

تأثیر مداخله شناختی- رفتاری گروهی- فردی و فردی بر وضعیت

سلامت روان شناختی زندانیان مرد*

دکتر محمد خدایاری فرد^۱، دکتر یاسمین عابدینی^۲، سعید اکبری زردخانه^۳، دکتر باقر غباری بناب^۴،

دکتر فرامرز سهرابی^۵، دکتر سید جلال یونسی^۶

چکیده

هدف: مقایسه میزان اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری فردی و گروهی در کاهش نشانگان روان شناختی زندانیان مرد در زندان رجائی شهر کرج است.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع تجربی مورد - شاهدهی که در آن تعداد ۴۸ نفر زندانی مرد بطور تصادفی نظام دار از بین زندانیان مرد انتخاب و سپس به طور تصادفی در سه گروه با حجم مساوی قرار گرفتند. ۱۶ نفر از این افراد، در جلسات روان درمانگری شناختی- رفتاری فردی توأم با جلسات آموزش فنون شناختی- رفتاری به صورت گروهی (گروه درمان همزمان)، و ۱۶ نفر فقط در جلسات روان درمانگری شناختی- رفتاری فردی (گروه درمان فردی) و ۱۶ نفر دیگر نیز در فهرست انتظار برای دریافت مشاوره فردی قرار گرفتند (گروه کنترل). جهت بررسی وضعیت روان شناختی آزمودنی ها قبل و بعد از اعمال مداخله از GHQ و SCL-90-R و مصاحبه تشخیصی توسط روانپزشک براساس ملاکهای DSM-IV-TR استفاده شد. داده‌ها نیز با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بعد از مداخله، زندانیان هر دو گروه درمان همزمان و درمان فردی، نسبت به زندانیان گروه کنترل، کاهش در شاخص‌های آزمون‌های GHQ و SCL-90-R نشان دادند ($p < 0/001$).

نتیجه گیری: اگرچه هر دو رویکرد درمان همزمان و درمان فردی بر کاهش نشانگان روان شناختی زندانیان مرد تأثیر دارد؛ اما میزان اثربخشی درمان همزمان بیش تر از درمان فردی است. پیگیری این افراد پس از آزادی حدود ۸/۵ ماه هیچگونه بازگشتی از گروه‌های درمانی همزمان و فردی را نشان نداد. تلویحات نظری یافته‌ها و کاربردهای عملی آن‌ها در پایان مقاله مورد بحث قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: تکنیک‌های شناختی- رفتاری، درمان فردی، درمان همزمان، زندانیان مرد

* این مقاله بخشی از پژوهشی است تحت عنوان "روان درمانگری و توان بخشی زندانیان و اثربخشی آن در زندان رجائی شهر". لازم است از سایر همکاران طرح به ترتیب حروف الفبا آقایان دکتر ایرج اسماعیلی، دکتر علی اصغر احمدی، دکتر احمد به‌پژوه، دکتر محسن شکوهی یکتا، حجت الاسلام دکتر علی‌نقی فقیهی و دکتر مرتضی متولی‌خامنه به خاطر زحمات بی‌دریغشان تشکر و قدردانی شود.

۱. دکترای روانشناسی بالینی کودک، دانشیار دانشگاه تهران

۲. دکترای روانشناسی تربیتی، استادیار دانشگاه اصفهان

۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تربیت معلم (نویسنده

مسئول) (Email: akbari76ir@yahoo.com)

۴. دکترای روانشناسی کودکان استثنائی، استادیار دانشگاه تهران

۵. دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علامه طباطبائی

۶. دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی

انسان امروزی در جامعه‌ای زندگی می‌کند که خطرات زیادی، آرامش و امنیت او را تهدید می‌کند. جرم، تخلف و جنایت یکی از جمله این خطرات هستند و هر روزه اخبار و گزارش‌های آشفته‌کننده‌ای در مورد جرایم مختلف که منجر به مرگ، نقص عضو و سایر آسیب‌های جسمانی افراد جامعه می‌شود به گوش می‌رسد. علل ارتکاب به جرم بسیار متفاوتند. اندریوز و بونتسا (۱۹۹۴) بیکاری، پایین بودن سطح تحصیلات، مشکلات و مسایل خانوادگی و زناشویی، شبکه اجتماعی جرم‌آفرین، مصرف مواد و الکل، کارکردهای اجتماعی ضعیف، نگرش‌های ضداجتماعی، عوامل شخصی و هیجانی و اختلالات شخصیتی و روانی را از جمله علل و عوامل ارتکاب جرم می‌دانند (۱).

اختلالات روانی یکی از مشکلات بزرگ دنیای امروز است. به طوری که گزارش‌ها حاکی از آن است که یک چهارم از افراد جامعه آمریکا، برخی از انواع مشکلات روانی را در طول زندگی خود تجربه می‌کنند (۲). در اغلب موارد وجود اختلال‌های روانی در فرد نه تنها از میزان سازگاری فردی و اجتماعی وی می‌کاهد، بلکه امنیت و بهداشت روانی خانواده و سایر گروه‌های اجتماعی را نیز دچار مشکل می‌کند. در برخی موارد نیز، نوع و شدت مشکل به حدی می‌رسد که موجبات آزار و تهدید حقوق اعضای دیگر اجتماع را فراهم می‌آورد و نتیجه آن، درگیری فرد بیمار با قانون و مراجع کیفری را فراهم می‌آورد. به عبارت دیگر، فرد بیمار به سبب داشتن اختلال روانی و پیامد آن یعنی ارتکاب جرم، تحت پیگرد قانونی قرار می‌گیرد. یافته‌های تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که بین ۱۰ تا ۱۵ درصد زندانیان، مبتلا به اختلالات روانی هستند (۳) و میزان شیوع اختلال‌های روانی در نمونه‌های متشکل از افراد مجرم و زندانی بسیار بالاتر از افراد دیگر جامعه است (۴ - ۵ - ۶).

بوردکین (۱۹۹۳) در پژوهش ملی خود در مورد رعایت حقوق بشر در افراد استرالیایی مبتلا به بیماری‌های روانی گزارش کرد که بین ۳۰ تا ۵۰ درصد از نوجوانان حاضر در کانون‌های اصلاح و تربیت، مبتلا به یکی از مشکلات سلامت روانی هستند. هم‌چنین یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که میزان شیوع اختلالات روانی در بین این نوجوانان ۷ برابر بیشتر از سایر نوجوانان است (۷).

