

## Group and Individual Cognitive Behavioral Therapy Based on Prisoners' Religious Knowledge

Mohammad Khodayarifard, PhD., Jalal Yonesi, PhD., Saeed Akbari Zardkhaneh, MA., Alinaghi Fagih, PhD., Ahmad Behpajouh, PhD

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۳۸۹/۱۰/۸۹

تاریخ بازنگری: ۱۳۸۹/۸/۸۹

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۵/۱۵

## اثر بخشی روان درمانی شناختی- رفتاری گروهی و فردی مبتنی بر آموزه‌های دینی بر ناسازگاری‌های روان‌شناختی زندانیان در زندان رجایی شهر\*

محمد خدایاری فرد<sup>۱</sup>، سید جلال یونسی<sup>۲</sup>، سعید اکبری زردخانه<sup>۳</sup>، علی نقی فقیهی<sup>۴</sup>، احمد به‌پژوه<sup>۵</sup>

### Abstract

The Purpose of current article is to report a study on group, and individual cognitive-behavioural psychotherapy in decreasing prisoners' psychological symptoms based on their religious knowledge. By using systematic sampling technique 45 male prisoners in Rajaei Shahr Prison was selected randomly and allocated into three groups : a) 15 participants was allocated in individual cognitive-behavioral psychotherapy alongside group cognitive-behavioral one based on participants' religious knowledge (combined therapy group); b) 15 participants took part in individual cognitive-behavioral psychotherapy, based on participants' religious knowledge (individual therapy group); and c) 15 participant was placed on the waiting list for obtaining individual therapy (control group). By using GHQ and SCL-90 tests, as well as a diagnostic interview done by a psychiatrist based on DSM-IV-TR criteria in pre and post period of recruiting interventions, participants' psychological status was measured. The data was analyzed by using Multiple Analysis of Variance. The findings indicated that although both of combined therapy approach and individual therapy one had immense influence on decreasing prisoners' psychological symptoms, the amount of effectiveness of combined therapy approach was higher than individual therapy was. One of the factors that have a remarkable impact on a successful cognitive therapy based on religious knowledge is the similarity of principles related to health psychology in cognitive-behavioural approach, and religious knowledge. Beck believes that a fruitful therapy happens when a patient approaches to realities. That point refers to aims, and consequences of saying prayers in Islam. Since Islam has an influential role in Iran culture, any kind of cognitive-behavioural intervention based on religious coulter have a considerable role in enhancing social-psycho adjustment for Iranian population.

### Keywords

Effectiveness of Cognitive-Behavioral Interventions, Religious Knowledge, Individual Therapy, Group Training, Individual Therapy, Prisoners, Psychological Statuses.

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، ارایه گزارشی از مطالعه اثربخشی درمان های شناختی- رفتاری گروهی - فردی و فردی مبتنی بر آموزه های دینی در کاهش نشانگان روان‌شناختی زندانیان است. در این پژوهش ۴۵ نفر از زندانیان مرد زندان رجایی شهر با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی نظامدار انتخاب شدند، و سپس در سه گروه تصادفی با حجم مساوی (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه اول در جلسات روان‌درمانگری شناختی- رفتاری فردی توأم با جلسات درمان شناختی- رفتاری گروهی مبتنی بر آموزه‌های دینی (گروه درمان همزمان)، گروه دوم فقط در جلسات درمان شناختی- رفتاری فردی مبتنی بر آموزه های دینی (گروه درمان فردی) و گروه سوم نیز در فهرست انتظار برای دریافت درمان فردی قرار گرفتند (گروه کنترل). به منظور بررسی وضعیت روان‌شناختی آزمودنی‌ها، از آزمون‌های SCL-90-R و GHQ-28 (قبل و پس از اعمال مداخله‌ها) و مصاحبه تشخیصی توسط روان‌پزشک، براساس ملاک‌های DSM-IV-TR، استفاده شد. تحلیل واریانس چندمتغیری انجام‌یافته بر روی داده‌ها نشان داد، اگرچه هر دو رویکرد درمان همزمان و درمان فردی بر بهبود وضعیت سلامت روان‌شناختی و کاهش نشانگان روان‌شناختی زندانیان اثر دارند، اما اثربخشی درمان همزمان بیشتر از درمان فردی است. از عواملی که تأثیر بسزایی در موفقیت درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزه‌های دینی دارد؛ همسویی اصول حاکم بر دیدگاه شناختی- رفتاری بک در رابطه با بهبود و سلامت روان با آموزه‌های دینی است. بک (۱۹۷۹) اعتقاد دارد درمان و بهبودی زمانی اتفاق می افتد که بیمار به واقعیت نزدیک‌تر شود. این مطلب اشاره به اثرها و اهداف اصلاحی و درمانی ادعیه در دین اسلام دارد؛ که به اهمیت نزدیکی به واقعیت از دیدگاه الهی و همسویی آن با یافته‌های شناخت درمانگران اذعان دارد. با توجه به شمول فراگیر دین اسلام بر فرهنگ موجود در جامعه ایران، هرگونه مداخلات شناختی- رفتاری که مبتنی بر فرهنگ دینی باشد اعم از گروهی و انفرادی می تواند نقشی بی بدیل در کاهش ناسازگاری‌های روانی اجتماعی داشته باشد.

### کلیدواژه‌ها

مداخله شناختی- رفتاری، درمان فردی، درمان گروهی، زندانی، وضعیت روان‌شناختی.

\* این پژوهش بخشی از پژوهشی است با عنوان "روان‌درمانگری و اثربخشی زندانیان و اثربخشی آن در زندان رجایی‌شهر. در اینجا از دیگر همکاران طرح به ترتیب حروف الفبا آقایان دکتر غلامعلی افروز، دکتر ایرج اسماعیلی، دکتر علی‌اصغر احمدی، دکتر فرامرز سهرابی، دکتر محسن شکوهی یکتا، دکتر محمد علی بشارت، دکتر رضا رستمی، دکتر باقر غباری‌بناب، دکتر مرتضی متولی‌خامنه و دکتر یاسمین عابدینی به دلیل زحمات بی‌دریغشان تشکر و قدردانی می‌شود.

۱. (نویسنده مسئول)، استاد دانشگاه تهران. تهران. پل نصر، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، Email: Khodayar@ut.ac.ir

۲- استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

۳- دانشجوی دکتری سنجش و اندازه‌گیری دانشگاه علامه طباطبائی

۴- دانشیار دانشگاه قم

۵- دانشیار دانشگاه تهران



## مقدمه

امروزه نگاه بشر در برخورد با جرم و زندانی در مقایسه با قرن های پیشین بسیار متفاوت شده است. دیدن موضوع در چارچوب بیماری و درمان و اصلاح ترجیح بیشتر بر دید مجرم و مجازات دارد (کالن، وان، رهیزوسانت<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸؛ تامیم<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸ ترجمه اکبری، ۱۳۸۱). نمونه‌ای از این تغییر نگرش را در سال‌های اخیر می‌توان در پدیده شایع و رایج اعتیاد ملاحظه کرد؛ به طوری که معتاد بیشتر بیمار محسوب می‌شود تا مجرم و پیشگیری و کاهش تقاضا برای مواد مخدر بر برخورد فیزیکی و مجازات ارجحیت دارد (یونسی و محمدی، ۱۳۸۵). بسیاری از فیلسوفان و اندیشمندان غربی در پی ترویج دیدگاه اصلاح در مقابل مجازات در مورد زندانیان بودند (دانش، ۱۳۶۸). البته این نکته همواره به انحای مختلف در آموزه های دینی پیامبران و اولیای الهی مورد تأکید بوده است؛ زیرا که آنان بر قابل تغییر و اصلاح شدن تمام انسان‌ها تأکید و همواره انسان‌ها را قابل هدایت و بازگشت به صلاح و سلامت می‌دانند. شاید پدیده عفو و توبه که مورد تأکید تمام برنامه های تربیتی انبیاء الهی بوده، از این نکته اساسی سرچشمه گرفته است.

