the target language while maintaining the precision, clarity, and scientific integrity of the original text. Scientific translators possess not only strong language skills but also in-depth knowledge of the subject matter and terminology specific to the scientific field, enabling them to effectively convey complex scientific information to the target audience. (Mellinger, C. Hanson, L. 2019).

4.1 Characteristics

Relying on Snell-Hornby (1995) as cited in Kruger (2014) the scientific translation has the following features:

- Subject matter knowledge: Since scientific translation deals with texts belonging to the scientific field, it is necessary to have prior knowledge about the text the translator is going to translate concerning terms and concepts...etc.
- Stability of meaning: It all about “understands the source text”; that is to say, the translator has to have a good understanding of the ST so s/he renders it with the same meaning into the TT.
- Invariance of meaning: The translator should keep the same meaning of the ST when s/he translates it into the TT.
- Communicative function: As long as informing is the main objective of scientific translation, it is necessary to achieve that objective in scientific translation. Kruger R(2014)

5. Forensic psychology related terminology:

forensic psychology terminology comprises specific words and terms used with the field to study the intersection of psychology and the legal system; among these terms we can list:

actus reus: that criminal act has occurred (literally, “guilty act”)

adversarial court system: frequently referred to as “accusatorial”, a court system in which each side presents a case (prosecution and defense) before a court.

Antisocial personality disorder: a mental illness that is listed in the DSM that is characterized by antisocial behavior.

Automatism: a criminal defense that claims a defendant’s actions are automatic or involuntary.

Civil cases: cases that are concerned with private rights, as disputes between two individuals.

Clinical psychology: a branch of psychology focusing on the assessment and treatment of mental disorders and cognitive and behavioral problems.

Criteria-based content analysis (CBCA): method of analyzing statements in terms of indices that are believed to reflect truthfulness.

Expert evidence: a contribution made by a person employed to give evidence on a subject who by training, knowledge, and experience, is qualified to express a professional opinion.

False confession: a confession or admission to a criminal act that the confessor did not commit.

Guilty knowledge test (GKT): a method of detecting guilt or innocence in which suspects are asked to respond to questions for which only a guilty person is expected to know the correct alternative answer. The guilty subject should experience more physiological arousal to the correct alternative compared to the others, while an innocent suspect will react similarly to all alternatives.

Instrumental violence: violence committed with a purpose, or in a planned or organized manner.

Jurisdiction: the authority of a court in any particular location.

Mens rea: there is criminal intent/responsibility (literally, “guilty mind”).

Post-traumatic stress disorder (PTSD): an anxiety disorder precipitated by a traumatic event that leads to symptoms involving re-experiencing the event, avoidance of event-related stimuli, and increased arousal.

Projective test: a personality test that involves the presentation of ambiguous stimuli.

Psychopathy: a clinical term to describe deficits in interpersonal and emotional functioning.

Recidivism: repeat criminal behavior, normally defined by an additional criminal conviction.

Reliability: statistical term related to the consistency and stability of offending by an individual.

Risk assessment: procedures for estimating the likelihood of future recurrence of harmful behavior.

Risk management: procedures to contain or reduce the likelihood of recurrence of harmful behavior.

Statement validity analysis (SVA): a method of assessing the veracity of witness statement.

Structured professional judgement: a form of assessment in which the assessor uses a structured risk-assessment tool.

Syndrome evidence: evidence that refers to a set of symptoms occurring together in a meaningful manner.

Trauma: a powerful, disturbing experience that may have long-lasting effects.

Ultimate issue testimony: expert testimony in which the expert gives a conclusion that answers the question that is presently before the court.

Voice stress analysis: a technique that claims to detect lying by measuring variations in the physical properties of sounds made when speaking.

Weapon focus: playing attention to a threat from a weapon to the detriment of noting the appearance of the offender. David (2010:137)

6. Translation problems:

GHAZALA defines problems of translation as the obstacle that the translator faces in the translation process which makes him/her stop the process. There are many problems the translator comes across in scientific translation.

Translation can be posed by grammar, style or sounds thus. We have grammatical, lexical, stylistic, and phonological. Ghazala (2011:18)

Grammatical problems:

English language grammar has twelve tenses, whereas in Arabic there are only three. Moreover, the word order varies between the two languages, in other words, the English language sentence consists of “Subject +Verb +Object”. However, the Arabic sentence contains “Verb+ Subject+ Object”.

Lexical problems:

This type of problem is related to language words and vocabulary and arises when a word or an expression in SL is unknown or indirectly understood in TL, examples like; the translation of polysemous words, synonyms, and collocations. Considering the example of polysemous words, words that have more than one meaning, the word “spiring” for instance in translated in Arabic into ربيع، منبع، يقفز، ينشأ. Ghazala (1995: 19)

Stylistic problems:

These problems are concerned with style in the sense that style plays an important role in affecting meaning, and grammar. The degree of Formality and informality leads to stylistic problems. For instance, the conjunction “but” has the equivalent of "ان بيد" in formal style whereas in informal style we may use "لكن".

Joos (1962) suggested a formality scale of the English language.

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| 1- Frozen formal | (فصيح جدا- متصلب- قح) |
| 2- Formal | (فصيح) |
| 3- Informal | (غير فصيح- شبه فصيح) |
| 4- Colloquial | (عامي) |
| 5- Vulgar (slong) | (سوقي) |

Ghazala (1996 : 20).

To illustrate this scale, Ghazala gives the following examples:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. “Be seated” | (عليك بالجلوس) |
| 2. “Have a seat” | (تفضل بالجلوس) |
| 3. “Sit down, please” | (اجلس لو سمحت) |
| 4. “Feel at home” | (ارتاح- استرح- خذ راحتك) |
| 5. “Sit bloody down please” | (تضرب على قلبك) |

Ghazala (1996 :20)

This scale shows differences between the source and target languages which result in problems for students because they do not know about these scales Ghazala (1995).

Phonological problems:

These types of problems are concerned with sounds. Phonological problems occur when the translator ignores how to transmit a particular sound; in this case the translator should be a careful listener keeping the same meaning from the target language. Those problems are encountered mostly in literature and advertising. Phonological problems are related to sounds since there are some sounds in the SL which have no equivalent in the TL. For instance, the letters: "ق"، "خ"...in Arabic have no equivalent letters in English. Ghazala (1995:17).

7. Procedures of translating terms related to forensic psychology from English into Arabic:

Translation consists of reproducing the message of the source language in target language firstly in terms of meaning, secondly in terms of style. Translating can be simply defined as transferring the message from the source language (SL) into the target language (TL), both in terms of meaning and style. So, the ideal translation should make sense and be easily understood by the target readers. However, the message in the TL should be equivalent with that in the SL. The structure of a given language determines the way in which the speakers of that language view the world. Related to rendering SL text to TL text, a translator should ensure that the surface meaning of the two texts will be approximately similar, and the

structure of the SL will be preserved as closely as possible but not so closely that the TL structures will be seriously distorted. BASANETT (1994:2).

Different languages reflect different values and cultures; therefore, in an attempt to mediate different languages, values or cultures, translations "nearly always contain attempts to naturalize the different culture to make it conform more to what the reader of the translation is used to" (Lefevere, 1999: 237). Translation involves the transfer of meaning from a text in one language into a text in another language. BELL Considering the translator as a learner, ROBINSON puts forward that translation is an intelligent activity involving complex processes of conscious and unconscious learning. It requiring creative problem-solving in novel, textual, social, and cultural conditions». ROBINSON (1997:51).

Translation procedures are methods applied by translators when they formulate an equivalence for the purpose of transferring elements of meaning from the Source Text (ST) to the Target Text (TT). Jean Paul Vinay and Jean DARBELNET in the 1950s came up with seven procedures of translation and as many ways to attain equivalence. VINAY and DARBELNET proposed seven methods or procedures, they are borrowing, calque, literal, transposition, modulation, equivalence, adaptation. Their view was that if literal translation or direct translation was impossible, then the translator would have to resort to what they termed oblique translation. Oblique translation is another term for free translation where the translator exercises his/her freedom to attain equivalence; this might perhaps result in what Catford terms „shifts'. Due to structural and metalinguistic parallelisms that occur between languages it is often possible to overcome gaps between the SL and the TL by transposing the SL message piece by piece into the TL. In such cases, when the translator notices a gap in the target language, they can employ either a parallel category or a parallel concept to convey the meaning of the source text. This can be accomplished with one of the following direct translation procedures.

Borrowing

According to VINAY and DARBELNET borrowing is the simplest strategy, they said that “in order to introduce the flavor of SL culture into translation, foreign terms may be used” No doubt that lexis in a part of language, which is liable to swift changes in multifarious areas under the influence of the dynamic development of society. Lexis of each language must be sensitively responsive to new ideas, concepts, objects and inventions of the extra-linguistic reality. Borrowing involves using foreign phrasing in the TT. To be precise, borrowing, which is relatively the simplest of all procedures used for translation, is to take a word or expression straight from another language, for example, the word ‘computer’ is transliterated as 'كمبيوتر'. Translators resort to these procedures because the concept discussed in the SL is relatively unknown to the target audience. Nowadays, borrowing is frequently caused by new technologies entering rapidly the surrounding reality and it is used to overcome a lacuna, usually a metalinguistic one, for example, a new technical process or an unknown concept. Venuti (2004).

Calque

A calque is a translation strategy which is defined as “An expression that consists of TL words and respects TL syntax, but is unidiomatic in the TL because it is modelled on the structure of an SL. Expression” DICKINS, HERVEY, & HIGGINS (2002: 31).

Literal translation “word for word”

Literal, or word for word, translation is the direct transfer of a Source Language text into a grammatically and idiomatically appropriate Target Language” VINAY and DARBELNET (1995:33-34).

In addition, as judged by GHAZALA “this method regards translation to be a translation of individual words. All we have to do is find the equivalent word in Arabic for the English word, regardless of differences in grammar, word order, context or special use. Moreover, the whole concentration is on the source language, whereas the target language should follow, imitate and mirror it blindly, perfectly, straight forward way of translation, which makes it common among students in particular”. GHAZALA (1995: 5).

Adaptation

Mentioned by VINAY and DARBELENT “it is used in those cases where the type of situation being referred to by the SL message is unknown in the TL culture. In such cases translator have to create a new situation that can be considered as being equivalent”. According to PETER NEWMARK. Adaptation is the freest of translation, it is used mainly for plays (comedies) and poetry Plots are usually preserved, the source language culture converted to the target language and the text rewritten. Peter Newmark (1987: 46).

Transposition

Any translation involves some modifications and changes on the linguistic level, because of structural and syntactic differences between the two languages involved. Transposition is defined by VINAY & DARBELNET as a translation procedure that involves in a change of grammar or word class from SL to TL without changing the meaning of the text. In a narrow sense, transposition will be apprehended as replacement of one word class or syntactic category with another without altering the semantics of the message, thus keeping the non-literary text’s information invariant. VINAY & DARBELNET summarize a distinction between two types of transposition; namely, obligatory and optional transpositions as follows:

1. Transposition is obligatory when there is no other alternative to preserve and render the SL meaning in the TL, i.e., when there is only one way of rendering the SL structure in TL. English word order on the phrase level usually demands obligatory transposition in Arabic. For instance, an English ‘adjective + noun’ is, in most cases, rendered in Arabic by a ‘noun + adjective’. For example, the phrase ‘a narrow and deserted street’ which is composed of ‘adjective + adjective noun’ is rendered in Arabic as 'شارع مهجور ضيق' which is structured as ‘noun + adjective + adjective’.
2. An optional transposition occurs when the translator is faced with two choices. His/her choice of one or the other option is usually stylistically motivated, e.g., the phrase ‘when he arrived’ which can be translated in Arabic as either 'وصوله' or 'عندما وصل'.

Modulation

While transposition, or recasting, operates on the syntactic and structural level of discourse, modulation operates on the semantic level and on the variation of point of view. Translators tend to resort to modulation as a translation procedure that focuses on a change of viewpoint. Modulation is used by translators when the TL rejects literal translation. In other words, this oblique translation procedure entails a variation of the form of the message, obtained by a change in the point of view. VENUTI (2004)

This suggests that this semantic-pragmatic procedure rests on a shift of cognitive categories between two languages. This shift seems to be justified in cases when a literal or even transposed translation results in a grammatically correct utterance but is still, however, considered somewhat unsuitable, unidiomatic or awkward in the TL. VINAY & DARBELNET (1958/1999).

Modulation consists of choosing other symbols for the same signification, i.e., the same idea expressed differently in SL and TL. Whereas transposition puts the translator's, first and foremost, syntactic abilities to the test, modulation is said to be a real touchstone for a competent translator. Transposition affects syntactic function of TL units only, modulation, on the other hand, involves alteration of semantic categories or the processes by which thoughts are conveyed. Generally speaking, when one reads a text, he/she constructs a mental representation as a result of the interpretative process. Accordingly, a translator's goal is to produce a text in the TL which, in the right context, will enable the reader to construct a mental representation that resembles the one constructed by the reader of the ST.

Transliteration

This procedure is used when the other procedures does not result in the desired purpose; it is a letter for a letter exchange. Is a technique in which it is a phonetic transliteration from a source language of a word by the usage of differing script is called transliteration; that is, to transliterate is to write a letter or a word using the closet corresponding letters of a different alphabet or language. Compact oxford English Dictionary (2011).

8. Stages of translation :

Comprehension:

At this stage , the translator must interpret the speech in the original language , as well as to understand the intended meaning communicate in the target language .what we can mean by interpretation , is to show what is implicit in terms of meaning , or in other words , we can say the text is open to multiple meaning possibilities generally the position and context present the writer is to say in words all the meaning he want to convey , because they play a major role in interpretation and in clarifying what I am more conscious of words, and therefore the translator differs from the ordinary reader by examining what I am conscious of thoughts and what I n read between the lines to be able to collect the full meaning. (Dr Abdul Latif, 2008:1).

The process of understanding begins with decoding the signs and continues with the cognition of the signifiers that allow the understanding of the meaning of the operative when connected to the cognitive supplements to finally end up capturing the dynamics of the text. And here, too when the translator encounters some difficulty, finds himself in a privileged position until he notices his approach.

Diverbalization:

As it is already mentioned in the theory of sense, diverbalization occupy an important role, so for that the translator must avoid the overlap between the two languages through liberation from the original linguistic structures in the target language.

For DANIKA SELSKOVIC, the translator “does not follow the structures of the original text, but rather the opposite, he must move away from these structures through a linguistic detachment that enables him to obtain meaning and preserve this freedom expressive while rewriting the target text”.

1. Expression

Translation is an indirect composition in a second language or a paraphrase from one language to another, civilization to civilization and from specialized field to the same field. During the expression process the translator should preserve the entire content of the original text without addition or omission, and subject its translation to great deal of accuracy and clarity, representing the controls and rules of target language.

CHRISTINE DURIEUX says in this regard: “this approach can be illustrated by a triangle whose top rises as far as the translator gets rid of the structure of the original text to stick to its meaning so that he can understand it and re -expressing it in a way that respects the genius and uses of the target language” Christine Durieux (2007:124).

Documentary research :

Documentary research is an essential step that any translator should do before s/he begins to translate, especially if s/he has a technical text full of technical terms that require careful research. Documentary research is an accurate research based primarily on reliable references that contribute to the clarification of a specific issue or phenomenon. Hence, the appropriate results related to the subject of documentary research, whose objectives are different, are reached.

Documentary research is one of the most important steps that a translator starts with in the translation process. We try to delve deeply into the subject of documentary research in the profession of the translator.

The importance of documentary research for the interpreter is that it is critical in the quality of the translation. If the documentary research is in-depth as it should be, the translation will be correct. If the translator neglects to look for facts and knowledge of the subject and verifies the validity of the information, the translation will be less than the necessary translation quality.

Conclusion

To conclude, no one can translate correctly or perfectly, any translator may face any difficulties during translation of forensic psychology terms from English into Arabic. To solve these problems, the translator may use procedures and strategies to find accurate equivalent to source language into target language, this study tries to come out with something new and original.

Chapter three: analysis of the corpus

The current chapter represents the practical part of the dissertation it attempts to investigate the procedures and strategies used in psychology field.

To substantiate our research, we have embarked on a scientific translation endeavor, selecting a renowned book as our exemplar. The primary objective of this chapter revolves around uncovering the appropriate equivalents for terms pertaining to forensic psychology. Our intention is to shed light on the associated terminology that aligns with this subject matter. Furthermore, we aim to establish connections between certain elements discussed in the theoretical section and the chosen samples, while employing a methodology that assesses the validity of our hypotheses.

The methodology adopted in this chapter is translating a part in the six chapter of the book in titled: "THE HANDBOOK OF FORENSIC PSYCHOLOGY, FOURTH EDITION" edited by IRVING B, WEINER, RANDY k. OTTO aims to investigate the procedures and strategies used in translating terms related to forensic psychology, from English language into Arabic language. By using the methodology for translation by JEAN-PAUL VINAY and JEAN DARBELNET which called "Comparative Stylistics Approach".

1. Presenting the corpus:

The corpus we have chosen is: “THE HANDBOOK OF FORENSIC PSYCHOLOGY, fourth edition” We have selected this corpus because it is scientific document that contains texts and terms which serve this study. The book is in English version comprises 944pages, this corpus was written by IRVING B, WEINER, RANDY K. OTTO, and it is the fourth edition. The version published by John Wiley and sons, 2013, and printed in the United States of America. This volume divided into six (06) parts with in twenty-three (23) chapters. Considered among the best seller in field of legal psychology.

The handbook of forensic psychology provides a comprehensive overview of the theoretical foundations, research findings, and practical application within the field of forensic psychology.

It covers a wide range of topics including criminal behavior, legal system, forensic assessment and evaluation, psychology in the courtroom, correctional psychology, forensic treatment and intervention, ethical consideration, and professional issue in forensic practice.

2. About the fourth edition:

This *Fourth Edition* is completely revised and updated for the new and rapidly growing demands of the field to reflect the new tools available to, and functions required of, present-day practitioners. The new edition expands coverage of neuropsychological assessment, eyewitness testimony, ad jury competence and decision-making, including selection, process and authority. In addition, the new ethics guidelines approved by the American Psychological Association (APA) are included and interpreted.

- Updated to include reframed content and the introduction of new chapter topics and authors
- Ideal for professional forensic psychologists and graduate students
- Written by experts in the field, a clinical professor of psychiatry and an associate professor of mental health policy

3. About the authors:

Irving B. Weiner, Ph.D., is Clinical Professor of Psychiatry and Behavioral Medicine at the University of South Florida and former Director of Psychological Services at the University of South Florida Psychiatry Center in Tampa, Florida. He is a Fellow of the American Psychological Association and of the Association for Psychological Science, a Diplomat of the American Board of Professional Psychology in both Clinical and Forensic Psychology, and a Licensed Psychologist in the State of Florida.

Randy Otto, Ph.D., is Associate Professor of Mental Health Policy and Law the University of South Florida, former President of the American Board of Forensic Psychology and as President of the American Psychology-Law Society, and he is currently Treasurer of the American Board of Professional Psychology. He is coordinator of continuing education

programs for the American Academy of Forensic Psychology and a recipient of the Academy's award for Distinguished Contributions to Forensic Psychology. (www.wiley.com) In November 2023 at 17:39

4. Select translation

-Sample one (01)

Forensic psychology has been defined as both, the research endeavor that examines aspects of human behavior

تم تعريف علم النفس الشرعي على انه المسعى البحثي الذي يدرس جوانب السلوك البشري

Forensic psychology

علم النفس الشرعي

Discussion:

we have translated the word “forensic psychology” into “علم النفس الشرعي” which led to the same meaning, we adopted the equivalence procedure in translating this term, because we think that it is the right way to render the meaning of the concept

-sample two (02)

criminology is the study of crime , it emphasize social causes , patterns, developments, and ways of reducing crime.

علم الجريمة هو دراسة الجريمة و يركز على الاسباب الاجتماعية والانماط و التطورات وطرق الحد من الجريمة

Criminology

علم الجريمة

Discussion:

We have used the Equivalence procedure in translating this term, and we kept the same grammatical level, because we have translated the source term of noun type “criminology” into a target translation term of noun type "علم الجريمة". Because we think that this is the right way to render the meaning of the concept. It would be incorrect to translate “criminology” into « كريمةولوجيا » for example to use another strategy such as borrowing. The Equivalence allows to render the correct meaning to concept, as supported by Comparative Stylistics approach.

-Sample three (03)

many states have a rebuttable presumption that is not in the best interests of children for a person who commits domestic violence to have custody of his or her child

لدى العديد من الولايات افتراضا قابلا للدحض مفاده انه ليس من حق الشخص الذي يرتكب العنف الاسري الحصول على حضانة طفله.

Domestic violence

العنف الاسري

Discussion:

The source text collocation “domestic violence” is of adjective + Noun type, and we have translated it into "العنف الاسري", this collocation is of adjective +noun type. Therefore, the procedure used is equivalence. For that we think that this is the right way to render the meaning of the concept. It would be incorrect if we translate the word “domestic violence” from the Source text into "العنف المنزلي" in target text, and using another strategy such as Literal translation. Equivalence is the correct one to get a correct translation.

-Sample four (04)

Individuals with schizophrenia may experience hallucinations and delusions, impacting their ability to differentiate between what is real and what is not."

قد يعاني الاشخاص المصابون بالفصام من الهلوسة و الاوهام مما يؤثر على قدرتهم على تمييز ما هو حقيقي و ما هو غير حقيقي .

Schizophrenia

انفصام الشخصية

Discussion:

In this fourth sample we dealt with the noun “schizophrenia” translated into Arabic "انفصام الشخصية" which led to the same meaning. therefore, we adopted the equivalence procedure . it will be incorrect if we translate it to سكيذوفرينيا by using literal translation .

-sample five (05)

the needs principle posits that, to reduce recidivism, treatment must focus on the offender's criminogenic needs.

يفترض مبدا الاحتياجات انه للحد من العودة الى الاجرام يجب ان يركز العلاج على الاحتياجات الاجرامية للجاني .

Criminogenic needs

الاحتياجات الاجرامية

Discussion:

In this example, we have translated the English collocation “criminogenic needs” into “الاحتياجات الاجرامية” keeping the same grammatical structure from source text into the target text, i.e., adjective + noun into noun+ adjective. Then, the procedure used is a literal translation. Because we think that this is the correct way to render the meaning of the concept. Literal translation allows to have the correct meaning and achieve a correct translation, relying on Comparative Stylistics Approach .

-sample six (06)

Across studies, results reflect a primary concern that the insanity defense is an easily abused loophole in the law that allows many offenders to escape punishment

تشير النتائج عبر الدراسات الى قلق أساسي بان الدفاع بالجنون هو ثغرة يسهل انتهاكها في القانون

تسمح للعديد من المجرمين بالهروب من العقوبة.

Insanity defense

الدفاع بالجنون

Discussion:

A literal translation was adopted in this example because the source text noun +noun collocation « insanity defense » is translated into « دفاع الجنون » which is in the same type; noun +noun and has the literal meaning of each word of the collocation. We consider this strategy as the right way to render the meaning of the concept. It would be incorrect if we translate this collocation by "دفاع المرض العقلي" for example the using of another strategy such as Equivalence. In this case the Literal Translation permits to success in the translation as mentioned by VINAY and DARBELNET in Comparative Stylistics Approach.

-sample seven (07)

the testimony of an eyewitness to a criminal event is conditioned by many influences associated with the environment of a unique event and by the actions of many people, both as event actors and as actors representing the criminal justice system and process

ان شهادة شاهد عيان على حدث اجرامي مشروط بالعديد من التأثيرات المرتبطة ببيئة الحدث الفريد وبأفعال العديد من الناس. سواء كممثلين في الحدث وكممثلين يمثلون عملية نظام العدالة

Eyewitness testimony

شهادة شاهد عيان

Discussion:

If we translate the word “eyewitness testimony” into Arabic, we will find "شهادة شاهد عيان" though we have not changed the grammatical structure of the collocation translated therefore, the procedure used here is literal translation. Therefore, we think that this is the right way to render the meaning of the concept. It would be incorrect if we translate “eyewitness testimony” in English into "شهود عيان", if we use another strategy like Equivalence. The Literal Translation allows to get a correct translation from ST into TT, as cited in Comparative Stylistics Approach

-sample eight (08):

Fuzzy-trace theory has evolved in response to counterintuitive data on how memory development influences the development of reasoning.

لقد تطورت النظرية الحدسية استجابة للبيانات غير البديهية حول كيفية تأثير تطور الذاكرة على تطور التفكير

Fuzzy trace theory

النظرية الحدسية

Discussion:

We have translated the noun phrase “fuzzy-trace theory” into “النظرية الحدسية” which led to the same meaning. Therefore, we adopted the Equivalence procedure. For that we think that this is the right way to render the meaning of the concept. It would be incorrect if we translate “fuzzy trace theory” into «نظرية الاثار الغامضة» this if we have used another strategy like literal translation, but in this example the correct way of translation was by using Equivalence procedure.

-sample nine (09)

Competency to stand trial

الكفاءة للمحاكمة

Discussion:

We notice that we have conveyed the same meaning of source text collocation “competency to stand trial”, because we translated it into the target text " الكفاءة للمحاكمة ", although we have changed the grammatical structure of the collocation translated, in other words, we had in the source text a collocation of verbal phrase type translated into a collocation of nominal phrase type. Accordingly, the procedure used is Transposition since the change is on the level of grammar. Because we think that this is the right way to render the meaning of the concept. It would be incorrect if we translate “competency to stand trial” from source text into " كفاءة للوقوف دريا " by using another strategy such as Literal translation “word for word” rather than transposition allows to get a correct sense which is, " الكفاءة للمحاكمة "

-sample ten (10)

Trauma-informed care

الرعاية الواعية للصدمات

Discussion :

We have translated the collocation “trauma-infotrmed care ” into “ الرعاية الواعية ” which led to the same meaning, therefore we adopted the equivalence procedure in translating this collocation. Because we think that this is the right way to get a successful translation of the concept. Of course, that it would be incorrect if we translate “ ” into “ ” with the use of another strategy like transposition translation. The Equivalence permit to have the right meaning.

-sample eleven (11):

Psychopathy defined as constellation of affective , interpersonal and behavioral characteristics

يعرف الاعتلال النفسي على انه مجموعة من الخصائص العاطفية و الشخصية و السلوكية.

Psychopathy

الاعتلال النفسي

Discussion :

We have translated the noun "psychopathy " into " اعتلال نفسي " which led to the same meaning, therefore, we used equivalence procedure in translating this term. Because we think that it is the right way to render the meaning of the concept, it would be incorrect if we translate the word “dpsychopathy ” in English into “السيكوباتية .“ by using another strategy such borrowing by giving correct sense and meaning.

-Sample Twelve (12):

Risk Assessment. Actuarial methods with varying rates of reliability, validity, and clinical utility have been developed for other forms of violence risk, but not for child maltreatment risk (BORUM, OTTO, & GOLDING, 1993, QUINSEY, HARRIS RISE, & CORMIER, 1998), (page 254)

تقييم المخاطر. تم تطوير الطريقة الاكتوارية بمعدلات متفاوتة من الموثوقية والفائدة السريرية لأشكال أخرى من مخاطر العنف ولكن ليس لخطر سوء معاملة الأطفال.

Risk Assessment

تقييم المخاطر

Discussion :

We have adopted the literal translation in this example because in the ST noun + noun collocation “risk assessment” is translated into “تقييم المخاطر” which is the same type noun + noun and has the same literal meaning each word of the collocation i.e. The noun “risk” was translated into a noun “مخاطر”, and the noun “assessment” was also translated into noun “تقييم” .

-sample thirteen (13):

Many experts are concerned about this extension of post traumatic stress disorder as an insanity defence in crimes of violence

يشعر العديد من الخبراء بالقلق إزاء التوسع في اضطراب ما بعد الصدمة باعتباره دفاعا عن الجنون.

Post-traumatic stress disorder

اضطراب توتر ما بعد الصدمة

Discussion:

We have translated the nominal phrase “post-traumatic stress disorder” into “اضطراب ما بعد الصدمة” which led to the same meaning. Therefore, we adopted the literal translation procedure. For that we think that this is the right way to render the meaning of the concept. It would be incorrect if we translate “post-traumatic stress disorder” into “اضطراب الكرب التالي للرضح” this if we have used another strategy like equivalence, but in this example the correct way of translation was by using literal translation procedure.

-sample fourteen (14):

Anti-social personality disorder

اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع

Discussion:

We have translated the nominal phrase “antisocial personality disorder” into “اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع” which led to the same meaning. Therefore, we adopted the literal translation procedure. For that we think that this is the right way to render the meaning of the concept. It would be incorrect if we translate “antisocial personality disorder” into “اعتلال نفسي او جماعي” this if we have used another strategy like equivalence, but in this example the correct way of translation was by using literal translation procedure.