گروهی از متخصصان سلامت روانی در آمریکا نیز با مطالعه ۵۴۱ نوجوان ۱۳ تا ۱۸ ساله مجرم دریافتند که میزان مشکلات درونی‌سازی (internalized) (از جمله افسردگی، وسواس، شکایات جسمانی و اسکیزوئید) و مشکلات بیرونی‌سازی (externalized) (از جمله بیش‌فعالی، پرخاشگری و بزهکاری) در این نوجوانان دو برابر سایر نوجوانان بود. از طرفی مشاهده شده است که مددجویان مبتلا به مشکلات سلامت روانی نه تنها در زندان بیشتر مرتکب خلاف می‌شوند و در

نتیجه به طول دوره محکومیت آنان افزوده می‌شود، بلکه احتمال بیشتری است که قربانی خشونت، سوءاستفاده و آزار و اذیت سایر مددجویان شوند (۸). مک‌شان (۱۹۸۹) مشاهده کرد که مددجویان مبتلا به مشکلات و بیماری‌های روانی پنج برابر سایر مددجویان به کارکنان زندان و مددجویان دیگر حمله‌ور می‌شوند (۹). این آمار و ارقام نشان می‌دهد که مراکز بازداشتگاهی و زندان‌ها نیازمند فراهم کردن شرایطی هستند که زندانیان بتوانند تحت آن مورد درمان‌های فردی یا گروهی قرار گیرند.

از طرفی تاریخچه زندان و مقابله با جرایم نیز نشان داده است که روش‌های متکی بر تنبیه و مجازات نه تنها نمی‌تواند از بروز و ارتکاب مجدد جرم جلوگیری کند؛ بلکه در مواردی نیز بر شدت و تعداد این موارد افزوده است. از این رو، امروزه اعتقاد بر این است که استفاده از روش‌های بازپروری و تأکید بر توان‌بخشی روانی مددجویان، بخصوص در آن دسته از مددجویانی که دچار نواقص شناختی و اختلالات روانی هستند، بسیار مفید و مؤثر است (۱۰). سوریال و مکزی [نقل از تاول، ۲۰۰۳ (۱۱)]. تأثیر برنامه‌های مداخله‌ای متکی بر مجازات و برنامه‌های مداخله‌ای متکی بر تقویت رفتارهای مثبت را در یک اردوگاه از مددجویان مورد مقایسه کردند و دریافتند که هرچه تأکید بر مجازات در مددجویان بیشتر شود، میزان ارتکاب جرم و محکومیت مجدد نیز افزایش می‌یابد. براین اساس طی چند دهه گذشته تأکید مسئولان و دست‌اندرکاران جامعه و زندان بر جایگزینی فعالیت‌های توان‌بخشی و بازپروری به جای تنبیه و مجازات در زندان‌ها است.

از جمله فعالیت‌های توان‌بخشی که به طور گسترده‌ای در زندان‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند می‌توان به کارآموزی‌های شغلی و حرفه‌ای، برنامه‌های آموزشی و تربیتی، طرح‌های کارآفرینی و مشاوره و روان‌درمانگری فردی و گروهی اشاره کرد. نتایج تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که برنامه‌های روان‌درمانگری فردی و گروهی نقش زیادی در بهبود وضعیت روان‌شناختی و کاهش میزان ارتکاب جرم مجدد مددجویان دارد (۱۲-۱۳).

در پژوهش دیگری ایرلند (۲۰۰۴) کارایی یک برنامه مداخله‌ای کوتاه مدت کنترل خشم را در زندانیان نوجوان مورد ارزیابی قرار داد. بدین منظور ۸۷ زندانی نوجوان، به صورت تصادفی انتخاب شدند و ۵۰ نفر از آنان در گروه آزمایشی و ۳۷ نفر دیگر در گروه کنترل قرار گرفتند. کلیه زندانی‌ها قبل و بعد از مداخله سیاهه خودگزارشی کنترل خشم را تکمیل کردند. نتایج نشان داد مددجویان گروه آزمایشی که آموزش مهارت‌های کنترل خشم را دریافت کرده بودند، وضعیت روان‌شناختی مطلوب‌تری از مددجویان گروه کنترل داشتند و قادر به کنترل خشم خود بودند (۱۴).

فرندشیپ و همکاران (۲۰۰۳) کارایی برنامه‌های شناختی- رفتاری را در کاهش نشانگان روان‌شناختی و میزان ارتکاب جرم مجدد در دو گروه از مددجویان مردی که دارای دو سال و بیشتر محکومیت بودند مقایسه کردند. گروه اول یا گروه آزمایشی متشکل از ۶۶۷ زندانی و گروه دوم یا گروه کنترل متشکل از ۸۰۱ نفر از مددجویانی بودند که از نظر چند متغیر مرتبط با هدف تحقیق با گروه اول هم‌تاسازی شده بودند. مددجویان گروه آزمایشی در جلسات روان‌درمانگری گروهی مبتنی بر فنون شناختی- رفتاری شرکت کردند. نتایج نشان داد که گروه آزمایشی و گروه کنترل هنگام کنترل سایر متغیرها از نظر وضعیت روان‌شناختی و از نظر میزان محکومیت مجدد تفاوت معناداری داشتند (۱۲).

اوایرت، کشل و سوول (۲۰۰۳) نیز کارایی مداخله گروهی ساختار یافته مبتنی بر فنون شناختی- رفتاری را در کاهش نشانگان اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای (Post Traumatic Stress Disorder) در مددجویان مرد نوجوان و جوان ۱۵ تا ۲۵ ساله مورد ارزیابی قرار دادند. این مددجویان در ۱۰ گروه ۱۲ نفری قرار گرفتند. آنها قبل و بعد از مداخله سیاهه واکنش به اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای را به همراه اندازه‌هایی در مورد اضطراب، خشم و افسردگی تکمیل کردند. مددجویان در تمام گروه‌ها بعد از مداخله کاهش معناداری را در نشانگان PTSD و سایر اختلالات گزارش کردند (۱۵).

پورپورنیو و رابینسون (۲۰۰۱) در مروری بر پیشینه تحقیقاتی دریافتند که برنامه‌های استدلال و توان‌بخشی [Reasoning & Rehabilitation (R&R)]. مؤثرترین برنامه‌های درمانی شناختی- رفتاری برای کار با مددجویان است. این برنامه درمانی منجر به اصلاح نقایص شناختی مددجویان می‌شود و هدف آن آموزش کنترل خود (self-control)، تفکر قبل از عمل، مهارت‌های حل مسایل بین فردی، دیدگاه‌گیری اجتماعی (social perspective taking)، مهارت‌های استدلال نقادانه و درک ارزش‌های حاکم بر رفتار است (۱۶).

