

بررسی اثربخشی شناخت رفتار درمانی

گروهی و فردی زندانیان در زندان

رجایی شهر*

Effectiveness of Individual and Group Cognitive- Behavioral therapy of Prisoners' in Rajaei- Shahr prison

دکتر محمد خدایاری فرد^۱، سعید اکبری زردخانه^۲، دکتر غلامعلی افروز^۳، دکتر علی اصغر احمدی^۴، دکتر ایرج اسماعیلی^۵، دکتر محمدعلی بشارت^۶، دکتر احمد به پژوه^۷، دکتر رضا رستمی^۸، دکتر فرامرز سهرابی^۹، دکتر محسن شکوهی یکتا^{۱۰}، دکتر یاسمین عابدینی^{۱۱}، دکتر باقر غباری بناب^{۱۲}، دکتر علی نقی فقیهی^{۱۳}، دکتر مرتضی متولی خامنه^{۱۴} و دکتر سید جلال یونسی^{۱۵}**

چکیده

هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان های شناختی- رفتاری گروهی - فردی و فردی در کاهش نشانگان روان شناختی زندانیان رجایی شهر و ارتقای سطح وضعیت روان شناختی آنان بود. بدین منظور ۱۸۰ نفر از زندانیان مرد زندان رجایی شهر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی نظامدار انتخاب و در سه گروه تصادفی (گروه درمان ترکیبی، گروه درمان فردی و گروه کنترل) با حجم مساوی (۶۰ نفر) قرار گرفتند. با بهره گیری از آزمون های GHQ-28 و SCL-90-R و مصاحبه تشخیصی توسط روان پزشک وضعیت روان شناختی شرکت کنندگان اندازه گیری شد. تحلیل واریانس چندمتغیری انجام یافته روی داده ها نشان داد اثربخشی درمان ترکیبی و فردی بیشتر از گروه کنترل است. پیگیری این گروه از افراد پس از آزادی حدود دوازده ماه، هیچ گونه بازگشتی را در گروه های درمانی ترکیبی و فردی نشان نداد؛ در حالی که در گروه کنترل حدود ۱۵ درصد بازگشت مشاهده شد. این مداخله ها با جایگزین کردن الگوهای سازگاری رفتاری و شناختی در فرد، به وی امکان می دهد که از خزانه رفتاری گسترده و مناسب تری در مواجهه با موقعیت برخوردار باشد و در واکنش به مسائل با برنامه ریزی و آینده نگری عمل کند. بنابراین با استفاده از مداخلات روان شناختی به ویژه مداخلات گروهی می توان از مشکلات روان شناختی زندانیان کاسته و از بازگشت مجدد آنها به زندان جلوگیری کرد.

واژگان کلیدی: مداخله شناختی- رفتاری، درمان فردی، درمان گروهی، ز

Abstract

The purpose of current study was to determine the effectiveness of individual and group -individual cognitive-behavioral interventions in decreasing psychological symptoms and enhancing psychological status of inmates at Rajaei Shahr Prison. To do this, a total of 180 male prisoners were selected randomly through systematic sampling method and they were allocated into three groups (concurrent group, individual group, and control group) with equal size Using GHQ and SCL-90-R tests, as well as a diagnostic interview conducted by a psychiatrist, participants' psychological status was measured. Conducted Multiple Analysis of Variance indicated that effectiveness of concurrent and individual therapies were much more than control group was. Follow up studies after 12 months showed the maintenance of treatment effect with no recitivism in individual and concurrent groups, while it was observed approximately 15 percent recitivism in the control group. Replacing adaptive cognitive and behavioural patterns, provided a participant with a vast and suitable behavioural repertoire to face with situations, and to act base on planning and foreseeing. Thus, by applying psychological interventions, particullary group one, can be reduced a prisoner's psychological problems, and avoided recitivism.

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

*. این پژوهش بخشی از پژوهشی است تحت عنوان "روان درمانگری و توان بخشی زندانیان و اثربخشی آن در زندان رجایی شهر" که با پشتیبانی مالی شورای برنامه ریزی و مدیریت بهداشت روان و اصلاح رفتار زندانیان و اداره کل سازمان زندان های استان تهران انجام شده است.

۵. دانشگاه اصفهان

۶. دانشگاه قم

۱. دانشگاه تهران

۲. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

۷. دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی

۳. مرکز پژوهش سازمان زندان های استان تهران

**اسامی همکاران به ترتیب حروف الفبا ارائه شده است

۴. دانشگاه علامه طباطبائی

*

مقدمه

امروزه در بسیاری از جوامع اعتقاد بر این است که در هر جامعه- به جای تکیه صرف به تنبیه و مجازات- نیازمند به مکان‌هایی است که بتوان برای مدتی، افراد ناسازگار و مجرم را جدا از جامعه نگه داشت؛ و تمهیداتی اندیشید که آنان اصلاح شده و به جامعه بازگردند. از این رو امروزه هدف زندانبانی، اجرای شیوه‌های صحیح اصلاح و تربیت به قصد کاهش ارتکاب مجدد جرم^۱ زندانیان شده است (ماتیوس و فرانسیس^۲؛ ۱۹۸۸ ترجمه اکبری، ۱۳۸۱).