در نگرش ادیان الهی، انسان‌ها با هر میزان جرم و خطا همواره موجوداتی قابل بازگشت به صراط مستقیم و اصلاح شناخته می‌شوند. به طوری که سفارش‌های فراوان ادیان و به ویژه اسلام بر توبه با هر میزان و کیفیت گناه و خطا، انسان‌ها را به این نتیجه می‌رساند که تمام افراد با هر میزان جرم و خطایی قابل اصلاح و بازگشت به سلامت هستند. پیامبر اکرم (ص) می‌فرماید: "اگر گناه کنی تا جایی که گناهانتان به آسمان برسد، ولی سپس از آنها توبه کنید، حتماً خداوند توبه شما را می‌پذیرد." یا "همانا برای توبه دری است که وسعت دو لنگه آن، به اندازه وسعت بین مشرق و مغرب است تا خورشید از مغرب طلوع نکند، آن در بسته نمی‌شود. یا "گذشت خدا از گناه تو بالاتر است" (نهج الفصاحه، ترجمه میرزایی، ۱۳۸۵).

پدیده وصله ناجوربودن (استیگما<sup>۳</sup>) را محققان یکی از عوامل مهم اجتماعی آزاردهنده برای زندانیان و خانواده‌های آنان می‌دانند (اوگن و مسوگلیا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲ و ادواردز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰) که ممکن است سازگاری های آنان را با اجتماع به خطر اندازد. پیامبر (ص) امکان لغزش را فقط مختص مجرم معلوم (زندانیان) نمی‌داند: "همه انسان‌ها گناه کارند و بهترین گناهکاران، توبه کنندگان هستند. یا "اگر گناه نمی‌کردی، خداوند قومی را می‌آفرید که گناه کنند و آنها را می‌بخشید تا به بهشت داخلشان کند". یا آنجا که اولویت بخشش را بر مجازات تأکید دارد: "سزاوارترین مردم کسانی هستند که به بخشش بیشتر از مجازات قادرند" (نهج الفصاحه، ترجمه میرزایی، ۱۳۸۵). تمام این احادیث تفسیر این آیه معروف قرآن است که: "از رحمت خدا ناامید نشوید که خدا تمام گناهان شما را می‌بخشد" (قرآن کریم). در فرهنگ دینی در دعاها همواره خدا را به صفاتی می‌خوانند که عفو او بر مجازات و عقوبت و مهربانی او بر خشم او غلبه دارد (دعای جوشن کبیر، مفاتیح الجنان).

بر اساس دیدگاه روان‌درمانگرانی که ارزش زیادی برای فرهنگ جهت روان‌درمانی و مشاوره قایلند، انسان محصول و ساخته فرهنگ خویش است و باید مشکلات وی با توجه فرهنگش درک و پیگیری شود. بنابراین در درمان‌های روانی علاوه بر شرایط بیولوژیکی بیمار باید به اعتقادهای فرهنگی وی توجه ویژه‌ای مبذول شود (سومرز- فلاگمن و سومرز- فلاگمن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). در دید این دسته از روان‌درمانگران، اختلالات، آسیب‌ها و سلامت روانی باید توسط فرهنگی که مراجع در آن زندگی می‌کند تعریف و مشخص گردد (سو<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). آشکار است که دین و معنویت و خدا از دیر باز از مؤلفه های تشکیل دهنده فرهنگ انسان‌ها بوده است (بولن<sup>۸</sup>، ۱۹۸۹ به نقل از روان<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵). این مسئله برای زندانیان مستثنا نیست؛ به طوری که می‌توان با

3. stigma

4. Uggen & Massoglia

5. Edwards

6. Sommers- Flanagan & Sommers- Flanagan

7. Sue

8. Bowlen

9. Rowan

1. Cullen, Van Voorhis & Sunt

2. Tamim



مردم می‌شوند. زندانیان اگر به این واقعیت دست یابند که قابل تغییر و اصلاح اند، خود را هرگز شرور ذاتی تلقی نمی‌کنند (مقابله با درونی سازی) و همیشه خود را آلوده به جرم نمی‌بینند (مقابله باثبات). در ضمن روان‌درمانی مبتنی بر آموزه دینی که قادر باشد اعتقاد قابل تغییر بودن انسان‌ها را برای مجرمان درون‌سازی کند؛ می‌تواند با قطعی نگری انسان‌ها به عنوان یکی از مؤلفه‌های افسردگی و اضطراب مقابله کند که این مسأله ممکن است به تعادل بیم و امید (خوف و رجا) و کاهش افسردگی در آنان منجر شود (یونسی، ۱۳۸۴ ب)، زیرا اعتقاد به قابل تغییر بودن انسان را می‌توان عاملی برای عدم نتیجه‌گیری قطعی در مورد خود و دیگران دانست. نتیجه‌گیری‌هایی که به تداوم و تقویت افسردگی دامن می‌زنند، مدیریت خشم را نیز به خطر می‌اندازند (یونسی و میرافضل، ۲۰۰۷).

در دیدگاه مذهبی تعادل در بیم و امید لازمه زندگی سالم است و از نشانه‌های ایمان قلمداد می‌شود. همچنان که تجارب بالینی نشان از مؤثر بودن این تعادل در پیشگیری و درمان افسردگی و اضطراب دارد (یونسی، ۱۳۸۴ الف). حضرت امام صادق (ع) در روایتی از قول پدرش حضرت امام باقر (ع) می‌فرمایند: "هیچ بنده مؤمنی نیست مگر آنکه در دلش دو نور است، نور بیم و نور امید که اگر وزن شوند، از آن بیشتر نباشد و اگر آن وزن شود، از این بیشتر نباشد" (اصول کافی جلد ۱- ص ۶۷). در سخنی از امیرمؤمنان علی (ع) نقل شده است که فرمود: "بهترین اعتدال‌ها، اعتدال در بیم و امید است" (غرر الحکم، ص ۳۵۵). در آیات الهی شان پیامبر بیم‌دهنده و امید‌دهنده خوانده شده است: "ما تو را جز مژده دهنده و بیم‌دهنده نفرستادیم" (فرقان، آیه ۵۶). یا آنکه "ما تو را به راستی امید‌دهنده و بیم‌رسان فرستادیم" (بقره، ۱۱۹، فاطر ۲۴). تجارب بالینی در فرهنگ ایران حاکی از آن است زمانی که با عدم تعادل در خوف و رجا با شناخت درمانی مبتنی بر آموزه‌های دینی و فرهنگی مقابله شده است، نشانگان افسردگی و اضطراب به شدت کاهش یافته و این زمانی میسر بوده است که با تفکر قطعی نگر یا تساوی گونه مقابله شده است (یونسی، ۱۳۸۴ الف). این تحقیقات حاکی از آن است که تفکر قطعی نگر از

رویکرد دینی و معنوی به مشکلات و اختلالات مددجویان در زندان‌ها نگرینست و به درمان و اصلاح آنان پرداخت و نتیجه‌ای مطلوب در افزایش سازگاری‌های روانی اجتماعی آنان گرفت (احمد بر آبادی، ۱۳۸۳؛ کرسی، ۲۰۰۱).

پژوهش‌های متعدد در این زمینه حاکی از وجود بسیاری از اختلالات رفتاری و ذهنی به درجات مختلف در زندانیان است که ناشی از اسنادهای مختل، باورها و افکار غیرمنطقی در آنان می‌باشد (پولاچیک و نیکولز-مارسی، ۲۰۰۱). این مسئله ممکن است نظر محققان را به اختلال در پردازش اطلاعات در مجرمان معطوف کند (خدایاری و همکاران، ۱۳۸۶). بنابراین می‌توان انتظار شیوع زیاد اختلالات روانی مانند افسردگی در مجرمان را داشت (هودگینز، ۱۹۹۴). همچنان که یافته‌های اخیر در زندان‌های ایران نیز حکایت از شیوع زیاد افسردگی و اضطراب در میان زندانیان دارد (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۶).