پژوهش راس و همکاران (۱۹۸۸) نشان داد که مجرمان بهره‌گیرنده از برنامه‌های استدلال و توان‌بخشی در مقایسه با مجرمان استفاده کننده از برنامه‌های مهارت زندگی، ۱۱ درصد و در مقایسه با گروه کنترل ۳۰ درصد کمتر بازگشت به زندان داشته‌اند (۱۷). مطالعه دیگری که بر نمونه‌ای ۴۰۰۰ نفری از مجرمان توسط رابینسون (۱۹۹۵) انجام گرفت، نشان داد که گروه کنترل در حدود ۱۰ درصد بیشتر از گروه مجرمان شرکت کننده در برنامه استدلال و توان‌بخشی محکومیت دوباره داشته و به زندان برگشته‌اند (۱۸).

پژوهش فالشا و همکاران (۲۰۰۴) از جمله پژوهش‌هایی است که اثربخشی برنامه‌های آموزش‌های گروهی مهارت‌های شناختی- رفتاری را به مددجویان در کاهش محکومیت

مجدد (recidivism) در زندان‌های انگلستان مورد بررسی قرار داده است. محققان بدین منظور میزان محکومیت مجدد را طی دو سال پس از آزادی در مددجویان مردی که در سال‌های ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۸ در برنامه‌های آموزش مهارت‌های شناختی شرکت کرده بودند و گروه همتایی از مددجویان مردی که در این برنامه‌ها شرکت نکرده بودند، مقایسه کردند. یافته‌ها نشان داد که اگر چه میزان محکومیت مجدد گروهی از مددجویانی که در برنامه‌های آموزش مهارت‌های شناختی شرکت کرده بودند کمتر از گروه دیگر بود، اما این تفاوت معنادار نبود (۱۹).

باتوجه به آنچه ذکر شد هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی میزان اثربخشی مداخله روان‌درمانگری شناختی- رفتاری فردی و آموزش‌های شناختی- رفتاری گروهی- فردی در کاهش نشانگان روان‌شناختی مددجویان مرد زندانی در رجایی شهر کرج و مقایسه میزان اثربخشی این مداخله همزمان (فردی و گروهی) با میزان اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری فردی در این مددجویان است.

روش بررسی

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های تجربی مورد - شاهدهی است. آزمودنی‌های این پژوهش را ۴۸ نفر از مددجویان مرد زندان رجایی شهر کرج تشکیل داده‌اند که در هنگام شروع پژوهش، حداقل شش ماه از محکومیت آن‌ها باقی بوده و میزان تحصیلات آن‌ها در سطح سیکل یا بالاتر باشد. 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 سوالات و محتوای برنامه‌ها مورد استفاده در پژوهش بوده است.

این آزمودنی‌ها با روش تصادفی نظام‌دار از بین کلیه مددجویان مرد زندان رجایی شهر کرج که واجد معیارهای فوق بودند؛ انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی به سه گروه ۱۶ نفری تقسیم شدند. گروه اول در ۱۶ جلسه هفتگی دو ساعته آموزش مهارت‌های زندگی که به صورت گروهی برگزار می‌شد، شرکت کردند و به طور همزمان در ۸ جلسه فردی یک ساعته روان‌درمانگری فردی که به صورت دو هفته یک بار تشکیل می‌گردید، شرکت جستند. گروه دوم فقط در جلسات روان‌درمانگری فردی یک ساعته که هر دو هفته یک بار تشکیل می‌شده و مبتنی بر فنون شناختی- رفتاری بود، شرکت نمودند. گروه سوم یا گروه کنترل نیز مددجویانی بودند که در فهرست انتظار برای دریافت مشاوره‌های فردی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که سه نفر از آزمودنی‌های درمان همزمان (آموزش گروهی به همراه درمان فردی) به دلیل منتقل شدن به یک زندان دیگر از گروه نمونه حذف شدند. در نتیجه تعداد آزمودنی‌های گروه ترکیبی به ۱۳ نفر رسید.

ابزارهای مورد استفاده جهت سنجش وضعیت روانشناختی مددجویان شامل پرسشنامه جمعیت شناختی محقق ساخته، پرسشنامه سلامت روان عمومی [General Health (GHQ) Questionnaire]، آزمون فهرست نشانگان بیماری [Symptom Checklist- 90- Revised (SCL-90-R)] بود. این ابزارها بر روی کلیه آزمودنی‌ها دوبار اجرا شد؛ برای آزمودنی‌های گروه مداخله گروهی - فردی و فردی یک بار قبل از اعمال مداخله و یک بار بلافاصله بعد از اعمال مداخله و برای آزمودنی‌های گروه کنترل نیز به موازات دو گروه دیگر این آزمون اجرا گردید.

پرسشنامه سلامت روان عمومی، پرسشنامه خودگزارش دهی است که در موقعیت‌های بالینی با هدف تشخیص افرادی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد [گلدبرگ، ۱۹۷۲؛ ترجمه دادستان، ۱۳۷۷ (۲۰)]. در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سوالی این پرسشنامه استفاده شده است. این پرسشنامه داری چهار خرده‌مقیاس شامل علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. تقوی (۱۳۸۰) پایایی پرسشنامه سلامت روان عمومی را از سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ حاصل گردید. برای مطالعه روایی آن نیز از سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده کرد. روایی همزمان پرسشنامه سلامت روان عمومی از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه بیمارستان میدلسکس [Middlesex Hospital Questionnaire (MHQ)] انجام گردید که ضریب همبستگی ۰/۵۵ حاصل آن بوده است. ضرایب همبستگی بین خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بوده است. نتیجه تحلیل عوامل نیز وجود چهار خرده‌مقیاس را در این پرسشنامه نشان داد و این چهار خرده‌مقیاس در مجموع بیش از ۵۰ درصد واریانس کل پرسشنامه را تبیین نموده‌اند (۲۱). در پژوهش حاضر 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. ضریب پایایی به روش دو نیمه کردن نیز برای زیرمقیاس‌ها و کل پرسشنامه سلامت روان عمومی بین ۰/۷۴ و ۰/۹۵ به دست آمد.

آزمون فهرست نشانگان بیماری آزمونی برای تشخیص، تمیز و غربال‌گری است که هم برای بیماران روانی و هم برای افراد معتاد به الکل و مواد مخدر به کار برده می‌شود (۲۲). این آزمون شامل ۹۰ سوال است. 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 پارانوئیدی و روان‌گسستگی را اندازه‌گیری می‌کند.