داده‌های تجربی بسیاری نشان دهنده فراوانی بالای اختلال‌های روانی در بین افراد مجرم است. لذا توجه به این امر در مرکز توجه سیستم‌های قضایی و تادیبی بسیاری از کشورها واقع شده است (برای مثال آندرسن و همکاران، ۱۹۹۶؛ بیرمنگهام، ماسون و گرابین، ۱۹۹۶؛ بروک و همکاران، ۱۹۹۶؛ توپلین و همکاران، ۱۹۹۶). علاوه بر این، وجود برخی از نارسائی‌های شناختی، رفتاری و اخلاقی نیز در افراد مجرم مورد تأیید قرار گرفته است. از مهم‌ترین این نواقص می‌توان به ناتوانی در خودکنترلی، اتخاذ دیدگاه اجتماعی^۳، حل مشکلات بین فردی، تفکر انتقادی^۴، استدلال اخلاقی، شناخت اجتماعی، همدلی^۵، حل مسائل اجتماعی، استدلال اخلاقی، ادراک اجتماعی و سبک‌شناختی معیوب (راس

و فابیانو^۶، ۱۹۹۲ نقل از توماس و جکسون، ۲۰۰۳) تصمیم‌گیری منطقی (کورنیش و کلارک، ۱۹۸۶) اشاره کرد که ممکن است منجر به کمبود مهارت‌های اجتماعی مناسب شوند و موجبات ارتکاب جرم را فراهم آورند. براساس شواهد ارائه‌شده می‌توان با لحاظ کردن برخی احتیاط‌ها به وجود رابطه ارتکاب جرم و اختلال‌های روانی و نواقص شناختی، رفتاری و اخلاقی صحت گذاشت و پذیرفت که این افراد نیازمند خدمات روان‌شناختی هستند؛ حتی اگر این نارسایی‌ها به‌طور غیرمستقیم وابسته به شرایط اقتصادی- اجتماعی نامناسب باشند.

از آنجا که مطالعات فرا تحلیلی (آندروز و همکاران، ۱۹۹۰؛ ایزول و راس، ۱۹۹۰؛ لیپسی، ۱۹۹۵؛ لوزل، ۱۹۹۵) نشان داده‌اند بهترین شیوه برای مداخله با افراد زندانی شیوه‌های شناختی - رفتاری بوده است، بدین دلیل در سال‌های اخیر توسعه سریعی در برنامه‌های مداخله شناختی- رفتاری در زندان‌ها و سیستم قضایی به‌وجود آمده است. این چنین برنامه‌ای مانند مهارت‌های تفکر بهبود یافته^۷، توان بخشی و مهارت استدلال^۸، برنامه درمانی متخلفان جنسی^۹، کنترل کنترل خشم و یادگیری مدیریت بر آن^{۱۰} و تغییر شناختی خود^{۱۱} (ویلموت، ۲۰۰۳) را شامل می‌شود که در مطالعات تأثیرات معنادار بر کاهش تخلف بین زندانیانی که این دوره‌ها را به‌طور کامل به اتمام

6 . Ross & Fabiano

7 . Enhanced thinking skills (ETS)

8 . Reasoning and Rehabilitation (R&R)

9 . Sex-offender treatment program (SOTP)

10 . Controlling Anger and Learning to Manage It (CALM)

11 . Cognitive self-change program (CSCP)

1 . recidivism

2 . Mathews & Francis

3 . social perspective - taking

4 . critical thinking

5 . empathy

رسانیده‌اند، نشان داده است. در کشوری مثل انگلستان، آنچنان اعتقادی بر این شیوه‌ها وجود دارد که سالانه در حدود ۱۰ میلیون پوند صرف ارائه خدمات روان‌شناختی در زندان‌ها می‌شود (تاول، ۲۰۰۳).

یکی از این برنامه‌ها، برنامه توان بخشی و مهارت استدلال^۱ است که از آن با نام R&R یا مهارت‌های شناختی^۲ یاد می‌شود. این برنامه از اواسط دهه ۱۹۸۰، به شکل گسترده در سراسر کانادا و ایالات متحده، انگلستان، اسکاتلند، اسپانیا، آلمان، استرالیا و نیوزلند به اجرا درآمد (هولین، ۲۰۰۴). اهداف اصلی برنامه مهارت استدلال و توان بخشی که در ۳۶ جلسه ۲ ساعته ارائه می‌شود؛ پایه‌ریزی و ایجاد مهارت‌های تفکر یا شناختی به شیوه‌ای تصاعدی (افزایشی) است (رابینسون و پورپورینو، ۲۰۰۴).