با توجه به یافته‌های پیش‌گفته و دیدگاه شناخت درمانگران در زمینه پدیدآیی افسردگی و اضطراب توسط طرحواره‌های شناختی مختل به ویژه مثلث‌های شناختی (بک، ۱۹۷۹؛ سومرز-فلاگمن و سومرز-فلاگمن، ۲۰۰۴)، باید به فعالیت درمانی و اصلاحی در میان افراد زندانی اصلاح و تغییر سیستم‌های پردازش اطلاعات و کار با مشکلات شناختی در این گروه را مورد توجه قرار داد. اگر بر اساس یافته‌های روانشناسی و آموزه‌های دینی بر قابل اصلاح بودن زندانی و امکان درمان وی تأکید شود، می‌توان زمینه درمان افسردگی و اضطراب را به عنوان سنگ بنای بسیاری از اختلالات روانی بنا نهاد. زیرا آموزه‌های دینی در مورد قابل تغییر بودن زندانی عوامل ایجادکننده افسردگی را بر اساس اسنادهای سه‌گانه کلیت<sup>۵</sup>- درونی سازی<sup>۶</sup>- ثبات<sup>۷</sup> (یونسی و همکاران، ۱۳۸۴) هدف قرار می‌دهند و تضعیف می‌سازند. در عین حال موجب ارتقای سطح اعتماد به نفس در این گروه از

1. Corsini  
2. Polaschek & Nichols- Marcy  
3. Hodgins  
4. Beck  
5. globality  
6. internality  
7. stability



است. افرادی که از تجربه استیگما رنج می برند. اغلب از سه منبع شناخت خود شامل خود مشاهده گری<sup>۴</sup>، مقایسه اجتماعی<sup>۵</sup>، و فیدبک های اجتماعی<sup>۶</sup> (توجه به نظرهای دیگران) رنج می برند (یونسی و اکبری زردخانه، ۱۳۸۴).

با توجه به قانون ظروف مرتبط که به امور روانی تسری یافته است (یونگ<sup>۷</sup>، ۱۹۶۰)؛ افزایش فعالیت بخشی از روان کاهش فعالیت را در بخش های دیگر به همراه دارد که در اینجا شاهد کاهش خودمشاهده گری در افراد استیگما زده خواهیم بود (یونسی و اکبری زردخانه، ۱۳۸۴). یونگ دو اصل مهم را درباره شخصیت مطرح کرده است. وی دو اصل تعادل و آنتروپی که از ترمودینامیک گرفته شده است در مورد شخصیت و روان انسان بیان می کند (مدی<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹). در توضیح منبع خود مشاهده گری لازم است به این نکته توجه شود که انسان ها بسیاری از موارد خود را مورد مذاقه قرار داده و با این مشاهده گری علاوه بر این که آگاهی بر حالات، افکار و احساسات خود می یابد؛ بسیاری از تغییرات مهم را در خود ایجاد می نماید. بسیاری از موارد این منبع در کنار منابع دیگر و در مواقعی به تنهایی عمل می کند. برای مثال زمانی که فردی غمگین و یا مضطرب است و یا احساس دردی دارد، تلاش می کند کاری انجام دهد و تغییری ایجاد کند تا از این وضع رها شود. توسط منبع خودمشاهده گری می توان عادات و رفتارهای نامطلوب را در خود کنترل و یا حذف کنیم.

بر اساس قانون تعادل، انرژی روانی به طور متعادل در رابطه با هر عقیده یا فکری و یا به معنای کلی کلمه هر قسمتی از شخصیت و روان توزیع می شود. بنابر اصل آنتروپی، هر عقیده یا فکر و یا به معنای کلی کلمه هر قسمتی از روان چنانچه انرژی روانی بیشتری داشته باشد، تمایل به از دست دادن آن انرژی به نفع قسمت هایی دارد که انرژی کمتری دارند. زیرا در فیزیک به قدر مطلق انرژی روانی اعتقاد وجود دارد؛ به طوری که این انرژی نه کم و نه زیاد می شود. لذا اگر در جایی از روان انرژی کم شود حتماً قسمتی دیگر از

عوامل مهم پیش بینی افسردگی است، تفکری که همه امور را در چارچوب  $۴=۲*۲$  می بیند و به عنوان مادر تحریفات شناختی، شناخته می شود (یونسی و میر افضل، ۲۰۰۷).

زمانی که فرد با مقابله با قطعی نگر در حوادث و امور مثبت و منفی به تعادلی از بیم و امید می رسد، تمامیت خواهی<sup>۱</sup> نیز مورد هدف قرار می گیرد. زیرا که تمامیت خواهان همواره به دنبال جست و جو و رسیدن به اموری پر از امید به خویشتن در زمینه دیگران و موقعیت های زندگی هستند؛ به طوری که با بی عیب و نقص بودن و جلوه دادن اعمال و رفتارشان احساس آرامش و امیدواری به خود پیدا می کنند. با این نگرش بی عیب و نقص دیدن خود علاوه بر مقابله با قطعی نگری، با آموزه های دینی نیز می توان مقابله کرد. ذکرهایی در نماز وجود دارد که با توجه به مفاهیم آن فرد تمامیت خواه می تواند با نگرش های معیوب خود مقابله کند (یونسی، ۱۳۸۵)، مانند: سبحان الله (پاک و بی عیب و نقص است خدا- به جز خدا کسی دیگر بی عیب و نقص نیست). از نشانه های بارز تمامیت خواهی داشتن افکار با محتوای الزام و اجبار باید و نباید است (برتر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰، نقل از لطافتی، ۱۳۸۳) که این گونه گونه افکار از مصادیق بارز خطاهای شناختی است. روش نظارت بر افکار، دارای باید و نباید و تبدیل آن به بهتر است، می توان تأثیر بایدها را در ذهن کاهش داد. البته چنانچه این روش در کنار توصیه های دینی باشد، کارایی بیشتری خواهد داشت (فری<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹، نقل از لطافتی ۱۳۸۳).

با توجه به اینکه پدیده استیگما از آزاردهنده ترین موضوعات برای مددجویان در زندان ها و خانواده های آنان است (بوزول و وج، ۲۰۰۲؛ اوگن و مسوگلیا، ۲۰۰۲؛ ادواردز، ۲۰۰۰)، مقابله با این پدیده در برنامه های درمانی و اصلاحی زندانیان ضرورت دارد. برای شناخت این پدیده، مؤلفه های آن شناسایی شود. پدیده استیگما بدون توجه به منابع شناخت خود (یونسی، ۱۳۸۲ الف) غیرممکن است؛ زیرا بخشی از تجربه استیگما بها دادن به نظرهای دیگران ایجاد شده و این ترجیحاً در چارچوب منابع شناخت خود قابل بررسی

4. self observation

5. social comparison

6. social feedbacks

7. Jung

8. Maddi

1. perfectionism

2. Berter

3. Ferwi



الفصاحه، ترجمه میرزایی، ۱۳۸۵)، ولی برای ذهن افرادی که با نظریات اسنادی آشنایی دارند، این نکته تداعی می‌شود که این تفکیک به نوعی در دیدگاه راس<sup>۲</sup> (۱۹۷۷، به نقل از یونسی، ۱۳۸۵) اشاره شده است: "خطای اسنادی افراد در تبیین رفتار در نسبت دادن به عوامل شخصیتی (برای مثال همسر از آنجایی که آدم بد ذاتی است، به من پرخاشگری می‌کند)".

تحقیقات متعدد نشان از تأثیر چشمگیر مداخلات روان‌شناختی به صورت گروهی در زمینه با ناسازگاری‌های روانی اجتماعی مددجویان در زندان‌ها دارد (اوبرات<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ ویلیمز<sup>۴</sup> ۲۰۰۵، فالشا<sup>۵</sup> فالشا<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ رابینسون<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵). این مسئله بیانگر اثربخشی مداخلات به صورت گروهی در مقایسه با مداخلات فردی در زمینه مددجویان زندان است (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۶).

با توجه به آموزه‌های دینی به عنوان یکی از مؤلفه‌های فرهنگ جامعه و روش‌های شناختی-رفتاری می‌توان مدلی برای مداخلات روان‌شناختی برای زندانیان ارائه کرد. این مدل هم محتوای جلسات را مشخص می‌کند و هم ترتیب جلسات را نیز ترسیم می‌کند. این مدل در نمودار ۱ توضیح داده شده است.