میرزایی (۱۳۵۹) پایایی آزمون فهرست نشانگان بیماری را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۰ گزارش و ضریب روایی همزمان آن را با آزمون MMPI برابر با ۰/۵۱ گزارش کرده است (۲۲). 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 پایایی این آزمون است (۲۳). روایی فهرست نشانگان بیماری نیز توسط نجاریان و داودی (۱۳۸۰) نشان داده شده است (۲۴). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون برابر با ۰/۹۷ و برای خرده آزمون‌های آن دامنه‌ای از ۰/۷۴ (برای روان‌گسستگی) تا ۰/۸۷ (برای اضطراب) داشت. ضریب همبستگی بین دو نیمه آزمون نیز برابر با ۰/۸۹ بوده است. مصاحبه بالینی توسط روانپزشک. این مصاحبه براساس پرسشنامه ساختار یافته DSM-IV-TR (۲۵) تنظیم و جهت تشخیص اختلالات روانی مددجویان انجام گردید. پرسشنامه محقق ساخته نیز حاوی سوالاتی در مورد سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل، محل سکونت، محل امرار معاش قبل از زندان، سن اولین محکومیت، میزان محکومیت فعلی، تعداد محکومیت‌ها، نوع محکومیت، سابقه مصرف مواد مخدر مددجویان بوده است.

مداخله شناختی- رفتاری فردی طی ۸ جلسه روان‌درمانگری فردی یک ساعته که به صورت دو هفته یک بار تشکیل می‌شد، انجام گرفت. در این مداخله از فنون بازسازی شناختی (cognitive reconstruction)، آموزش مهارت‌های حل مسئله، تنش‌زدایی، تحلیل رفتار و مثبت‌نگری استفاده شد. مداخله شناختی- رفتاری گروهی نیز طی ۱۶ جلسه دو ساعته آموزش گروهی که به صورت هفتگی تشکیل می‌شد، صورت پذیرفت. در این جلسات روان‌شناس به مددجویان فنون زیر را آموزش می‌داد: عوامل مؤثر بر زندگی سالم، عزت نفس و احترام به خود، مهارت تحلیل رفتار، آموزش حل مسائل بین فردی، مهارت‌های مقابله با استرس، مهارت‌های مقابله‌ای بین فردی و اجتماعی مطلوب، مهارت جرأت‌ورزی، مثبت‌نگری و کشف نقاط قوت خود و دیگران، مهارت‌های برقراری ارتباط و ایمن‌سازی خود در مقابل استرس (۲۶).

یافته‌های پژوهش

یافته‌های حاصل از پرسشنامه جمعیت شناختی نشان داد که سن متوسط گروه نمونه ۴۷/۰۴ سال و سن اولین محکومیت آنان ۲۵/۲۸ سال است. مدت محکومیت فعلی (۸/۰۶) سال و تعداد محکومیت‌های قبلی (۱/۸۷ بار) نیز نشان می‌دهد که این افراد دارای جرائم نسبتاً سنگین و تعداد محکومیت‌های زیاد هستند. همچنین ۸۲ درصد از افراد گروه نمونه دیپلم و زیردیپلم، ۶۲/۵ درصد آن‌ها مجرد و جدا شده، ۸۹/۶ آن‌ها متولد شهر، ۶۶/۷ دارای کار آزاد در دوران قبل از محکومیت،

۴۷/۸ درصد عدم سابقه مصرف مواد بوده و بیشتر آن‌ها مرتکب سرقت (۲۹/۲ درصد) و قتل (۲۰/۰۸) شده‌اند.

در ابتدا و قبل از انجام هر مقایسه جهت مشخص نمودن این که در مرحله پیش آزمون و قبل از مداخله، آیا تفاوتی بین گروه‌های درمان همزمان، فردی و گروه کنترل وجود داشته یا نه، این سه گروه براساس شاخص کلی پرسشنامه سلامت عمومی و فهرست نشانگان مورد مقایسه قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که این سه گروه هم از نظر شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی و هم شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری در مرحله پیش آزمون تفاوت معناداری از هم ندارند و می‌توان در مرحله پیش آزمون آن‌ها را از این حیث یکسان در نظر گرفت.

همان گونه که پیشتر گفته شد، هدف از انجام این پژوهش بررسی مقایسه‌ای میزان اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری همزمان (گروهی- فردی) و مداخله شناختی- رفتاری فردی با گروه کنترل در مددجویان مرد بوده است. بدین منظور ابتدا نمرات تفاوت مربوط به پیش‌آزمون و پس آزمون پرسشنامه سلامت روان عمومی و فهرست نشانگان بیماری محاسبه شد و سپس معناداری این نمرات تفاوت با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری [Multivariate Analysis of Variance (MANOVA)] در بین سه گروه درمان همزمان، فردی و گروه کنترل مورد آزمون قرار گرفت. نمرات تفاوت مربوط به زیرمقیاس‌های مختلف پرسشنامه سلامت روان عمومی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی در گروه‌های

درمانی همزمان، فردی و گروه کنترل (N=۴۸)

خرده‌مقیاس	گروه‌ها	میانگین تغییرات	انحراف استاندارد
علائم جسمانی	درمان همزمان	-۹/۸۳	۷/۱۸
	درمان فردی	۰/۶۹	۳/۶۵
	گروه کنترل	-۰/۴۰	۴/۲۵
اضطراب	درمان همزمان	-۱۱/۷۵	۹/۷۰
	درمان فردی	-۰/۶۳	۵/۲۹
	گروه کنترل	-۱/۹۵	۵/۱۵
ناکارآمدی اجتماعی	درمان همزمان	-۴/۸۳	۴/۱۵
	درمان فردی	-۰/۹۴	۲/۷۹
	گروه کنترل	-۴/۸۰	۵/۴۳
افسردگی	درمان همزمان	-۱۰/۹۲	۹/۳۶
	درمان فردی	۰/۳۸	۶/۶۵

۷/۳۵	-۱/۳۵	گروه کنترل	
۱۹/۵۷	-۱۹/۶۵	درمان همزمان	شاخص کلی
۳/۵۵	-۰/۳۴	درمان فردی	
۳/۵۴	-۰/۵۱	گروه کنترل	

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، در شاخص علایم جسمانی، گروه درمان همزمان بالاترین میانگین نمره تفاوت (تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون) را دارا است (۹/۸۳-) که علامت منفی مربوط به شیوه نمره‌گذاری این آزمون است (نمره‌گذاری این آزمون به طریقی بوده است که نمرات پایین‌تر نشان دهنده وضعیت سلامتی بهتر و نمرات بالاتر نشان دهنده وضعیت سلامتی بدتر در آزمودنی‌ها است) و پس از آن گروه کنترل بالاترین میانگین نمره تفاوت را دارد (۰/۴۰-).