-sample fifteen (15):

desistance is not analogous to reduced recidivism

المقاومة ليست مماثلة للحد من الانتكاس.

Recidivism

انتكاس

Discussion

We have translated the source text term “recidivism” into “انتكاس”, as we can notice the word is directly translated to a word, or noun to noun by giving the equivalence that are very close to the meaning using equivalence procedure, because we think that is the right way to render the meaning of the concept.

Rather than using another procedure that can change the whole meaning.

-sample sixteen (16):

The guilty knowlegde test consists of a series of questions about the crime posed in multiple-choice format (page 619).

يتكون اختبار المعرفة بالجرم من سلسلة من الأسئلة حول الجريمة المطروحة بتنسيق متعدد الخيارات

Guilty knowledge test

اختبار المعرفة بالجرم

Discussion:

In this sample we dealt with the noun phrase “guilty knowledge test” translated into “اختبار المعرفة بالجرم” which led to the same meaning. Therefore, we adopted the equivalence procedure, because we think that it is the right way to render the meaning of the concept. Rather than using the literal translation that gave us this translation “اختبار معرفة مدنب”.

-sample seventeen (17):

For juvenile offenders, the use of comprehensive mental health assessment appears to be particularly important to the selection of effective treatment strategies. (page619)

يبدو ان استخدام التقييم الشامل للصحة العقلية مهم بشكل خاص لاختيار استراتيجيات العلاج الفعالة،بالنسبة للحدث الجانح

Juvenile offenders

الحدث الجانح

Discussion :

In this example, we have translated the English collocation “juvenile offender” into “الحدث الجانح”. We adopted the equivalence procedure. Because we think that this is the correct way to render the meaning of the concept, although we found a lot of difficulties while searching for the closest equivalent of that term, we found many equivalents in arabic like "حدث الجناة" "حدث المجرم" "الاحداث المخالفون للقانون" but the closest and coherent one we chose is "الحدث الجانح".

-sample eighteen (18):

False memory syndrome

متلازمة الذاكرة الكاذبة

Discussion :

We have translated the nominal phrase “false memory syndrome ” into متلازمة الذاكرة الكاذبة which led to the same meaning. Therefore, we adopted the Equivalence procedure. For that we think that this is the right way to render the meaning of the concept. It would be incorrect if we translate “false memory syndrome” into «متلازمة الذاكرة الخاطئة» this if we have used another strategy like literal translation, but in this example the correct way of translation was by using Equivalence procedure.

Conclusion

To sum up, it can be concluded that terms and collocations in scientific texts are not all translated the same from English into Arabic. Most of the time the structure of collocations that hold the same meaning changes from English into Arabic, and there are many translation procedures used in translating these terms and collocations for instance; borrowing, literal translation, equivalence...etc

GENERAL CONCLUSION

This study aimed to explore the intricate challenges faced by translators in their endeavor to accurately translate forensic psychology terminology from English to Arabic.

Moreover, we sought to shed light on the prevalent techniques and approaches utilized in handling these highly specialized concepts.

This research was divided into three main parts. In the first chapter, we have explained what meant by forensic psychology along with the definitions, types history role and perspective...

The second chapter provided a general overview of terms related to forensic psychology in relation to specialized translation. It tried to present the methods and strategies adopted by the translators in translating these terms from English into Arabic.

In the third chapter, we have translated a part of the book “the handbook of forensic psychology, fourth edition” written by IRVING B, WEINER, RANDY K OTTO this chapter attempted to analysis the form of terms and collocations related to forensic psychology ,and the way they have been translated from English into Arabic. Simply, terms related to forensic psychology are not like other translation words which can be easily found in dictionaries. Generally speaking, they occupy an important position in language studies, and the translators should have a scientific background to be able to translate this kind of scientific terms.

Through the examination of a section from the corpus “the handbook of forensic psychology, fourth edition” and the analysis of the 18 specific examples it become evident that translators encounter certain challenges when rendering terms associated with forensic psychology from English to Arabic. However, employing the comparative stylistics approach proposed by VINAY and DARBELNET offers available solution to surmount this obstacle.

The concluding results of this dissertation are:

- The main difficulties facing translators of terms related to forensic psychology are: Grammatical problems, lexical problems, and stylistic problems.
- Translating terms related to forensic psychology from English into Arabic requires: Specialist knowledge, careful work methods, linguistic skills, precision, stress resistance, and rendering the author’s intended message using terms as close in meaning as possible.
- The comparative stylistics, as a translation approach, could provide translator some strategies and procedures to make a good translation such as: Borrowing, calque, literal translation.... etc.

In conclusion, we believe that our research has made significant strides in addressing the initial researches problem posed at the outset of this dissertation. To delve deeper into the intricacies of translating terms associated with forensic psychology we propose the following topics for exploration by futures translation students:

- Analyzing translation techniques used for forensic psychology terms.
- Investigating linguistic equivalence challenges in translating forensic psychology related terms.
- Examining master student’s difficulties in terms associated with forensic psychology.

Appendices

Bibliography

Irving B, Weiner, Randy K. Otto, (2013) The handbook of forensic psychology, fourth edition. New Jersey. As a case of study

Books

Barras, R. (2008). Scientists must write a guide to better for scientists. engineers and students. Routledge

Bell, R.T. (1991). Translation and translating. London and New York. Longman

Brent E. Turvey (2011) “Criminal profiling, in introduction to behavioral evidence analysis” Academic press, Cambridge

David Canter. (2010). Forensic psychology, A very short introduction. New York. Oxford university.

Christine Durieux (2016), transparence et fonctionnalité, « synergies, Tunisie n°2 »

Council of science Editors. (2004). Scientific style and format: The CSE manual for authors, editors, and publishers. University of Chicago Press

Dickins, J. Harvy, S, and Higgars, I. (2002). Thinking-Arabic Translation. A course in translation Method. Arabic to English. London. Routledge

Day, R.A., & Gastel, B (2011). How to write a publish a scientific paper, green wood publishing group.

Eric silver, specialty guidelines for forensic psychology by the American Psychology Law - society

Ghazala, H. (1995). Translation as problems and solutions: a text book for university students and trainee translators, Beirut, Lebanon: Dar El. Ilm Lilmalayin

Ghazala, H. (1995). Translation as problems and solutions. Malta: Elga publications

Irving B, Weiner, Randy K. Otto, (2013) The handbook of forensic psychology, fourth edition. New Jersey.

Katarina Fritzon (2008) “Forensic psychology and criminology, an Australisian perspective”. Australia

Kendra Cherry, MSED. October 18,2022

Kruger, R. (2004). Exploring the interface between scientific and technical translation and cognitive linguistics: the case of explication (Ph. D, thesis University of Salford, Uk).

Mastana, E. (2010). University of Leicester 2009, student learning development cited by www.le.ac.uk/succeedinyourstudy

Mc Milan, V.E (2016). Writing papers in the biological science. Macmillan Higher Education.

Mellinger, C., & Hanson, L. (2019). Scientific and technical translation, A comprehensive guide. Routledge.

Munday, J. (2016). Introducing translation studies theories and application. Routledge.

Newmark, P. (1988). A text book of translation, Prentice Hall, Hertfordshire. Newmark, P. (1987). A textbook of translation. London and NewYork: Prentice Hall.

Nida, E.A. (1964). Towards a science of Translating. Leiden : E. J.Brill.

John Monahan, Henry (2018). “Rethinking Risk Assessment: The Mark Arthur study of mental disorder and violence” Cambridge

Trosporg, A. Text typology and translation. John Benjamin’s Publishing Corp. University of Leicester, (n.d). Writing for science <https://www2.le.ac.uk/offices/Id/resources/writing-resources/science>

Vinay, J.P, and Darbenlet, J. (1995). Comparative Stylistics of French and English: A methodology for translation. Amsterdam/ Philadelphia John Benjamin’s publishing company

Yildiz, I.G. (2015). Sample scientific texts analysis through text linguistic approach. ELT Research Journal, 4(4), 255-265.

Papers

D. Louw. (2001). International encyclopedia of the social behavioral sciences Page 5745-5750

IOSR Journal of humanities and social science. volume 21, Issues, ver .5 (may, 2016) pp 51-57

Yildiz, IG. (2015). Sample scientific texts analysis through texts linguistic approach. ELT. Research journal, 4(4), 255-265

Encyclopedia

De Matteo, S Filone,(2016) in encyclopedia of mental health second edition ,

Emily Swaim, very well mind. International Encyclopedia of the social and behavioral sciences.

Web sites

www.iosrjournals.org

www.psychology.org

www.sciencedirect.com

www.verywellmind.com

www.walshmedicalmedia.com

www.wiley.com

www.le.ac.uk/succedinyourstudy

www.apa.org

www.inst.at/trans/23/documentary-research-in-technical-translation/

English - Arabic glossary

Source text	Target text

Actus reus	الفعل الاجرامي
Adversarial court	محكمة جدلية
Antisocial personality	اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع
Civil cases	القضايا المدنية
Clinical psychology	علم النفس السريري
Criminology	علم الجريمة
Criminogenic needs	احتياجات إجرامية
Competency to stand trial	الكفاءة للمحاكمة
Domestic violence	العنف الاسري
Experts evidence	شهادة خبرة
False confession	الاعتراف المزيف
False memory syndrome	متلازمة الذاكرة الكاذبة
fuzzy-trace theory	النظرية الحدسية
Forensic psychology	علم النفس الشرعي
Guilty knowledge test	اختبار المعرفة بالجرم
Insanity defense	الدفاع بالجنون
Instrumental violence	العنف الفعال
Jurisdiction	الاختصاص القضائي
Juvenile offender	الحدث الجانح

Mens rea	القصد الجنائي
Post-traumatic stress disorder	اضطراب توتر ما بعد الصدمة
Projective test	اختبار اسقاطي
Psychopathy	السيكوباتية
Recidivism	انتكاس
Risk assessment	تقييم المخاطر
Risk management	إدارة المخاطر
Schizophrenia	السكريزوفرينيا
Statement validity analysis	تحليل صحة البيان
Structured professional judgement	حكم مهني منظم
Testimony defense	شهادة شاهد عيان
Trauma	صدمة
Trauma- informed care	الرعاية الواعية للصددمات
Ultimate issue testimony	شهادة القضية النهائية
Voice stress analysis	تحليل الضغط الصوتي

The corpus

Treating Criminal Offenders

ROBERT D. MORGAN, DARYL G. KRONER, JEREMY F. MILLS, AND ASHLEY B. BATASTINI

OF the 7.1 million offenders under correctional supervision in the United States, 2,266,800 are in local jails or in the custody of state or federal prisons (Glaze, 2011), which makes effective and efficient treatments of paramount importance. The treatment of incarcerated offenders presents particular difficulties and challenges and typically encompasses one of two therapeutic goals: mental health stabilization or rehabilitation. Alternatively, these goals may be conceptualized as basic mental health services or rehabilitative mental health services (Dvoskin & Morgan, 2010; Morgan, 2003). As described by Morgan (2003), basic mental health services are essential for facilitating offender adjustment within the criminal justice setting and include services geared toward mental health stabilization with emphasis on symptom reduction and the development of effective coping skills. These services are legally mandated (e.g., *Ruiz v. Estelle*, 1980; see also Arndt, Turvey, & Flaum, 2002; Cohen & Dvoskin, 1992) and must be made available to all offenders. Rehabilitative services, in contrast, aim to increase desistance. Desistance is not analogous to reduced recidivism, which may not include commission of new criminal offenses (e.g., parole revocation due to not reporting for parole office visits); rather, it refers to offenders actively avoiding triggers and antecedents (i.e., patterns of behavior) of criminal activity (see Meisenhelder, 1977). That is, rehabilitative services aim to alter criminal propensity, tendencies, and lifestyles for a reduction in criminal behavior with concomitant increases in prosocial behavior. This chapter reviews the literature and reports on the effective and efficient provision of basic and rehabilitative services.

EFFECTIVENESS OF CORRECTIONAL INTERVENTIONS

Basic mental health services are effective in correctional settings. Morgan and colleagues conducted a meta-analysis of 26 studies and found that mental health treatments resulted in improved mental health functioning (e.g., reduced symptom distress), improved coping skills, and improved institutional adjustment and behavioral functioning in offender populations (Morgan, Flora, Kroner, Mills, Varghese, & Steffan, 2012). In a similar meta-analytic study, Martin, Shannon, Wamboldt, & Wooten (2012) also found that mental health services resulted in decreased symptom distress and greater overall mental health functioning. Although conducted during a similar time frame, these two meta-analyses included minimal overlap. Morgan, Flora, et al. (2012) focused on psychosocial interventions primarily in correctional settings, whereas Martin et al. (2012) included system-oriented services (e.g., mental health court) for incarcerated and nonincarcerated offenders. The results, however, were remarkably similar, providing clear evidence for the effectiveness of basic mental health services for improving mental health functioning (e.g., symptom distress, improved behavioral functioning). The evidence for the effectiveness of rehabilitative services is even more compelling. For example, McGuire (2002) noted that more than 2,000 studies have examined the effectiveness of correctional rehabilitation efforts aimed at identifying what works, and meta-analyses (see Andrews & Bonta, 2010, for a thorough review of this literature) have consistently advanced our knowledge of effective interventions. In fact, the principles of effective correctional interventions have been identified such that the question has changed from “Does correctional intervention work?” to “What works for whom and under what circumstances?” (Wormith, Althouse, Simpson, Fagan, & Morgan, 2007). Although it is increasingly clear that some approaches to correctional rehabilitation are superior to others (see Gendreau, Goggin, & Smith, Chapter 23 this volume), it is now generally and almost universally accepted that the most effective rehabilitative programs adhere to the principles of the risk-needs-responsivity paradigm (RNR; Andrews & Bonta, 2010). RNR, as outlined by Andrews, Bonta, and Hoge (1990), presents three principles of effective interventions: risk, need, and responsivity. Higher-risk offenders should be the focus of correctional interventions (risk), interventions should target the changeable or dynamic risks associated with criminal behavior (need), and interventions should be tailored to offender characteristics that may influence intervention effectiveness, such as cognitive abilities, learning styles, and diversity issues among others (responsivity). Empirical evidence

overwhelmingly supports the principles of RNR and, as summarized by Gendreau et al. (Chapter 23 this volume), shows that adherence to RNR produces typical reductions in recidivism of 10% to 30%. Although these studies employed recidivism as an outcome measure rather than desistance, it is clear that adhering to principles of RNR improves outcomes. In fact, the evidence is so overwhelming that failing to adhere to the principles of RNR may be considered not only professionally negligent but fiscally irresponsible as well. Andrews, Zinger, et al. (1990) conducted a meta-analysis to examine the effectiveness of services that adhered to the principles of RNR. A variety of services were included in this review, including criminal sanctions (e.g., incarceration, probation) and rehabilitation (psychosocial services aimed at increasing desistance measured in this meta-analytic review as reducing recidivism). As previously noted, services that adhered to the principles of RNR were more effective than correctional sanctions alone or programs that did not adhere to principles of RNR, with an average reduction in criminal recidivism of 30%. But what is the cost of these effective services? Romani, Morgan, Gross, and McDonald (2012) conducted a follow-up of all of the studies included in the Andrews et al. (1990) meta-analysis. Specifically, this follow-up study reevaluated the studies with a “maximum cost” procedure to determine cost-effectiveness of correctional services that adhered to the principles of RNR compared to services that either did not adhere to the principles of RNR or implemented traditional criminal sanctions. Notably, there were no significant differences in cost of delivery across service types. In other words, it appears no more expensive to provide services that adhere to principles known to reduce recidivism than to provide alternative or no services. Furthermore, results suggested that offenders receiving services that did not adhere to the principles of RNR spent considerably more time in services (i.e., they spent more time in services that were less effective than did offenders in effective treatments), which contributed to a cost increase. Most important, when cost was compared to effectiveness, the cost of services adhering to the principles of RNR was significantly less expensive (i.e., more cost effective) than sanctions or services that did not adhere to the principles of RNR. The authors concluded that, when considering the principles of RNR, the bang is clearly worth the buck.

BARRIERS TO TREATMENT

Treatments will be effective only if the offenders actually receive services; however, incarcerated offenders are hesitant, at best, to utilize mental health services (see Mathias & Sindberg, 1985; Morgan, Rozycki, & Wilson, 2004; Rappaport, 1971; Steffan & Morgan, 2005) and resistant to the therapeutic process (Milgram & Rubin, 1992), such that they actively avoid services (Riordan & Martin, 1993). Unfortunately, approximately one-half of the most disturbed prison inmates may go without mental health services during their time of need (Steadman, Holohean, & Dvoskin, 1991). Although the rate of underserved is a concern in state and federal prisons, the situation is more dire in local jails, where less than 10% of inmates receive mental health services (Steadman & Veysey, 2007) in spite of estimates ranging between 14% and 24% of jail inmates having a history of severe mental health problems (James & Glaze, 2006).

-SERVICE UTILIZATION

Although correctional service utilization is a relatively understudied area of service delivery, research suggests that offender perceptions of treatment and treatment providers directly impacts service utilization. For example, inmates with positive attitudes toward mental health services are more likely to seek services while incarcerated (Deane, Skogstad, & Williams, 1999), and offenders who receive mental health services during periods of nonincarceration are more likely to access services while incarcerated (Garrity, Hiller, Staton, Webster, & Leukefeld, 2002), especially if prior experiences are perceived as positive (Deane et al., 1999). Offender characteristics also impact service utilization. Ethnic minority offenders tend to hold more negative attitudes about interventions than nonminority offenders and are less likely to access services as a result (Deane et al., 1999; Skogstad, Deane, & Spicer, 2006; Steadman et al., 1991). Male inmates and younger offenders are less likely to access

mental health services (Reinsmith-Meyer, 2008; Steadman et al., 1991). Inmates recently incarcerated are also less likely to access services, as they are naive to service availability and how to access services, apprehensive about the quality of mental health treatment in prisons, and concerned about confidentiality and stigma associated with receiving mental health services (Morgan et al., 2004). Beyond individual offender characteristics, there appear to be four over-arching barriers to service utilization in prisons (Morgan, Steffan, Shaw, & Wilson, 2007):

1. Self-preservation concerns (concerns regarding confidentiality and perceptions of weakness or colluding with staff)
2. Procedural concerns (lack of knowing how, when, and why to access services and anticipated length of services)
3. Self-reliance (reliance on self or close others for help)
4. Professional service provider concerns (questions of staff qualifications and dissatisfaction with previous mental health services)

Additional barriers to service utilization include concern that services in prison are not effective and offenders' lack of motivation (Reinsmith-Meyer, 2008). Importantly, interventions aimed at overcoming treatment barriers and improving offenders' attitudes toward treatment programs can have positive effects (Nedd & Shihadeh, 1974) and may appreciably impact offender service utilization. Incarcerated offenders in greater psychological distress (Garrity et al., 2002; Williams, Skogstad, & Deane, 2001) are more likely to seek mental health services when experiencing behavioral dyscontrol (impulsive or harmful behaviors), physical health concerns, negative affect (stress, anxiety, depressed mood), interpersonal difficulties with nonincarcerated others, and problematic institutional relationships with staff or inmates (Morgan et al., 2007). Unfortunately, incarcerated offenders appear much less willing to seek mental health services when they are experiencing suicidal ideation due to fear of losing privileges or preferred housing or other reasons associated with stigma (Howerton et al., 2007; Skogstad et al., 2006; Steadman, McCarty, & Morrissey, 1989). When utilizing mental health services for these problems, incarcerated offenders overwhelmingly prefer individual therapy with psychologists or counselors to group therapy or services provided by other mental health professionals (Morgan et al., 2004).

How should correctional mental health professionals combat these barriers to service utilization? Education may be an effective strategy for inmates experiencing procedural barriers to accessing services. For example, during new inmate orientation, mental health staff should provide verbal and written instructions for how to access mental health services. General orientation services could also orient new inmates to the problems they are likely to encounter in prison and how mental health services can be of assistance. Possibly most important, mental health professionals should address perceived barriers (e.g., stigma, effectiveness, confidentiality concerns) at the outset. In addition to education, correctional mental health professionals may reduce inmate barriers to services by providing outreach programs comparable to the services counseling centers provide on college campuses. Outreach programs on correctional units/pods aimed at educating inmates about mental health issues, institutional stress, effective coping, and the like may increase trust and provide the impetus for inmates in distress to request services.

TREATMENT DROPOUTS—EVERY SESSION COUNTS

Given that appropriate interventions among offenders are effective at reducing recidivism, those who drop out miss the opportunity to be impacted by intervention. Similar to persons receiving mental health services in the community, where approximately 50% of clients do not complete the therapeutic programs they begin (Kazdin, 1994; Wierzbicki & Pekarik, 1993), offenders present high dropout rates from correctional interventions (Empey & Gordon, 1989; Hamberger, Lohr, & Gottlieb, 2000;

Hunter & Figueredo, 1999). Notably, offenders who drop out typically reoffend at a higher rate than those who complete treatment (Hepburn, 2005; Hiller, Knight, Saum, & Simpson, 2006; Seager, Jellicoe, & Dhaliwal, 2004; Wexler, Falkin, & Lipton, 1990) and offenders not receiving treatment (McMurran & Theodosi, 2007), and they reoffend more quickly (Huebner & Cobbina, 2007; Prendergast, Hall, Wexler, Melnick, & Cao, 2004). Thus, reducing dropouts is an essential treatment consideration for correctional interventions and public safety. In addition to loss of treatment opportunity is the cost associated with treatment dropouts. The costs of treatment attrition are more noticeable within a structured treatment context. For example, delivering treatment below maximum capacity increases the cost to the treatment provider or other participating clients. Also, attrition leaves a vacant treatment spot that may be difficult to fill immediately, given that many interventions are programmatically designed to be completed in sequential order (i.e., joining a program in progress may not be as beneficial as starting it from the beginning). Within corrections, especially local jails, this is of particular importance, as the window of opportunity for treatment for offenders can be limited (i.e., approaching release dates). These costs are compounded by the substantial percentage of offenders who drop out of treatment (27%–28%; Hepburn, 2005; Hiller et al., 2006), which can consume a substantial proportion of treatment budgets.

Few investigators have examined why offenders terminate therapeutic programs prematurely; however, McMurran and McCulloch (2007) identified four factors related to treatment completion. Although noncompleters of therapeutic programs were motivated for treatment and to change their criminal behaviors, they viewed treatments as less relevant and less timely to their concerns or current situations. In addition, noncompleters tended to be resistant to group participation, and a small number of noncompleters reported that challenging or demanding work contributed to their decision to withdraw. As noted by McMurran and McCulloch, their study included a very small sample size, and further research is needed to elucidate factors that contribute to premature termination and ultimately improve offender treatment retention.

It is possible to identify offenders at greatest risk for premature termination from therapeutic programs. Specifically, offenders who are young (Hambridge, 1990; Pelissier, Camp, & Motivans, 2003; Zanis et al., 2003), antisocial (Moore, Bergman, & Knox, 1999), less educated (Babcock & Steiner, 1999; Geer, Becker, Gray, & Krauss, 2001; Wormith & Olver, 2002), have more extensive criminal histories (Hiller, Knight, & Simpson, 2006) including histories of violence (Moore et al., 1999; Pelissier et al., 2003), have less stable community supports (Butzin, Saum, & Scarpitti, 2002; Wormith & Olver, 2002), have increased criminogenic needs (e.g., criminal thinking, antisocial personality; Pelissier et al., 2003; Richards, Casey, & Lecente, 2003; Walters, 2004), and show denial (Geer et al., 2001) are at the greatest risk for premature termination from correctional interventions. Because offenders at greatest risk for dropout can be identified (analogous to identifying high-risk offenders in the risk principle of RNR), service providers can implement interventions aimed at reducing the risk for premature termination.

MOTIVATION AND THERAPEUTIC RESISTANCE

Treatment preparation and readiness have been understudied with offender populations (Williamson, Day, Howells, Bubner, & Jauncey, 2003). In spite of the dearth of research examining the effect of offender motivation, readiness for change, and therapeutic resistance on outcomes of interest (e.g., desistance), we do know that interventions aimed at increasing offender motivation and decreasing therapeutic resistance can be achieved (Morgan et al., 2007; Newbern, Dansereau, & Pitre, 1999; Shearer, Myers, & Ogan, 2001). Notably, increasing offender motivation for change increases continuity of care via treatment follow-up (aftercare), which contributes to desistance (Burdon, Messina, & Prendergast, 2004; McGrath, Cumming, Livingston, & Hoke, 2003). Thus, all correctional interventions should address issues of motivation and resistance in the early stages of treatment, and motivational interviewing appears to be a particularly promising approach. Specifically, integrating

motivational interviewing into existing therapeutic programs may go a long way toward increasing offender participation in treatment (Chambers, Eccleston, Day, Ward, & Howells, 2008), and subsequently reducing premature therapeutic terminations (e.g., treatment dropouts).

EFFECTING CHANGE: EVIDENCE-BASED CORRECTIONAL PRACTICE

Treating offenders presents many challenges and difficulties; however, rehabilitative programs and interventions have proven effective for helping inmates achieve positive outcomes, including decreased distress, improved mental health functioning, reduced recidivism, and, possibly of greatest importance, desistance. Based on the evidence to date, we have preliminary support for evidence-based practices for intervening with incarcerated offenders. These include targeting factors associated with criminal risk, grounding interventions in cognitive-behavioral theory (CBT), using simple treatment heuristics, incorporating homework into the therapeutic process, using structure to facilitate learning, and intensifying services. One additional treatment issue that warrants discussion is the therapist's cultural competence and is included in the discussion below.

-TREATMENT TARGETS

The risk principle, from RNR, provides a road map for targeted interventions aimed at reducing recidivism and increasing desistance. A thorough review of the RNR literature (see Andrews & Bonta, 2010) reveals eight primary factors that account for the greatest percentage of criminal risk (Andrews et al. referred to these risk factors as the “central eight” because of the strength of their predictability when compared to other risk variables). The risk factors are listed next.

1. History of antisocial behavior
2. Antisocial personality pattern
3. Antisocial cognitions
4. Antisocial associates
5. Family and/or relationship circumstances
6. School and/or work functioning
7. Leisure and/or recreational pursuits
8. Substance abuse

To reduce criminal risk, treatment providers must provide services that target (i.e., aim to reduce) these risk factors.

Not surprising given the broad acceptance of the importance of incorporating the principles of RNR into correctional interventions, treatment providers consider issues of criminal risk to be important treatment considerations (Bewley & Morgan, 2011), and they tend to provide interventions that target areas of prominent criminal risk (see Morgan et al., 2012). However, when intervening with incarcerated offenders with mental illness, treatment providers consider issues of mental illness recovery (such as psychosocial rehabilitation) as more important than treatments targeting issues of criminal risk and needs (Bewley & Morgan, 2011). Given the overwhelming evidence (see Andrews & Bonta, 2010, and Gendreau et al., Chapter 23 this volume, for a thorough review of this evidence) demonstrating the benefits of RNR, we submit that interventions aimed at reducing criminal activity must be grounded in the primary risk factors of antisocial cognitions, antisocial associates, family and/or relationship circumstances, school and/or work functioning, leisure and/or recreational pursuits, and substance abuse. Failure to do so is analogous to a physician treating persons with heart disease at

risk for cardiac arrest without prescribing medications to reduce blood pressure as well as providing or recommending interventions aimed at improving stress management, diet, exercise, and other positive lifestyle changes.

COGNITIVE-BEHAVIORAL THEORY

As reviewed by Gendreau, Goggin, and Smith (Chapter 23, this volume), correctional interventions are more effective when they are grounded in CBT. In fact, CBT-driven interventions have proven effective with violent offenders (Berry, 2003), including sex offenders (Hanson et al., 2002; Polizzi, MacKenzie, & Hickman, 1999; Valliant & Antonowicz, 1992) and nonviolent offenders (Bonta, Wallace-Capretta, & Rooney, 2000).