هدف مقاله حاضر بررسی اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری گروهی مبتنی بر آموزه‌های دینی در کاهش ناسازگاری‌های روانی اجتماعی مددجویان زندان رجایی شهر است که طی ۱۵ جلسه ۲ ساعته برنامه‌های روان‌درمانی شناختی-رفتاری گروهی با زندانیان اجرا شد. علاوه بر روش‌های شناختی-رفتاری برگرفته از آموزه‌های دینی، تکالیف شناختی رفتاری به مددجویان داده می‌شد که خارج از جلسات به صورت فردی انجام دهند و در جلسه نتایج آن را به گروه ارائه کنند.

## روش

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است.

روان‌داری انرژی بیشتری شده است و بالعکس (مدی، ۱۹۹۶؛ یونسی، ۱۳۸۲ الف). شخصیت سالم در دیدگاه یونگ شخصیتی است که تعادلی از نیروهای مختلف را ایجاد کرده باشد، به گونه‌ای که در اثر تعادل نیروها به نوعی وحدت<sup>۱</sup> که ناشی از هماهنگی و همخوانی نیروها و در نتیجه قسمت‌های مختلف شخصیت است، رسیده باشد. تعادلی که در ابتدا برای خلقت انسان از جانب خدا لحاظ شده است "ونفس و ما سواها- قسم به روان و آنچه به طور متعادل در آن است" (شمس، آیه ۸) و حتی هماهنگی بین نیروهای درون روان نشانه‌ای بسیار مهم برای افراد مؤمن در مقابل کافران و مشرکان است (زمر، آیه ۲۹؛ تفسیر المیزان، ج ۱۷). برنامه‌های تنظیم منابع شناخت خود که بر اساس سیر در انفس و آفاق (قرآن کریم) طراحی شده است (یونسی، ۱۳۸۲ ب)، برای این گونه افراد تأثیر بسیار مثبتی دارد، ضمن آنکه چنین تنظیمی افزایش اعتماد به نفس را به همراه خواهد داشت (یونسی، ۱۳۸۲ ب). این برنامه‌ها با تکالیف مربوط به خودمشاهده‌گری شروع می‌شود و سپس در زمینه با فیدبک‌های اجتماعی و مقایسه اجتماعی ادامه می‌یابد و در نهایت با مقایسه منبع خودمشاهده‌گری با دیگر منابع تکوین خود تمام می‌شود.

جلسات برای استیگما زدایی و تقویت خودباوری با خودمشاهده‌گری شروع و به خودمشاهده‌گری منتهی می‌شود (از سیر در انفس به سیر در آفاق و در نهایت بازگشت به خویشتن که مقدمه‌ای برای شناخت حق و حقیقت است "یا ایها الذین آمنوا علیکم انفسکم...") (مائده، آیه ۱۰۵) ای کسانی که ایمان آوردید، بر شما باد خودتان (امیر جان، ۱۳۸۶). همان‌طور که جداسازی بین خود و رفتار که بر فرهنگ توبه بنا شده است (یونسی، ۱۳۸۵) در کاهش حس استیگما تأثیر به‌سزایی خواهد داشت، در جداسازی بین خود و رفتار و اصلاح اسنادهای آسیب‌زا (زارعی، ۱۳۸۵). در روش جداسازی بین خود و رفتار، درمان‌جویان به این باور می‌رسند که خود غیر قابل انتقاد و سرزنش بوده و فقط رفتار قابل نقد است (یونسی، ۱۳۸۵؛ ۱۳۸۲ ب). این روش منطبق با اصل قابل‌تغییر بودن و قابل‌بازگشت بودن انسان‌ها بر اساس آموزه‌های دینی است (نهج

2. Ross

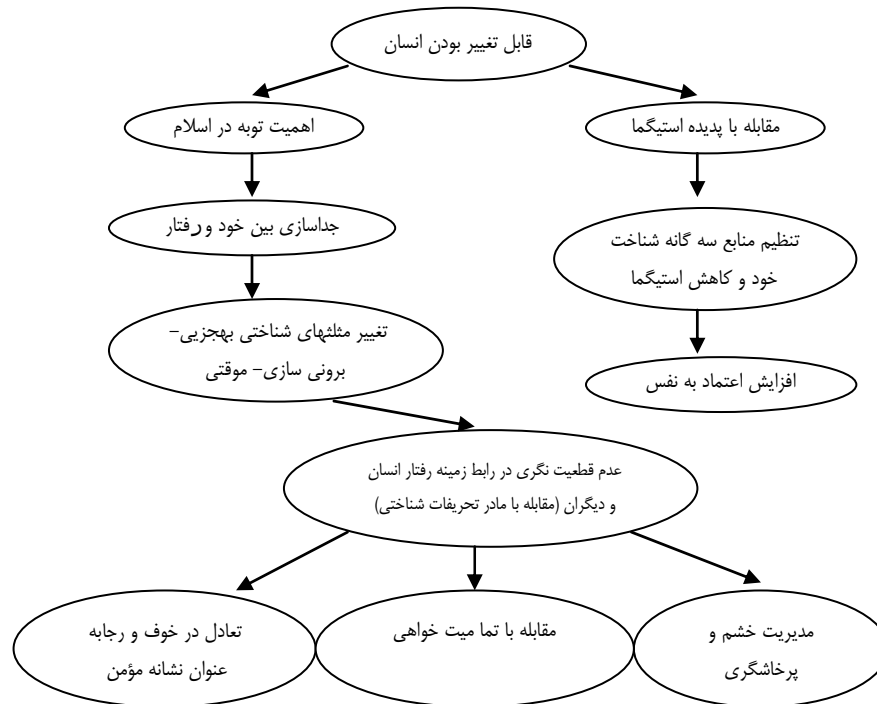
3. Ovaert

4. Williams

5. Flashaw

6. Robins

1. unity



نمودار ۱- مدل ترکیبی روش های شناختی- رفتاری و آموزه های دینی

فردی که به صورت دو هفته یک بار تشکیل می‌شد، شرکت کردند (گروه همزمان). گروه دوم فقط در جلسات روان‌درمانگری فردی یک ساعته که هر هفته یک بار تشکیل می‌شد و براساس فنون شناختی- رفتاری مبتنی بر آموزه های دینی بود، شرکت نمودند (گروه فردی). گروه سوم (گروه کنترل) نیز مددجویانی بودند که در فهرست انتظار برای دریافت مشاوره های فردی قرار گرفتند. شایان توضیح است که در مرحله پایان مداخله ها، از هر یک از گروه های همزمان، فردی ۱۳ نفر، حداقل ۷۵ درصد جلسات مداخله را تجربه کرده و از گروه کنترل نیز ۱۳ نفر در مرحله پس آزمون شرکت کردند.

### محتوای جلسات برنامه شناخت رفتار درمانی

#### گروهی

جلسه یکم: شناخت حاضران از یکدیگر و روان‌درمانگر، آگاهی از اهداف جلسات، برنامه های جلسات و مقررات مربوط به جلسات و نحوه مشارکت اعضا در جلسات و آشنایی اجمالی با موضوع جداسازی بین خود و رفتار در بین خود زندانیان- افکار خود زندانیان در مورد خود، محبت غیر مشروط بر اساس آیات قرآن و احادیث (یونسی، ۱۳۸۵؛ زارعی ۱۳۸۵).

آزمودنی‌های پژوهش را ۴۵ نفر از مددجویان مرد زندان رجایی شهر کرج تشکیل می‌دهند که هنگام شروع پژوهش، دست کم شش ماه از محکومیت باقی بوده و تحصیلات آنها در سطح سیکل یا بالاتر بود. علت لحاظ کردن معیار حداقل شش ماه حبس و تحصیلات در سطح سیکل یا بالاتر به ترتیب در اختیار بودن زمان لازم برای انجام مداخله روان‌درمانگری و دارا بودن قابلیت درک و فهم سئوالات و محتوای برنامه‌های مورد استفاده در پژوهش بود. ۱۶ نفر از این افراد محکوم به سرقت، ۱۲ نفر نزاع و درگیری، ۱۱ نفر قتل، ۴ نفر کلاهبرداری و ۲ نفر هم محکوم به تجاوز به عنف بودند.

این آزمودنی‌ها با روش تصادفی نظامدار از بین کلیه مددجویان مرد زندان رجایی شهر کرج که واجد معیارهای مذکور بودند؛ انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. در زمان انتساب این افراد به این گروه ها سعی بر این بود تا جای ممکن، نسبت ترکیب محکومیتی گروه های سه گانه یکسان باشند.