در شاخص اضطراب نیز بالاترین میانگین نمره تفاوت مربوط به درمان همزمان است (۱۱/۷۵-) و پس از آن به ترتیب گروه کنترل (۱/۹۵-) و گروه درمان فردی (۰/۶۳-) بالاترین میانگین نمرات تفاوت را دارند. در شاخص ناکارآمدی اجتماعی نیز ابتدا گروه درمان همزمان با میانگین نمرات تفاوتی برابر با ۴/۸۳- قرار دارد و پس از آن به ترتیب گروه کنترل با میانگین نمره تفاوتی برابر با ۴/۸۰- و گروه درمان فردی با میانگین نمره تفاوتی برابر با ۰/۹۴- قرار دارد. در شاخص افسردگی نیز گروه درمان همزمان بالاترین میانگین نمره تفاوت را داراست (۱/۹۲-) و پس از آن گروه کنترل با میانگین نمره تفاوتی برابر با (۱/۳۵-) و گروه درمان فردی با میانگین نمره تفاوتی برابر با ۰/۳۸- قرار دارد. جهت مشخص نمودن این که آیا الگوی تغییرات میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های سه‌گانه متفاوت است یا نه. آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین و زیرمقیاس‌های پرسشنامه

سلامت عمومی بین گروه‌های درمانی همزمان، فردی و کنترل

شاخص آزمون	ارزش	F	درجات آزادی	سطح معناداری
پیلایی	۱/۱۶	۱۱/۵۹	۱۰ و ۸۴	۰/۰۰۱
ویلکز	۰/۰۸	۲۰/۹۱	۱۰ و ۸۲	۰/۰۰۱
هتلینگ	۸/۵۹	۳۴/۳۶	۱۰ و ۸۰	۰/۰۰۱
روی	۸/۲۳	۶۹/۰۹	۵ و ۴۲	۰/۰۰۱

همان‌طور که از جدول ۲ مشخص است براساس تمام شاخص‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نیمرخ تغییرات میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی در بین این سه گروه، تفاوت معناداری دارد.

جدول ۳. خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به اثر بین آزمودنی‌های خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی در بین گروه‌های همزمان، فردی و کنترل (N=۴۸)

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
علایم جسمانی	۸۹۵/۵۸	۲	۴۴۷/۷۹	۱۸/۱۵	۰/۰۰۱
اضطراب	۹۸۶/۹۷	۲	۴۹۳/۴۸	۱۱/۳۴	۰/۰۰۱
ناکارآمدی اجتماعی	۷۴۴/۱۷۵	۲	۳۷۲/۰۹	۱۹/۳۴	۰/۰۰۱
افسردگی	۹۸۷/۴۵	۲	۴۹۳/۷۳	۸/۳۷	۰/۰۰۱
شاخص کلی	۳۳۲/۸۹	۲	۱۶۶۰/۴۵	۱۶/۰۹	۰/۰۰۱

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد که آزمون F مربوط به اختلاف میانگین نمرات تفاوت در گروه‌های درمان همزمان، فردی و کنترل در میانگین تغییرات زیرمقیاس‌های علایم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی، افسردگی و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی معنادار هستند ($p < 0/01$). در مرحله بعد جهت مشخص کردن تفاوت بین گروه‌های سه گانه از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. یافته‌های این آزمون نشان داد که تغییرات میانگین گروه درمان همزمان در تمام خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی نسبت به گروه کنترل تغییرات بیشتری داشته (ر.ک. جدول ۱) و این اختلاف تغییرات در تمام این خرده‌مقیاس‌ها معنادار است. در حالی که درمان فردی فقط در دو خرده‌مقیاس ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی تفاوت معنادار در تغییرات میانگین نشان می‌دهد. مقایسه گروه درمان همزمان و گروه درمان فردی نیز نشان می‌دهد که فقط در میزان تغییرات میانگین این دو گروه در خرده‌مقیاس ناکارآمدی تفاوت معنادار وجود ندارد و در تمام این خرده‌مقیاس‌ها میزان تغییرات میانگین گروه درمان همزمان بیشتر از گروه فردی بوده است. بنابراین می‌توان گفت که گروه درمانی همزمان و درمان فردی توانسته‌اند مددجویان گروه نمونه را از نظر سلامت عمومی ارتقاء ببخشند، ولی ذکر این نکته نیز لازم است که میزان اثربخشی گروه درمانی همزمان در مقایسه با درمان فردی بیشتر بوده است.

مقایسه سه گروه درمان همزمان، فردی و کنترل براساس زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری یافته‌های جداول ۴ تا ۶ را ایجاد نمود.

جدول ۴. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین خرده‌مقیاس‌های آزمون فهرست نشانگان بیماری در

گروه‌های درمانی همزمان، فردی با گروه کنترل (N=۴۸)

خرده‌مقیاس	گروه‌ها	میانگین تغییرات	انحراف استاندارد
شکایات جسمانی	درمان همزمان	-۰/۸۹	۰/۸۳
	درمان فردی	-۰/۱۵	۰/۸۹
	گروه کنترل	۰/۶۶	۰/۹۱
وسواس	درمان همزمان	-۰/۴۳	۰/۵۶
	درمان فردی	-۰/۱۲	۰/۸۲
	گروه کنترل	۰/۶۱	۰/۸۶
حساسیت در روابط بین فردی	درمان همزمان	-۰/۷۳	۰/۷۳
	درمان فردی	-۰/۰۶	۰/۸۵
	گروه کنترل	۰/۴۸	۰/۷۷
افسردگی	درمان همزمان	-۰/۷۶	۰/۶۳
	درمان فردی	-۰/۷۲	۰/۹۶
	گروه کنترل	۰/۶۱	۰/۹۲
اضطراب	درمان همزمان	-۰/۹۶	۱/۲۰
	درمان فردی	-۰/۰۳	۰/۹۲
	گروه کنترل	۰/۷۱	۰/۸۹
پرخاشگری	درمان همزمان	-۰/۶۴	۰/۸۱
	درمان فردی	-۰/۲۱	۱/۰۴
	گروه کنترل	۰/۴۰	۰/۸۳
ترس مرضی	درمان همزمان	-۰/۲۹	۰/۶۲
	درمان فردی	-۰/۱۱	۰/۶۴
	گروه کنترل	۰/۴۷	۰/۶۵
افکار پارانوئیدی	درمان همزمان	-۰/۴۳	۰/۷۰
	درمان فردی	۰/۰۱	۰/۶۸
	گروه کنترل	۰/۵۸	۰/۷۶
روان‌گسستگی	درمان همزمان	-۰/۵۵	۰/۷۳
	درمان فردی	-۰/۰۷	۰/۶۹
	گروه کنترل	۰/۷۰	۰/۸۳

اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون مددجویان گروه درمان همزمان در کلیه خرده‌مقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری بالاتر از میانگین تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون زندانیان گروه درمان فردی و گروه کنترل است. هم‌چنین مشاهده