The most prominently researched cognitive-behavioral program for offenders is the reasoning and rehabilitation (R&R) program, which was developed and implemented with federal prisoners in Canada in the 1980s (Ross, Fabiano, & Ewles, 1988). R&R utilizes a cognitive-behavioral approach and is delivered in a structured format over 36 two-hour sessions with groups of 6 to 12 offenders. The program utilizes an interactive approach, with multiple techniques of presentation. Role plays, games, cognitive exercises, and discussion are used to stimulate participation and improve reasoning skills (Robinson & Proporino 2004). The program aims to decrease criminality (i.e., program focus on criminalness) by addressing the cognitive distortions and thinking styles associated with criminal behavior. The curriculum covers the specific topics of self-control, interpersonal problem-solving skills, social perspective taking, critical reasoning, cognitive style, and values (Robinson & Proporino, 2004). A significant amount of time is spent addressing cognitive rigidity and problem-solving skills. Offenders are taught to think more systematically and analyze various solutions and outcomes before acting. Research on R&R with offenders has shown the program to be an effective means of reducing recidivism (Pearson, Lipton, Cleland, & Yee, 2002; Proporino & Robinson, 1995), and offenders demonstrated improvement in their criminal attitudes, criminal identification, and cognitive reasoning (Fabiano, Robinson, & Proporino, 1990). Notably, a meta-analytic review by Landenberger and Lipsey (2005) found that R&R was as effective as any other cognitive-behavioral intervention for the treatment of criminal offenders. Further meta-analytic reviews of R&R demonstrated reductions in recidivism, on average, of 14% when compared to control groups and it was equally as effective with incarcerated offenders as with offenders in the community (Tong & Farrington, 2006, 2008).

Beyond demonstrating the effectiveness of R&R, Landenberger and Lipsey's (2005) meta-analysis examined therapeutic elements of cognitive-behavioral interventions for adult and juvenile offenders. Treatment elements included in this review were cognitive restructuring, interpersonal problem-solving skills, social skills, anger control, moral reasoning, victim impact, substance abuse, behavioral modification, and relapse prevention skills. Of these CBT elements, interpersonal problem solving and anger management had a positively statistically significant effect on recidivism outcome. Two areas, victim impact and behavioral modification, had a negative effect on recidivism outcome. This finding is particularly notable given the large number of correctional interventions that aim to increase victim impact, which intuitively seems to be a reasonable therapeutic strategy, but evidence suggests otherwise.

SIMPLE TREATMENT HEURISTICS

Given inmates' below-average educational attainment (Harlow, 2003) and intellectual functioning (Birmingham, Mason, & Grubin, 1996; Herrnstein & Murray, 1994), it is important to present therapeutic constructs and information in as simple a manner as possible (Morgan, Kroner, & Mills, 2006). Specifically, Morgan et al. recommended that learning heuristics be developed in a manner that is consistent with the offenders' everyday behaviors. For example, when educating offenders about the negative influences and risks of having criminal associates (see Mills, Jones, & Kroner, 2005), treatment participants are instructed to rate relationships utilizing a common everyday metaphor: a

stoplight. A red light is universally recognized as a stop signal, and offenders can label their criminal and nonproductive associates accordingly. A yellow light is recognized as a warning of a pending red light (or a caution signal), and offenders can label their associates who engage in some antisocial and nonproductive behavior accordingly. A green light is universally recognized as positive (a go), and offenders can label their prosocial associates accordingly. Although a very simple concept, this learning heuristic allows inmates to evaluate their life situation from a perspective that is common to them; thus, they spend their time on evaluating their situation (working to reduce risk) and not on learning a complicated learning strategy or technique.

-HOMEWORK

The best interventions and treatment programs are more effective with incarcerated offenders when they are able to incorporate what they have learned into their everyday environment. Out-of-treatment homework is one process that allows this to happen, and, not surprisingly, meta-analytic reviews with offenders have found that homework outside of the treatment setting significantly improves outcomes (Morgan & Flora, 2002; Morgan et al., 2012). In fact, the evidence supporting the use of homework in offender treatment is sufficiently strong to suggest that it is essential for achieving maximum therapeutic benefit with offenders (McDonald & Morgan, 2012; Morgan et al., 2006). Two guidelines should inform therapists' use of homework: (1) homework exercises should be simple and structured to facilitate use of learned skills and behaviors, not challenge offenders' learning of skills and knowledge (i.e., homework is not a test of retention or learning); and (2) homework should be applicable but stimulating enough to sustain offenders' interest. It is commonly recognized that offenders are impulsive and easily bored (see Zamble & Quinsey, 1997); consequently, homework needs to be simplified but interesting. For example, watching a predetermined movie to identify instances of criminal thinking that led to antisocial behavior will be much more stimulating to offenders than a bibliotherapy assignment designed to educate offenders about the negative impact of their thinking on their behavior. Obviously, homework will be effective only if it is completed. McDonald and Morgan (2012) identified two promising strategies for enhancing homework compliance. Although future research needs to examine these preliminary findings in greater detail, strategies of public commitment (i.e., having offenders publicly commit, in the treatment group, for example, to completing homework assignments; Freeman & Rosenfield, 2002) and task modeling (i.e., providing in-session modeling and/or rehearsal; Kazantzis & Lampropoulos, 2002) are promising strategies for increasing homework compliance.

-STRUCTURE

Given that CBT is a structured therapy that has proven effective with offenders, it should be of no surprise that structured interventions produce more favorable outcomes for offenders than nonstructured interventions (Leak, 1980; Morgan & Flora, 2002). Structure most commonly takes one of two forms. Structure can be incorporated into the therapeutic process by the addition of specific (structured) learning activities. These are typically skill-based activities that help offenders develop specific skills or abilities. Alternatively, structure can be incorporated into the therapeutic process so that the treatment specifies who will do what and how. For example, psychoeducational processes can be regularly integrated into an intervention to facilitate learning and acquiring new information. Regardless of how structure is integrated into the therapeutic process, it is clear that a structured approach produces superior results when compared to nonstructured processes such as psychodynamic approaches (Andrews et al., 1990).

-INTENSIVENESS

Services for offenders are most effective when they are intensive. Specifically, appropriately intensive services occupy a significant portion of the offender's time (between 40% and 70%) and are of

significant duration (between 3 and 12 months; Gendreau, 1996b). The more intensive therapeutic services are (i.e., of longer treatment duration), the better the outcomes when working with offenders (Lipsey, 1989, as cited in Andrews & Bonta, 2010). Along similar lines, the greater the treatment dosage, the better the outcomes (see Aytes, Olsen, Zakrajsek, Murray, & Ireson, 2001; Bourgon & Armstrong, 2005; Fisher, Beech, & Browne, 2000; Gossop, Marsden, Stewart, & Rolfe, 1999; Lipton, 1995; Westhuis, Gwaltney, & Hayaski, 2001; Wexler, Falkin, & Lipton, 1990). In fact, it has been found that, for every month an offender spends in treatment, a 4% decrease in recidivism can be expected (Burdon et al., 2004).

THERAPIST CULTURAL COMPETENCE

Although not yet an evidence-based practice in corrections, greater effort must be devoted to employing culturally competent therapists and developing culturally sensitive interventions. Programs such as that developed by Polaschek and Dixon (2001), which specifically integrates culturally based practices into a treatment program for violent offenders, are the exception rather than the rule. Given the racial disparity in prisons across the world, it is no longer acceptable for treatment providers to overlook issues of diversity and employ treatment materials that lack ethnic minority case material (e.g., images, vignettes). Cultural competence in correctional settings needs to extend beyond individual offender characteristics and include competence for working within the prison culture. Many correctional institutions maintain a machismo facade whereby everyone, including professional staff, is tough and tough on inmates. This is counterproductive for behavioral change and inconsistent with the principle of responsivity in RNR. On the contrary, the evidence is compelling (see Andrews & Bonta, 2010; Gendreau, 1996a, 1996b) that interpersonally sensitive therapists working from a service-oriented perspective produce better outcomes with offenders.

TREATING SPECIAL POPULATIONS

Our discussion to this point has focused on issues generic to all incarcerated offenders and effective therapeutic strategies for intervening with nonspecific offender groups. Notably, however, some groups of offenders present with special needs and require specific interventions as a result. Although we do not have the space to review all such groups, we review effective interventions and strategies for four groups of offenders: (1) offenders with mental illness, (2) offenders with learning disorders, (3) violent offenders, and (4) juvenile offenders. Comparable information is available for other specialty groups, including sex offenders, offenders with substance abuse problems, and psychopathic offenders.

OFFENDERS WITH MENTAL ILLNESS

When treating imprisoned offenders with mental illness, service providers tend to place more emphasis on basic mental health services (e.g., symptom management and stabilization) than on rehabilitative efforts, such as risk-need or preparing inmates for release (Bewley & Morgan, 2011). This finding is in spite of the compelling evidence of the benefits of RNR, as previously discussed (and discussed by Gendreau et al., Chapter 23 this volume). It is likely that service providers opt for providing basic mental health services, at least in part, due to offender need. Local jails and prisons are responsible for helping inmates maintain stable mental health, and basic mental health services are a primary mechanism for that to occur; however, it also appears that service providers are likely driven to favor basic mental health services over rehabilitative services because of assumptions common in the mental health and criminal justice fields that offenders' criminal behavior is driven by an absence of adequate mental health services and by destabilization (Lamb & Bachrach, 2001; Lamb & Weinberger, 1998; Teplin, 1984). However, offenders with mental illness have some of the same risk factors, including primary criminal risk factors, as their offender peers who are not mentally ill. Specifically, research examining two independent samples of incarcerated offenders (n = 414 and 4,204) showed that incarcerated offenders with mental illness produced levels of criminal thinking and

antisocial attitudes consistent with nonmentally ill inmates (Morgan, Fisher, Duan, Mandracchia, & Murray, 2010; Wolff, Morgan, Shi, Huening, & Fisher, 2011). Offenders with mental illness are likely to face other primary criminal risk factors, including occupational limitation, impaired family relations, and substance abuse. In fact, the evidence is so compelling that it is now recognized that the offender incarcerated due to complications with mental illness is the exception (Skeem, Manchak, & Peterson, 2011); thus, when working with offenders with mental illness, service providers must target dual issues of mental illness and criminal propensity.

As noted previously, treatment providers in correctional facilities provide effective basic mental health services. Specifically, a comprehensive meta-analytic review of interventions for incarcerated offenders found significant improvements for general mental health outcomes, improved coping skills, and improved institutional adjustment with fewer behavioral problems (Morgan et al., 2012)—all goals of basic mental health services in jails and prisons. Similar outcomes were obtained in a separate meta-analysis, with reductions in symptom distress and improved functioning (Martin, Dorken, Wamboldt, & Wooten, 2012). Notably, however, interventions also appear to diminish criminal recidivism as well as psychiatric recidivism (return to hospitalization), which are goals of rehabilitative services. Morgan, Flora, et al. (2012) found evidence for reduced criminal and psychiatric recidivism, both notable accomplishments. The most significant treatment gains with respect to effect size were produced in the sole study that targeted both mental health needs and criminal behavior. Similarly, Martin et al. (2012a) found clear reductions in continued criminal justice involvement of any type (e.g., revoked, new arrest, etc.). These meta-analyses also provide important insights into effective therapeutic strategies. Morgan, Flora, et al. (2012) found that the use of homework (with emphasis on active homework exercises that required offender activity, such as practicing learned skills or social interaction), behavioral practice of new behaviors, and an open treatment admission policy all contributed to more favorable outcomes. Martin et al. (2012) found that continuity of services between institutions and community, allowing for some level of voluntariness in the intervention, and nonspecified treatment duration as opposed to time-limited services all produced more favorable outcomes.

The findings just described—that offenders with mental illness present with criminal risk factors similar to non-mentally ill inmates and that treatments that integrate both mental health and correctional rehabilitative efforts produce favorable outcomes compared to interventions that do either alone—support the opinion of Hodgins et al. (2007), who noted that offenders with mental illness present unique challenges that require service providers to treat both psychiatric symptoms and criminal propensity and risk. That is, interventions for offenders with mental illness should aim to decrease psychiatric hospitalization days as well as time spent incarcerated while simultaneously working to improve quality of life (e.g., increased number of functional days). Desistance and mental health recovery (recovery here does not refer to remission but to achieving a return to independence as a result of self-management of illness producing improved quality of life; see Corrigan, Mueser, Bond, Drake, & Solomon, 2008) are the ultimate goals.

We developed Changing Lives and Changing Outcomes: A Treatment Program for Justice Involved Persons with Mental Illness (Morgan, Kroner, Mills, & Bauer, 2012), a comprehensive and holistic intervention designed for the specific needs of offenders with mental illness. Changing Lives and Changing Outcomes utilizes a bi-adaptive model of intervention by targeting dual (bi) issues of mental illness and criminal propensity to improve functional (adaptive) outcomes for offenders with mental illness. The aim of this treatment model is not to cure mental illness, but rather to maximize adaptive behaviors to optimize functioning. Changing Lives and Changing Outcomes includes a three-part treatment protocol. Part I of the protocol is targeted to issues of mental illness but integrates issues of criminogenic risk and includes three treatment modules: Mental Illness and Criminalness Awareness, Medication Adherence, and Coping with Mental Illness and Criminalness. Part II of the treatment protocol is targeted to issues of criminalness but integrates issues of mental illness and includes

Problematic Thoughts and Attitudes, Emotions Management, and Problematic Associates. Part III of the treatment protocol includes three modules that are relevant to both mentally ill and offender populations. They are included as overlapping treatment targets and include Preparing for Change, Skill Development (i.e., problem-solving skills, social and recreational skills, and vocational/housing skill development), and Substance Abuse. The program consists of 77 sessions that last between 1.5 and 2 hours. We recommend a minimum of 3 sessions per week for an approximate treatment delivery time of 6 months. Preliminary field testing of this program with five groups of incarcerated offenders with mental illness (n = 50) is promising (Morgan, Kroner, Mills, Bauer, & Serna, 2012). Of particular significance, given the length and intensity of the program and typical correctional dropout rates previously discussed, preliminary fidelity results proved very encouraging, as 31 (66%) completed the program. In fact, this completion rate was almost identical to the correctional treatment completion rate of 64.2% found in a meta-analytic review of studies with 41,000 participants, when many of these studies included much shorter and less intense programs. Participants attended 94.08% of sessions and completed 83.48% of assigned homework (homework assigned for 89% of sessions). Participants were, on average, engaged and active in the treatment process and reported significant treatment satisfaction and positive therapeutic bond with treatment providers on standardized measures. Finally, significant improvements over time (pre–post) with small to moderate effect sizes were noted on measures of symptom distress, psychopathology, and some aspects of criminal thinking.

OFFENDERS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES

Offenders with intellectual disabilities (IDs) can have a high occurrence of antisocial/aggressive disorders (Lund, 1990). Although these offenders have cognitive deficits, the literature has repeatedly shown interventions to be effective (Taylor, 2010). Specifically, research has shown that cognitive-behavioral techniques are particularly effective when addressing treatment targets with this population of offenders (Barron, Hassiotis, & Banes, 2002). As with other offenders, structured interventions delivered in a consistent and reliable fashion with appropriate staff-to-offender ratios are important for treatment success.

Effective understanding of offenders with IDs is essential to providing effective correctional interventions. A significant barrier to engaging these clients is the overlap between mental illness and ID. Issues of mental illness among offenders with IDs often go undetected (undiagnosed, untreated) for one of the following reasons (Taylor, Lindsay, & Willner, 2008):

1. Two distinct groups of professionals typically provide services for those with IDs and those with mental illness.
2. There is an absence of good tools for assessing mental health concerns among those with IDs.
3. Poor differential diagnosis may occur when symptoms of IDs are attributed to mental health concerns and mental health issues are attributed to intellectual deficits.

VIOLENT OFFENDERS

Current approaches to treating violent offenders are based on social learning and social information-processing theories (Cortoni, Nunes, & Latendresse, 2006; Polaschek & Dixon, 2001; Serin & Preston, 2001; Wong, Gordon, & Gu, 2007). The basic premise is that violent behaviors have been learned through direct experience; modeling by family, peers, and cultural figures; and reinforcement and/or cognitive mediation. Interventions endeavor to reduce the risk of violent recidivism in high-risk male offenders through learning nonviolent alternatives. This involves providing the skills required to identify negative lifestyles and heighten awareness of violence, responsibility, and control. Such programs are designed to motivate participants to challenge their use of violence, change their antisocial and proviolence attitudes and beliefs, and develop a prosocial lifestyle. Central components for effective interventions among violent offenders include: anger management, addressing antisocial

attitudes and cognitive distortions, developing relationship enhancement and social problem-solving skills, developing conflict resolution skills, and developing self-management skills. Given that learning takes place with small increments, most programs treating violent offenders are of substantial length, usually lasting a minimum of 6 months. The delivery of programs for violent offenders will have a high level of structure, an emphasis modeling and rehearsing new skills in sessions, and having offenders practice the skill on their living units. New skills will include restructuring negative thoughts and behaviors associated with patterns of violence.

Programs designed to reduce violent behavior are effective. For example, a large (458 beds) prison-based therapeutic program designed for violent offenders and grounded in principles of RNR resulted in reduced disciplinary infractions and staff and inmate assaults (Wang, Owens, Long, Diamond, & Smith, 2000). A psychosocial intervention with particular promise is the Violence Reduction Program: A Treatment Program for Violence Prone Forensic Clients (VRP; Wong & Gordon, 2012). The VRP is also grounded in principles of RNR, is consistent with evidence-based practices described earlier (e.g., utilizes CBT), and includes three therapeutic phases: (1) learning about aggressive behaviors and readiness for change; (2) skill development to manage thoughts, feelings, and behaviors associated with violence; and (3) over-learning skills and relapse prevention. Because the intervention is not time limited, offenders can work through the program at their own pace and consistent with their responsivity needs. Evaluations of the VRP to date have produced positive outcomes that include successful transfer to lower-security facilities, fewer institutional behavior problems, and reduced community violence (Di Placido, Simon, Witte, Gu, & Wong, 2006; Wong et al., 2005, 2007). Although further research examining the effectiveness of the VRP program is warranted, these preliminary findings are very encouraging.

JUVENILE OFFENDERS

The general approach to youthful offenders within the justice system has been largely rehabilitative rather than punitive. As such, the primary goal of juvenile court is to address specific targets for treatment that are likely to reduce the risk of continued criminal conduct. This differs from the perspective of criminal court, which aims to demonstrate culpability and impose a punishment equal to the crime committed, with less emphasis on rehabilitation (Batastini, Hunt, Present-Koller, & DeMatteo, 2011). Juvenile offenders are believed to be more malleable to behavior change than adults, given their vulnerable developmental stage. In other words, there is a greater hope that these offenders—whose early criminal career is more easily disrupted—will become productive members of society.

For juvenile offenders, the use of a comprehensive mental health assessment appears to be particularly important to the selection of effective treatment strategies—a step that is often overlooked by professionals (Mulvey & Iselin, 2008). For example, identifying individual responsivity factors, including learning style, cognitive ability, developmental level, and psychological functioning, is necessary to match youthful offenders with interventions that are delivered in a clear and understandable manner (DeMatteo, Hunt, Batastini, & LaDuke, 2010). Clinicians also tend to base programming for juveniles on factors that are less potent predictors of reoffending (Borum, 2003); however, we know that noncriminogenic factors, such as low self-esteem and motivation for success, have limited empirical support compared to criminogenic factors, such as antisocial attitudes and negative peer associates (Andrews & Bonta, 2010). Furthermore, treatments for youthful offenders are often selected on the basis of a single risk component despite the fact that juvenile offenders are a particularly complex population with diverse and multifaceted needs (DeMatteo et al., 2010).

One of the most promising treatment approaches that accounts for the many factors contributing to youth delinquency is multisystemic therapy (MST), a model of therapy based on ecological and systems theory that incorporates various interpersonal networks in which the youth is involved (e.g., school, community, family, social/peer). MST first assesses problems within each of these networks

that contribute to the youth's behavioral and psychological functioning. Individualized intervention protocols are then developed to address known problem areas through a variety of mechanisms (e.g., family therapy, problem solving, behavioral modification, and psychopharmacology; Sheidow & Henggeler, 2005). Research has consistently demonstrated acceptability and efficacy of MST programs. Results of some studies suggest as high as 98% completion rate for youthful offenders and their families (e.g., Henggeler, Pickrel, Brondino, & Crouch, 1996). Furthermore, reduction rates of recidivism range from 26% to 69% across studies comparing MST to a comparison group (Sheidow & Henggeler, 2005). MST also increases school attendance and abstinence from substance use (Brown, Henggeler, Shoenwald, Brondino, & Pickrel, 1999; Henggeler, Clingempeel, Brondino, & Pickrel, 2002). Other similar community-based treatment programs for juvenile offenders (e.g., functional family therapy, parent management training, wraparound services, treatment foster care) have also demonstrated some effectiveness in reducing important risk factors that perpetuate criminal behavior (Sheidow & Henggeler, 2005; Tate & Redding, 2005).

Because MST is delivered primarily in outpatient settings, given its focus on the youth's family and social contexts, it may not be a viable option for juvenile offenders detained in residential care or detention centers.

As has occurred with many adult offenders, there has been an increased reliance on the justice system to provide services for juveniles with more pervasive mental health problems (Redding, Lexcen, & Ryan, 2005). Results of one study suggested that as many as 66% to 75% of youth who come in contact with the juvenile justice system meet diagnostic criteria for a psychiatric disorder (Teplin et al., 2006). When conduct disorder was excluded, this number decreased only slightly (Teplin et al., 2006). Fortunately, given the nature of the juvenile justice system, it is generally better equipped than adult correctional systems to address mental health needs. However, there are several disadvantages for youth who are isolated from their communities during treatment. These include possible academic, developmental, or social delays; limited family involvement that may weaken parent-child bonds; and negative peer attachments that are often formed when troubled youth live together (Redding et al., 2005).

Despite these barriers, some interventions can be effective for youth living in secure settings. To reduce acting out and promote prosocial behaviors, behavioral contingency plans that rely on consistent and immediate consequences are often employed in these settings. However, Redding et al. (2005) warned that appropriate staff training is necessary to prevent iatrogenic effects of too much punishment on mentally ill youth, as some disciplinary violations may be a reflection of disturbed symptomology. Cognitive-behavioral approaches have also shown promise, particularly for specific problem areas. For example, a treatment outcome study on juvenile sex offenders that combined elements of CBT and relapse prevention found that juveniles who completed the treatment program had significantly lower sexual and general recidivism rates than youth who failed to complete the program or who received treatment as usual (Worling & Curwen, 2000).

New programs have also emerged in an effort to address some of the gaps in treatment that residential and correctional-based programs can create. One such initiative is the establishment of intensive aftercare programs (IAPs). These programs are designed to ensure continuity of care and maintenance of positive treatment gains following institutionalization of juvenile delinquents. Like MST, IAPs emphasize prosocial connections for the youth in the community by involving families, schools, and correctional agencies. IAPs integrate therapy services with intensive supervision and case management (Tate & Redding, 2005).

TELEHEALTH: AN INCREASINGLY COMMON MODALITY FOR SERVICE DELIVERY IN CORRECTIONS

With recent technological advances that have expanded the ways in which communication can occur, it is not surprising that similar advances have also been observed within the healthcare system, including the practice of psychology and psychiatry. Telehealth—also referred to as telemedicine—is a method of service delivery that allows clients and providers to interact in real time over a distance (Ax, Fagan, & Holton, 2002). Typically this involves the use of audiovisual equipment, such as digital videoconferencing programs. Given the increase in psychological applications of telehealth, the American Psychological Association (Palomares, 2012) has established a task force to create best practice guidelines. For the purpose of uniformity, this task force has designated the term telepsychology to refer to field-specific (e.g., counseling services, psychodiagnostic assessment) uses of this modality.

The use of telehealth in forensic and correctional settings appears to be gaining attention among policy makers, professionals, and the individuals served by the criminal justice system. It has been estimated that about one in every five telehealth applications involves correctional healthcare (Lowes, 2001), and interventions that target the needs of mentally ill inmates are one of the most frequently cited uses (Ax et al., 2007). Telehealth has been used in these settings for a variety of purposes, including legal consultation and court testimony, forensic mental health assessment (e.g., competency evaluations, sexually violent predator evaluations), juvenile rehabilitation, psychiatric medication management, group treatment for inmates in segregation, and training and continuing education of professionals (Larsen, Stamm, Davis, & Magaletta, 2004).

Several trends in the correctional system suggest that telehealth, and telepsychology in particular, may be promising approaches for the treatment of criminal offenders. For one, rising incarceration rates and economic hardships have prompted prison expansion throughout the United States (Hooks, Mosher, Rotolo, & Lobao, 2004). Correctional facilities not only provide a place to house offenders, but they are often seen as a quick-fix solution to unemployment and local debt (Glasmeier & Farrigan, 2007; King, Mauer, & Huling, 2004). Unfortunately, these facilities are often located in rural areas where access to quality treatment resources may be limited (Ax et al., 2002). The increasing costs associated with correctional healthcare (e.g., travel expenses, driver salaries, services rendered) and the scarcity of professionals willing to treat this population further reduces the number of incarcerated individuals who receive adequate treatment (Daniel, 2007; Magaletta, Fagan, & Ax, 1998). For those who receive services, their needs are often addressed in an untimely or inconsistent manner (Magaletta et al., 1998).

Telepsychology offers a number of benefits that may alleviate many of the issues faced by outside agencies and the institutions they serve. The most obvious benefit is the safety and security of providers, correctional staff, the public, and offenders. The ability to deliver services within a secure environment removes the risk of escape or harm to staff and civilians (Zaylor, Nelson, & Cook, 2001). Likewise, the convenience of treating offenders in the comfort of their own offices may entice more providers to include these individuals on their caseloads. Furthermore, telepsychology can remove some of the hurdles to initiating services such as transportation, security procedures, and travel time (National Institute of Justice, 1999), which may reduce the length of time offenders must wait for treatment. Benefits of telehealth also apply to psychiatric emergency care situations that can occur when onsite providers are not readily available (Magaletta, Fagan, & Peyrot, 2000). Proactively responding to offenders' needs likely will reduce agitation and increase trust in the justice system. These effects may, in turn, help manage stress and anxiety among correctional staff, who will be able to focus more on maintaining a secure facility instead of attending to grievances or misconduct (Magaletta et al., 1998).

Cost effectiveness is another widely cited benefit of telepsychology. This is currently the most robust area of research to date (Ax et al., 2007). An in-person health consultation for an inmate is estimated to cost about \$173, compared to \$71 for a telehealth consultation (National Institute of Justice, 2002). States with substantial telehealth networks have reported saving between \$200 and \$1,000 for every

consult (Kinsella, 2004). Although some correctional agencies—given their already limited budgets—may be reluctant to invest in telehealth or telepsychology equipment, start-up costs (including software, hardware, and signal transmission) have decreased considerably in recent years (Miller, Clark, Veltkamp, Burton, & Swope, 2008). More access to lower-cost services can translate to more individuals who have both mental health and criminal justice problems receiving treatment.

However, before telepsychology is accepted as a new solution to the many problems in correctional mental health, it is important first to evaluate whether it can produce the desired treatment effects. One concern with telepsychology is the potential loss of connectedness between patient and provider. However, research consistently suggests that this is not the case. For example, Morgan, Patrick, and Magaletta (2008) evaluated perceptions of the treatment experience following psychiatric and psychological consultations conducted via telepsychology and in person. Results showed no significant differences across service modality for inmates' current mood, perceptions of the working alliance, and overall satisfaction with the provider and treatment modality. Similarly, a survey of inmates who received psychiatric services via videoconferencing revealed that 81% of respondents rated treatment positively, while 35% of respondents actually preferred videoconferencing to in-person sessions (Magaletta et al., 2000). The acceptability of this modality among offenders is necessary for ensuring other important aspects of the treatment process, such as the therapeutic alliance and compliance with recommendations.

Less is known about the ability of remotely delivered services to assess and subsequently reduce symptomology. The research that is available implies relative comparability with in-person services. One example is a study by Lexcen, Hawk, Herrick, and Blank (2006) that demonstrated modest to excellent interrater reliability ($r = .69$ to $.82$) between telepsychology and in-person forensic mental health assessments using the Brief Psychiatric Rating Scale-Anchored Version and the MacArthur Competence Assessment Tool—Criminal Adjudication. Likewise, in a study of jailed inmates receiving psychiatric services through videoconferencing, Nelson, Zaylor, and Cook (2004) compared patient symptom ratings completed prior to the consultation with provider evaluations of mental health functioning completed during the consultation. Significant positive correlations were found between patient and provider symptom impressions, particularly with regard to suicidal ideation. However, this study did not include an in-person comparison group. Despite this evidence, the reliability and validity of clinical diagnoses and treatment recommendations derived from virtual assessments require further exploration, particularly when persons with severe cognitive or behavioral disturbances are being evaluated.