گروه یکم در ۱۶ جلسه هفتگی دو ساعته درمان که به صورت گروهی برگزار می‌شد، شرکت کردند و به‌طور همزمان در ۸ جلسه یک ساعته روان‌درمانگری



موافق=۳ و کاملاً مخالف=۰). تقوی (۱۳۸۰) اعتبار<sup>۲</sup> پرسشنامه سلامت عمومی را با استفاده از سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ بررسی کرد که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آمد. روایی<sup>۳</sup> سازه و همزمان این ابزار نیز در حد مطلوب گزارش شده است (تقوی، ۱۳۸۰؛ هومن، ۱۳۷۶). آلفای کرونباخ محاسبه شده برای زیرمقیاس‌های جسمانی سازی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی، افسردگی و شاخص کلی مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۳، ۰/۸۹، ۰/۷۵، ۰/۹۱ و ۰/۸۹ بوده است.

**آزمون فهرست نشانگان بیماری (-SCL-90 R)**: این آزمون شامل ۹۰ سؤال است که همگی بر روی یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای نمره‌گذاری شده‌اند (همیشه در مورد من صدق می‌کند=۴ و اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند=۰). آزمون دارای ۹ بعد است که ابعاد مختلف روان‌شناختی فرد از جمله شکایات جسمانی، وسواس بی‌اختیاری، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان‌گسستگی را اندازه‌گیری می‌کند. میرزایی (۱۳۵۹) اعتبار آزمون فهرست نشانگان بیماری را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۰ و ضریب روایی همزمان آن را با آزمون سیاهه چندوجهی مینه سوتا (MMPI)<sup>۵</sup> برابر با ۰/۵۱ گزارش کرده است. هومن (۱۳۷۶) ضریب همسانی درونی زیرمقیاس این ابزار را در سطح قابل قبول و بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۸ و مقدار این ضریب را برای کل مجموعه برابر با ۰/۷۹ گزارش کرده است. این یافته‌ها حاکی از روایی و اعتبار این آزمون است. روایی سازه و همزمان این ابزار نیز در پژوهش هومن (۱۳۷۶) و نجاریان و داودی (۱۳۸۰) مطلوب بوده است.

**مصاحبه بالینی توسط روانپزشک براساس پرسشنامه ساختار یافته DSM-IV-TR**<sup>۶</sup>: این مصاحبه برای تشخیص اختلالات روانی مددجویان و افزایش دقت تشخیص‌های حاصل از آزمون‌ها انجام

جلسه دوم: جداسازی بین خود و رفتار- در میان خود- راه‌های جدا سازی بین خود و رفتار.

جلسه سوم: جداسازی بین خود و رفتار در مردم بیرون زندان و بستگان- نحوه مقابله با استیگما.

جلسه‌های چهارم و پنجم: مقابله با ناامیدی و درماندگی- مثلث‌های شناختی- سبک‌های اسنادی آسیب‌زا- مقابله با تحریفات شناختی به ویژه مادر تحریف شناختی تفکر قطعی نگر بر اساس آیات قرآن و احادیث (یونسی ۱۳۸۴، ۱۳۸۵؛ یونسی و دیگران ۱۳۸۳).

جلسه‌های ششم، هفتم و هشتم: روش‌های حل مسئله و روش‌های مقابله با استرس‌ها: راه‌های افزایش احترام به نفس- اعتماد به نفس- روش‌های مقابله با خطاهای فکری و تحریفات شناختی- مثلث‌های شناختی به ویژه تفکر قطعی نگر.

جلسه نهم: روش‌های کنترل پرخاشگری- مقابله با تمامیت خواهی بر اساس آموزه‌های دینی.

جلسه‌های دهم، یازدهم و دوازدهم: منابع شناخت خود و نقش عدم تعادل آن در آسیب‌های روانی و اجتماعی به ویژه ارتکاب به جرم و روش‌های تنظیم منابع شناخت خود بر اساس آیات و روایات (یونسی ۱۳۸۲ الف و ب؛ یونسی و محمدی ۱۳۸۵؛ یونسی ۱۳۸۵)

جلسات سیزدهم، چهاردهم و پانزدهم: عشق و عشق‌ورزی در مقابل تنفر- چرا به عشق نیاز داریم؟ آیا به کمک عشق استعدادهای تازه‌ای در خود کشف می‌کنیم. این دو جلسه بنا به پیشنهاد خود زندانیان گذاشته شد. چون صحبت‌های در جلسات قبلی آرام‌آرام به این موضوع کشیده شد. توجه به دستورات دینی و عرفانی.

جلسه شانزدهم: جمع بندی پانزده جلسه قبلی. برای گردآوری داده‌های پژوهش ابزارهای زیر به کار برده شد.

**پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)**<sup>۱</sup>: این پرسشنامه داری چهار خرده‌مقیاس شامل علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. کلیه سؤال‌های این پرسشنامه روی طیف لیکرت چهار نقطه‌ای نمره‌گذاری شده‌اند (کاملاً

<sup>۲</sup>. reliability

<sup>۳</sup>. validity

<sup>۴</sup>. Symptom Check List - 90- Revised

<sup>۵</sup>. Minnesota Multi-Phasic Inventory

<sup>۶</sup>. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revised

<sup>۱</sup>. General Health Questionnaire



جدول ۱- خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی مددجویان

زیرمقیاس	شرایط درمانی	میانگین	انحراف معیار	زیرمقیاس	شرایط درمانی	میانگین	انحراف معیار
جسمانی‌سازی	همزمان	-۵/۶۲	۵/۱۱	افسردگی	همزمان	-۷	۷/۶۹
	فردی	-۰/۳۳	۴/۲۷	فردی	فردی	۱/۶۲	۶/۸۴
	کنترل	۰/۱۵	۵/۵۵	کنترل	کنترل	-۱/۶۹	۹/۴۶
اضطراب	همزمان	-۶/۱۵	۴/۹۱	ناکارآمدی	همزمان	-۲/۳۱	۴/۵۹
	فردی	-۳/۵	۴/۴۰	اجتماعی	فردی	-۴/۳۳	۶/۷۳
	کنترل	-۰/۷۷	۵/۹۰	کنترل	کنترل	-۱/۹۳	۳/۳۳

شد. میزان توافق بین نتایج آزمون‌ها و مصاحبه بالینی روان‌پزشکی در تشخیص اختلال‌ها حدود ۰/۸۴ بود.

### یافته‌ها

یافته‌ها در جدول ۱ نشان می‌دهد که میزان تغییرات گروه‌های نمونه درمان همزمان در کلیه‌ی زیرمقیاس‌های (به جز ناکارآمدی اجتماعی) پرسشنامه سلامت عمومی در مقایسه با دو گروه دیگر بیشتر است. قبل از تحلیل واریانس چندمتغیری<sup>۱</sup>، به منظور مقایسه نیمرخ سلامت عمومی این سه گروه، مفروضه‌های انجام این تحلیل یعنی آزمون M باکس و لون صورت گرفت که نتایج برقرار بودن آنها را نشان داد. نتایج حاصل از انجام تحلیل نشان داد نیمرخ تغییرات میانگین زیر مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی در بین این سه گروه تفاوت معناداری با هم دارند ( $p < 0/05$  و  $W = 0/50$  و  $F = 2/76$  و  $df = 10$ ).

در ادامه برای پی بردن به این که این سه گروه در میزان تغییرات زیرمقیاس‌ها نیز تفاوت دارند یا نه، آزمون اثر بین آزمودنی در بین این سه گروه انجام شد که نتایج زیر را به دنبال داشت. یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که این سه گروه به لحاظ تغییرات کلیه

زیرمقیاس‌ها به جز زیرمقیاس ناکارآمدی اجتماعی پرسشنامه سلامت عمومی با هم تفاوت معناداری دارند. شایان ذکر است که زیرمقیاس ناکارآمدی اجتماعی نیز در مرز معنادار و در منطقه گرایش<sup>۲</sup> قرار دارد. نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بن فرنی<sup>۳</sup> مشخص شدن وجود یا نبود تفاوت بین گروه‌ها نشان داد که در تمام زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی به جز زیرمقیاس ناکارآمدی اجتماعی، گروه درمان همزمان تفاوت‌های معناداری با گروه کنترل دارد. مقایسه گروه درمان همزمان و گروه فردی نیز وجود تفاوت‌های معنادار در کلیه زیرمقیاس‌ها به جز زیرمقیاس ناکارآمدی اجتماعی نشان می‌دهد.