می‌شود که میانگین تفاوت نمرات پیش آزمون و پس آزمون زندانیان گروه درمان فردی در کلیه شاخص‌های این فهرست (به غیر از شاخص افکار پارانوئیدی) بالاتر از میانگین تفاوت این نمرات در زندانیان گروه کنترل است. بایستی توجه داشت که نمره‌گذاری آزمون فهرست نشانگان بیماری به گونه‌ای است که نمره کمتر نشان دهنده نشانگان کمتر بیماری و نمره بالاتر نشان دهنده نشانگان بیماری بیشتری است. لذا میانگین‌های نمرات تفاوت منفی در جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمرات آزمودنی‌ها در پس آزمون کمتر از پیش آزمون بوده است و بالعکس مقادیر مثبت و مربوط به میانگین‌های نمرات تفاوت نشان می‌دهند که میانگین نمرات آزمودنی‌ها در پس آزمون بالاتر از پیش آزمون بوده است. اطلاعات جدول ۵ مربوط به نتایج آزمون‌های چندمتغیری آزمون تحلیل واریانس است.

جدول ۵. خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین خرده‌مقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری بین گروه‌های درمانی همزمان، فردی و کنترل (N=۴۸)

شاخص آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی	سطح معناداری
پیلایی	۰/۵۴	۱/۵۳	۱۸ و ۷۴	۰/۱۰
ویلکز	۰/۵۰	۱/۶۶	۱۸ و ۷۲	۰/۰۷
هتلینگ	۰/۹۲	۱/۷۸	۱۸ و ۷۰	۰/۰۴
روی	۰/۸۱	۳/۳۳	۹ و ۳۷	۰/۰۰

چنانکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود از بین چهار شاخص آزمون پیلایی، ویلکز، هتلینگ و روی دو شاخص آزمون هتلینگ و روی معنادار هستند و دو شاخص دیگر در حد گرایش (trend) می‌باشند. بنا بر یافته‌های جدول ۵ می‌توان گفت که نیمرخ تغییرات میانگین خرده‌مقیاس‌ها متفاوت می‌باشد. لذا جهت مشخص نمودن این که این تفاوت‌ها در کدام زیرمقیاس است، ادامه تحلیل و بررسی اثرهای بین آزمودنی‌های خرده‌مقیاس‌ها صورت گرفت که خلاصه یافته‌های آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶. خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به اثرهای بین آزمودنی‌های خرده‌مقیاس‌های فهرست نشانه‌های بیماری در بین گروه‌های درمانی همزمان، فردی و کنترل (N=۴۸)

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجات آزادی	مجذور میانگین	F	سطح معناداری
شکایات جسمانی	۱۷/۸۹	۲	۸/۹۴	۱۱/۳۲	۰/۰۰۱
وسواس	۸/۹۸	۲	۴/۴۹	۷/۲۵	۰/۰۰۱
حساسیت در روابط بین فردی	۱۰/۴۰	۲	۵/۲۰	۸/۳۷	۰/۰۰۱
افسردگی	۱۳/۸۰	۲	۶/۹۰	۹	۰/۰۰۱
اضطراب	۱۹/۹۹	۲	۹/۱۰	۱۰/۴۱	۰/۰۰۱
پرخاشگری	۸/۰۹	۲	۴/۰۵	۴/۱۷	۰/۰۱
ترس مرضی	۵/۱۰	۲	۲/۵۶	۶/۲۲	۰/۰۰۱
افکار پارانوئیدی	۷/۶۶	۲	۳/۸۳	۷/۳۸	۰/۰۰۱
روان‌گسستگی	۱۲/۱۴	۲	۶/۰۷	۱۰/۵۲	۰/۰۰۱

همان گونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود تفاوت سه گروه درمان همزمان، درمان فردی و گروه کنترل در شاخص‌های نه گانه فهرست نشانه‌های بیماری در سطح $p < 0.01$ معنادار است. جهت مشخص نمودن این که چه گروه‌هایی در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها دارای تفاوت معنادار هستند، از آزمون تعقیبی بونفرونی (آزمون مقایسه‌های چندگانه) استفاده شد که نتایج آن نشان داد که در تمام خرده‌مقیاس‌های فهرست نشانه‌های بیماری گروه درمان همزمان نسبت به گروه کنترل تغییرات میانگین بیشتری را شاهد بوده است (ر.ک. جدول ۴). مقایسه درمان فردی با گروه کنترل نیز نشان از تغییرات بیشتر این گروه در برخی خرده‌مقیاس‌های (شکایات جسمانی، وسواس، ترس مرضی و روان‌گسستگی) نسبت به گروه کنترل است. بررسی تفاوت‌های گروه درمان همزمان با گروه درمان فردی نیز نشانگر این موضوع است که این دو درمان بجز در دو خرده‌مقیاس اضطراب اثربخشی (تقریباً) همسان داشته‌اند و از این نظر با هم تفاوت معناداری ندارند.

بنا بر یافته‌های حاصل می‌توان ذکر کرد که براساس فهرست نشانه‌های بیماری، هر دو شیوه درمانی (همزمان و فردی) اثربخشی لازم را داشته و نشانه‌های بیماری مددجویان بهره‌گیرنده از این نوع درمان‌ها را کاهش داده‌اند. البته این نکته نیز بایستی ذکر شود که در برخی زیرمقیاس‌ها اثربخشی درمان همزمان بیشتر از درمان فردی است.

در مجموع یافته‌های حاصل از پرسشنامه سلامت عمومی و فهرست نشانه‌های بیماری نشان دهنده اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری چه به صورت همزمان و چه به صورت فردی در بهبود سلامت روان عمومی و کاهش نشانه‌های روان‌شناختی زندانیان مرد است. با این حال نتایج نشان داد که درمان‌های همزمان اثربخشی بیشتری نسبت به درمان فردی دارا است. البته لازم به ذکر

است انجام پیگیری (follow up) مددجویان آزاد شده از گروه‌های درمان همزمان و فردی و گروه کنترل از کلیه زندان‌های کشور نشان داد که پس از گذشت حدود ۸/۵ ماه از آزادی، از اعضای گروه‌های درمانی همزمان و فردی بازگشتی به زندان مشاهده نشد؛ و این درحالی است که در حدود ۱۵ درصد افراد گروه کنترل در این مدت بازگشت داشته‌اند (۲۴).