Data on treatment outcome are more limited, but preliminary research points to positive effects. One study examined whether telepsychology services were longitudinally effective in improving psychological functioning from both the provider and patient perspective (Zaylor et al., 2001). Adult inmates detained in a rural jail received either suicide consultation or long-term care for a mental illness through a telehealth clinic. Results indicated a significant time effect, such that patients reported experiencing less distress over time and psychiatrists rated patients as less "ill" over time. Fox, Connor, McCullers, & Waters (2008) also found positive treatment gains in a sample of juvenile offenders. Results showed significant improvements in goal attainment (e.g., education, social skills) from pre to postintervention.

Treatment outcome research that includes baseline and follow-up data on relevant clinical markers (e.g., disciplinary infractions, crisis interventions), comparison groups (e.g., treatment as usual), larger sample sizes, and more rigorous statistical methods is necessary to draw firmer conclusions about the efficacy of telepsychology in treating offenders with mental health problems (Antonacci, Bloch, Saeed, Yildirim, & Talley, 2008; Ax et al., 2007; Monnier, Knapp, & Frueh, 2003; Morgan et al., 2008). Research should also investigate more intensive clinical applications of telepsychology including psychoeducation, cognitive-behavioral therapy, psychosocial interventions, and family counseling. Additionally, a better understanding of the strengths and limitations of telepsychology for

serving various forensic subpopulations, including offenders with thought and personality disorders, neurologically or cognitively impaired offenders, suicidal offenders, offenders in administrative segregation, female offenders, and juvenile offenders (Antonacci et al. 2008; Magaletta et al., 2000), is needed.

Telepsychology appears to be a practical alternative to in-person service delivery. The evidence at present indicates that this modality may begin to close the gap between the high rates of offenders with mental health needs and the low availability of appropriate treatment resources in some settings. In fact, telepsychology has a variety of benefits over in-person consultations (e.g., increased safety, inclusion of family or multiple community providers in the treatment process, more timely service delivery, decreased costs). Although services provided over a distance likely have unique limitations (e.g., some lost behavioral data), something is better than nothing. With continued research efforts, the field of correctional mental health will be better informed about when and for whom telepsychology is most effective (Batastini, McDonald, & Morgan, 2012). These technological advances could slow the revolving door of the criminal justice system for disturbed offenders.

INTEGRATING ASSESSMENT INTO THE THERAPEUTIC PROCESS

Intervention with offenders has a different focus from traditional therapeutic intervention. For example, within corrections, the global focus is on improved public safety as opposed to the alleviation of human suffering. Similarly, the role of assessment in corrections is different from its role in noncorrectional settings. Specifically, assessment in corrections has two primary foci: (1) assessment of risk (see earlier discussion of RNR and Gendreau, Goggin, and Smith, Chapter 23 this volume) and (2) assessment of therapeutic change.

ASSESSING RISK

With offenders, assessment focuses on the estimation of risk and identification of criminal risk factors as compared to the diagnosis and estimation of symptom severity when intervening with nonoffender populations. As previously noted, Andrews and Bonta (1994) identified dynamic risk factors (also referred to as criminogenic needs; Andrews & Bonta, 2010) as targets for intervention that could potentially reduce reoffending. A meta-analysis demonstrated that dynamic risk factors were among the better predictors of recidivism (Gendreau, Little, & Goggin, 1996), including antisocial companions, antisocial attitudes, and antisocial personality. An advantage of focusing on dynamic risk factors is the potentially explanatory role over more static risk factors, such as age, gender, race, and criminal history. As noted in the risk principle, it is increasingly important that risk be routinely assessed prior to initiating treatments or interventions.

The routine assessment of risk and needs (combining static and dynamic risk factors) has contributed to the prediction of recidivism and has been operationalized through instruments such as the Level of Service Inventory–Revised (LSI-R; Andrews & Bonta, 1995) and the Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI; Andrews, Bonta, & Wormith, 2004). These instruments utilize both static and dynamic domains that include criminal history, education, employment, finances, interpersonal relationships, attitudes, companions, and substance abuse. These instruments identify not only an underlying level of criminal risk but also intervention targets, thus integrating risk assessment with intervention recommendations and risk management strategies. Essential to effective correctional interventions is the assessment of risk and risk factors and linking them to the risk assessment and risk management process.

Elsewhere we have articulated the integration of static and dynamic risk factors into what we refer to as an integrated-actuarial approach to risk assessment (Mills, Kroner, & Morgan, 2011). In brief, this approach to risk assessment does four things:

1. It identifies an actuarial estimate of criminal risk.
2. It identifies potentially dynamic risk factors (those risk factors that can be changed and lead to reductions in risk).

	RNR		
Integrated-Actuarial Risk Assessment	Risk	Needs	Responsivity
Identify Actuarial Risk			
Identify Dynamic Risk Factors			
Recommend Intervention			
Identify Risk Management Strategies			

Figure 24.1 Overlap of Effective Correctional Intervention and Risk Assessment

3. It provides recommendations for intervention/treatment.
4. It provides risk management strategies.

This approach complements the endeavor of offender treatment and the overall assessment of change that stem from the intervention (see Figure 24.1; shaded areas show overlap). For example, within the RNR framework, the assessment of actuarial risk identifies the level of intervention required. High-risk offenders require more intervention to effect change than lower risk offenders. The needs principle directs the identification of dynamic or changeable risk factors and recommends intervention to change (reduce) the potential of those factors. Finally, the responsivity principle looks to idiographic issues that might influence the acquisition of intervention benefit and are directly related to the recommendations concerning intervention and subsequent risk management strategies. We articulate these points to demonstrate that appropriate risk assessment and optimal interventions are not divergent but rather complementary processes.

ASSESSING OFFENDER CHANGE

As mentioned previously, effective correctional intervention calls for the accurate identification of dynamic or changeable risk factors: This could refer to substance abuse, antisocial attitudes, antisocial associates, or cognitions supporting violence, among others. Once the criminogenic content areas are identified, appropriate interventions can be selected. This procedure is consistent with the hatched area of the overlap between risk assessment and effective correctional intervention in Figure 24.1. With respect to any criminogenic content area, the challenge for both the risk assessor and the program facilitator is the identification of meaningful offender change. To optimize the likelihood of success, we recommend a multimethod, multiconstruct, multi-time, and multi-outcome target approach.

Multimethod Approach. Within correctional populations, the term multimethod typically refers to interview-based measures, offender self-report, and/or behavioral markers. In some institutions, third-party data may also be available in the form of correctional officer reports, unit counselor ratings, and the like. One of the more frequently used interview-based measures that covers a broad range of criminogenic content areas is the LSI-R (Andrews & Bonta, 1995). The 54 items, which are scored following a record review and comprehensive psychosocial interview, cover a broad range of criminogenic content areas, such as education/employment, financial, family marital, accommodation, leisure/recreation, companions, alcohol/drug problem, emotional/personal, and attitudes/orientation. Interrater reliability coefficients as reported by the authors range from .80 to .96 (Andrews & Bonta, 1995), and subsequent research has supported these initial reliability findings (Kroner & Mills, 2001). The LSI-R is an effective predictor of recidivism; however, its use as a measure of treatment success has recently gained momentum (Gendreau & Smith, 2007; Girard & Wormith, 2004; Hollin & Palmer, 2006; Lowenkamp, Holsinger, & Latessa, 2001; Manchak, Skeem, & Douglas, 2007; Rooney & Hanson, 2001).

Another clinician-scored instrument that is accruing support for assessing criminogenic content areas and specifically within the context of treatment change is the Violence Risk Scale (VRS; Wong & Gordon, 2006). Among the criminogenic content areas assessed by the scale are criminal attitudes, criminal peers, emotional regulation/control, substance abuse, stability of relationships, impulsivity, and cognitive distortions. All of the variables assessed by the VRS are rated on a 4-point Likert type scale from 0 to 3. Like the LSI-R, VRS total scores are predictive of postrelease criminal behavior (Beggs & Grace, 2010). More will be said about the VRS measuring treatment change a little later. The benefit of both the LSI-R and VRS is that, in addition to assessing for the presence of specific criminogenic content areas, the scales also produce an index of overall risk for criminal behavior. While there are a number of self-report instruments that measure various specific criminogenic content areas, few have been specifically designed to capture sufficient content areas to predict recidivism. One exception to this is the Self-Appraisal Questionnaire (SAQ; Loza, 2005). The SAQ is composed of 72 true or false items that form seven clinical subscales and a validity subscale. The clinical subscales include criminal tendencies (antisocial attitudes, beliefs, behaviors, and feelings), antisocial personality problems (characteristics similar to those used to diagnose antisocial personality disorder), conduct problems (assesses childhood behavioral problems), criminal history, alcohol/drug abuse, antisocial associates (the offender's perception of the effect of his associates on his criminal activities), and anger (measures reaction to anger). The validity subscale was designed to detect careless responses or related problems associated with responding to self-report measures. The reliability, and construct and concurrent validity of the SAQ have been demonstrated (Loza, 2005), as has the predictive validity of the SAQ over a 2-year (Kroner & Loza, 2001; Loza & Loza-Fanous, 2001) and 5-year period (Loza & Loza-Fanous, 2003). The SAQ is at least as effective as four other well-established professionally rated and widely used measures for the prediction of recidivism (Loza & Loza-Fanous, 2001). Further, the SAQ has been cross-validated with Australian, British, and Singaporean samples (Loza et al., 2004). One limitation of the SAQ is that it has not been utilized as a treatment outcome measure, so, although it can be useful in predicting risk, it has not been established as a measure to show posttreatment reductions in risk. Research of this nature would be very beneficial to the field.

Criminal cognitions and attitudes have long been associated with criminal behavior and have been related to self-reported criminal activity in offenders (Healy & O'Donnell, 2006) and self-reported antisocial behavior in nonoffender samples (McCoy et al., 2006). Self-reported antisocial attitudes are associated with criminal activity (Mills & Kroner, 1997) and are predictive of both general and violent reoffending (Mills, Kroner, & Hemmati, 2004; Polaschek, Collie, & Walkey, 2004) and intimate partner violence (Henning, Martinsson, & Holdford, 2009). Among soccer fans in Europe, antisocial attitudes were strongly associated with self-reported verbal and physical aggression (van Hiel, Hautman, Cornelis, & de Clercq, 2007). Self-reported criminal attitudes add incrementally to the prediction of subsequent recidivism and disciplinary infractions over established risk assessment measures like the Psychopathy Checklist, LSI-R, and Statistical Information on Recidivism (Mills et al., 2004; Walters, 2009; Walters & Mandell, 2007; Walters & Schlauch, 2008).

Self-reported criminal attitudes can change, and those changes can be measured and related to outcome (Beggs & Grace, 2010). Measures of criminal thinking, such as the Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles (PICTS; Walters, 2006) are sensitive to detecting treatment change (e.g., pre-post treatment measure) among offenders (Walters, 2002, 2009). Walters, Trgovac, Rychlec, Di Fazio, and Olson (2002) reported on a series of studies using the 13-item scale of Current Criminal Thinking items that contained items such as "I have trouble following through on good initial intentions." The results showed significant change following a 10-week criminal lifestyle program, whereas a wait-list control group did not evidence change during the same time frame. Elsewhere, Kroner and Yessine (in press) showed that criminal attitudes as measured by the Measures of Criminal Attitudes and Associates (MCAA; Mills, Kroner, & Forth, 2002) could change meaningfully between pre- and postintervention testing. Further, by using a more idiographic methodology, Kroner and Yessine (in press) showed that change in attitudes toward criminal associates could be linked to changes in recidivism. Positive change in attitudes has been shown among offenders with mental disorders who participated in a cognitive skills program (Ashford, Wong, & Sternbach, 2008). Sex offender attitudes have also been shown to change for the better between pre- and postintervention testing (Keeling, Rose, & Beech, 2006; Witte, Di Palcido, Gu, & Wong, 2006).

Behavioral indicators provide a meaningful assessment of change. Common behavioral markers in corrections include frequency and severity of disciplinary infractions, work ratings, number of sick calls, and changes in security classification. In the community, treatment providers may look at sick days, number of days to employment or tardy for work, parole or probation visits kept/missed, and results of urinalysis. Analyses of these behavioral markers provide clinicians valuable information beyond interview or self-report, as they are indicative of functioning in the real world. Offenders may report improvement, but if those improvements are not being realized in the real-world setting, any change that is happening is less meaningful.

Multiconstruct Approach. In addition to the criminogenic construct of interest, other treatment related constructs are important to consider within a framework of intervention assessment. For example, the work of Wong et al. related to the VRS and Violence Risk Scale: Sex Offender Version (VRS:SO; Olver & Wong, 2011; Wong, Olver, & Stockdale, 2009) clearly demonstrates the importance of measuring an offender's progress along the continuum of the stages of change (precontemplation, contemplation, preparation, action, and maintenance) of the transtheoretical model of change (TTM; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). In fact, research on the VRS and VRS:SO has demonstrated that clinician-rated change on the criminogenic content (e.g., criminal attitudes) is related to reductions in recidivism only if the offender has meaningfully progressed along the stages of change continuum (e.g., moved from preparation to action stage). The important point here is that readiness to change is related to meaningful risk-reducing change resulting from therapeutic interventions. Motivational interventions are viewed as an essential component of interventions with patients who suffer from co-occurring disorders (Drake et al., 2001).

Readiness to change is related to offender program performance whether measured by self-report or by treatment facilitator ratings. As an example, participant rating or facilitator ratings of readiness to change were recorded in two separate samples of offenders provided correctional interventions to address intimate partner violence (Connors, Mills, & Gray, 2012, 2013). In both samples, these ratings were related to postprogram performance and demonstrated an interaction effect such that more motivated offenders acquired knowledge and skills at a significantly faster rate than less motivated offenders. This would suggest that readiness to change is important and may be effectively measured using anchored ratings by either the participant or the therapist.

Another construct of importance when assessing change is therapeutic alliance. Although it is not consistently measured within correctional intervention research, it is related to outcomes in other areas of therapeutic intervention. An early meta-analysis by Horvath and Symonds (1991) revealed a modest but significant relationship between working alliance and outcomes in therapy. Brocato and Wagner (2008) found that therapeutic alliance was related to improvement in readiness to change but not offender retention in a community-based mandated drug treatment program. Nonetheless, offenders who scored higher on therapist bonding were more likely to experience increases in motivation to change, and higher motivation to change was associated with the number of days in the program. This finding suggests a possible indirect effect of therapeutic alliance on treatment retention. Elsewhere, in noncorrectional community mental health settings, therapeutic alliance has been found to be positively associated with outcomes (Howgego, Yellowlees, Owen, Meldrum, & Dark, 2003).

One of the better-known measures of working alliance is the Working Alliance Inventory (WAI; Horvath & Greenberg, 1989). Scores on the WAI are associated with client reported satisfaction with and change during therapy (Horvath & Greenberg, 1989). Further, relationships between the scores on the task subscale and subsequent skill acquisition during therapy were also observed. There are substantial intercorrelations among the subscales of tasks, goals, and bonds (r from .69 to .92), and scale internal consistency is very good ($\alpha = .93$). The WAI has been used with offenders with personality disorders receiving mental health treatment and measured at baseline, 6 months, and 24 months (Fortune et al., 2011).

Multi-time Approach. Pre–post-treatment testing or assessment is a standard within many treatment paradigms, and multi-time assessment of changeable risk factors is also becoming more commonplace (Hanson, Harris, Scott, & Helmus, 2007). Although pre–post testing/assessment is informative, there are two meaningful limitations. First, pre–post testing cannot identify when meaningful change occurred. For example, at what point in the treatment or intervention did motivation begin to improve? Second, as discussed previously, because interventions typically target changeable risk factors, not measuring or assessing those risk factors well after the intervention may fail to capture the dynamic nature of the risk factor and presumes that gains made during the intervention period continue unchanged from the point of postintervention testing. For example, an intervention targeting associates or attitudes may raise awareness and intent to change among offenders who have completed the intervention. The improvement between the pre- and posttesting is presumed static. However, if the offender is released to the same criminal subculture in which he or she had been previously involved, why would there be an expectation of stasis in the dynamic gains made? This problem may explain the relatively few studies that have associated a change in pre–post intervention change with outcome (Kroner & Yessine, in press).

With these limitations in mind, we recommend that interventions, when possible, measure central constructs at multiple points during the intervention. Caution must be used when administering the same self-report instruments so as to avoid frequent exposures to the items; however, this could be overcome through the use of anchored facilitator ratings or assessments (Connors et al., 2012). In their assessment of an intimate partner violence program, Connors et al. assessed offender progress at pre-, mid-, and postintervention points. This permitted an examination of the trajectory of change over the course of the intervention. Additionally, postintervention assessment of these dynamic factors may

provide a measure of the ongoing state of the dynamic change. However, based on previous experience, repeated measurement of dynamic risk factors over time can result in participant attrition if it employs methods that require much time or effort from the offender (Morgan, Kroner, & Mills, 2012).

Multi-Outcomes Approach. Traditional outcomes employed in correctional intervention research are the dichotomous measures of recidivism or institutional misconduct. More recently, other measures of recidivism have begun to be included as potential outcomes, including time before reoffense (Mills, Kroner, & Hemmati, 2007), number of offenses (Bushway, Paternoster, & Brame, 2003; Savolainen, 2009), and severity of reoffending. These latter outcomes stem from the introduction of desistance as a directional, gradual process of rehabilitation (Fagan, 1989; Sampson & Laub, 1993) wherein for some, desistance is a relative reduction in criminal activity as opposed to a complete cessation (Bushway et al., 2003; Laub, Nagin, & Sampson, 1998). Increased time prior to a less severe offense may be viewed by some as an improved outcome. Nonetheless, apart from a growing agreement that desistance is a process, there is little agreement on its measurement (Kazemian, 2007).

TESTING FOR OFFENDER CHANGE

We recommend a four-step strategy to test for offender change:

1. Pre–post significance testing
2. Examining the magnitude of effects
3. Clinical significance testing
4. Examining the reliability of change

(See Morgan et al., 2012b for an example of this strategy.)

Pre–Post Significance Testing. The use of pre–post treatment change is a staple in treatment outcome assessments. Although it has many benefits for identifying if treatments work, this method of assessing outcomes is of limited utility for informing practitioners about what works and for whom. Although we continue to advocate for (and use in our own work) pre–post significance testing, additional limitations are noted—results are unduly influenced by sample size and are not amenable for examining individual changes. Thus, in addition to examining pre–post outcomes, we encourage the use of mediators and moderators as additional methods for assessing change (see, e.g., Kazdin, 2007).

Examining the Magnitude of Effect (With Confidence Intervals). Examining effect sizes offers advantages over traditional pre–post testing methods. Specifically, effect sizes have the benefit of being less influenced by sample size and allow for an examination of the size (magnitude) of treatment effects. The larger the effect size (i.e., numerical value), the greater the treatment impact. Cohen’s *d* and the partial eta squared statistic are commonly used effect size procedures, and partial eta squared is easily obtained in most statistical packages.

Clinical Significance Testing. Clinical significance testing involves identifying the cases that have returned to a subclinical level of functioning as measured on standardized, psychometrically sound tests. Several methods can be used to examine clinical changes. One way is to compare the treated offender’s score to the scores of the normative and/or clinical samples provided by the test. If the offender’s initial (pretreatment) score is in the clinically significant range but the posttreatment score is in the nonclinically significant range, then treatment is deemed effective (i.e., clinical change has occurred). This procedure uses a cut-off score for the normative sample and a cut-off score for the clinical sample. Significant clinical change can also be assessed by examining the variance in posttreatment test scores compared to pretreatment test scores. Specifically, meaningful change is assumed if the posttreatment scores are 2 standard deviations from the pretreatment mean. The third calculation requires the practitioner to compute two cut-off calculations from data on normative and

clinical samples of a test. One calculation involves identifying the overlap between the normative group and clinical group, and the other involves identifying where there is no overlap between these two groups. Thus, clinical significance can be calculated for each scale, and the number of clients who reach clinical significance can be computed. The aim of clinical significance testing is to identify clinically meaningful change that is beyond chance and also is of value to the practitioner.

An interesting and innovative method for examining clinical change is the use of percent of maximum possible (POMP) scores. Although the POMP is not a specific statistic, computation of POMP scores can help clinicians to understand the amount of change across individuals. Specifically, POMP scores can determine the percent of reduction in scores on the pre- and postmeasures. With a POMP score, a 0 represents the minimum possible score and 100 represents the maximum possible score (see Cohen, Cohen, Aiken, & West, 1999, for the computation formula for POMP scores). Using POMP scores allows for interpreting the scale differences according to easily observed percentages and making direct comparisons among the scales (e.g., Gerend, Aiken, West, & Erchull, 2004; Srivastava, John, Gosling, & Potter, 2003).

Reliability of Change. The previous three methods of assessing change focus on an overall effectiveness of an intervention. Examining the reliability of change allows for an estimate of idiographic change. One drawback of using pre-intervention and postintervention scores (i.e., POMP scores) is not being able to calculate the confidence levels of the change scores associated with the intervention. In order to address this issue, Jacobson and Truax (1991) developed the Reliable Change Index (RCI), which allows for the assessment of change beyond what could be attributed to measurement variability or error. The RCI incorporates scale reliabilities into the calculation of reliable change, and the formula allows for a more precise measure of therapeutic change. Specifically, this calculation allows the identification of how much change has occurred as a result of the intervention and if this change is statistically reliable.

Using a RCI cut-off score of 1.96 or greater, the difference between pre- and postscores is considered indicative of statistically significant (95% confidence interval) and clinically meaningful change (Wise, 2004). With this calculation, the percentage of participants of the sample who experienced “real” change can be derived. These calculations occur independently for each pre- and post- measure used. A noted assumption made by Jacobson et al. (1984) is that all the pretesting scores would be in a dysfunctional range.

CONCLUSIONS AND FUTURE DIRECTIONS

In this chapter, we reviewed the effectiveness of treatment with criminal offenders, including the barriers to effective interventions, evidence-based practice strategies, and treatment approaches for four specialized offender populations. In addition, we summarized the role of assessment in identifying relevant risk factors prior to initiating treatment as well as evaluating offender change during the course of treatment. This review highlighted the remarkable accomplishments in the field of offender treatment and correctional mental health over the last 40 years; however, important advances remain to be made.

Meaningful information is missing from important areas that are significant considerations in offender treatment. For example, we did not discuss issues of the iatrogenic effects of criminal sanctions, incarceration, and provision of mental health services to incarcerated offenders, as this issue has been severely understudied. We also focused minimally on individual characteristics of offenders that contribute to or inhibit therapeutic progress, because very little is known about these phenomena. Last, almost no research has examined the assessment change process with offenders. In fact, research examining the relationship between therapeutic change and long-term outcomes (e.g., the relationship

of change resulting from prison treatment program to community outcomes) is almost nonexistent. Although this research is costly (longitudinal research of this nature is time intensive), it is necessary, as it is no longer acceptable simply to examine change following treatment without examining long-term outcomes. Research examining the relationship between therapeutic change and outcomes is important from a mental health, humanistic, public safety, and policy perspective.

Despite the need to improve our knowledge in these areas, there is much to be positive about. As this chapter shows, correctional interventions are not only effective but are effective with some of the most difficult correctional clients, such as mentally ill and violent offenders. Evidence-based practices that produce positive outcomes have been identified, and research continues to shed light on how best to treat offenders. The future of correctional treatment is bright. There is a plethora of work already being conducted across the world as well as an unprecedented number of undergraduate and graduate students eager to carry the field forward. We predict that the interface of criminal justice and mental health treatment will advance significantly over the next 20 years.

Translation of the corpus

معالجة المجرمين

تشرف المؤسسات الإصلاحية في الولايات المتحدة الأمريكية على 7.1 مليون مجرم 2,266,800 منهم مسجونين في السجون المحلية أو تحت حراسة السجون الولائية أو الاتحادية (غلايزر, 2011)، مما يجعل العلاجات ذات الفعالية والكفاءة العالية ذو أهمية كبيرة، حيث أن مسألة المسجونين المحكومين بالسجن تعاني من صعوبات وتحديات خاصة، وعادة ما تتضمن هدفين علاجيين هما: إستقرار الصحة النفسية أو إعادة التأهيل و بدلا من ذلك، يمكن تصور هذه الأهداف على أنها خدمات أساسية للصحة العقلية أو خدمات إعادة تأهيل الصحة العقلية (دوفوسكين و مورغان, 2010. مورغان, 2003). كما وصفها مورغان (2003)، على أنها ضرورية لتسيير التكيف للمجرمين ضمن إطار العدالة الجنائية وتشمل الخدمات الموجهة نحو إستقرار الصحة العقلية مع التركيز على تقليل الأعراض وتطوير المهارات الفعالة للتكيف. هذه الخدمات مكلفة قانونيا (مثال: رويز ف /بيستل, 1980؛ هناك أيضا: آرندت، تيرفي وفلاوم, 2002؛ كوهين ودوفوسكين, 1992) ويجب أن تكون متاحة لجميع المجرمين. بينما تهدف الخدمات التأهيلية إلى زيادة نسبة التوقف عن الجريمة، حيث أن توقف الجريمة ليس مماثلا لتقليل ارتكاب الجرائم من جديد والذي قد لا يتضمن ارتكاب جرائم جديدة (مثلا سحب الإفراج الشرطي بسبب عدم التبليغ عن زيارات مكتب الإفراج الشرطي) بل يشير إلى أن المجرمين يتجنبون المحفزات والسوابق (مثال نمط التصرف) من النشاط الإجرامي (انظر مايسنهييلدر, 1977). تهدف الخدمات التأهيلية إلى تغيير ميل الجناح الجنائي والإتجاهات ونمط الحياة من أجل تقليل السلوك الجنائي مع زيادة مصاحبة في السلوك الاجتماعي الإيجابي. يستعرض هذا الفصل الأدبيات ويتناول تقارير حول توفير الخدمات الأساسية والتأهيلية بفعالية وكفاءة.

فعالية التدخلات الإصلاحية

إن خدمات الصحة العقلية الأساسية فعالة في الإعدادات الإصلاحية. فقد قام مورغان و زملاؤه بإجراء تحليل تلوي ل26 دراسة، و وجدوا أن علاجات الصحة العقلية أدت إلى تحسين وظائف الصحة العقلية (مثل تقليل أعراض الضيق) و تحسين مهارات التأقلم، التكيف المؤسسي ووظائف السلوك للمجرمين (مورغان، فلورا، كرونر، ميلز، فارغيز، و ستيفان 2012)، و في دراسة أخرى مماثلة وجد مارتين،

شانون، وامبولت، و ووتن (2012) أن خدمات الصحة العقلية أدت إلى تقليل الضيق النفسي و تحسين وظائف الصحة العقلية العامة، على الرغم أنه تم إجراؤهما في نفس الوقت، إلا أن هذين التحليلين الشاملين كانا يحتويان على تداخل ضئيل. في حين ركز مورغان، فلورا، وآخرون (2012) على التدخلات النفسية الاجتماعية بشكل أساسي في بيئات الإصلاح، ومن جهة أخرى شملت دراسة مارتين وآخرون (2012) خدمات موجهة نحو النظام (مثل محكمة الصحة العقلية) للمجرمين السجناء وغير السجناء، ومع ذلك النتائج كانت متشابهة بشكل ملحوظ، وتقدم أدلة واضحة على فعالية هذه الخدمات في تحسين وظائف الصحة العقلية (مثل الإجهاد الناجم عن الأعراض، وتحسين الوظائف السلوكية). أدلة على فعالية الخدمات الإصلاحية أكثر إقناعاً. على سبيل المثال، لاحظ ماجوير (2002) أن أكثر من 2000 دراسة قد فحصت فعالية الجهود الإصلاحية التصحيحية التي تهدف إلى تحديد ما يعمل، وقد قدمت التحليلات الشاملة (أندروز وبوتنا، 2010، لمراجعة مفصلة لهذه الأدبيات) معرفتنا بالتدخلات الفعالة باستمرار. في الواقع، تم تحديد مبادئ التدخلات الإصلاحية الفعالة بحيث تغير السؤال من "هل التدخل الإصلاحي يعمل؟" إلى "ما هو العمل لمن وتحت أي ظروف؟" (وورميث، ألتهاوس، سيمبسون، فاغان، ومورغان، 2007). بالرغم من أنه أصبح واضحاً بشكل متزايد أن بعض المناهج في إصلاح السجون أفضل من غيرها (جيندرو وجوجين وسميث، الفصل 23 في هذا المجلد)، إلا أن أكثر برامج الإصلاح قبولاً في العالم وذات فعالية هي تلك التي تلتزم بمبادئ نموذج المخاطر-الاحتياجات-القابلية للتجاوب) أندروز وبوتنا، 2010.