یافته‌های توصیفی حاصل از این سه گروه در خرده مقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری در جدول ۳ ارائه شده است.

انجام تحلیل واریانس چند متغیری پس از بررسی برقراری مفروضه‌های این تحلیل، برای مشخص ساختن این که آیا این سه گروه دارای نیمرخ تغییرات مشابه یا متفاوت در خرده مقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری هستند یا نه، نشان داد نیمرخ تغییرات میانگین این سه گروه با هم تفاوت معناداری ندارد

جدول ۲- خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی مددجویان

متغیر	نوع سوم مجموع مجزورات	درجات آزادی	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۲۶۳/۵۴	۲	۵/۲۲	۰/۰۱
اضطراب	۱۸۸/۴۷	۲	۳/۵۸	۰/۰۴
ناکارآمدی اجتماعی	۱۴۱/۱۴	۲	۲/۷۹	۰/۰۷
افسردگی	۶۱۶/۲۱	۲	۴/۶۹	۰/۰۲

<sup>۲</sup> . trend

<sup>۳</sup> . Bonfroni

<sup>۱</sup> . Multivariate Analysis Of Variance (MANOVA)





جدول ۳- خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری

زیرمقیاس	شرایط درمانی	میانگین	انحراف معیار	زیرمقیاس	شرایط درمانی	میانگین	انحراف معیار
جسمانی	همزمان	-۰/۸۱	۰/۴۰	خصوصیت	همزمان	۰/۲۹	۰/۵۰
سازی	فردی	-۰/۴۲	۰/۳۳		فردی	۰/۹۶	۰/۳۲
	کنترل	-۰/۳۸	۰/۲۷		کنترل	۰/۵۶	۰/۳۳
وسواس	همزمان	-۰/۶۴	۰/۲۰	ترس	همزمان	۰/۷۰	۰/۲۲
بی‌اختیاری	فردی	-۰/۱۷	۰/۲۷	مرضی	فردی	۰/۴۲	۰/۲۵
	کنترل	-۰/۰۷	۰/۲۸		کنترل	۰/۱۰	۰/۲۹
روابط	همزمان	-۰/۴۵	۰/۲۶	پارانویا	همزمان	۰/۲۶	۰/۳۱
بین فردی	فردی	-۰/۲۳	۰/۲۹		فردی	۰/۶۲	۰/۲۰
	کنترل	-۰/۱۸	۰/۳۰		کنترل	۰/۴۷	۰/۵۶
افسردگی	همزمان	۰/۱۲	۰/۳۷	روان‌پریشی	همزمان	۰/۸۱	۰/۲۹
	فردی	۰/۸۶	۰/۳۶		فردی	۰/۳۴	۰/۲۱
	کنترل	۰/۷۵	۰/۳۰		کنترل	۰/۰۳	۰/۳۱
اضطراب	همزمان	۰/۶	۰/۳۵	شاخص کلی	همزمان	۰/۰۷	۰/۲۷
	فردی	۰/۹۵	۰/۲۱		فردی	۰/۶۷	۰/۱۹
	کنترل	۰/۳۲	۰/۳۲		کنترل	۰/۳۱	۰/۲۰

که نتایج آن نشان داد درمان فردی فقط در زیرمقیاس افسردگی با گروه کنترل تفاوت معناداری دارد. همچنین گروه درمان همزمان نیز در زیرمقیاس‌های جسمانی‌سازی، افسردگی، اضطراب، خصوصیت، پارانویا و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری و گروه کنترل تفاوت نشان می‌دهد. این تفاوت به‌صورتی است که درمان همزمان به کاهش نشانگان و علائم بیماری در این مددجویان منجر شده است.

### بحث

نتایج مربوط نشان از تأثیر چشمگیر روان‌درمانی مبتنی بر آموزه‌های دینی بر کاهش اکثریت مطلق

( $p > 0.05$ ) و ( $F = 1/53$  و  $df = (18 \text{ و } 56)$ ) و  $F = 0/46 = W$ ). این یافته بدین معناست که نیمرخ‌های این سه گروه به‌طور تقریبی موازی هم قرار گرفته اند. انجام آزمون بین آزمودنی‌ها مشخص کرد که در کدام زیرمقیاس‌ها بین میانگین تغییرات این سه گروه تفاوت وجود دارد (جدول ۴).

جدول ۴ نشان می‌دهد که سه گروه همزمان، فردی و کنترل در زیرمقیاس‌های جسمانی‌سازی، افسردگی، اضطراب، خصوصیت، پارانویا و شاخص کلی فهرست نشانگان با هم تفاوت معناداری دارند. برای پی بردن به اینکه تفاوت در زیرمقیاس‌ها بین کدام شرایط مداخله‌ای است، آزمون تعقیبی بی‌فرنی صورت گرفت

جدول ۴. خلاصه یافته‌های اثر بین آزمودنی‌ها تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری

متغیر	نوع سوم درجات مجذورات	درجات آزادی	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۱۰/۱۷	۲	۳/۴۷	۰/۰۴
وسواس بی‌اختیاری	۲/۴۶	۲	۱/۵۰	۰/۲۴
روابط بین فردی	۲/۱۶	۲	۱/۰۴	۰/۳۷
افسردگی	۱۷/۸۳	۲	۵/۸۳	۰/۰۰۶
اضطراب	۱۰/۳۵	۲	۴/۳۱	۰/۰۲
خصوصیت	۲۰/۳۹	۲	۵/۱۳	۰/۰۱
ترس مرضی	۳/۲۸	۲	۱/۹۱	۰/۱۶
پارانویا	۱۶/۵۹	۲	۳/۸۴	۰/۰۳
روان‌پریشی	۱/۲۲	۲	۰/۶۰	۰/۵۵
شاخص کلی	۷/۳۰	۲	۵/۵۵	۰/۰۰۸



۲۰۰۳، ویلیامز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵؛ اوپرت، کشل و سوون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۳).

یکی از عواملی که تأثیر بسزایی در موفقیت درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزه های دینی دارد، همسویی اصول حاکم بر دیدگاه شناختی- رفتاری بک در زمینه بهبود و سلامت روان با آموزه های دینی است. یکی از نمونه های راهبردی در این زمینه، مربوط به دیدگاه بک بنیانگذار شناخت درمانی است که اعتقاد دارد درمان و بهبودی زمانی اتفاق می افتد که بیمار به واقعیت نزدیک تر شود (سومرز- فلاگمن، ۲۰۰۴). شبیه همین سخن از پیامبر اکرم (ص) منقول است که در دعاهاى خود از خدا مصرا نه مى خواست: "اللهم ارنى الاشياء كما هي" "خدایا واقعیت ها را به من آن گونه که هست نشان بده". با توجه به اثرها و اهداف اصلاحی و درمانی ادعیه در دین اسلام، می توان به اهمیت نزدیکی به واقعیت از دیدگاه الهی و همسویی آن با یافته های شناخت درمانگران پی برد (یونسی، ۱۳۸۳).

از زاویه های دیگر می توان یافته های این مطالعه را تأییدی برای کارایی مداخلات شناختی- رفتاری (به معنای عام) انجام شده (مورفی و بویر، ۱۹۹۶؛ رایینسون، ۱۹۹۵؛ ویلیامز ۲۰۰۵) برای کاهش علائم مرضی زندانیان و افزایش سازگاری روانی اجتماعی آنان دانست.