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اگرچه هر دو شیوه درمان همزمان و درمان فردی، درمان مؤثری برای کاهش نشانگان روان‌شناختی زندانیان مرد هستند، اما میزان اثربخشی شیوه درمان همزمان بیشتر از درمان فردی است. این نتایج با نتایج پژوهش‌های صورت گرفته توسط فرندشیپ و همکاران (۲۰۰۳)، ایرلند (۲۰۰۴) و اوایرت، کشل و سوول (۲۰۰۳) همسویی دارد. فرندشیپ و همکاران (۲۰۰۳) نیز طی یک طرح آزمایشی میزان اثربخشی برنامه‌های شناختی-رفتاری را در کاهش نشانگان روان‌شناختی و میزان ارتکاب جرم مجدد زندانیان مرد با ۲ سال محکومیت مورد بررسی قرار دادند. آنها دریافتند زندانیان گروه آزمایشی که در جلسات گروه درمانی شناختی-رفتاری شرکت کرده بودند، نسبت به زندانیان گروه کنترل که هیچگونه مداخله‌ای را دریافت نکرده بودند، بعد از مداخله وضعیت روان‌شناختی بهتر و میزان محکومیت مجدد کمتری را داشتند.

ایرلند (۲۰۰۴) نیز طی یک طرح آزمایشی کارایی یک برنامه مداخله‌ای کنترل خشم را در وضعیت روان‌شناختی زندانیان پسر نوجوان مورد بررسی قرار داد و دریافت که زندانیان نوجوان گروه آزمایشی بعد از آموزش مهارت‌های شناختی-رفتاری برای کنترل خشم، وضعیت روان‌شناختی بهتری را نسبت به زندانیان گروه کنترل داشتند. نتایج پژوهش اوایرت، کشل و سوول (۲۰۰۳) نیز نشان داد که مداخله ساختار یافته گروهی شناختی-رفتاری نقش مؤثری در بهبود وضعیت روان‌شناختی زندانیان مرد دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که شیوه درمان همزمان کارایی و تاثیر بیشتر از شیوه درمان فردی دارد. یکی از دلایل احتمالی تاثیر بیشتر درمان همزمان در کاهش نشانگان روان‌شناختی زندانیان مرد این است که محیط زندان، محیطی است که بیش از هر محیط دیگری نیاز به داشتن مهارت‌های برقراری ارتباط، حل مسائل بین فردی و مهارت‌های مقابله‌ای بین فردی از جمله مهارت‌های جرات‌ورزی دارد، و کلیه این مهارت‌ها طی جلسات آموزش گروهی به زندانیان گروه درمان همزمان آموزش داده شده است؛ لذا احتمالاً زندانیان این گروه هم از طریق تاثیر پویایی‌های گروهی و هم از طریق به کارگیری این فنون در محیط زندان قادر به حل بهتر مشکلات بین فردی خود شده‌اند و در نتیجه کمتر دچار مشکلات روان‌شناختی چه از نوع درونی‌سازی (نظیر

افسردگی، اضطراب، وسواس و غیره) چه از نوع بیرونی‌سازی (نظیر خشم، پرخاشگری و غیره) شده‌اند.

عدم بازگشت به زندان هیچ یک از افراد گروه‌های درمانی همزمان و فردی نیز نشان از کارایی و اثربخشی این نوع مداخله‌ها دارد. بدین معنی که این مداخله‌ها توانسته‌اند با تاثیر در این افراد، احتمال بروز مشکلات قضایی و اجتماعی آن‌ها را کاهش داده و عدم درگیری این افراد را با سازمان‌های انتظامی و قضایی موجب شوند. این یافته‌ها همسو با یافته‌های فابیانو، رابینسون و پورپورینو (۱۹۹۰)(۲۷)؛ پورپورینو و رابینسون (۱۹۹۵)(۲۸)، رابینسون (۱۹۹۵) و رابینسون و پورپورینو (۲۰۰۴)(۲۹) است که نشان دادند مداخله‌های شناختی- رفتاری استدلال و توانبخشی از بازگشت مجدد افراد مجرم به زندان جلوگیری به عمل می‌آورند.

نتیجه‌گیری

این پژوهش تلویحات نظری و کاربردهای عملی چندی را به دنبال دارد. از تلویحات نظری آن می‌توان به تاثیر ایجاد بینش و تغییر نگرش و تسهیل مهارت سازش یافته در افراد اشاره نمود که احتمال رفتارهای ناسازگارانه را پایین می‌رود. این امر در نظریه‌های مختلف روان‌شناختی و روان‌درمانگری مورد تاکید قرار گرفته است.

بعلاوه این نتایج ضرورت راه‌اندازی کلینیک‌های روان‌درمانگری و ارائه خدمات روان‌شناختی فردی و علی‌الخصوص خدمات روان‌شناختی گروهی توسط روان‌شناسان زندان به زندانیان را به متخصصان و علاقه‌مندان به این حوزه و دست‌اندرکاران جامعه گوشزد می‌نماید.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر انتخاب آزمودنی‌ها با توجه به دو ملاک میزان تحصیلات و مدت محکومیت و حبس بوده است، لذا نتایج پژوهش حاضر قابلیت تعمیم به زندانیان دارای تحصیلات پایین‌تر از راهنمایی یا بی‌سواد را ندارد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی ضمن انتخاب گروه نمونه از بین کلیه زندانیان بدون توجه به سطح تحصیلات و میزان محکومیت آنان، کارایی رویکردهای مختلف درمانی در کاهش میزان ارتکاب مجدد به جرم نیز مورد بررسی قرار گیرد.

بدین دلیل که در پژوهش حاضر مجموع میزان زمان‌های اختصاص داده شده به درمان در دو گروه درمان همزمان و درمان فردی، تفاوت نسبتاً زیادی از هم داشت؛ که می‌تواند مقایسه نتایج حاصل از این دو نوع درمان را تا حدودی دچار مشکل نماید، لذا توصیه می‌گردد در مطالعات بعدی که برای مقایسه این دو نوع مداخله طراحی می‌گردد، زمان اختصاص یافته برای این دو نوع درمان تا حدودی یکسان در نظر گرفته شود.