كما هو موضح من قبل أندروز وبوتنا وهوغ (1990)، تعرض هذه النظرية ثلاثة مبادئ للتدخلات الفعالة هي المخاطرة، الحاجة والاستجابة. حيث يجب أن يكون التركيز على المجرمين ذو المخاطرة العالية في التدخلات الإصلاحية (المخاطرة)، وينبغي أن تستهدف التدخلات المخاطر القابلة للتغيير أو الديناميكية المرتبطة بالسلوك الإجرامي (الحاجة)، وينبغي أن تكون التدخلات مصممة خصيصاً لخصائص المجرمين التي قد تؤثر على فعالية التدخل، مثل القدرات المعرفية وأنماط التعلم وقضايا التنوع وغيرها (الاستجابة). تشير الأدلة التجريبية بقوة إلى دعم مبادئ "المخاطرة - الحاجة - الاستجابة"، وكما جاء في خلاصة نُشرتها جيندرو وآخرون (الفصل 23 من هذا المجلد)، فإن الإلتزام بمبادئ "المخاطرة - الحاجة - الاستجابة" يؤدي عادة إلى تقليل معدلات العودة إلى الجريمة بنسبة تتراوح بين 10% إلى 30%. بالرغم من أن هذه الدراسات استخدمت إعادة الانتكاس كمقياس للنتائج بدلاً من التوقف عن الجريمة، إلا أنه من الواضح أن التمسك بمبادئ "المخاطرة - الحاجة - الاستجابة" تحسن النتائج. في الواقع، الأدلة القاطعة تشير إلى أن الامتناع عن الإلتزام بمبادئ "المخاطرة - الحاجة - الاستجابة" قد يعتبر ليس فقط إهمالاً مهنيًا وإنما أيضاً عدم مسؤولية ماليًا.

أجرى أندروز، زينجر، وآخرون (1990) تحليلاً شاملاً لدراسة فعالية الخدمات التي تلتزم بمبادئ "المخاطرة-الحاجة-الاستجابة". تضمنت مجموعة متنوعة من الخدمات، بما في ذلك العقوبات الجنائية (مثل السجن، والإفراج الشرطي) والتأهيل (الخدمات النفسية الاجتماعية التي تهدف إلى زيادة الانقطاع المقاس في هذا الاستعراض والذي يقوم بتقليل ارتكاب المخالفات مرة أخرى). كما لوحظ سابقاً، فإن الخدمات التي تلتزم بمبادئ "المخاطر-الحاجة-الاستجابة" كانت أكثر فعالية من الجزاءات الإصلاحية بمفردها أو البرامج التي لم تلتزم بمبادئ "المخاطر-الحاجة-الاستجابة"، مع تقليل متوسط لارتكاب الجرائم بنسبة 30%. ولكن ما هو تكلفة هذه الخدمات الفعالة؟ قامت روماني ومورغان وجروس وماكدونالد (2012) بإجراء متابعة لجميع الدراسات المدرجة في دراسة أندروز وآخرون. تحليل البيانات النصفية (1990). بالتحديد، قامت هذه الدراسة المتابعة بإعادة تقييم الدراسات باستخدام إجراء "أقصى تكلفة" لتحديد كفاءة التكلفة للخدمات الإصلاحية التي تلتزم بمبادئ "المخاطرة - الحاجة - الاستجابة" مقارنة بالخدمات التي لم تلتزم بمبادئ "المخاطرة - الحاجة - الاستجابة" أو نفذت العقوبات الجنائية التقليدية. ووجب التذكير أنه لم تكن هناك اختلافات كبيرة في تكلفة التقديم بين أنواع الخدمات، وبعبارة أخرى يبدو أنه لا يوجد زيادة في التكلفة عند توفير الخدمات التي تلتزم بالمبادئ المعروفة للحد من إعادة الانتكاس بالمقارنة مع توفير خدمات بديلة أو عدم توفير خدمات على الإطلاق. بالإضافة إلى ذلك، أشارت النتائج إلى أن المجرمين الذين تلقوا خدمات لم تلتزم بمبادئ "المخاطرة - الحاجة - الاستجابة" قضوا وقتاً أكبر بشكل كبير في الخدمات (أي أنهم قضوا وقتاً أكبر في خدمات كانت أقل فعالية مقارنة بالمجرمين الذين تلقوا علاجات فعالة)، مما ساهم في زيادة التكلفة. الأهم من ذلك، عند مقارنة التكلفة بالكفاءة، كانت تكلفة الخدمات التي تلتزم بمبادئ "المخاطرة - الحاجة - الاستجابة" أرخص بشكل كبير مقارنة (أي أنها أكثر فعالية من حيث التكلفة) بالعقوبات أو الخدمات التي لم تلتزم بمبادئ "المخاطرة - الحاجة - الاستجابة". وخلاصة الكتاب أنه عند النظر في مبادئ "المخاطرة - الحاجة - الاستجابة"، فإن الفائدة تفوق بالتأكيد التكلفة.

العوائق أمام العلاج

سوف يكون العلاج فعالاً فقط إذا حصل المجرمون فعلاً على الخدمات، ومع ذلك يتردد المجرمون الذين يقضون عقوبة السجن في استخدام خدمات الصحة العقلية (انظر ماثياس وسيندرج، 1985؛ مورغان، روزيكي، وويلسون، 2004؛ رابابورت، 1971؛ ستيفان ومورغان، 2005) ويقاومون العملية العلاجية (ميلجرام وروبين، 1992)، بحيث يتجنبون الخدمات بنشاط (ريوردان ومارتين، 1993). فلأسف، قد يتجاوز نحو نصف المساجين الأكثر اضطراباً الذين لن يحصلوا على

خدمات الصحة العقلية أثناء فترة الحاجة لديهم (ستيدمان، هولوهين، ودفوسكين، 1991)، وعلى الرغم من أن معدل عدم توفير الخدمات الملائمة يشكل قلقاً في السجون الولاية والفيدالية، إلا أن الوضع يكون أكثر تازماً في السجون المحلية، حيث يتلقى أقل من 10٪ من السجناء خدمات الصحة العقلية (ستيدمان وفيسي، 2007) على الرغم من تقديرات تتراوح بين 14٪ و24٪ من سجناء السجون يعانون من مشاكل الصحة العقلية شديدة (جيمس وجلايز، 2006).

استخدام الخدمات

على الرغم من أن مجال استخدام الخدمات الإصلاحية نقصت فيه الدراسات بشكل نسبي في توصيل الخدمات، إلا أن البحث يشير إلى أن إدراك المجرمين ومقدمي العلاج للعلاج يؤثر مباشرة على استخدام الخدمات. على سبيل المثال، يؤثر امتلاك السجناء لميول إيجابية تجاه العلاج وأيضاً نحو مقدمي العلاج على استخدام الخدمات لذوي الاتجاهات الإيجابية فهم أكثر عرضة لطلب الخدمات أثناء فترة السجن (دين، سكوجستاد، وويليامز، 1999)، والمجرمون الذين يتلقون خدمات الصحة العقلية أثناء فترات عدم السجن أكثر عرضة للوصول إلى الخدمات أثناء فترة السجن (جاريثي، هيلر، ستاتون، وويبيستر، وليوكفيلد، 2002)، خاصة إذا ما تم إدراك الخبرات السابقة على أنها إيجابية (دين وآخرون، 1999).

تؤثر صفات المجرمين أيضاً على استخدام الخدمات. يميل المجرمون من الأقليات العرقية إلى أن يكونوا لديهم اتجاهات أكثر سلبية نحو التدخلات مقارنة بالمجرمين من غير الأقليات، وبالتالي فإنهم أقل عرضة للوصول إلى الخدمات (دين وآخرون، 1999؛ سكوجستاد، دين، وسبايسر، 2006؛ ستيدمان وآخرون، 1991). يعتبر السجناء الذكور والمجرمين الأصغر سناً أقل عرضة للوصول إلى خدمات الصحة العقلية (راينزميث-ماير، 2008؛ ستيدمان وآخرون، 1991)، كما أن السجناء الذين تم حبسهم حديثاً أقل عرضة للوصول إلى الخدمات، حيث أنهم غير ملمين بتوفر الخدمات وكيفية الوصول إليها، ويشعرون بالقلق تجاه جودة العلاج الصحي العقلي في السجون، والمشكلات المتعلقة بالسرية والصورة النمطية المرتبطة بتلقي خدمات الصحة العقلية (مورجان وآخرون، 2004).

بالإضافة إلى خصائص المجرم الفردية، يبدو أن هناك أربعة عوائق رئيسية تحول ضد استخدام الخدمات في السجون (مورغان، ستيفان، شو، وويلسون، 2007)

- مخاوف الحفاظ على الذات (القلق بشأن السرية والانطباعات بالضعف أو التواطؤ مع الموظفين)

- مخاوف إجرائية (عدم معرفة كيفية الوصول إلى الخدمات ومتى ولماذا، وتوقع مدة الخدمات)
- الاعتماد على الذات (الاعتماد على النفس أو الأشخاص القريبين للمساعدة)
- مخاوف المقدمين المهنيين للخدمات (مسائل التأهيل الوظيفي للموظفين وعدم الرضا عن الخدمات السابقة للصحة العقلية)

تشمل العوائق الإضافية التي تعيق استخدام الخدمات مخاوف من عدم فعالية الخدمات في السجن وعدم اهتمام المجرمين بالعلاج (راينز-ميث-ماير، 2008). والجدير بالذكر أن التدخلات التي تهدف إلى التغلب على عوائق العلاج وتحسين ميول المجرمين تجاه برامج العلاج يمكن أن تكون لها تأثيرات إيجابية (نييد وشيحاد، 1974) وقد تؤثر بشكل ملحوظ على استخدام الخدمات من قبل المجرمين.

نجد المجرمين المحتجزين في حالة توتر نفسي أكبر (جاريثي وآخرون، 2002؛ وليامز، سكوجستاد، ودين، 2001) هم أكثر عرضة لطلب خدمات الصحة العقلية عندما يعانون من اضطراب سلوكي (دفعي كان أو مؤذي)، ومخاوف صحية جسدية، والعواطف السلبية (الإجهاد، القلق، المزاج المكتئب)، والصعوبات الشخصية مع الآخرين غير المحتجزين، والعلاقات المؤسسية المشككة مع الموظفين أو السجناء (مورغان وآخرون، 2007). للأسف، يبدو أن المجرمين المحتجزين غير عازمين على طلب خدمات الصحة العقلية عندما يعانون من التصورات الانتحارية بسبب الخوف من فقدان الامتيازات أو الإقامة المفضلة أو أسباب أخرى مرتبطة بالصورة النمطية (هاورتون وآخرون، 2007؛ سكوجستاد وآخرون، 2006؛ ستيدمان، ما كارتني، ومورييسي، 1989). عند استخدام خدمات الصحة العقلية لهذه المشكلات، يفضل المجرمون المحتجزين عمومًا العلاج الفردي مع الأخصائيين النفسيين أو المستشارين بدلاً من العلاج الجماعي أو الخدمات التي يقدمها متخصصون آخرون في الصحة العقلية

كيف يجب أن يواجه محترفو الصحة العقلية في

المؤسسات الإصلاحية هذه العوائق في استخدام الخدمات؟

قد تكون التنقيف استراتيجية فعالة للسجناء الذين يواجهون عوائق إجرائية في الوصول إلى الخدمات. على سبيل المثال، ينبغي على موظفي الصحة العقلية خلال فترة توجيه السجناء الجدد تقديم تعليمات شفوية ومكتوبة حول كيفية الوصول إلى الخدمات الصحية العقلية، وقد تساعد خدمات التوجيه العامة أيضًا السجناء الجدد في التعرف على المشكلات التي من المرجح أن يواجهوها في السجن وكيف يمكن أن تكون خدمات الصحة العقلية مفيدة. وربما تعامل المحترفين في الصحة العقلية مع العوائق المدركة ذو أهمية (مثل الصورة النمطية، والفاعلية، والشكوك بالسرية) منذ البداية. بالإضافة إلى التنقيف، يمكن لمحترفي

الصحة العقلية في المؤسسات الإصلاحية أن يقللوا من العوائق التي يواجهها السجناء في الخدمات من خلال توفير برامج التواصل الخارجية المماثلة للخدمات التي تقدمها مراكز الإرشاد في الحرم الجامعي، وقد تساهم برامج التواصل الخارجية في وحدات/ قاعات السجون التي تهدف إلى توعية السجناء بالقضايا الصحية العقلية، والضغط المؤسسية، والتكيف الفعال، وما شابه ذلك في بناء الثقة وتوفير الحافز للسجناء الذين يعانون من المتاعب لطلب الخدمات.

الانسحاب من العلاج - كل جلسة تهم

نظرًا لأن التدخلات المناسبة للمجرمين فعالة في تقليل معدلات العودة إلى الجريمة، فإن الأشخاص الذين ينسحبون يفوتون فرص تأثرهم بالتدخلات مقارنة بالأشخاص الذين يتلقون خدمات الصحة العقلية في المجتمع، حيث نجد نحو 50% من العملاء لا يكملون البرامج العلاجية التي يبذلونها (كازدين، 1994؛ وبييرزبيكي وبيكاريك، 1993)، بحث يظهر المجرمون معدلات انسحاب عالية من التدخلات التصحيحية (مبي وجوردون، 1989؛ هامبرجر، لور، وجوتليب، 2000؛ هانتر وفيغيريديو، 1999). ولوحظ أن المجرمين الذين ينسحبون يسجلون عادة معدلات عودة إلى الجريمة أعلى من أولئك الذين يكملون العلاج (هيبورن، 2005؛ هيلر، نايت، ساوم، وسيمبسون، 2006؛ سيغر، جليكو، وذاليوال، 2004؛ ويكسلر، فالكين، وليبتون، 1990) وأعلى من المجرمين الذين لا يتلقون العلاج (مكموران وثيرودوسي، 2007)، وأنهم يرتكبون الجرائم بشكل أسرع (هيوينر وكوبينا، 2007؛ برنديجاست، هول، ويكسلر، ميلنيك، وكاو، 2004)، وبالتالي فإن تقليل حالات الانسحاب معيار أساسي في عمليات العلاج التصحيحي والسلامة العامة.

بالإضافة إلى فقدان فرصة العلاج، توجد تكلفة مرتبطة بانسحاب المرضى من العلاج، فتكاليف تراجع المرضى أكثر وضوحًا في سياق العلاج المنظم. على سبيل المثال، يزيد تقديم العلاج بأقل قدرة استيعابية على تكاليف مقدمي العلاج أو عملاء العلاج الآخرين المشاركين. كما يترك الانسحاب مكانًا شاغراً في العلاج قد يكون من الصعب ملؤه على الفور، نظرًا لأن العديد من التدخلات مصممة بشكل برمجي لاستكمالها بترتيب متسلسل (أي أن الانضمام إلى برنامج قائم قد لا يكون مفيدًا مثل البدء فيه من البداية). وفي الإصلاحات، وخاصة في السجون المحلية، يكون ذلك مهمًا بشكل خاص، حيث يمكن أن تكون فترة الفرصة لعلاج المجرمين محدودة (أي قرب مواعيد الإفراج). تتضاعف هذه التكاليف بنسبة كبيرة بسبب النسبة الكبيرة من المجرمين الذين يتخلون عن العلاج (27% - 28%؛ هيبورن، 2005؛ هيلر وآخرون، 2006)، والتي يمكن أن تستهلك نسبة كبيرة من ميزانيات العلاج.

نسبة قليلة من الباحثين قد قاموا بدراسة سبب انقطاع المجرمين عن البرامج العلاجية مبكرًا؛ ومع ذلك، قد حدد مكموران وماكولوش (2007) أربعة عوامل ترتبط بإتمام العلاج. على الرغم من أن غير

المكتملين للبرامج العلاجية كانوا محقّزين للعلاج ولتغيير سلوكياتهم الجنائية، إلا أنهم رأوا أن العلاجات ليست ذات صلة بشكل كافٍ ولا مواكبة بما يكفي لاهتماماتهم أو لأوضاعهم الحالية التي يمرون بها. بالإضافة إلى ذلك، كان غير المكتملين يميلون إلى مقاومة المشاركة الجماعية، وذكر عدد قليل من غير المكتملين أن العمل الصعب أو المطلوب المرتفع ساهم في قرارهم بالانسحاب. وعلى الرغم من ذلك، وجب علينا ملاحظة أن دراسة مكموران وماكولوش كانت تضم عينة صغيرة جداً، وهناك حاجة لمزيد من البحوث لتوضيح العوامل التي تساهم في الانقطاع المبكر وبالنهاية تحسين احتفاظ المجرمين بالعلاج.

من الممكن تحديد المجرمين الذين يتعرضون لأخطر خطر للانقطاع المبكر من البرامج العلاجية. وتحديداً المجرمين الذين هم في سن صغير (هامبريدج، 1990؛ بيليسيه، كامب، وموتيفانس، 2003؛ زانيس وآخرون، 2003)، ومضادون للمجتمع (مور، بيرجمان، ونوكس، 1999)، وأقل تعليماً (بابكوك وستاينر، 1999؛ جبر وآخرون، 2001؛ وورميث وأولفر، 2002)، ولديهم سجلات جنائية أكثر امتداداً (هيلر، نايت، وسيمبسون، 2006) بما في ذلك سجلات عنف (مور وآخرون، 1999؛ بيليسيه وآخرون، 2003)، ولديهم دعم مجتمعي أقل استقراراً (بتزين وآخرون، 2002؛ وورميث وأولفر، 2002)، ولديهم احتياجات جنائية متزايدة (مثل التفكير الجنائي، والشخصية المضادة للمجتمع؛ بيليسيه وآخرون، 2003؛ ريتشاردز، كيسي، وليسينت، 2003؛ والترز، 2004)، ويظهرون الإنكار (جبر وآخرون، 2001) هم أكثر عرضة لخطر للانقطاع المبكر من التدخلات التصحيحية. وبما أنه يمكن تحديدهم (بالتشابه مع تحديد المجرمين ذوي المخاطر العالية في مبدأ المخاطر والاحتياجات وإعادة التكيفية)، يمكن لمقدمي الخدمات تنفيذ تدخلات تهدف إلى تقليل خطر الانقطاع المبكر.

التحفيز والمقاومة العلاجية

تم تجاوز دراسة استعداد وتحضير المجرمين للعلاج مع سكان المجرمين (ويليامسون، داي، هاولز، بوبنر، وجونسي، 2003). على الرغم من نقص البحوث التي تدرس تأثير دوافع المجرمين واستعدادهم للتغيير والمقاومة العلاجية على نتائج الاهتمام (مثل الانقطاع عن الجريمة)، فإننا نعلم أن التدخلات التي تهدف إلى زيادة دوافع المجرمين وتقليل المقاومة العلاجية يمكن تحقيقها (مورغان وآخرون، 2007؛ نيوبيرن وآخرون، 1999؛ شير وآخرون، 2001). ومن الملحوظ أن زيادة دوافع المجرمين للتغيير تزيد من استمرارية الرعاية من خلال متابعة العلاج (العناية اللاحقة)، مما يساهم في الانقطاع عن الجريمة وبالتالي، ينبغي أن تتناول جميع التدخلات التصحيحية قضايا الدوافع والمقاومة في المراحل المبكرة من العلاج، ويبدو أن المقابلات الدافعية تُعدّ منهجاً واعدًا بشكل خاص. تحديداً، يمكن أن يساهم دمج المقابلات الدافعية في البرامج العلاجية الحالية في زيادة مشاركة المجرمين (تسامبرز، ايكلستون، داي، وارد، وهاولز، 2008)، وبالتالي تقليل انقطاع العلاج المبكر (مثل الانسحاب من العلاج)

تأثير التغيير: الممارسة الإصلاحية المستندة إلى الأدلة :

تواجه معالجة المجرمين العديد من التحديات والصعوبات، إلا أن البرامج والتدخلات التأهيلية أثبتت فاعليتها في مساعدة السجناء على تحقيق نتائج إيجابية، بما في ذلك تقليل الضغط النفسي وتحسين وظائف الصحة العقلية والحد من إعادة الانتكاس، وربما أهمها، التوقف عن الجريمة. استنادًا إلى الأدلة المتوفرة حتى الآن، لدينا دعمٌ مبدئيٌّ للممارسات المستندة على الأدلة للتدخل مع المجرمين المحتجزين. تشمل استهداف العوامل المرتبطة بالمخاطر الجنائية، ووضع التدخلات على أساس نظرية السلوك المعرفي، واستخدام قواعد علاج بسيطة، ودمج الواجبات المنزلية في العملية العلاجية، واستخدام الترتيب لتسهيل عملية التعلم، وتكثيف الخدمات. تُعدُّ إحدى المسائل المتطلبة للمناقشة الإضافية في مجال العلاج هي الكفاءة الثقافية للمعالج وسيتم تضمينها في المناقشة أدناه

- الأهداف العلاجية

المبدأ الخطر: من نموذج الخطر-الحاجة-الاستجابة، يوفر خارطة طريق للتدخلات المستهدفة التي تهدف إلى تقليل ارتكاب الجرائم مرة أخرى وزيادة التوقف عن الجريمة. يكشف مراجعة شاملة للمصادر العلمية لنموذج الخطر-الحاجة-الاستجابة (انظر أندروز وبونت، 2010) عن ثمانية عوامل رئيسية تشكل النسبة الأكبر من الخطر الجنائي (أشار أندروز وآخرون إلى هذه العوامل الخطر باسم "الثمانية المركزية" بسبب قوة قدرتها على التنبؤ بالمخاطر عند مقارنتها بمتغيرات الخطر الأخرى). وفيما يلي تُدرج العوامل الخطر.

1. تاريخ السلوك المعادي للمجتمع
2. نمط الشخصية المعادية للمجتمع.
3. الاعتقادات المعادية للمجتمع.
4. الشركاء للمجتمع.
5. الظروف العائلية و/أو العلاقات الشخصية
6. الأداء المدرسي و/أو العملي.
7. الترفيه و/أو المطاردات الترفيهية.
8. تعاطي المواد المسببة للإدمان.

لتقليل مخاطر الجريمة، يجب على مقدمي العلاج تقديم خدمات تستهدف عوامل الخطر هذه (أي تهدف للتقليل منها) بالنظر إلى القبول الواسع لأهمية دمج مبادئ "المخاطرة-الحاجة-الاستجابة" في التدخلات الإصلاحية، يعتبر مقدمو العلاج قضايا المخاطرة الجنائية اعتبارات علاجية مهمة (بيولي ومورغان، 2011)، ويميلون إلى توفير التدخلات التي تستهدف مجموعات مهمة من المخاطر الجنائية

(انظر مورغان وآخرون، 2012). مع ذلك، عند التدخل مع المسجونين المصابين بأمراض نفسية، يعتبر مقدمو العلاج قضايا التعافي من الأمراض النفسية (مثل إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي) أكثر أهمية من العلاجات التي تستهدف قضايا المخاطر الجنائية والاحتياجات (بيولي ومورجان، 2011). مع التوجه إلى الأدلة الساحقة (إندروز وبونت، 2010، وجيندرو وآخرون، الفصل 23 في هذا المجلد، لمراجعة دقيقة لهذه الأدلة) التي تُظهر فوائد نموذج المخاطر والحاجة والاستجابة، نقترح أن تكون التدخلات التي تهدف إلى الحد من النشاط الإجرامي مبنية على العوامل الرئيسية للمخاطر كالتصورات المنحرفة، والمرافقين المنحرفين، والظروف العائلية و/أو العلاقات، والأداء المدرسي و/أو العمل، والأنشطة الترفيهية و/أو الترفيهية، وتعاطي المواد المخدرة. إن عدم فعل ذلك يُشبه تصرف الطبيب الذي يعالج الأشخاص المصابين بأمراض القلب المعرضين للإصابة بأزمة قلبية دون وصف الأدوية لخفض ضغط الدم بالإضافة إلى توفير أو توصية التدخلات التي تهدف إلى تحسين إدارة التوتر والنظام الغذائي وممارسة الرياضة وتغييرات النمط الحياتي الإيجابية.

- نظرية السلوك والمعرفة

وفقًا لمراجعة قام بها جيندرو وجوجين وسميث (الفصل 23، هذا المجلد)، تكون التدخلات الإصلاحية أكثر فعالية عندما تكون مبنية على نظرية السلوك والمعرفة. ففي الواقع، أثبت أن التدخلات التي تعتمد على هذه النظرية فعّالة مع المجرمين العنيفين (بيري، 2003)، بما في ذلك مرتكبي جرائم الجنس (هانسون وآخرون، 2002؛ بوليزي وماكينزي وهيكلمان، 1999؛ فالينانت وأنتونويتش، 1992) والمجرمين غير العنيفين (بونت ووالاس-كابريتا وروني، 2000).

البرنامج الإدراكي السلوكي الأكثر أهمية للمجرمين الذي تم بحثه بشكل بارز هو برنامج "التفكير والإصلاح"، الذي تم تطويره وتنفيذه على السجناء الفيدراليين في كندا في الثمانينيات (روس، فابيانو، وايبوليس، 1988). يستخدم "التفكير والإصلاح" منهجًا إدراكيًا سلوكيًا ويتم تنفيذه في تنسيق منظم عبر 36 جلسة لمدة ساعتين مع مجموعات تضم من 6 إلى 12 مجرمًا. البرنامج يستخدم منهجًا تفاعليًا، مع تقديم مجموعة من التقنيات المختلفة. تُستخدم الأدوار النموذجية، الألعاب، التمارين المعرفية، والنقاشات لتحفيز المشاركة وتحسين مهارات التفكير (روبنسون وبروبورينو، 2004). يهدف هذا البرنامج إلى تقليل الجريمة (أي أنه يركز على الجوانب الإجرامية) من خلال التعامل مع الانحرافات المعرفية وأنماط

التفكير المرتبطة بالسلوك الإجرامي. يتناول هذا المنهج مواضيع محددة تتضمن كل من السيطرة على النفس، مهارات حل المشكلات الشخصية، النظرة الاجتماعية، التفكير النقدي، الأسلوب المعرفي، والقيم (روبنسون وبروبورينو، 2004). يُخصص الكثير من الوقت للتعامل مع الصلابة المعرفية ومهارات حل المشكلات. يتم تعليم المخالفين أن يفكروا بشكل أكثر منهجية ويحللوا مختلف الحلول والنتائج قبل التصرف وبالبحث عن برنامج "الاستدلال والتأهيل" مع المجرمين أظهر أن البرنامج يعتبر وسيلة فعالة لتقليل حدوث العودة للجريمة (بيرسون، لبيتون، كلياند، وي، 2002؛ بروبورينو وروبنسون، 1995)، وأظهر المجرمون تحسناً في مواقفهم الجنائية، والتعرف على الجرائم، والاستدلال المعرفي (فابيانو، روبنسون، وبروبورينو، 1990).

ومن الجدير بالذكر أن مراجعة فحص البيانات الكلية التحليلية التي قام بها لاندنبرجر وليبيسي (2005) أظهرت أن "الاستدلال والتأهيل" كان فعالاً بنفس مقدار أي تدخل معرفي-سلوكي آخر لعلاج المجرمين.

أظهرت مراجعات أخرى للتحليل الفوقية لبرنامج "التفكير والتأهيل" تراجعاً في معدل العودة إلى الجريمة بمتوسط قدره 14٪ عند مقارنته بمجموعات المراقبة، وكانت فعالية البرنامج متساوية بالنسبة للمجرمين المسجونين والمجرمين في المجتمع (تونج وفارينجتون، 2006، 2008).

ما وراء إظهار فعالية "الاستدلال والتأهيل"، تناول تحليل الأبحاث الشامل لاندنبرجر وليبيسي (2005) العناصر العلاجية للتدخلات المعرفية السلوكية للمجرمين البالغين والقاصرين. تضمنت العناصر العلاجية المُدرجة في هذا المراجعة الهيكلية المعرفية، مهارات حل المشكلات الشخصية، المهارات الاجتماعية، السيطرة على الغضب، التفكير الأخلاقي، تأثير الضحية، إساءة استخدام المواد، وتعديل السلوك، ومهارات منع الانتكاس ومن بين هذه العناصر المتعلقة بالعلاج السلوكي المعرفي كان حل المشكلات بين الأفراد وإدارة الغضب ذو تأثير إحصائي إيجابي وعالي على نتائج الإعادة إلى الجريمة وبالمقابل، أثر عنصران، هما تأثير الضحية وتعديل السلوك، سلباً على نتائج إعادة الجريمة. هذا الاكتشاف ملفت للنظر بشكل خاص نظراً للعدد الكبير من التدخلات الإصلاحية التي تهدف إلى زيادة تأثير الضحية، والتي تبدو منطقية كإستراتيجية علاجية، ولكن الأدلة تشير إلى خلاف ذلك.