آنچه در طول جلسات روان درمانی در بین زندانیان مشهود بود، متأثر شدن شدید زندانیان در طول جلسات مربوط به روش جداسازی خود و رفتار (یونسی، ۱۳۸۵؛ زارعی، ۱۳۸۵) و روش های مقابله با قطعیت نگری به عنوان منشأ تحریفات شناختی (یونسی ۱۳۸۳ الف؛ یونسی ۱۳۸۴) بود. به طوری که شوق و انگیزه زندانیان را به منظور حضور فعال در روان درمانی گروهی افزایش می داد و برای روان درمانگر این موضوع کاملاً محسوس بود. این تأثیر زمانی تشدید می گردید که شرکت کنندگان در جلسات روان درمانی شناختی- رفتاری گروهی متوجه می شدند تعدادی از آیات الهی و روایات وجود دارد که مؤید جداسازی بین خود و رفتار و محکومیت قطعیت نگری است. ضمن آنکه زندانیان به دلیل ماهیت استیگما زدایی روش

علایم و مشکلات روانی- اجتماعی زندانیان دارد. یافته ها علاوه بر اینکه با تحقیقات انجام شده در کشورهای غربی و ایران در این زمینه مطابقت دارد (احمد بر آبادی، ۱۳۸۳؛ کرسینی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱؛ قنبری، ۱۳۸۳)، نشان از موفقیت رویکرد مداخله ای مبتنی بر معنویت به معنای عام (یونگ، ترجمه سلطانیه، ۱۳۸۴) در کاهش بارز علائم مرضی افراد و افزایش سازگاری های روانی اجتماعی آنان دارد. همچنین این نتایج با دیدگاه هایی که تأکید زیاد بر توجه به فرهنگ و به کار گیری مؤلفه های فرهنگی در مداخلات روان شناختی دارند، همسو است (سومرز- فلاگمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ سو<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ یونسی، ۱۳۸۳ ب). از آنجا که دین از پایه های اساسی شکل گیری فرهنگ در تمام جوامع است (پولن<sup>۴</sup>، ۱۹۸۹، به نقل از روان، ۲۰۰۵)، مداخلات روان شناختی مبتنی بر آموزه های دینی نقشی بی همتا در کاهش مشکلات افراد مبتلا به اختلالات روانی- اجتماعی دارد. در این رابطه با توجه به شمول فراگیر دین اسلام بر فرهنگ موجود در جامعه ایران، هرگونه مداخلات شناختی- رفتاری که مبتنی بر فرهنگ دینی باشد، اعم از گروهی و انفرادی می تواند نقشی بی بدیل در افزایش سازگاری های روانی اجتماعی داشته باشد.

یافته های موجود در این پژوهش به سمت تأیید روش همزمان (گروهی و فردی) است که ربطی به محتوای روش های روان درمانی ندارد؛ زیرا همین یافته در مورد زندانیان رجایی شهر در خصوص مداخلات شناختی- رفتاری محض یافته شد (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۶). زندانیان مورد بررسی به روش مداخله همزمان پاسخ بهتری نسبت به روش فردی و یا گروهی به تنهایی نشان دادند. این یافته ها با نتایج تحقیقات انجام شده در مورد ترجیح روش های درمان شناختی- رفتاری همزمان به انفرادی در میان زندانیان همسویی دارد (ایرلند<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴، فرندشپ<sup>۶</sup> و همکاران

1. Corsini  
2. Sommers- Flanagan  
3. Sue  
4. Pollen  
5. Irland  
6. Friendship

7. Williams

8. Overt, Cashel, & Sewell

### منابع

- احمدبرآبادی، حسن (۱۳۸۳). بررسی نقش درمان یکپارچه‌نگر بر بهبود ادراک خود بزهکاران معتاد بر اساس ارتقای سطح ادراک خود. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران.
- امیر جان، سارا (۱۳۸۶). اثر بخشی هم‌اندیشی گروهی مبتنی بر تعادل منابع تکوین خود بر دانش‌آموزان دختر دبیرستان. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد مشاوره. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران.
- تامیم، استفن (۱۹۹۸). وضعیت زندان‌ها. در راجر ماتیوس و پیتر فرانسیس. زندان‌ها در هزاره سوم، ترجمه لیلا اکبری (۱۳۸۳). تهران: راه تربیت.
- تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت روان عمومی، مجله روان‌شناسی، شماره ۲۰، سال پنجم، ۳۹۴-۳۸۱.
- خدایاری فرد، محمد؛ سهرابی، فرامرز؛ شکوهی یکتا، محسن؛ غباری‌بناب، باقر؛ به‌پژوه، احمد؛ فقیهی، علی‌نقی؛ اکبری‌زردخانه، سعید و عابدینی، یاسمین (۱۳۸۶). روان‌درمانگری و توانبخشی زندانیان و بررسی اثربخشی آن در زندان رجایی‌شهر. سازمان زندان‌های استان تهران، تهران. دادستان، پریخ (۱۳۸۲). روانشناسی جنایی، تهران: انتشارات سمت.
- دانش، تاج‌زمان (۱۳۷۴). مجرم کیست، جرم‌شناسی چیست، تهران: انتشارات کیهان، چاپ ششم.
- زارعی محمود آبادی، حسن (۱۳۸۵). تاثیر آموزش فنون مشاوره شناختی- رفتاری بر عملکرد خانواده. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران.
- غر الحکم و درالکلم (۱۴۰۷). عبدالواحد التمیمی، موسسه الاعلمی للمطبوعات، بیروت.
- قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی (۱۳۸۳). تهیه یک الگوی مداخله‌ای براساس رویکرد یکپارچه‌گرای روان‌درمانی گروهی. پایان‌نامه دکتری دانشگاه علامه طباطبایی. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- کالن، فرانسیس؛ وان ورهیز، پاتریشیا و ال‌ساندت، جودی (۱۹۹۸). زندان‌ها در بحران: تجربه آمریکایی، در راجر ماتیوس و پیتر فرانسیس. زندان‌ها در هزاره سوم، ترجمه لیلا اکبری (۱۳۸۳). تهران: راه تربیت.

جداسازی بین خود و رفتار مصرانه خواستار آموزش این شیوه‌ها به خانواده‌ها و بستگان خود و حتی مردم بودند. زیرا زندانیان در جلسات خاطراتی از مرخصی‌های خودشان از خارج زندان بیان می‌کردند که حاکی از تحقیر شدن و رنج آنان به دلیل استیگما از طرف دوستان و بستگان و مردم عادی و یا تحقیر شدن و رنج خانواده‌هایشان از جانب مردم به علت پدیده استیگما بود (بوزول و وج، ۲۰۰۲؛ اوگن و مسوگلیا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ ادواردز، ۲۰۰۰).

این تأثیر بارز در حالات زندانیان که برای روان‌درمانگر محسوس بود، تأییدی بر این دیدگاه است که جرم و زندانی را در چارچوب بیماری و درمان و اصلاح می‌نگرد، به جای آنکه در چارچوب مجرم و مجازات دیده شود (رایت، ۱۹۹۵؛ کالن، وان، رهیز و سانت، ۱۹۹۸؛ تامیم، ۱۹۹۸، ترجمه اکبری، ۱۳۸۱؛ یونسی و محمدی، ۲۰۰۴؛ یونسی و محمدی، ۱۳۸۵). این دیدگاه همگرایی بسیاری با دیدگاه انبیا و اولیای الهی به ویژه دین مبین اسلام دارد (احادیث منقول از پیامبر اکرم (ص)؛ نهج الفصاحه، ترجمه میرزایی، ۱۳۸۵). زیرا زمانی که مجرم خود را ماهیتاً و بالذات شرور و مجرم نداند، بلکه آن را رفتاری جرم‌گونه ببیند که قابل تغییر است (جداسازی بین خود و رفتار)، شوق وی برای اصلاح ممکن است مضاعف شود. همچنان که نگرش اجتماع را به خود صد در صد قطعی و غیرقابل تغییر نداند، می‌تواند انگیزه اصلاح بیشتری یابد و جایی برای بازگشت به جامعه برای خود ببیند (مقابله با قطعیت‌نگری).

از محدودیت‌های این پژوهش، انجام آن در میان مردان زندانی بود که چنین تحقیقی در رابطه با زندانیان زن نیز باید انجام شود. همچنین بهتر است مشابه این تحقیق در میان نوجوانان مقیم در مراکز اصلاح و تربیت صورت گیرد تا بتوان تعامل عوامل تحولی را با این نوع درمانی مشاهده کرد. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش، مرخصی‌های زندانیان بود که گاهی به حضور مستمر آنان در جلسات آسیب می‌زد که پیشنهاد می‌شود مرخصی‌ها طوری برنامه‌ریزی شود که تاحد امکان بین جلسات روان‌درمانی اتفاق افتد.