- 1) Andrews, D. A., & Bonta, J. L. (1994). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati ohio: Anderson.
- 2) Department of Health. (2001). *Major mental health publicity comping to redace diserimination*. London: Department of health.
- 3) Lamb, H. R., & Weinberger, L. E. (1998). Persons with sever mental illeness in jails and prisons: A review. *Psychiatric Services*, 49, 438-492.
- 4) Chiles, J. A., Miller, M. L., & Cox, G. B. (1980). Depression in an adolescent delinquent population. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1179-1184.
- 5) Richards, I. (1998). Psychaitric disorders among adolescents in custody. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 788-793.
- 6) Bickel, R., & Campbell, A. (2002). Mental health of adolescents in custody: The use of the adolescent psychopathology scale in a tasmanian context. *Australian and new Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 603-609.
- 7) Burdekin, B. (1993). *Report of the national inquiry into human rights of people with mental illness*. Canberra: Australia government printing service.
- 8) O'conner, F. W., Lovell, D., & Brown, L. (2002). Implementing residential treatment for prison inmates with mental illness. *Archives of psychiatric nursing*, XVI (5), 232-238.
- 9) Mc Shane, M. D. (1989). The bus stop revisited: Discipline and psychiatric patients in prison. *The Journal of psychiatry and The Law*, 17, 413-433.
- 10) Crighton, D., & Towel, G. (2005). *Psychology in probation*.
- 11) Towel, G. (2003). *Psychology in Prisons*. UK: The British psychological society and Blackwell publishing Ltd.
- 12) Friendship, C., Blud, L., Erikson, M., & Thorton, D. (2003). Cognitive-behavioral treatment for imprisoned offenders: An evaluation of HM prisons service's cognitive skills programmes. *Legal and criminological psychology*, 8, 103-117.
- 13) Mc Guire, J. (2000). *An introduction to theory and research: cognitive-behavioral approaches*. HM Inspectorate of probation report. London: Home office
- 14) Ireland, J. L. (2004). Anger management therapy with young male offenders. *Aggressive behavior*, 30(2). 174-185.
- 15) Ovaert, L. B., Cashel, M. L., & Sewell, K. W. (2003). Structured group therapy for posttraumatic stress disorders in carcerated male juveniles. *American Jouranal of orthopsychiatry*, 73(3), 151-162.
- 16) Porporino, F. J., & Robinson, D. (2001). Programming in cognitive skills. Inc. Hollin (Ed). *Hand book of offender assessment and treatment* (pp. 179-193). Chichester: Wiley.
- 17) Ross, R. R., Fabiano, E. A., & Ewles, C. D. (1988). Reasoning and Rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 32,29-36.
- 18) 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*.

- 19) 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.
- ۲۰) دادستان، پریخ (۱۳۸۲). *روانشناسی جنائی*، تهران: انتشارات سمت.
- ۲۱) تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی، *مجله روان‌شناسی*، شماره ۲۰، سال پنجم، ۳۹۴-۳۸۱.
- ۲۲) میرزائی، رقیه. (۱۳۵۹). ارزیابی روایی و پایایی آزمون SCL-90-R در ایران. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه تهران، منتشر نشده.
- ۲۳) هومن، عباس (۱۳۷۶). *استانداردسازی پرسشنامه عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، مؤسسه تحقیقات تربیتی*، طرح پژوهشی خاتمه یافته.
- ۲۴) نجاریان، بهمن و داودی، ایران (۱۳۸۰). *ساخت و اعتباریابی SCL-۲۵ (فرم کوتاه شده SCL-90-R)*. *مجله روان‌شناسی*. شماره ۱۸، سال پنجم. ۱۴۹-۱۳۶.
- 25) American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision*. Washington DC.
- ۲۶) خدایاری فرد، محمد؛ سهرابی، فرامرز؛ شکوهی یکتا، محسن؛ غباری بناب، باقر؛ به‌پژوه، احمد؛ فقیهی، علی‌نقی؛ اکبری زردخانه، سعید و عابدینی، یاسمین (۱۳۸۶). *روان‌درمانگری و توان‌بخشی زندانیان و بررسی اثربخشی آن در زندان رجائی‌شهر*. سازمان زندان‌های استان تهران، تهران.
- 27) Fabiano, E., Robinson, D., & Porporino, F. (1990). A preliminary assessment of the cognitive skills training programme: A component of living skills programming. Programme descripton, research findings ad implementation strategy. Ottawa, Canada: Correctional Service Canada.
- 28) Porporino, F. J., & Robinson, D. (1995). An evaluation of the reasoning and rehabilitation programme with Canadian federal offenders. In R. R. Ross & R. D. Ross (Eds.), *Thinking straight: The reasoning and rehabilitation programmes for delinquency prevention and offender rehabilitation* (pp.155-191). Ottawa, Canada: AIR.
- 29) Robinson, D. & Proporino, F. (2004). *Programming in cognitive skills: The Reasoning and Rehabilitation Programme*. In C.R. Hollin(Eds). *The essential handbook of offender Assessment and Treatment*. Chichester, UK: Wiley.

The Effects of Group and Individual Cognitive-Behavioral Interventions on Male Prisoners' Psychological Statuses*

Mohammad Khodayarifard, Ph. D¹., Yasamin Abedini, Ph. D².,
Saeed Akbari Zardkhaneh, M.A³, Bagher Ghobari-Bonab, Ph. D⁴.,
Faramarz Sohrabi, Ph. D⁵., Jalal Yonesi, Ph. D⁶.

Abstract

Recruiting rehabilitation methods and emphasizing on the for prisoners who suffer from mental disorders have been considered important issues. The purpose of current study was to determine the effectiveness of individual and group Cognitive-Behavioral Techniques in decreasing psychological symptoms of inmates at Rajaei Shahr Prison. A total of 48 prisoners were selected randomly and they were allocated into three groups with equal size: a) participants receiving individual cognitive-behavioral psychotherapy along with teaching cognitive-behavioral techniques; b) participants receiving only individual cognitive-behavioral psychotherapy; and c) participants control group. Using GHQ and SCL-90 tests, as well as a diagnostic interview conducted by a psychiatrist based on DSM-IV-TR criteria before and after interventions, participants' psychological status was measured. Data collected was analyzed using Multiple Analysis of Variance procedure. Findings indicated that although both individual therapy and combined therapy approaches were effective, the latter had more impact in diminishing psychological symptoms of prisoners. In other words, after applying cognitive-behavioral interventions, scores of prisoners in both experimental groups decreased score in both indexes of GHQ and SCL-90. Follow up studies after 8.5 months indicated the maintenance of treatment effect with no recidivism of the treatment groups. Theoretical implication and practical application has been discussed in the paper.

Keywords cognitive-behavioral interventions, individual therapy, group training, prisoners, psychological statuses.

*. This research is a part of a study entitled "Psychotherapy and Rehabilitation of Prisoners in Rajaei Shahr prison: A Study of Effectiveness". We gratefully acknowledge following colleagues for their excellent work on current study in alphabetic order: Dr. Iraj Esmaili, Dr. Ali Asghar Ahmadi, Dr. Ahmad Beh Pazhoh, Dr. Ali Naghi Faghihi, and Dr. Morteza Motevali Khameneh.

¹. Child clinical psychologist and Associate Professor, Faculty of psychology & Education, University of Tehran

². PhD. Faculty of Psychology and Education, University of Tehran.

³. Clinical Psychologist

⁴. Assistant Professor, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran.

⁵. Assistant Professor, Faculty of Psychology and Education, University of Allameh tabatabaie

⁶. Assistant Professor, University of Welfare and Rehabilitation of Iran