-الإجراءات العلاجية البسيطة

نظراً لانخفاض مستوى تحصيل السجناء الدراسي (هارلو، 2003) وقدراتهم الفكرية (بيرمنغهام، ميسون وغروبين، 1996؛ هيرنستين وموراي، 1994) أصبح من المهم تقديم المفاهيم العلاجية والمعلومات بأبسط شكل ممكن (مورغان، كرونر وميلز، 2006). وعلى وجه التحديد، أوصى مورغان وآخرون بضرورة تطوير أساليب تعلم تتناسب مع سلوكيات الجناة اليومية. على سبيل المثال، عند تثقيف

الجنابة حول التأثيرات السلبية والمخاطر المرتبطة بوجود جماعات إجرامية (انظر ميلز، جونز، وكرونر، 2005)، يُطلب من المشاركين في العلاج أن يقوموا بتصنيف العلاقات باستخدام استعارة يومية شائعة، وهي إشارة المرور. إشارة المرور الحمراء معروفة عالمياً بأنها إشارة للتوقف، ويمكن للجنابة تصنيف جماعاتهم الإجرامية وغير المنتجة بناءً على ذلك. يعرف الضوء الأصفر كإشارة تحذير من الضوء الأحمر القادم (أو إشارة تنبيه)، ويمكن للمخالفين وصف زملائهم الذين ينخرطون في سلوك مضاد للمجتمع وغير منتج بناءً عليه. ويُعرف الضوء الأخضر عالمياً بأنه إيجابي (يمكن المضي قدماً)، ويمكن للمخالفين تسمية زملائهم تحت صفة مؤيدة للمجتمع بناءً عليها. على الرغم من أنها مفهوم بسيط جداً، إلا أن هذا النهج التعليمي يسمح للسجناء بتقييم وضع حياتهم من وجهة نظر مشتركة لديهم؛ وبالتالي، يقضون وقتهم في تقييم وضعهم (والعمل على تقليل المخاطر) وليس في تعلم استراتيجيات تعلم معقدة أو تقنية.

• الواجب المنزلي

أفضل التدخلات وبرامج العلاج الأكثر فعالية مع المجرمين المحتجزين عندما يكونون قادرين على دمج ما تعلموه في بيئتهم اليومية. يعتبر الواجب المنزلي خارج إطار العلاج عملية تسمح بذلك، وليس غريباً أن مراجعات التحليل الشامل مع المجرمين أظهرت أن الواجب المنزلي خارج إطار العلاج يحسن بشكل كبير النتائج (مورغان وفلورا، 2002؛ مورغان وآخرون، 2012)، ففي الواقع، تعتبر الأدلة التي تدعم استخدام الواجب المنزلي في علاج المجرمين قوية بما يكفي للإشارة إلى أنه ضروري لتحقيق أقصى فائدة علاجية مع المجرمين (ماكدونالد ومورغان، 2012؛ مورغان وآخرون، 2006)، حيث ينبغي أن توجّه اثنتان من الإرشادات استخدام المعالجين للواجب المنزلي: (1) ينبغي أن تكون تمارين الواجب المنزلي بسيطة ومنظمة لتسهيل استخدام المهارات والسلوكيات المكتسبة، وليس لتحدي تعلم المهارات والمعرفة لدى المجرمين (أي أن الواجب المنزلي ليس اختباراً للاحتفاظ بالمعلومات أو التعلم)، (2) ينبغي أن يكون الواجب المنزلي قابلاً للتطبيق ولكنه يحفز ما يكفي ليشير اهتمام المجرمين. يُعترف عموماً بأن المجرمين يكونون عرضة للنزعة الدافعية والملل بسهولة (انظر زامبل وكوينسي، 1997)، وبالتالي فإن الواجب المنزلي يحتاج إلى أن يكون بسيطاً لكن مثير في نفس الوقت، فعلى سبيل المثال، سيكون مشاهدة فيلم محدد لتحديد حالات التفكير الجنائي الذي أدى إلى السلوك ضار بالمجتمع أكثر إثارة للاهتمام لدى المجرمين من تكليف قراءة كتب تربوية تهدف إلى توعية المجرمين حول التأثير السلبي لتفكيرهم على سلوكهم. من الواضح أن الواجب المنزلي سيكون فعالاً فقط إذا تم إكماله، وقد حدد ماكدونالد ومورغان (2012) اثنتين من الاستراتيجيات الواعدة لزيادة الامتثال للواجب المنزلي. بالرغم من أن البحث المستقبلي يحتاج إلى دراسة هذه النتائج التمهيديّة بتفصيل أكبر، فإن استراتيجيات الالتزام العامة (مثل جعل المخالفين يلتزمون علناً، في مجموعة العلاج، بإكمال واجبات المنزل، على سبيل المثال؛

فريمان وروزنفيلد، 2002) ونمذجة المهام (أي توفير نمذجة داخل الجلسة و/أو التمرن؛ كازانتزيس ولامبروبولوس، 2002) هي استراتيجيات مشجعة لزيادة الامتثال للواجبات المنزلية.

• الهيكل

نظرًا لأن العلاج السلوكي المعرفي هو علاج مهيكّل أثبتت فعاليته مع المجرمين، فإنه لا ينبغي أن يكون من مفاجأة أن التدخلات المهيكّلة تؤدي إلى نتائج أكثر إيجابية للمجرمين مقارنة بالتدخلات غير المهيكّلة (ليك، 1980؛ مورغان وقلورا، 2002). يمكن أن يأخذ الهيكل شكلين أساسيين. يمكن دمج الهيكلية في العملية العلاجية عن طريق إضافة أنشطة تعلم محددة (مهيكّلة). وعادة ما تكون هذه الأنشطة مبنية على المهارات التي تساعد المجرمين على تطوير مهارات أو قدرات محددة. بالإضافة إلى ذلك، يمكن دمج الهيكلية في العملية العلاجية بحيث يحدد العلاج من سيفعل ما وكيف. على سبيل المثال، يمكن دمج العمليات التثقيفية النفسية بانتظام في التدخل لتسهيل التعلم واكتساب معلومات جديدة. بغض النظر عن كيفية دمج الهيكل في العملية العلاجية، فمن الواضح أن النهج المهيكّل ينتج نتائج متفوقة بالمقارنة مع العمليات غير المهيكّلة مثل النهج النفسي الدينامي (أندروز وآخرون، 1990).

• تكثيف الخدمات

تكون خدمات المرتكبين أكثر فاعلية عندما تكون مكثفة. على وجه التحديد، تحتل الخدمات المكثفة نسبة كبيرة من وقت المرتكب (بين 40% و70%) وتكون ذات مدة هامة (بين 3 و12 شهرًا؛ جيندرو، 1996)، وكلما كانت الخدمات العلاجية أكثر تكثيفاً (أي أنها تستغرق وقتًا أطول للعلاج) كلما كانت النتائج أفضل عند العمل مع المرتكبين (ليبسي، 1989، كما نقله أندروز وبونتتا، 2010)، بنفس الخطوط، كلما زادت جرعة العلاج، كلما تحسّنت النتائج، ففي الواقع تم اكتشاف أنه يمكن توقع انخفاض نسبة إعادة الجريمة بنسبة 4% لكل شهر يقضيه المرتكب في العلاج (بريدون وآخرون، 2004).

- الكفاءة الثقافية للمعالج

على الرغم من أنها ليست بعد ممارسة مستندة إلى الأدلة في المصحات التصحيحية، إلا أنه يجب بذل مزيد من الجهد لاستخدام معالجي ذوي الكفاءة الثقافية وتطوير التدخلات الحساسة للثقافة. هذه البرامج طورها بولاشيك وديكسون (2001)، والتي تدمج بشكل خاص الممارسات المبنية على الثقافة في برنامج علاجي للمجرمين العنيفين، وتعتبر استثناء بدلاً من القاعدة. نظرًا للفارق العنصري في السجون في جميع أنحاء العالم، لم يعد من المقبول أن يتجاهل مقدمو العلاج قضايا التنوع ويستخدمون مواد علاجية تقتصر على مواد حالات الأقليات العرقية (مثل الصور والقصص القصيرة). الكفاءة الثقافية في الإعدادات الإصلاحية تحتاج إلى توسيع في مجالها خارج سمات المجرم الفردية وتشمل الكفاءة للعمل داخل ثقافة السجن. تحتفظ العديد من المؤسسات الإصلاحية بواجهة الرجولة التي يكون الجميع فيها، بما في ذلك العاملين المحترفين، قويين وصارمين مع السجناء. وهذا يتعارض مع التغيير السلوكي ولا يتوافق

مع مبدأ الاستجابة في العلاقة بين الجرم والعقوبة. بالمقابل، الأدلة مقنعة (انظر أندروز وبونتنا، 2010؛ جيندرو، 1996، 1996ب) أن المعالجين الحساسين بين الأشخاص الذين يعملون من منظور موجه للخدمة يحققون نتائج أفضل مع المجرمين.

معالجة الفئات السكانية الخاصة

ركزت مناقشتنا على القضايا العامة المتعلقة بجميع المجرمين الذين يقعون في السجن والاستراتيجيات العلاجية الفعالة للتدخل مع فئات المجرمين غير المحددة. ومع ذلك، يُلاحظ أن بعض فئات المجرمين يتطلبون احتياجات خاصة ويحتاجون إلى تدخلات محددة نتيجة لذلك. على الرغم من أننا لا نملك المساحة لمراجعة كل تلك الفئات، إلا أننا سنستعرض العلاجات والاستراتيجيات الفعالة لأربع فئات من المجرمين: (1) المجرمين الذين يعانون من مرض نفسي، (2) المجرمين الذين يعانون من اضطرابات التعلم، (3) المجرمين العنيفين، و (4) المجرمين القاصرين. وهناك معلومات مقارنة متوفرة للفئات الخاصة الأخرى، بما في ذلك المجرمين الجنسيين، والمجرمين الذين يعانون من مشاكل إدمان، والمجرمين النفسيين.

مجرمون يعانون من الأمراض النفسية

عند معالجة المجرمين المسجونين الذين يعانون من الأمراض النفسية، يميل مقدمو الخدمات إلى التركيز على الخدمات الأساسية للصحة النفسية (مثل إدارة الأعراض واستقرارها) أكثر من الجهود التأهيلية، مثل مبدأ المخاطرة والاحتياجات أو تهيئة السجناء للإفراج (بيولي ومورغان، 2011). تُظهر هذه النتيجة رغم الأدلة المقنعة فوائد مبدأ المخاطر والاحتياجات، كما تم مناقشته سابقاً (ومناقشته من قبل جيندرو وآخرون، الفصل 23 في هذا الكتاب). من المحتمل أن مقدمي الخدمات يختارون تقديم الخدمات الأساسية للصحة النفسية، على الأقل جزئياً، نظراً لاحتياج المجرمين. تتحمل السجون المحلية والسجون

مسؤولية مساعدة السجناء على الحفاظ على الصحة النفسية المستقرة، والخدمات الأساسية للصحة النفسية هي آلية أساسية لذلك، ومع ذلك، يميل مقدمي الخدمات إلى اختيار تقديم الخدمات الأساسية للصحة النفسية بدلاً من الخدمات التأهيلية بسبب الافتراضات الشائعة في مجالي الصحة النفسية والعدالة الجنائية بأن سلوك المجرمين يدفعه غياب الخدمات الصحية النفسية الكافية والانهيار النفسي (لامب وباخراخ، 2001؛ لامب وواينبيرغر، 1998؛ تيلين، 1984)، ومع ذلك، يشترك المجرمون الذين يعانون من الأمراض النفسية في بعض عوامل المخاطر الجنائية الرئيسية نفسها، بما في ذلك العوامل الجنائية الأساسية مع زملائهم المجرمين الذين ليسوا مصابين بأمراض نفسية. وتشمل الأبحاث التي تفحص عينتين مستقلتين من المجرمين المسجونين (414 و 4204) أن المجرمين المسجونين الذين يعانون من الأمراض النفسية ينتجون مستويات متسقة من التفكير الجنائي والمواقف المضادة للمجتمع مع السجناء غير المصابين بأمراض نفسية (مورجان وآخرون، 2010؛ وولف وآخرون، 2011). من المرجح أن يواجه المجرمون الذين يعانون من الأمراض النفسية عوامل مخاطر جنائية أساسية أخرى، بما في ذلك القيود المهنية، العلاقات العائلية المتعثرة وتعاطي المخدرات، ففي الواقع، هناك أدلة مقنعة لدرجة أنه تم الاعتراف بأن المجرم المسجون بسبب مضاعفات الأمراض النفسية هو الاستثناء (سكيم، مانشاك، وبيترسون، 2011)؛ وبالتالي عند العمل مع المجرمين الذين يعانون من الأمراض النفسية، يجب على مقدمي الخدمات الاهتمام بقضية الأمراض النفسية وميل الجريمة.

كما ذكر سابقاً، يقدم مقدمو العلاج في المؤسسات التصحيحية خدمات صحة عقلية أساسية فعالة. تحديداً، أظهر استعراض شامل للميتا-تحليل للتدخلات الموجهة للمجرمين المسجونين تحسناً كبيراً في النتائج العامة للصحة العقلية، كذلك تحسن المهارات التكيفية، وتحسن التكيف المؤسسي مع تقليل المشاكل السلوكية (مورغان وآخرون، 2012) - وهي جميعها أهداف للخدمات الأساسية للصحة العقلية في السجون والسجون. تم الحصول على نتائج مماثلة في ميتا-تحليل منفصل، مع تقليلات في الضيق العاطفي وتحسين الوظائف (مارتن وآخرون، 2012). ومع ذلك، يبدو أن التدخلات تقلل أيضاً من العودة للجريمة بالإضافة إلى العودة النفسية (العودة إلى المستشفى)، وهي أهداف للخدمات التأهيلية. وجد مورغان وآخرون (2012) دليلاً على تقليل العودة للجريمة والعودة النفسية، وهما إنجازات ملحوظة. أكبر مكاسب العلاج بالنسبة لحجم التأثير تم تحقيقها في الدراسة الوحيدة التي استهدفت احتياجات الصحة العقلية والسلوك الجنائي. وبالمثل، وجد مارتن وآخرون (2012) تقليلات واضحة في المشاركة المستمرة في العدالة الجنائية من أي نوع (مثل الإلغاء، الاعتقال الجديد، الخ). توفر هذه التحليلات الفرعية أيضاً نظرات هامة حول استراتيجيات العلاج الفعالة. وجد مورغان وآخرون (2012) أن استخدام الواجب المنزلي (مع التركيز على تمارين نشطة تتطلب نشاط المجرم، مثل ممارسة المهارات المكتسبة أو التفاعل

الاجتماعي) والممارسة السلوكية للسلوكيات الجديدة، وسياسة القبول المفتوح للعلاج، قد ساهمت جميعها في النتائج المواتية أكثر. وجد *مارتن* وآخرون (2012) أن استمرارية الخدمات بين المؤسسات والمجتمع، والسماح ببعض مستوى الارتجاعية في التدخل، والمدة غير المحددة للعلاج أفضل من الخدمات المحددة بالزمن.

النتائج التي وُصفت للتو أن المخالفين الذين يعانون من مرض عقلي يتعرضون لعوامل خطر إجرامية مماثلة للنزلاء غير المرضى عقلياً، وأن العلاجات التي تدمج بين الصحة العقلية والجهود الإصلاحية السجنية تؤدي إلى نتائج إيجابية مقارنة بالتدخلات التي تتم إما بشكل منفصل تدعم رأي *هوجينز* وآخرون (2007) الذين التفتوا إلى أن المخالفين الذين يعانون من مرض عقلي يواجهون تحديات فريدة تتطلب من مزودي الخدمات معالجة كل من الأعراض الطبية النفسية والميل الإجرامي والمخاطر. أي أن التدخلات على المخالفين الذين يعانون من مرض عقلي يجب أن تهدف إلى تقليل أيام الإقامة في المستشفى النفسي بالإضافة إلى الوقت المقضي في السجن، بينما تسعى في الوقت نفسه إلى تحسين جودة الحياة (على سبيل المثال زيادة عدد الأيام الوظيفية). تحقيق الانقطاع وتحسين الصحة العقلية (حيث لا يشير هنا "التحسن" إلى الانتكاسة ولكنه يشير إلى تحقيق الاستقلالية نتيجة لإدارة المرض بنفسه مما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة؛ انظر *كوريجان، مويسر، بوند، دراك، وسولومون،* 2008) هما الأهداف النهائية.

قمنا بتطوير "تغيير الحياة وتحسين النتائج: وهو برنامج علاجي للأفراد الذين تورطوا في العدالة ويعانون من الأمراض النفسية" (*مورغان، كرونر، ميلز، وياور،* 2012)، ويعتبر تدخلا شاملا مصمم لتلبية احتياجات المجرمين الذين يعانون من الأمراض النفسية. يستخدم "تغيير الحياة وتحسين النتائج" نموذجًا ثنائي التكيف من خلال استهداف القضايا الثنائية (ثنائي) المتعلقة بالأمراض النفسية والميل الجنائي لتحسين النتائج الوظيفية (التكيفية) للمجرمين الذين يعانون من الأمراض النفسية. الهدف من هذا النموذج العلاجي ليس علاج الأمراض العقلية، ولكنه يهدف إلى تعزيز السلوكيات المتكيفة لتحسين الأداء. يشمل تغيير الحياة وتحسين النتائج بروتوكولا علاجيا يتألف من ثلاثة أجزاء، الجزء الأول من البروتوكول موجه لقضايا الأمراض العقلية ولكنه يدمج مسائل مخاطر الجريمة ويشمل ثلاث وحدات علاجية: الوعي بالأمراض العقلية والجريمة، الامتثال للدواء والتعامل مع الأمراض العقلية والجريمة. الجزء الثاني من البروتوكول العلاجي موجه لقضايا الجريمة ولكنه يدمج مسائل الأمراض العقلية ويشمل الأفكار والاتجاهات المشككة، إدارة المشاعر والمعاونين المشكلين. الجزء الثالث من بروتوكول العلاج يتضمن ثلاث وحدات تتعلق بالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات نفسية والمجرمين، تم تضمينها كأهداف علاجية تتداخل مع بعضها، تشمل التحضير للتغيير وتنمية المهارات (مثل مهارات حل المشكلات والمهارات الاجتماعية والترفيهية وتطوير المهارات المهنية والسكنية) والتعامل مع إدمان

المواد. يتألف البرنامج من 77 جلسة تستغرق بين 1.5 و2 ساعة. نوصي بعقد ما لا يقل عن 3 جلسات في الأسبوع لتحقيق فترة علاجية تقريبية تستغرق 6 أشهر.

اختبار البرنامج على الميدان في مرحلته التجريبية مع خمس مجموعات من المجرمين المسجونين الذين يعانون من اضطرابات نفسية (عددهم 50) كان واعدًا (مورغان، كرونر، ميلز، باور، وسيرنا، 2012)، من ذوي الأهمية البالغة ونظرًا لطول وشدة البرنامج ومعدلات الانسحاب السابقة في المؤسسات الإصلاحية المعتادة التي تم مناقشتها سابقًا، أظهرت النتائج الأولية للدقة إشراف البرنامج تحفيزًا كبيرًا، حيث أن 31 شخصًا (66%) أكملوا البرنامج. في الواقع كان معدل الانتهاء من هذا التدريب تقريبًا مماثلًا لمعدل الانتهاء من العلاج التصحيحي البالغ 64.2% الذي تم العثور عليه في استعراض ميتا-تحليلي للدراسات مع 41,000 مشارك، حيث شملت العديد من هذه الدراسات برامج أقصر وأقل شدة، حضر المشاركون 94.08% من الجلسات وأكملوا 83.48% من الواجبات المعينة (تم تعيين واجبات لـ 89% من الجلسات)، كان المشاركون في المتوسط ملتزمين ونشطين في عملية العلاج وأبلغوا عن ارتياح كبير من العلاج ورابطة علاجية إيجابية مع مقدمي العلاج على مقاييس معيارية، وأخيرًا، لوحظ تحسن ملحوظ عبر الزمن (قبل وبعد) بحجم تأثير صغير إلى متوسط على مقاييس الاضطرابات الأعراضية والمرض النفسي وبعض جوانب التفكير الجنائي.

-المجرمون الذين يعانون من إعاقات ذهنية :

يمكن أن يحدث للمجرمين الذين يعانون من إعاقات ذهنية اضطرابات عالية معادية وعدوانية (لاندا، 1990). على الرغم من أن هؤلاء المجرمين لديهم نقص في القدرات الإدراكية، إلا أن الأدبيات أظهرت مراراً وتكراراً فعالية التدخلات (تايلور، 2010). تحديداً، أظهرت البحوث أن التقنيات الإدراكية السلوكية فعالة بشكل خاص عند معالجة أهداف العلاج لهذه الفئة من المجرمين (بارون، حسيوتيس، وبانيس، 2002) وتتماً مثل المجرمين الآخرين، تعتبر التدخلات المنظمة التي يتم تقديمها بطريقة ثابتة وموثوقة وبنسب متلائمة مع الموظفين إلى المجرمين أمراً هاماً لنجاح العلاج.

يعتبر الفهم الفعال للمجرمين الذين يعانون من إعاقات ذهنية أمر ضروري لتوفير التدخلات الإصلاحية الفعالة. إحدى العقبات الكبيرة التي تواجه التعامل مع هؤلاء العملاء هي التداخل بين المرض النفسي والإعاقة الذهنية، فغالبًا ما تظل مشكلات المرض النفسي بين المجرمين الذين يعانون من "الإعاقات الذهنية" غير مكتشفة (غير مشخصة، غير معالجة) لأحد الأسباب التالية (تايلور، ليندساي، وويلنر، 2008):

1. تقدم عادة مجموعتان متميزتان من المتخصصين خدمات لأولئك الذين يعانون من إعاقات ذهنية وأولئك الذين يعانون من أمراض نفسية
2. يوجد نقص في الأدوات المناسبة لتقييم المخاوف المتعلقة بالصحة النفسية بين أولئك الذين يعانون من إعاقات ذهنية.
3. قد يحدث تشخيص تمييزي ضعيف عندما يتم ربط أعراض الإعاقات الذهنية بمخاوف الصحة النفسية ويربط مشاكل الصحة النفسية بنقص الذكاء.

• المجرمون العنيفون

المنهج الحالي لعلاج المجرمين العنيفين يعتمد على نظريات التعلم الاجتماعي ومعالجة المعلومات الاجتماعية (كورتوني، نونيز ولاتاندريس، 2006؛ بولاشيك وديكسون، 2001؛ سيرين وبريستون، 2001؛ وونغ، جوردون وغو، 2007). الافتراض الأساسي هو أن السلوكيات العنيفة تم تعلمها من خلال التجارب المباشرة كالتقليد من قبل الأسرة والأقران والشخصيات الثقافية والتعزيز و/أو التوسط الإدراكي. تسعى التدخلات إلى تقليل خطر عودة المجرمين العنيفين ذوي الخطورة العالية إلى الجريمة من خلال تعلم بدائل غير عنيفة. يشمل ذلك تزويدهم بالمهارات اللازمة لتحديد أنماط الحياة السلبية وزيادة الوعي بالعنف والمسؤولية والسيطرة. يتم تصميم مثل هذه البرامج لتحفيز المشاركين للحد من استخدامهم للعنف، وتغيير مواقفهم ومعتقداتهم المعادية للمجتمع والعنف، وتطوير نمط حياة اجتماعي إيجابي. المكونات المركزية للتدخلات الفعالة بين المجرمين العنيفين تشمل كل من إدارة الغضب، التعامل مع المواقف المعادية للمجتمع والانحرافات المعرفية، تطوير مهارات تعزيز العلاقات، حل المشكلات الاجتماعية، تطوير مهارات حل النزاعات، وتطوير مهارات إدارة الذات. نظرًا لأن التعلم يتم تدريجياً، فإن معظم البرامج التي تعالج المجرمين العنيفين تكون طويلة جداً، عادة ما تستمر لمدة لا تقل عن 6 أشهر، وتقدم برامج للمجرمين العنيفين ذات مستوى عالٍ من التنظيم، مع التركيز على استخدام المهارات الجديدة وتكرارها في الجلسات، وممارسة المجرمين لتلك المهارات في وحداتهم السكنية، وتتضمن المهارات الجديدة إعادة هيكلة الأفكار والسلوكيات السلبية المرتبطة بأنماط العنف.

هنالك برامج تم تصميمها للحد من السلوك العنيف فعالة، كالبرنامج العلاجي الموجه للمجرمين العنيفين والذي يعتمد على مبادئ "المخاطرة - الحاجة - الاستجابة" ويتم تنفيذه داخل السجن ويتسع لـ

458 سريراً، وقد أدى إلى تقليل المخالفات التأديبية وهجمات المجرمين على الموظفين (وانغ، أوينز، لونج، دايموند، وسميث، 2000).

وكواحدة من التدخلات النفسية الاجتماعية الواعدة هي برنامج تقليل العنف، وهي برنامج علاجي للعملاء الجنائيين العرضة للعنف (برنامج تقليل العنف؛ وونغ وجوردون، 2012). يعتمد برنامج تقليل العنف أيضاً على مبادئ "المخاطرة - الحاجة - الاستجابة" وهو متوافق مع الممارسات المبنية على الأدلة المذكورة سابقاً (مثل استخدام العلاج المعرفي-السلوكي)، ويتضمن ثلاث مراحل علاجية: أولاً التعلم حول السلوكيات العدوانية والاستعداد للتغيير، ثانياً تطوير المهارات للتحكم في الأفكار والمشاعر والسلوكيات المرتبطة بالعنف وثالثاً تعزيز المهارات والوقاية من الانتكاس.

نظراً لأن التدخل غير محدود بالوقت، يمكن للمجرمين أن يعملوا عبر البرنامج بالسرعة التي يرونها مناسبة لهم والتي تتوافق مع احتياجات الاستجابة الخاصة بهم، حيث أثبتت تقييمات برنامج تقليل العنف حتى الآن نتائج إيجابية تشمل نقل ناجح إلى مرافق أمان أقل، وتقليل مشكلات السلوك في المؤسسات، تقليل العنف في المجتمع (دي بلاسيو، سيمون، ويتي، جو، وونغ، 2006؛ وونغ وآخرون، 2005، 2007). على الرغم من أنه يستحق إجراء المزيد من البحوث لفحص فاعلية برنامج تقليل العنف، إلا أن هذه النتائج الأولية مشجعة جداً.

-المجرمون القصر-

كان المنهج العام للمجرمين القصر داخل نظام العدالة إصلاحياً بشكل كبير بدلاً من العقابي. على هذا النحو، الهدف الرئيسي للمحكمة القاصرة هو التعامل مع أهداف محددة للعلاج التي من المرجح أن تقلل من مخاطر استمرار السلوك الجنائي، ويختلف ذلك عن منظور المحكمة الجنائية، التي تهدف إلى إثبات التورط وفرض عقوبة مساوية للجريمة المرتكبة، مع التركيز الأقل على إعادة التأهيل (باتاستيني، هانت، بريزنت-كولير، وديماتيو، 2011). المعتقلون القصر يُعتقد أنهم أكثر قابلية للتغيير في السلوك مقارنة مع البالغين نظراً لمرحلتهم التنموية الهشة، بعبارة أخرى، هناك أمل أكبر في أن يصبح هؤلاء المعتقلين الذين يمكن إفساد مسارهم الجنائي المبكر أكثر إنتاجية في المجتمع.

إن استخدام تقييم شامل للصحة العقلية على المجرمين القصر يعد أمراً خاصاً ومهم بالنسبة لاختيار استراتيجيات العلاج الفعالة وهو خطوة يغفل عنها كثير من المحترفين (مولفي وإيسلين، 2008)، فعلى سبيل المثال، يتطلب تحديد عوامل الاستجابة الفردية بما في ذلك أسلوب التعلم والقدرة الإدراكية والمستوى التطوري والوظيفة النفسية، ليتم التوافق بين المجرمين الشباب والتدخلات التي يتم تقديمها بطريقة واضحة ومفهومة (ديماتيو، هانت، باتاستيني ولا دوك، 2010). عادة ما يعتمد الأطباء النفسيون

برامج للقاصرين تعتمد على عوامل تعد من المتنبئات أقل فعالية بإعادة الانتكاس إلى الجريمة (بوروم، 2003)، ومع ذلك، نعلم أن العوامل غير المؤدية للجريمة مثل انخفاض التقدير الذاتي والدافع للنجاح لديها دعم تجريبي محدود مقارنة بالعوامل المؤدية للجريمة، مثل المواقف المضادة للمجتمع والرفقاء السلبيين (أندروز وبونت، 2010)، علاوة على ذلك يتم تحديد العلاجات للمنتهكين القصر بناءً على عامل خطر واحد رغم أنهم أفراد معقدون خاصة بالاحتياجات المتنوعة والمتعددة (دي ماتيو وآخرون، 2010).