<sup>1</sup> Uggen & Massoglia



یونسی، جلال و محمدی محمد رضا (۱۳۸۵). رویکرد نشر اطلاعات: پیشگیری از اعتیاد در نوجوانان. دانشور رفتار- شماره اردیبهشت ماه .

یونسی، سید جلال (۱۳۸۵). جداسازی بین خود و رفتار تکنیکی برای زوج‌درمانی. خلاصه مقالات دومین کنگره آسیب‌های خانواده. دانشگاه شهید بهشتی، تهران.

یونسی، سید جلال (۱۳۸۲ ب). درمان ناهنجاری‌های روانی در کودکان نوجوانان و خانواده‌ها. انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.

یونسی، سید جلال و اکبری زردخانه، سعید (۱۳۸۴). ارزیابی استیگما در ایران. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری. شماره زمستان. ۲۸-۴۴.

یونسی، سید جلال و خدایاری، لیلا (۱۳۸۶). استیگما و خودکشی، فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی (هیپنوتیزم). شماره بهار و تابستان. ۴۵-۵۹.

یونسی، سید جلال (۱۳۸۵). جداسازی بین خود و رفتار. خلاصه مقالات دومین کنگره آسیب‌های خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.

یونگ، کارل گوستاو، انسان و سمبولهایش. ترجمه محمود سلطانی (۱۳۸۴). انتشارات جامی، تهران

## References

- Beck, A. T. Rush, A. J. Show, B. F. & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press.
- Corsini, A. (2001). Theories of psychotherapies. Black well. New York.
- Edwards, A.K (2000). Stigmatizing the Stigmatized: A Note on the Mentally Ill Prison Inmate. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, Vol. 44, No. 4, 480-489
- Flashaw, L., Bates, A., Pate, A., Pate, V., Corbet, C., & Friendship, C. (2004). Assessing reconviction, reoffending and recidivism in a sample of UK sexual offenders. Legal and criminological psychology, 8, 207-215.
- Hodgins, S. (1994). Schizophrenia and violence: Are new mental health policies needed? Journal of Forensic Psychiatry, 5, 473 - 477.
- Ireland, J. L. (2004). Anger management therapy with young male offenders. Aggressive behavior, 30(2), 174-185.
- Maddi, S. R. (1999). Personality Theories. A comparative Analysis. Brooks- Cole Publishing. USA.
- Ovaert, L. B., Cashel, M. L., & Sewell, K. W. (2003). Structured group therapy for posttraumatic stress disorders in incarcerated male juveniles.

لطافتی، رامین (۱۳۸۳). مطالعه تاثیر اصلاح شناختی رفتاری به شیوه گروهی در افزایش عزت نفس دانش‌آموزان دختر که دارای منبع کنترل بیرونی هستند. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد مشاوره خانواده. دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران.

ماتیوس، راجر و فرانسیس، پیتر (۱۹۹۸). به سوی سال ۲۰۰۰. در راجر ماتیوس و پیتر فرانسیس. زندان‌ها در هزاره سوم، ترجمه لیلا اکبری (۱۳۸۳). تهران: راه تربیت.

میرزایی، رقیه. (۱۳۵۹). ارزیابی پایایی و روایی آزمون SCL-90-R در ایران. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه تهران، منتشر نشده.

نجاریان، بهمن و داودی، ایران (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی SCL-25 ( فرم کوتاه شده SCL-90-R ) . مجله روان‌شناسی، شماره ۱۸، سال پنجم.

نهج‌الفصاحه، ترجمه علی اکبر میرزایی (۱۳۸۵) انتشارات چاف، قم.

هومن، عباس (۱۳۷۶). استانداردهای پرسشنامه عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، مؤسسه تحقیقات تربیتی، طرح پژوهشی خاتمه یافته.

یونسی، سیدجلال (۱۳۸۳ ب). رویکردها در زوج‌درمانی و فرهنگ اسلامی - ایرانی. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی (هیپنوتیزم). شماره ۳۱-۳۲. ص ۴۳-۵۶

یونسی، جلال (۱۳۸۴). پیشگیری از اعتیاد توسط فیدبک‌ها و مقایسه‌های اجتماعی. مجموعه مقالات اولین سمینار رویکردی نوین به کلیات پیشگیری و درمان اعتیاد. بسیج جامعه پزشکی کشور، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. تهران.

یونسی، سید جلال؛ رضاخو، علی اکبر؛ موسوی، اشرف السادات و صدرالسادات، جلال (۱۳۸۳). نقش بازآموزی اسنادی بر سبک‌های ناسازگار و افزایش رضامندی زناشویی آنان. مجله مددکاری اجتماعی. ۱۶، ۱۷ و ۱۰۱، ۱۱۲-۱۱۲.

یونسی، سید جلال (۱۳۸۳ الف). نقش معناشناختی حوادث در کاهش آسیب‌های روانی - روشی جدید و بنیادین در شناخت درمانی - مجله حوزه و دانشگاه، ویژه‌نامه سلامت روانی، ۴۱، ۸-۲۹.

یونسی، سید جلال (۱۳۸۲ الف). از یونگ تا شونمن (مقاله ۱ و ۲) نگاهی نو در آسیب‌شناسی روانی در سطح فردی و اجتماعی. ماهنامه تربیت (شماره مهر و آبان).

یونسی، سید جلال (۱۳۸۴) روشی تازه در شناخت درمانی. مجله تازه‌های روان‌درمانی، ۳۵ و ۳۶، ۵۲-۷۸.



American Journal of orthopsychiatry, 73(3), 151-162.

Ovaert, L. B., Cashel, M. L., & Sewell, K. W. (2003). Structured group therapy for posttraumatic stress disorders in incarcerated male juveniles. *American Journal of orthopsychiatry*, 73(3), 151-162.

Polaschek, D. L. L., & Nichols- Marcy, T. (2001). Beliefs about aggression: A trial of the revised EXPAG and the Aggression Questionnaire with New Zealand male prisoners and students. Unpublished manuscript

Pullen, S. (1996). Evaluation of the reasoning and rehabilitation cognitive skills development program as implemented in juvenile ISP in Colorado. Unpublished Report. Denver, CO: Colorado Division of Criminal Justice.

Robinson, D. (1995). The impact of cognitive skills training on post- release recidivism among Canadian federal offenders (Report No. R. 41). Ottawa, Canada:

Robinson, D. (1995). The impact of cognitive skills training on post- release recidivism among Canadian federal offenders (Report No. R. 41). Ottawa, Canada: Correctional Service of Canada, Correctional Research and Development.

Rowan, J. (2005). *The Transpersonal Spirituality Psychotherapy and counseling*. Routledge. London.

Sommers- Flanagan, J and Sommers- Flanagan, R(2004). *Counseling and psychotherapy. Theories in context and practice*. John Willy, New Jersey.

Sue, D.W., Bingham, R. Porche- Burke, I., Vasquese, M. (1999). The diversification of Psychology. A multicultural revolution. *American Psychologist*, 54, 1061- 1069.

Uggen, C. and Massoglia, M. (2002) 'Desistance from crime and deviance as a turning point in the life course', in J.T. Mortimer and M. Shanahan (eds) *Handbook of the Life Course*. New York, NY: Plenum.

Valliant, P. M., Jenson, B., & Raven-Brook, L. (1995). Brief cognitive behavioral therapy with male adolescent offenders. *Psychological reports*, 76, 1056- 1058.

Williams, A. (2005). Group work-based interventions. In D. Creighton & G. Towel (Eds.), *Psychology in Probation services* (pp. 82-90). England: Blackwell publishing.

Willmot, P (2003). Applying the research on reducing recidivism to prison regimes. In G. Towel (Eds). *Psychology in prison*. British psychological society. Blackwell publishing.

Younesi, J., & Mirafzal, A.(2007). Development of deterministic thinking questionnaire. 10th European congress of psychology. Prague Czech republic.