واحدة من أكثر النهج العلاجية الواعدة التي تأخذ على عين الاعتبار العوامل العديدة المساهمة في الجنوح الشبابي هي "العلاج المتعدد النظم" وهو نموذج علاجي يستند إلى النظرية البيئية والنظرية والادماج شبكات التفاعل الشخصية المختلفة التي يشارك فيها الشباب (مثل المدرسة والمجتمع والأسرة والاجتماعية/ الأقران). يقوم "العلاج المتعدد النظم" أولاً بتقييم المشاكل داخل كل هذه الشبكات التي تساهم في سلوك الشباب ووظيفته النفسية، البروتوكولات الفردية للتدخل يتم تطويرها بعد ذلك للتعامل مع المناطق المعروفة للمشكلة من خلال مجموعة من الآليات (مثل العلاج العائلي، حل المشكلات، تعديل السلوك، وعلم الأدوية النفسية؛ شيدو وهينجلر، 2005). قد أظهرت الأبحاث بشكل متواصل قبول وفعالية برامج "العلاج متعدد النظم"، و نجد نتائج بعض الدراسات تشير إلى معدل اكتمال يصل إلى 98% للمنتهكين الشباب وعائلاتهم (مثل هينجلر، بيكريل، بروندينو، وكروتش، 1996) وعلاوة على ذلك، تتراوح معدلات الحد من العودة إلى الإرتكابات بين 26% إلى 69% عبر الدراسات التي تقارن "العلاج متعدد النظم" بمجموعة مقارنة (شيدو وهينجلر، 2005). هذا العلاج يزيد أيضاً من حضور المدرسة وامتناع عن استخدام المواد الأفيونية (براون وهينغلر وشونوالد وبروندينو وبيكريل، 1999؛ هينغلر وكلينجميل وبروندينو وبيكريل، 2002). هناك أيضاً برامج علاجية مجتمعية أخرى مماثلة للمراهقين المخالفين للقانون (مثل العلاج العائلي الوظيفي، تدريب إدارة الآباء، خدمات الدعم الشامل، الرعاية العلاجية البديلة) أظهرت بعض الفاعلية في تقليل العوامل الهامة التي تُكرّس السلوك الإجرامي (شيدون وهينغلر، 2005؛ تايت وريدينغ، 2005).

بسبب تقديم "العلاج متعدد الأنظمة" بشكل أساسي في إعدادات خارجية للمرضى، نظراً لتركيزه على أسرة الشباب والسياقات الاجتماعية، فإنه قد لا يكون خياراً قابلاً للتطبيق بالنسبة للمراهقين المخالفين المحتجزين في مراكز الرعاية السكنية أو مراكز الاحتجاز.

كما حدث مع العديد من المجرمين البالغين، زاد الاعتماد على نظام العدالة لتوفير الخدمات للأحداث الصغار الذين يعانون من مشاكل صحية عقلية أكثر انتشاراً (ريدينج وليكسين وريان، 2005). أشارت نتائج دراسة واحدة إلى أن ما يصل إلى 66% إلى 75% من الشباب الذين يتواصلون مع نظام العدالة للأحداث يستوفون معايير التشخيص لاضطراب نفسي (تيلين وآخرون، 2006). عند استبعاد اضطراب

السلوك، تنخفض هذه النسبة قليلاً حسب (تيلين وآخرون، 2006). لحسن الحظ، نظام العدالة للأحداث الصغار عمومًا أكثر تجهيزًا لتلبية الاحتياجات الصحية العقلية بالمقارنة مع أنظمة السجون للبالغين ومع ذلك، هناك العديد من السلبيات للشباب الذين يعزلون أنفسهم عن مجتمعاتهم أثناء العلاج، وتشمل هذه التأخيرات الأكاديمية والتنموية والاجتماعية المحتملة وضعف المشاركة العائلية التي قد تضعف روابط الأبوة والطفولة، والروابط السلبية مع الأقران التي غالبًا ما تتشكل عندما يعيش الشباب المضطربون معًا (ريدينج وآخرون، 2005).

على الرغم من هذه العقبات، يمكن أن تكون بعض التدخلات فعالة للشباب الذين يعيشون في إعدادات آمنة، وللمحد من التصرفات العدوانية وتعزيز السلوكيات الاجتماعية الإيجابية، غالبًا ما يتم استخدام خطط الارتباط السلوكية التي تعتمد على عواقب ثابتة وفورية في هذه الإعدادات. مع ذلك، أشار ريدينج وآخرون (2005) من أن التدريب المناسب للموظفين ضروري لمنع التأثيرات الطبية السلبية للعقوبة الزائدة على الشباب الذين يعانون من أمراض عقلية، حيث قد تكون بعض الانتهاكات التأديبية انعكاسًا لأعراض اضطرابات نفسية. أظهر المنهج المعرفي-السلوكي أيضًا وعودًا، خصوصًا حول مجالات المشكلات المحددة، فعلى سبيل المثال أظهرت دراسة نتائج العلاج للجنحة الجنسين القاصرين التي جمعت بين عناصر العلاج السلوكي المعرفي والوقاية من العودة أن القاصرين الذين أكملوا برنامج العلاج كان لديهم معدلات إعادة الانتكاس الجنسي والعامّة أقل بشكل كبير من الشباب الذين فشلوا في إكمال البرنامج أو الذين تلقوا العلاج كالمعتاد (وورلينج وكيرين، 2000).

تم أيضًا إنشاء برامج جديدة في محاولة للتعامل مع بعض الفجوات في العلاج التي قد تسببها البرامج الإقامة والإصلاحية. مبادرة واحدة من هذه البرامج هي إنشاء "برامج مكثفة للمتابعة"، وتهدف هذه إلى ضمان استمرارية الرعاية والحفاظ على المكتسبات العلاجية الإيجابية بعد إقامة المراهقين الشباب في مؤسسات إصلاحية، وعلى غرار العلاج متعدد النظم، تؤكد "برامج مكثفة للمتابعة" على التواصل المجتمعي الإيجابي للشباب عن طريق إشراك العائلات والمدارس والجهات الإصلاحية حيث تدمج هذه البرامج خدمات العلاج مع الإشراف المكثف وإدارة الحالات (تيت وريدينج، 2005).

الطب عن بعد (التيليهيلث): وسيلة متزايدة الشروع في تقديم الخدمات في المصحات

مع التطورات التكنولوجية الحديثة التي قامت بتوسيع الطرق التي يمكن أن يحدث فيها التواصل، فإنه ليس من المستغرب أن يتم ملاحظة تطورات مماثلة أيضًا داخل نظام الرعاية الصحية، بما في ذلك ممارسة علم النفس والطب النفسي. التيليهيلث - المشار إليه أيضًا بالطب عن بُعد وهو طريقة لتقديم الخدمات تتيح للعملاء والمقدمين التفاعل في الوقت الحقيقي عبر مسافات بعيدة (أكس، فاجان، وهولتون، 2002)، وعادة ما يتضمن ذلك استخدام معدات سمعية بصرية، مثل برامج الفيديو كونفرنس الرقمية.

نظرًا لزيادة التطبيقات النفسية للتليهيلث، قامت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (بالوماريس، 2012) بإنشاء فريق عمل لوضع إرشادات الممارسة الأفضل لغرض التوحيد، فقد قام هذا الفريق بتعيين مصطلح علم النفس عن بُعد للإشارة إلى استخدامات هذه الوسيلة ذات الصلة بالمجال (مثل خدمات الإرشاد والتقييم النفسي).

يبدو أن استخدام التليهيلث في الإعدادات الجنائية والإصلاحية يلقي اهتمامًا متزايدًا من قبل صنّاع السياسات والمحترفين والأفراد الذين يتلقون خدمات منظومة العدالة الجنائية. وقُدِّر أن واحدًا من كل خمس تطبيقات للتليهيلث يتعلق بالرعاية الصحية في المصحّات (لوز، 2001)، وأن التدخلات التي تستهدف احتياجات السجناء الذين يعانون من اضطرابات نفسية هي من أكثر الاستخدامات الشائعة (أكس وآخرون، 2007)، وقد استُخدم التليهيلث في هذه الإعدادات لأغراض متنوعة، بما في ذلك الاستشارة القانونية والشهادات أمام المحكمة، تقييم الصحة النفسية الجنائية (مثل تقييم الكفاءة وتقييم الجناحيين الجنسيين العنيفين)، إعادة تأهيل القاصرين، إدارة الأدوية النفسية، العلاج الجماعي للسجناء في العزل وتدريب والتعليم المستمر للمحترفين (لارسين وآخرون، 2004).

تشير العديد من الاتجاهات في نظام الإصلاح إلى كون كل من التليهيلث وعلم النفس عن بُعد على وجه الخصوص، منهجًا مشجعًا لعلاج المجرمين، فقد دفع ارتفاع معدلات الإحتجاز والصعوبات الاقتصادية إلى توسع المؤسسات السجنية في جميع أنحاء الولايات المتحدة (هوكس، موشر، روتولو، ولويو، 2004). إن المؤسسات الإصلاحية لا توفر فقط مكانًا لإحتجاز المجرمين، بل يُنظر إليها في كثير من الأحيان على أنها حلاً سريعًا للبطالة والديون المحلية (جلاسبير وفاريغان، 2007؛ كينغ، ماور، وهولينغ، 2004)، ومع ذلك، فإن هذه المؤسسات غالبًا ما تقع في المناطق الريفية حيث قد تكون إمكانية الوصول إلى موارد العلاج ذات الجودة محدودة (أكس وآخرون، 2002). تزايد التكاليف المرتبطة بالرعاية الصحية في المصحّات (مثل نفقات السفر ورواتب السائقين والخدمات المقدمة) وندرة المحترفين الراغبين في علاج هذه الفئة من السكان يقلل بشكل أكبر من عدد المسجونين الذين يتلقون علاجًا كافيًا (دانيال، 2007؛ ماجاليتا، فاجان، وأكس، 1998)، وبالنسبة لأولئك الذين يحصلون على الخدمات، غالبًا ما تُعالج احتياجاتهم بطريقة غير مناسبة أو غير منتظمة (ماجاليتا وآخرون، 1998).

يقدم علم النفس عن بُعد مجموعة من الفوائد التي قد تخفف الكثير من المشكلات التي تواجهها الجهات الخارجية والمؤسسات التي يخدمونها. أحد أبرز الفوائد هو سلامة مقدمي الخدمة وموظفي المصحّات والجمهور والمجرمين. فالقدرة على تقديم الخدمات داخل بيئة آمنة تزيل مخاطر الهروب أو الضرر الذي يمكن أن يتعرض له الموظفون والمدنيون (زيلور، نيلسون، وكوك، 2001). كذلك يمكن أن يجذب الراحة التي يشعر بها المقدمون عند علاج المجرمين في مكاتبهم الخاصة المزيد من الموفرين لتضمين هؤلاء

الأفراد في حمولة أعمالهم، علاوة على ذلك، يمكن لعلم النفس عن بُعد أن يزيل بعض العقبات التي تواجه بدء تقديم الخدمات مثل وسائل المواصلات وإجراءات الأمان ووقت السفر (المعهد الوطني للعدالة، 1999)، والتي قد تقلل من مدة انتظار المجرمين للعلاج. تنطبق فوائد التليهيثل أيضاً على حالات الرعاية الطارئة النفسية التي قد تحدث عندما لا يكون هناك موفري خدمات على الفور في الموقع (ماجالييتا، فاجان، وبيروت، 2000). الاستجابة بشكل نشط لاحتياجات المجرمين من المحتمل أن تقلل من الإضطراب وتزيد من الثقة في نظام العدالة. قد تساعد هذه التأثيرات بدورها على إدارة التوتر والقلق بين موظفي المصححات، حيث سيكون بإمكانهم التركيز أكثر على الحفاظ على منشأة آمنة بدلاً من التعامل مع الشكاوى أو سوء السلوك (ماجالييتا وآخرون، 1998).

الكفاءة التكليفية هي فائدة أخرى يتم الاستشهاد بها على نطاق واسع في علم النفس عن بُعد. إن هذا هو المجال الأكثر قوة في البحوث حتى الآن (أكس وآخرون، 2007)، حيث يُقدر أن استشارة صحية شخصية للسجين تكلف حوالي 173 دولارًا، مقارنة بـ 71 دولارًا للاستشارة عن طريق التليهيثل (المعهد الوطني للعدالة، 2002). أفادت الولايات التي تمتلك شبكات تليهيثل متينة بتوفير ما بين 200 و 1000 دولار لكل استشارة (كينسيلا، 2004). على الرغم من أن بعض الجهات الإصلاحية تكون ميزانياتها منخفضة ومحدودة، فتردد في الإستثمار في معدات التليهيثل أو علم النفس عن بُعد، إلا أن تكاليف البدء (بما في ذلك البرمجيات والأجهزة ونقل الإشارة) قد انخفضت بشكل كبير في السنوات الأخيرة (ميلر، كلارك، فيلتكامب، بيرتون، وسوب، 2008)، ويمكن أن يؤدي الوصول إلى الخدمات بتكلفة أقل إلى مزيد من الأفراد الذين يعانون من مشاكل الصحة النفسية والعدالة الجنائية في تلقي العلاج.

مع ذلك، من المهم ألا معرفة ما إذا كان من الإمكان تقييم ما ينتج من التأثيرات العلاجية المرجوة قبل أن يتم قبول علم النفس عن بُعد كحل جديدًا للعديد من المشكلات في الصحة النفسية في المصححات. إحدى المخاوف المتعلقة بعلم النفس عن بُعد هي فقدان المحتمل للتواصل بين المريض والمقدم للخدمة، إلا أن الأبحاث تشير باستمرار إلى أن هذا ليس الحال، فقد قام مورغان وباتريك وماجالييتا (2008) بتقييم انطباعات تجربة العلاج بعد الاستشارات النفسية والتي تمت عن طريق علم النفس عن بُعد على الأفراد. أظهرت النتائج عدم وجود اختلافات ذات دلالة إحصائية بين أنماط الخدمة بالنسبة للمزاج الحالي للسجناء وشعورهم للتحالف العملي والرضا العام عن المقدم للخدمة ووسيلة العلاج، وبالمثل، كشفت استبيانات أجريت على السجناء الذين تلقوا خدمات نفسية عبر الفيديو أن 81% من المشاركين قد قيموا العلاج بشكل إيجابي، بينما تفضل 35% من المشاركين فعلاً الجلسات عبر الفيديو على الجلسات الوجودية (ماجالييتا وآخرون، 2000). قبول المجرمين لهذه الوسيلة ضرورية لضمان جوانب أخرى مهمة من عملية العلاج، مثل التحالف العلاجي والامتثال للتوصيات.

تعتبر القدرة على تقييم الأعراض عن بُعد ومن ثم الحد منها أمرًا معروفًا بشكل أقل، فالبحوث المتاحة تشير إلى وجود تشابه نسبي مع الخدمات الوجودية، هناك دراسة أجريت بواسطة *لكسن وهوك وهيريك وبلائك* (2006) أظهرت وجود اعتدال إلى ممتاز في الموثوقية بين المقيمين ($r = .69$ إلى $.82$) بين علم النفس عن بُعد وتقييمات الصحة النفسية الجنائية الوجودية باستخدام مقياس التصنيف النفسي القصير - الإصدار المثبت وأداة تقييم كفاءة مآثر - الإدانة الجنائية، وفي دراسة أخرى حول السجناء الذين يتلقون خدمات نفسية عبر الفيديو، قام *نيلسون وزايلور وكوك* (2004) بمقارنة تقييمات أعراض المرضى التي تم إكمالها قبل الاستشارة مع تقييمات مقدمي الخدمات لوظائف الصحة النفسية التي أكملت خلال الاستشارة، وتم العثور على علاقات إيجابية معتبرة بين انطباعات المرضى ومقدمي الخدمات بشكل خاص فيما يتعلق بالتفكير الانتحاري، مع ذلك، لم تتضمن هذه الدراسة مجموعة مقارنة في الشخص. وعلى الرغم من وجود هذه الأدلة، فإن موثوقية وصحة التشخيصات السريرية وتوصيات العلاج المستمدة من التقييمات الافتراضية تتطلب استكشافًا أكثر، ولا سيم عند تقييم الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات معرفية أو سلوكية شديدة.

البيانات المتعلقة بنتائج العلاج قليلة، ولكن تشير الأبحاث الأولية إلى وجود تأثيرات إيجابية، فقد أجريت دراسة لفحص مدى فعالية خدمات علم النفس عن بُعد على المدى الزمني في تحسين الوظائف النفسية من منظور المقدم والمريض (*زايلور وآخرون*، 2001)، تلقى السجناء البالغون المحتجزون في سجن ريفي استشارة حول الانتحار أو رعاية طويلة الأمد لمرض نفسي من خلال عيادة تيليهيلث، أظهرت النتائج وجود تأثير زمني معتبر، حيث أبلغ المرضى عن تجربة مشاعر الضيق بشكل أقل مع مرور الوقت، وقيم الأطباء المرضى بنقصان مرضهم مع مرور الوقت. ووجدت *فوكس وكونور ومككاليرز وواترز* (2008) أيضًا تحسنات علاجية إيجابية في عينة من المجرمين القصر كذلك تحسنات ملحوظة في تحقيق الأهداف (مثل التعليم والمهارات الاجتماعية) من قبل المدخل وحتى بعد المدخل.

تعتبر البحوث المتعلقة بنتائج العلاج التي تشمل بيانات البداية ومتابعتها حول المؤشرات السريرية ذات الصلة (مثل المخالفات التأديبية والتدخلات الأزماتية)، ومجموعات المقارنة (مثل العلاج العادي)، وحجم العينة الأكبر، والأساليب الإحصائية الأكثر دقة، ضرورة لاستنتاج استنتاجات أكثر دقة حول فاعلية علم النفس عن بُعد في علاج المجرمين الذين يعانون من مشاكل صحة نفسية (*أنتوناتشي، بلوتش، سعيد، يلديريم، وتالي*، 2008؛ *أكس وآخرون*، 2007؛ *مونييه، ناب، وفروه*، 2003؛ *مورغان وآخرون*، 2008). يجب أن تستكشف البحوث أيضًا تطبيقات علم النفس عن بُعد السريرية الأكثر تكتيقيًا، بما في ذلك التثقيف النفسي، العلاج المعرفي السلوكي، التدخلات النفسية الاجتماعية، والإرشاد الأسري، بالإضافة إلى ذلك هناك حاجة لفهم أفضل لنقاط القوة والضعف في علم النفس عن بُعد لخدمة مختلف أقليات الطب

الشرعي، بما في ذلك المجرمين الذين يعانون من اضطرابات الفكر والشخصية، والمجرمين الذين يعانون من إصابات عصبية أو اضطرابات معرفية، والمجرمين الذين يفكرون بالانتحار، والمجرمين في الانفصال الإداري، والمجرمين الإناث، والمجرمين القصر (أنتوناتشي وآخرون، 2008؛ ماجاليتا وآخرون، 2000).

يبدو أن علم النفس عن بُعد يُعدُّ بديلاً عملياً لتقديم الخدمات وجهاً لوجه. تشير الأدلة حالياً إلى أن هذه الوسيلة قد تبدأ في تقليص الفجوة بين المعدلات العالية للمجرمين الذين يحتاجون إلى رعاية صحية نفسية وانعدام توفر الموارد المناسبة للعلاج في بعض الإعدادات، ففي الواقع يتمتع علم النفس عن بُعد بمجموعة من الفوائد على الاستشارات وجهاً لوجه (مثل زيادة الأمان، وضم العائلة أو عدة مقدمي خدمات مجتمعية في عملية العلاج، وتقديم الخدمات في وقت أكثر ملاءمة، وتخفيض التكاليف). على الرغم من أن الخدمات المقدمة عن بُعد قد تكون لها قيود فريدة (مثل فقدان بعض البيانات السلوكية)، إلا أن "شيئاً خيراً من لا شيء"، ومع استمرار جهود البحث، ستصبح مجال الصحة النفسية في المصححات أكثر إدراكاً حول متى ولمن يكون علم النفس عن بُعد فعالاً بشكل أكبر (باتاستيني وآخرون، 2012) ويمكن أن تبطئ هذه التقدّمات التكنولوجية باب الجحيم المتحرك لنظام العدالة الجنائية بالنسبة للمجرمين المضطربين.

إدماج التقييم في العملية العلاجية

تختلف التدخلات مع المجرمين في التركيز عن التدخل العلاجي التقليدي. على سبيل المثال، في نظام الإصلاح العالمي، يكون التركيز العام على تحسين السلامة العامة بدلاً من تخفيف معاناة الإنسان. وبالمثل، يختلف دور التقييم في الإصلاح عن دوره في الإعدادات غير الإصلاحية. على وجه التحديد، يركز التقييم في الإصلاح على نقطتين رئيسيتين: (1) تقييم المخاطر (انظر المناقشة السابقة حول العوامل الناتجة للمخاطرة والحاجة والمرونة وجيندرو وجوجين وسميث، الفصل 23 في هذا الكتاب) و (2) تقييم التغيير العلاجي.

1. تقييم المخاطر

يركز التقييم مع المجرمين على تقدير المخاطر وتحديد عوامل المخاطر الجنائية مقارنةً بتشخيص وتقدير شدة الأعراض عند التدخل مع السكان غير المجرمين. كما لوحظ سابقاً، حدد أندروز وبونتتا (1994) عوامل المخاطر الديناميكية (المشار إليها أيضاً بالاحتياجات الجنائية؛ أندروز وبونتتا، 2010) كأهداف للتدخل التي يمكن أن تقلل بشكل محتمل من الانتكاسات الجنائية. أظهر تحليل الأبحاث التركيبية أن عوامل المخاطر الديناميكية كانت من بين أفضل العوامل التنبؤية بالتركرار (جيندرو، ليتل، وجوجين، 1996)، بما في ذلك الرفقاء المنحرفين، المواقف المنحرفة والشخصية المنحرفة. ميزة التركيز على

عوامل المخاطر الديناميكية هي الدور التفسيري المحتمل أكثر مقارنة مع العوامل الثابتة مثل العمر، الجنس، العرق والسجل الجنائي. كما هو مذكور في مبدأ المخاطرة، من المهم بشكل متزايد أن يتم تقييم المخاطر بانتظام قبل بدء العلاجات أو التدخلات.

لقد قمنا بتوضيح دمج العوامل الثابتة والديناميكية للمخاطر ونشير إليه بمنهج التقييم التأميني المتكامل للمخاطر (ميلز، كرونز، ومورجان، 2011)، وباختصار يقوم هذا المنهج بتقييم المخاطر في أربعة عناصر:

- يحدد تقديرًا تأمينيًا للمخاطر الجنائية.
- يحدد عوامل المخاطر الديناميكية المحتملة (تلك العوامل التي يمكن تغييرها وتؤدي إلى تقليل المخاطر).

المخاطرة-الحاجة-الاستجابة (RNR)			
الاستجابة	الحاجة	المخاطرة	التقييم المتكامل للمخاطر الفعلية
			تحديد المخاطر التأمينية الفعلية
			تحديد عوامل المخاطر الديناميكية
			توصية بالتدخل

			تحديد استراتيجيات إدارة المخاطر
--	--	--	---------------------------------

الشكل 24.1 تداخل التدخلات الإصلاحية الفعّالة وتقييم المخاطر.

- يقدم توصيات للتدخل / العلاج .
- يوفر استراتيجيات إدارة المخاطر.

يدمج هذا المنهج كل من جهود معالجة المخالفين والتقييم الشامل للتغيير الناتج عن التدخل (انظر الشكل 24.1؛ المناطق المظللة تُظهر التداخل)، فعلى سبيل المثال وضمن إطار القواعد والإرشادات الجنائية والإصلاحية، يُحدد تقييم المخاطر العملية مستوى التدخل المطلوب ويحتاج المخالفون ذوو الخطورة العالية إلى مزيد من التدخل لتحقيق التغيير مقارنة بذوي المخاطر الأقل. يوجه مبدأ الاحتياجات تحديد العوامل الديناميكية أو المتغيرة المرتبطة بالمخاطر ويوصي بالتدخل لتغيير (تقليل) إمكانية حدوث تلك العوامل، أما مبدأ الاستجابة فهو ينظر إلى القضايا الخاصة التي قد تؤثر على الاستفادة من التدخل وترتبط مباشرةً بالتوصيات المتعلقة بالتدخل واستراتيجيات إدارة المخاطر التالية. نحن نوضح هذه النقاط لكي نستطيع تقييم المخاطر المناسبة والتدخلات الأمثل، فهي ليست عمليات متباينة بل عمليات تكاملية.

تقييم تغيير المجرمين

كما ذكر سابقاً، تتطلب التدخلات العقابية الفعّالة التعرف الدقيق على عوامل الخطر الديناميكية أو القابلة للتغيير ويمكن أن يشمل ذلك إدمان المواد الكيميائية، المواقف المناهضة للمجتمع، الزملاء المنحرفين أو التفكير الداعم للعنف، وغيرها. بعد تحديد مجالات المحتوى المؤثرة في الجريمة، يمكن اختيار التدخلات المناسبة وتمثل هذه الإجراءات في منطقة متداخلة بين تقييم المخاطر والتدخل الإصلاحية الفعال في الشكل 24.1. بالنسبة لأي مجال متعلق بمحتوى توليد الجريمة، يكمن التحدي أمام المقيّم وميسر البرنامج على التعرف على تغيير الجاني ذو الدلالة لتحسين احتمالية النجاح، نوصي بالاستعانة بأسلوب متعدد الطرق ومتعدد البناء ومتعدد الأوقات ومتعدد النتائج.

المنهج متعدد الطرق ضمن السكان الإصلاحية، يشير مصطلح متعدد الطرق عادة إلى الإجراءات التي تعتمد على المقابلات والتقارير الذاتية للمجرم و/أو العلامات السلوكية. في بعض المؤسسات، قد تكون هناك أيضاً بيانات من جهات خارجية متاحة في شكل تقارير ضباط الإصلاح وتصنيفات مستشاري الوحدات وما شابه ذلك. واحدة من الإجراءات المعتمدة على المقابلات المستخدمة بشكل متكرر التي تغطي مجموعة واسعة من مجالات المحتوى المؤثرة في الجريمة هي "مخزون مستوى الخدمة المعدلة (أندروز وبيوتنا، 1995)". العناصر الـ 54 التي يتم تقييمها بعد استعراض التسجيل وإجراء مقابلة نفسية

شاملة، تغطي مجموعة واسعة من مجالات محتوى تشجيع الجريمة، مثل التعليم / التوظيف، والمالية، الأسرة والزواج، الإقامة، الترفيه، الشركاء، مشكلات الكحول / المخدرات، العواطف / الشخصية، المواقف / الاتجاهات. معاملات موثوقية الفاحص كما ذكرها المؤلفون تتراوح بين 80. إلى 96. (أندروز وبونتا، 1995)، وأظهرت الأبحاث اللاحقة دعم هذه النتائج الأولية للموثوقية (كرونر وميلز، 2001). "مؤشر مخزون مستوى الخدمة المعدل" هو متنبئ فعال بالعودة للجريمة ومع ذلك، فقد اكتسب مؤخرًا زخمًا كمقياس لنجاح العلاج (جيندرو وسميث، 2007؛ جيرارد ووورميث، 2004؛ هولين وبالمر، 2006؛ لاوينكامب، هولسينجر، ولاتيسا، 2001؛ منشاك، سكيم، ودوغلاس، 2007؛ روني وهانسون، 2001).

هناك أيضا أدوات أخرى المُقيِّمة من قِبَل المُعالِجين والتي تُحظى بدعم متزايد لتقييم مجالات المحتوى الجنائي وتحديدًا ضمن سياق تغيير العلاج وهو "مقياس مخاطر العنف" (وونغ وغوردون، 2006)، ومن بين المجالات الجنائية المُقيِّمة بواسطة هذا المقياس نجد المواقف الجنائية، الأقران الجنائيين، التحكم في العواطف، إدمان المواد، استقرار العلاقات، الاندفاع والتشوهات المعرفية. كل المتغيرات التي تم تقييمها بواسطة مقياس المخاطر العنيفة تُقيَّم على مقياس نوع ليكرت بأربع نقاط من 0 إلى 3. مثل مخزون المستوى الخدمي المعادل، فإن النتائج الإجمالية لمقياس المخاطر العنيفة تنبئ بسلوك جنائي بعد الإفراج (بيجز وغريس، 2010). سيتم ذكر المزيد عن قياس المخاطر العنيفة وقياس تغيير المعالجة في وقت لاحق بشكل موجز. من فوائد كل من مخزون المستوى الخدمي المعادل ومقياس المخاطر العنيفة بالإضافة إلى تقييم وجود محتوى جنائي محدد أنه ينتجون مؤشرًا للمخاطر الكلية للسلوك الجنائي.

بالرغم من وجود عدد من الأدوات التي تقيس مختلف المجالات الجنائية المتعلقة بذات الإبلاغ، إلا أنه قليل منها صمم بشكل خاص لاحتواء مجموعة كافية من المجالات للتنبؤ بالعودة للجريمة. واستثناء عن ذلك هو "استبيان التقييم الذاتي" (لوزا، 2005). يتكون "استبيان التقييم الذاتي" من 72 بندًا صحيحة أو خاطئة يشكل سبعة مقاييس سريرية فرعية ومقياس صحة البيانات. المقاييس السريرية تشمل اتجاهات إجرامية (المواقف والمعتقدات والسلوكيات والمشاعر المضادة للمجتمع)، مشاكل الشخصية المضادة للمجتمع (سمات مشابهة لتلك المستخدمة لتشخيص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع)، مشاكل السلوك (يقيّم مشاكل السلوك في الطفولة)، التاريخ الجنائي، إدمان المخدرات/الكحول، رفاق مضادين للمجتمع (تصور المرتكب لتأثير رفقاءه على أنشطته الجنائية)، الغضب (يقيّم ردود الفعل على الغضب). تم تصميم مقياس الصحة لاكتشاف الإجابات الإيجابية أو المشاكل ذات الصلة المرتبطة بالاستجابة للتدابير التقريرية الذاتية. تم إثبات موثوقية وصلاحية استبيان الذات للتقييم الذاتي (لوزا، 2005)، وكذلك الصلاحية التنبؤية لاستبيان الذات على مدى سنتين (كرونر ولوزا، 2001؛ لوزا ولوزا-فانوس، 2001) وفترة 5 سنوات (لوزا ولوزا-فانوس، 2003). يعتبر على الأقل استبياننا فعالًا مثل أربعة

مقاييس معترف بها ومستخدمة على نطاق واسع من قبل المحترفين للتعقب بالتردد (لوزا ولوزا-فانوس، 2001). تم التأكد من صحة استبيان التقييم الذاتي عن طريق التدقيق المتبادل مع عينات أسترالية وبريطانية وسنغافورية (لوزا وآخرون، 2004)، وواحدة من القيود على استبيان التقييم الذاتي هو أنه لم يتم استخدامه كمقياس لنتائج العلاج، لذا فإنه على الرغم من أنه قد يكون مفيداً في توقع المخاطر، إلا أنه لم يتم تأكيده كمقياس لتقليل المخاطر بعد العلاج. من المفيد جداً إجراء بحوث بهذا النوع لصالح هذا المجال.

ترتبط المعتقدات والمواقف الإجرامية منذ فترة طويلة بالسلوك الإجرامي وقد تم ترتيبها مع النشاط الإجرامي المُبلَّغ عنه لدى المجرمين (هيللي وأودونيل، 2006)، وكذلك بالسلوك المُضاد للمجتمع المُبلَّغ عنه في عينات غير مجرمة (ماكوي وآخرون، 2006). ترتبط المواقف المُبلَّغ عنها المُضادة للمجتمع بالنشاط الإجرامي (ميلز وكرونر، 1997) وتتنبأ بإعادة الارتكاب العامة والعنيفة (ميلز وكرونر وهيمات، 2004؛ بولاشيك وكولي ووالكي، 2004) ويعنف الشريك الحميمي (هينينغ ومارتنسون وهولنفورد، 2009). بين مشجعي كرة القدم في أوروبا، كانت الاتجاهات غير الاجتماعية مرتبطة بشدة بالعدوان اللفظي والجسدي المُبلَّغ عنه (فان هيل، هاوتمان، كورنيليس، ودي كليرك، 2007)، تُساهم الاتجاهات الجنائية المُبلَّغ عنها بشكل إضافي في التعقب بالسلوك الجنائي المتكرر والمخالفات التأديبية فيما بعد عند استخدام تقييم المخاطر المُعترف به مثل قائمة النفسية السيكوباتية، ومخزون مستوى الخدمة المُعاد تعديله، والمعلومات الإحصائية حول التكرار (ميلز وآخرون، 2004؛ والترز، 2009؛ والترز ومانديل، 2007؛ والترز وشلاوخ، 2008).

تستطيع المواقف الجنائية المُبلَّغ عنها أن تتغير، ويمكن قياس تلك التغييرات وربطها بالنتائج (بيجز وغريس، 2010). تُعدُّ المقاييس المتعلقة بالتفكير الجنائي، مثل "المخزون النفسي لأنماط التفكير الجنائي" (والترز، 2006)، حساسة لاكتشاف التغييرات الناتجة عن العلاج (مثل القياس قبل وبعد العلاج) بين المجرمين (والترز، 2002، 2009). والترز، ترجوفاك، ريتشليك، دي فيازيو، وأولسون (2002) قد أبلغوا عن سلسلة من الدراسات باستخدام مقياس 13 عنصرًا للتفكير الإجرامي الحالي الذي يحتوي على عناصر مثل "أواجه صعوبة في تحقيق النوايا الأولية الجيدة". أظهرت النتائج تغيراً كبيراً بعد برنامج استمر لمدة 10 أسابيع لنمط حياة الإجرامي، في حين لم تظهر مجموعة مراقبة تأجيل التدخل أي تغيير خلال نفس الإطار الزمني. في مكان آخر، أظهر كرونر ويسين أن الاتجاهات الإجرامية كما يتم قياسها بواسطة "مقاييس الاتجاهات الإجرامية والشركاء" (ميلز، كرونر وفورث، 2002) يمكن أن تتغير بشكل له مغزى بين الاختبارات السابقة واللاحقة للتدخل. باستخدام منهجية أكثر منطقية، أظهر كرونر ويسين (في الطبع) أن التغيير في الاتجاهات تجاه الشركاء الإجراميين يمكن أن يرتبط بالتغيرات في إعادة الانتكاس. وقد أظهر تغيير إيجابي في الاتجاهات بين المجرمين الذين يعانون من اضطرابات نفسية

وشاركوا في برنامج مهارات إدراكية (أشפורد، وونغ، وستيرنباخ، 2008). أظهرت الدراسات أيضًا أن اتجاهات المجرمين الجنسيين يمكن أن تتغير للأفضل بين الاختبارات السابقة واللاحقة للتدخل (كيلينغ، روز، وبيتش، 2006؛ وبيتي، دي بالسيو، غو، وونغ، 2006).

المؤشرات السلوكية توفر تقييمًا ذو مغزى للتغيير، وتشمل في مجال التصحيحات كل من التكرار وشدة الانتهاكات التأديبية، تقييم العمل، عدد مرات الاستدعاء الطبي وتغييرات في التصنيف الأمني. في المجتمع، يمكن لمقدمي العلاج أن ينظروا إلى أيام المرض، عدد الأيام حتى التوظيف أو التأخر في العمل، الزيارات المنتظمة/المفقودة للإفراج المشروط أو الإشراف، ونتائج تحاليل البول. توفر تحليلات هذه المؤشرات السلوكية معلومات قيمة للأخصائيين بعيدًا عن المقابلات أو التقارير الذاتية، حيث أنها تدل على الوظائف في العالم الحقيقي. قد يبلغ المجرمون عن تحسن، ولكن إذا لم يتحقق هذا التحسن في إعدادات العالم الحقيقي، فإن أي تغيير يحدث يكون مغزاه أقل.

منهج البناء المتعدد، بالإضافة إلى البناء المعتدل المتعلق بالجريمة الذي يهمننا، هناك بناءات أخرى ذات صلة بالعلاج تستحق النظر فيها ضمن إطار التقييم التدخل. على سبيل المثال، عمل وونج وآخرون فيما يتعلق بـ "مقياس مخاطر العنف" و "مقياس مخاطر العنف نسخة مجرم جنسي" يوضح بوضوح أهمية قياس تقدم المجرم على طول مستويات التغيير (التفكير المسبق، التأمل، الاستعداد، العمل، والصيانة) في نموذج التغيير متعدد المناهج (بروتشاسكا، ديكليمينتي، ونوركروس، 1992). في الواقع، أظهرت الأبحاث حول "مقياس مخاطر العنف" و "مقياس مخاطر العنف للمجرمين الجنسيين" أن التغيير الذي يُقيّمه الأطباء في المحتوى الجنائي (مثل المواقف الجنائية) يرتبط بتقليل انتكاس الجناح فقط إذا تقدم المرتكب بمعنى إيجابي على طول مراحل التغيير المستمر (على سبيل المثال، التحرك من مرحلة الاستعداد إلى مرحلة العمل). النقطة المهمة هنا هي أن استعداد التغيير يرتبط بتقليل معنوي للمخاطر الناجمة عن التدخلات العلاجية. يُعتبر التدخل التحفيزي جزءًا أساسيًا من التدخلات مع المرضى الذين يعانون من اضطرابات متزامنة (برايك وآخرون، 2001).

استعداد التغيير مرتبط بأداء برنامج المرتكب سواء عبر الإبلاغ الذاتي أو تقييم ميسر العلاج. كمثال، تم تسجيل تقييم المشارك أو تقييمات الميسر للاستعداد للتغيير في عينتين منفصلتين من المرتكبين الذين تلقوا تدخلات تصحيحية لمعالجة العنف ضد الشريك الحميمي (كونورز، ميلز، وغراي، 2012، 2013). في كلتا العينتين، كانت هذه التقييمات مرتبطة بأداء برنامج ما بعد البرنامج وأظهرت تأثيرًا تفاعليًا حيث اكتسب المرتكبون الأكثر دافعية المعرفة والمهارات بمعدل أسرع بشكل ملحوظ من المرتكبين الأقل دافعية.

هذا يشير إلى أن الاستعداد للتغيير مهم ويمكن قياسه بفعالية باستخدام تقييمات مرتبطة من قبل المشارك أو المعالج

هناك أيضا بنية أخرى ذات أهمية عند تقييم التغيير هو التحالف العلاجي، وعلى الرغم من أنه لا يتم قياسه باستمرار في بحوث التدخل التصحيحي، إلا أنه يرتبط بالنتائج في مجالات أخرى من التدخل العلاجي. كشف تحليل الأدلة البادئة لأورفاث وسيموندر (1991) عن علاقة متواضعة ولكن ذات دلالة بين التحالف العملي والنتائج في العلاج. وجد بروكاتو وفاغنر (2008) أن التحالف العلاجي يرتبط بتحسين استعداد التغيير ولكن ليس ببقاء المرتكب في برنامج معالجة المخدرات الإلزامي المقام في المجتمع، بالرغم من ذلك كان المتهمون الذين حصلوا على نقاط أعلى في الارتباط مع المعالج أكثر عرضة لتجربة زيادات في الحماس للتغيير، وكان الحماس الأعلى للتغيير مرتبطاً بعدد الأيام في البرنامج إذن تشير هذه النتيجة إلى وجود تأثير غير مباشر محتمل للتحالف العلاجي على استمرارية العلاج، وفي مجتمعات الصحة العقلية غير التصحيحية، تم العثور على أن التحالف العلاجي يرتبط إيجابياً بالنتائج (هاوجيو، يلووليس، أوبن، ميلدروم ودارك، 2003).

واحدة من أفضل القياسات المعروفة للتحالف العملي هي "مخزون التحالف العملي" (هورفاث وغرينبرغ، 1989). ترتبط الدرجات في مخزون التحالف العملي بارتياح المريض المُبَغ عنه والتغيير خلال العلاج (هورفاث وغرينبرغ، 1989). وعلاوة على ذلك، لوحظت أيضاً العلاقات بين الدرجات في المقياس الفرعي للمهام واكتساب المهارات خلال العلاج. هناك ترابط كبير بين المقياس الفرعي للمهام والأهداف والروابط (r من 69 إلى 92)، وتتمتع المقياس بالاعتمادية الداخلية جيدة جداً (ألفا = 93). تم استخدام "مخزون التحالف العملي" مع المجرمين الذين يعانون من اضطرابات الشخصية ويتلقون العلاج الصحي النفسي وقد تم قياسهم في البداية وبعد 6 أشهر و24 شهراً (فورتشن وآخرون، 2011).

المنهج متعدد الأوقات. الاختبار أو التقييم قبل وبعد المعالجة هو معيار ضمن العديد من نماذج العلاج، وتصبح التقييم المتعدد لعوامل الخطر القابلة للتغيير أكثر انتشاراً أيضاً (هانسون، هاريس، سكوت، وهيلموس، 2007). على الرغم من أن الاختبار/التقييم قبل وبعد يقدم معلومات قيمة، إلا أنه يعاني من قيود ذات معنى. أولاً، لا يمكن للاختبار/التقييم قبل وبعد تحديد متى حدث التغيير المعنوي، فعلى سبيل المثال، في أي نقطة من المعالجة أو التدخل بدأت الدافعية في التحسن، ثانياً كما تم مناقشته سابقاً، بسبب أن التدخلات تستهدف عوامل الخطر القابلة للتغيير، فإن عدم قياس أو تقييم تلك العوامل جيداً بعد فترة التدخل قد يفشل في التقاط الطبيعة الديناميكية لعامل الخطر ويفترض أن المكتسبات التي تحققت خلال فترة التدخل تستمر بدون تغيير من نقطة الاختبار بعد التدخل، على سبيل المثال قد يؤدي التدخل الذي يستهدف المعارف أو الاتجاهات إلى زيادة الوعي والنية للتغيير بين المخالفين الذين أكملوا التدخل. التحسن بين الاختبار قبل وبعد يفترض أنه ثابت. مع ذلك، إذا تم إطلاق المخالف لنفس الثقافة الجنائية التي

شارك فيها في الماضي، فلماذا يتوقع حدوث استقرار في المكتسبات الديناميكية؟ قد تكون هذه المشكلة سبباً في قلة الدراسات التي ربطت التغيير في الاختبار قبل وبعد بالنتيجة (كرونر وبسين، قيد الطبع).

بالنظر الى هذه القيود، نوصي بأن تقوم التدخلات، عند الإمكان بقياس المفاهيم الأساسية في نقاط متعددة أثناء فترة التدخل. يجب أن يتم استخدام الحذر عند تنفيذ نفس أدوات التقرير الذاتي لتجنب التعرض المتكرر للعناصر ومع ذلك، يمكن التغلب على ذلك من خلال استخدام تصنيفات أو تقييمات منسقة (كونورز وآخرون، 2012) في تقييمهم لبرنامج العنف بين الشركاء الحميين، قام كونورز وآخرون بتقييم تقدم المخالف في نقاط قبل التدخل، ونصف التدخل، وبعد التدخل، وقد سمح هذا لفحص مسار التغيير على مدى فترة التدخل، بالإضافة إلى ذلك، قد يوفر التقييم الذي يتم بعد التدخل لهذه العوامل الديناميكية قياساً للحالة المستمرة للتغيير الديناميكي. واستناداً إلى الخبرة السابقة، يمكن أن يؤدي القياس المتكرر لعوامل الخطر الديناميكية على مر الزمن إلى انخفاض عدد المشاركين إذا استخدمت طرق تتطلب الكثير من الوقت أو الجهد من المخالف (مورغان، كرونر، وميلز، 2012).

المنهج متعدد النتائج. التحسينات التقليدية المستخدمة في بحوث التدخل الإصلاحي هي القياسات ثنائية المستوى للعودة إلى الجريمة أو السلوك المؤسسي. ففي الوقت الحاضر، بدأت تُدرج قياسات أخرى للعودة إلى الجريمة كنتائج محتملة، بما في ذلك الوقت قبل حدوث الجريمة مجدداً (ميلز، كرونر، وهيماتي، 2007)، عدد الجرائم (بوشواي، باتيرنوستر، وبرامي، 2003؛ سافولاينز، 2009) وشدة الجرائم المكررة، تتبع هذه النتائج الأخيرة من تقديم مفهوم التوقف كعملية توجيهية وتدرجية لإعادة التأهيل (فاجان، 1989؛ سامبسون ولوب، 1993)، حيث يُعتبر التوقف بالنسبة لبعض الأشخاص تقيلاً نسبياً في الأنشطة الجنائية بدلاً من إيقافها تماماً (بوشواي وآخرون، 2003؛ لوب، ناجين، وسامبسون، 1998). يمكن أن يُنظر إلى زيادة الوقت قبل ارتكاب جريمة أقل شدة عند بعض الأشخاص على أنه نتيجة محسنة. ومع ذلك، وبغض النظر عن التوافق المتزايد حول أن التوقف هو عملية، هناك إتفاق ضئيل بشأن قياسه (كازميان، 2007).

- تجربة التغيير للمخالفين

نوصي بإستراتيجية مكونة من أربع خطوات لاختبار التغيير للمخالفين:

- اختبار التأثير بين ما قبل وبعد.
- دراسة حجم التأثيرات.
- اختبار الأهمية السريرية.
- دراسة موثوقية التغيير.

تحليل الأهمية قبل بعد. استخدام التغيير قبل وبعد المعالجة هو عنصر أساسي في تقييم نتائج المعالجة، وعلى الرغم من أن له العديد من الفوائد لتحديد مدى نجاح المعالجات، فإن هذه الطريقة لتقييم النتائج ليست ذات فائدة محدودة في إطلاع الممارسين على ما هو الأفضل وللمن. وبالرغم من أننا نستمر في الترويج لاختبار الأهمية قبل-بعد (واستخدامه في أعمالنا الخاصة)، إلا أن هناك قيودًا إضافية - تتأثر النتائج بها بشكل غير مبرر بحجم العينة ولا يمكن فحص التغييرات الفردية بها، لذلك وبالإضافة إلى فحص النتائج قبل وبعد، نشجع على استخدام وسطاء ومعتدلين كطرق إضافية لتقييم التغيير (انظر، على سبيل المثال، كازدين، 2007).

فحص حجم التأثير (مع فاصل ثقة). فحص حجم التأثير يقدم مزايا لطرق الاختبار التقليدية قبل وبعد. على وجه التحديد يحتوي حجم التأثير على فائدة عدم التأثر بحجم العينة ويسمح بفحص حجم تأثير المعالجة، وكلما كان حجم التأثير أكبر (أي القيمة الرقمية)، كلما زاد تأثير المعالجة. يُستخدم غالبًا مقياس "كوهين د" وإحصاءات "إيتا مربعة الجزئية" كطرق لحساب حجم التأثير، ويمكن الحصول على إحصاءات إيتا مربعة الجزئية بسهولة في معظم الحزم الإحصائية.

تحويل الأهمية السريرية للاختبارات، يتضمن اختبار الأهمية السريرية التعرف على الحالات التي عادت إلى مستوى دون السريري للوظيفة كما يتم قياسها على الاختبارات المعيارية والسيكو مترية الصحيحة. يمكن استخدام عدة طرق لفحص التغييرات السريرية. أحد هذه الطرق هو مقارنة نتيجة المجرم المعالج بنتائج العينات التوجيهية و/أو السريرية التي تقدمها الاختبار، فإذا كانت نتيجة المجرم في البداية (قبل العلاج) في نطاق ذو أهمية سريرية لكن نتيجة مرحلة ما بعد العلاج في نطاق بدون أهمية سريرية، فإن العلاج يعتبر فعالاً (أي حدث تغيير سريري). يستخدم هذا الإجراء درجة القطع للعينة التوجيهية ودرجة القطع للعينة السريرية، تغيير سريري معتبر يمكن أن يتم تقييمه عن طريق دراسة التباين في درجات الاختبار بعد المعالجة مقارنةً بدرجات الاختبار قبل المعالجة. على وجه التحديد، يُفترض وجود تغيير ذو مغزى إذا كانت درجات ما بعد المعالجة تفوق درجتين من الانحراف المعياري عن المتوسط قبل المعالجة. يتطلب الحساب الثالث من الممارس أن يحسب قيمتي قاطع من البيانات الخاصة بالمجموعات الطبيعية والسريرية للاختبار. يتضمن الحساب الأول تحديد التداخل بين المجموعة الطبيعية والمجموعة السريرية، بينما يتضمن الحساب الثاني تحديد المناطق التي لا يوجد فيها تداخل بين المجموعتين. وبالتالي، يمكن حساب الأهمية السريرية لكل مقياس، ويمكن حساب عدد العملاء الذين يصلون إلى أهمية سريرية. هدف اختبار الأهمية السريرية هو تحديد التغيير الذي له مغزى سريري بعيداً عن الصدفة وأيضاً ذو قيمة للممارس.

هناك أيضاً طريقة مثيرة ومبتكرة لفحص التغيير السريري وهي استخدام نسبة الحد الأقصى الممكن على الرغم من أنها ليست إحصائية محددة، إلا أن حساب نسبة الحد الأقصى الممكن يمكن أن يساعد الأطباء

في فهم مقدار التغيير بين الأفراد. تحديداً، يمكن لمؤشرات نسبة الحد الأقصى الممكن تحديد نسبة الانخفاض في النتائج الحاصلة على القياسات الأولية والنهائية، وبناءً على درجة نسبة الحد الأقصى الممكن، تُمثّل الدرجة 0 الحد الأدنى الممكن والدرجة 100 الحد الأقصى (كوهين، آيكن، ووست، 1999). باستخدام هذه الطريقة يمكن تفسير الفروقات بين المقاييس وفقاً لنسب ملاحظة بسهولة وإجراء مقارنات مباشرة بين المقاييس (على سبيل المثال، جيرند، آيكن، ووست، وايرتشول، 2004؛ سريفاستافا، جون، جوسلينج، وبوتر، 2003).

موثوقية التغيير: الطرق الثلاثة السابقة لتقييم التغيير تركز على الفعالية العامة لتدخل. يسمح فحص موثوقية التغيير بتقدير التغيير الخاص بكل حالة بشكل فردي، إحدى العيوب في استخدام درجات القبل وبعد التدخل هو عدم القدرة على حساب مستويات الثقة لدرجات التغيير المرتبطة بالتدخل، ومن أجل التعامل مع هذه المسألة، قام جاكوبسون وترواكس (1991) بتطوير مؤشر التغيير الموثوق به، الذي يسمح بتقييم التغيير وراء ما يمكن أن يرجع إلى التباين في القياسات أو الخطأ، يدمج مؤشر التغيير الموثوق فيه موثوقيات المقياس في حساب التغيير الموثوق فيه، وتسمح الصيغة بقياس دقيق أكثر للتغيير العلاجي. تتيح هذه الحسابات تحديد مقدار التغيير الذي حدث نتيجة التدخل وما إذا كان هذا التغيير موثوق إحصائياً.

باستخدام قيمة قطع الفهم الموثوقة لمؤشر التغيير البالغة 1.96 أو أكبر، يُعتبر الفرق بين الدرجات السابقة واللاحقة إشارة إلى التغيير الذي يُعتد به إحصائياً (95% من فاصل الثقة) وذو مغزى سريري (وايز، 2004). من خلال هذا الحساب، يمكن تحديد النسبة المئوية للمشاركين في العينة الذين شهدوا "تغييراً حقيقياً، وتتم هذه الحسابات بشكل مستقل لكل قياس سابق ولاحق يُستخدم. افترض جاكوبسون وآخرون (1984) أن جميع درجات الاختبار السابقة ستكون في نطاق غير طبيعي.

الاستنتاجات والاتجاهات المستقبلية

قمنا في هذا الفصل، بمراجعة فعالية العلاج مع المجرمين، بما في ذلك العقبات التي تحول دون التدخلات الفعالة، وإستراتيجيات الممارسة القائمة على الأدلة، ومنهج العلاج لأربع فئات متخصصة من المجرمين. بالإضافة إلى ذلك، قمنا بتلخيص دور التقييم في تحديد عوامل الخطر ذات الصلة قبل بدء العلاج، وتقييم التغيير في المجرمين خلال فترة العلاج. هذه المراجعة أبرزت الإنجازات الملحوظة في

مجال العلاج للمجرمين وصحة النفس التصحيحية على مدى الأربعين عامًا الماضية، ومع ذلك، لا يزال هناك تقدم هام ينبغي تحقيقه.

يفتقر التقرير إلى معلومات مهمة في مجالات علاج المجرمين. على سبيل المثال، لم نناقش مسائل الآثار الشرائية الناتجة عن العقوبات الجنائية والسجن وتوفير الخدمات الصحية النفسية للمجرمين المسجونين، حيث أن هذه المسألة لم يتم دراستها بما فيه الكفاية، كما ركزنا بشكل ضئيل على الخصائص الفردية للمجرمين التي تساهم في التقدم العلاجي أو تغير دوره، نظرًا لأن المعلومات المعروفة قليلة جدا حول هذه الظواهر، وأخيرًا، تقتصر البحوث تقريبًا على دراسة عملية تغيير التقييم مع المجرمين. في الواقع، يكاد لا يوجد أي بحث يدرس العلاقة بين التغيير العلاجي والنتائج على المدى الطويل (مثل العلاقة بين التغيير الناتج عن برنامج علاج سجنى والنتائج في المجتمع)، حيث أن هذا النوع من البحوث غير موجود تقريبًا، على الرغم من أن هذا النوع من البحوث مكلف (بحث طويل المدى من هذا النوع يستغرق وقتًا طويلاً) إلا أنه ضروري، حيث أنه لم يعد مقبولاً ببساطة دراسة التغيير بعد العلاج دون دراسة النتائج على المدى الطويل. إن البحوث التي تدرس العلاقة بين التغيير العلاجي والنتائج هي مهمة من منظور الصحة النفسية والإنسانية والسلامة العامة والسياسة.

رغم الحاجة إلى تحسين معرفتنا في هذه المجالات، هناك الكثير للاحتفاء به. كما يوضح هذا الفصل، فإن التدخلات التصحيحية ليست فقط فعالة فقط بل هي ممتازة مع أصعب عملاء المصححات، مثل المجرمين الذين يعانون من اضطرابات نفسية والعنيفين أيضًا. تم تحديد الممارسات القائمة على الأدلة التي تنتج نتائج إيجابية، والبحوث مستمرة في إلقاء الضوء على كيفية علاج المجرمين بأفضل طريقة. وينتظر العلاج التصحيحي مستقبلاً أفضل ومشرق، فهناك عدد هائل من الأبحاث التي تجرى حالياً في جميع أنحاء العالم، بالإضافة إلى عدد غير مسبوق من الطلاب الجامعيين والدراسات العليا الذين يتطلعون لدفع المجال نحو الأمام. نتوقع أن تشهد واجهة العدالة الجنائية والعلاج الصحي النفسي تطوراً كبيراً خلال العشرين سنة المقبلة.

Abstract

The purpose of our work is to show and analyze the suitable translating procedures to translate forensic psychology terminology from English into Arabic, and how difficult it is, to translate them, which leads the translator to face many obstacles, due to the lack of culture or knowledge necessary to use them to avoid making mistakes.

We tried among this study to choose carefully our corpus intitled “**The handbook of forensic psychology, fourth edition**”, which had to be full of forensic psychology terms, to illuminate these terms with suitable methodology, and the use of the translation methods of VINAY and DARBELNET, as well as analyzing and comparing them to the Arabic language. Through our study of this subject, it became clear that we can use many strategies in order to figure out psychology and legal system terminology, and therefore the adoption of effective translation strategies will facilitate the translation process.

Key words:

Forensic psychology, specialized translation, scientific translation, comparative stylistic approach.

الملخص

تهدف دراستنا الى عرض الإستراتيجيات المناسبة لترجمة مصطلحات علم النفس الشرعي من اللغة الإنجليزية الى اللغة العربية، ومدى صعوبة ترجمتها بسبب نقص الثقافة او المعرفة اللازمة لاستخدامها لتجنب تفادي الأخطاء.

لقد حاولنا من خلال هذه الدراسة ان نختار مدونة غنية بمصطلحات علم النفس الشرعي من أجل تسليط الضوء عليها , حيث قمنا باستخدام الآليات المناسبة و أساليب الترجمة لفيني وداربلني لغرض تحليلها ومقارنتها .

من خلال دراستنا لهذا الموضوع تبين لنا أنه يمكننا استخدام العديد من الإستراتيجيات للتعرف على مصطلحات علم النفس والنظام القانوني. فإن اعتماد إستراتيجيات الترجمة الفعالة سيسهل عملية الترجمة.

الكلمات المفتاحية

علم النفس الشرعية، الترجمة المتخصصة، النص العلمي الترجمة العلمية، الاسلوبية المقارنة لفييني و داربلني.