پژوهش راس و همکاران (۱۹۸۸) نشان داد که تنها ۱۸/۱ درصد از مجرمان تحت R&R در مقایسه با ۴۷/۵ درصد از گروه دوم و ۶۹/۵ درصد از گروه کنترل دوباره دست به جنایت زدند. به علاوه هیچ یک از مجرمان R&R در مقایسه با ۱۱ درصد گروه‌های مهارت‌های زندگی و ۳۰ درصد گروه‌های کنترل دوباره به زندان نیفتادند. هم چنین در یک مطالعه پیگیری فابیانو، رابینسون و پورپورینو (۱۹۹۰) کاهش ۳۶/۴ درصدی در اقدام مجدد به جرم را نشان داد.

بزرگ‌ترین تلاش برای اندازه‌گیری تأثیر برنامه R&R بر نمونه‌ای ۴۰۰۰ نفری از مجرمان مبتنی بود که بین سال‌های ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۴ اجرا شد (رابینسون، ۱۹۹۵). در این مطالعه اثربخشی برنامه استدلال و

مهارت نشان داده شد. رینور و وانستون (۱۹۹۶) نیز در پژوهشی با مجرمان بزرگسالی که برنامه R&R را دریافت کرده بودند، ارائه کردند. این مجرمان در مقایسه با گروه دیگری که دوره آموزشی دیگری را تجربه کرده بودند، بعد از ۱۲ ماه پیگیری، مقادیر کمتری از بازگشت نشان دادند.

برای استفاده از R&R جهت درمان مجرمان با اختلال‌های روانی نیز، تمایلاتی وجود داشته است. در ایالت نیویورک آمریکا و آلمان، این برنامه درمورد چنین افرادی انجام شده است. بیشتر بیماران معتقد بودند که این برنامه لذت‌بخش و فهمیدن آن آسان است و آنها برنامه را به بیماران دیگر نیز توصیه می‌کردند. تأثیر چنین برنامه‌ای با متخلفان نیاز به تحقیقات تجربی بیشتری دارد (رابینسون و پورپورینو، ۲۰۰۴). در این راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت-رفتار درمانی گروهی و فردی زندانیان بر کاهش اختلال‌های روانی انجام پذیرفت.

روش پژوهش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. آزمودنی‌های این پژوهش را ۱۸۰ نفر از مددجویان مرد زندان رجایی شهر کرج تشکیل دادند که در هنگام شروع پژوهش، حداقل شش ماه از محکومیت آنها باقی بوده و میزان تحصیلات آنها در سطح سیکل یا بالاتر باشند. این آزمودنی‌ها با روش تصادفی نظام‌دار از بین کلیه مددجویان مرد (۲۸۱۱ نفر) که واجد معیارهای فوق بودند؛ انتخاب شده و سپس به صورت تصادفی به سه

^۱. Reasoning & Rehabilitation

^۲. cognitive skills

گروه ۶۰ نفری تقسیم شدند. گروه اول در ۱۶ جلسه هفتگی دو ساعته درمانی که به صورت گروهی (در گروه های ۱۵ نفری) 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 ترکیبی). گروه دوم فقط در جلسات روان‌درمانگری فردی یک ساعته که هر هفته یک بار تشکیل می‌شده و مبتنی بر فنون شناختی- رفتاری بود؛ شرکت کردند (گروه فردی).

گروه سوم نیز مددجویانی بودند که در فهرست انتظار برای دریافت مشاوره‌های فردی قرار گرفتند (گروه کنترل). لازم به توضیح است که در مرحله پایان مداخله ها، از ۶۰ نفر هر یک از گروه های ترکیبی، فردی به ترتیب ۴۶ و ۴۸، حداقل ۷۵ درصد جلسات مداخله را تجربه نمودند و از گروه کنترل نیز ۴۰ نفر در مرحله پس از آزمون شرکت جستند.

ابزارهای سنجش

الف) پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ):^۱ پرسشنامه خودگزارش دهی است که در موقعیت‌های بالینی با هدف تشخیص افرادی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ، ۱۹۷۲ به نقل از تقوی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر از فرم ۲۸ سوالی این پرسشنامه استفاده شده است. این پرسشنامه دارای چهار خرده‌مقیاس شامل علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. تقوی (۱۳۸۰) پایایی^۲ پرسشنامه سلامت عمومی را از سه روش بازآزمایی، دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داد که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۷۰،

ب) **فهرست نشانگان ۹۰ (SCL-90):**^۴ 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 (میرزایی، ۱۳۵۹). این آزمون شامل ۹۰ ماده و 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 فهرست نشانگان ۹۰ را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۰ گزارش و ضریب روایی همزمان آن را با آزمون سیاهه چند وجهی مینه سوتا^۵ (MMPI) برابر با ۰/۵۱ گزارش کرده است. روایی سازه و همزمان این ابزار در پژوهش هومن (۱۳۷۶) و نجاریان و داودی (۱۳۸۰) مطلوب بوده است.

ج) **مصاحبه بالینی:** توسط روانپزشک براساس پرسشنامه ساختار یافته DSM-IV-TR^۶، جهت تشخیص اختلالات روانی مددجویان و افزایش دقت تشخیص‌های حاصل از آزمون‌ها انجام شد. میزان توافق بین نتایج آزمون‌ها و مصاحبه بالینی روان‌پزشکی در تشخیص اختلال‌ها حدود ۰/۸۴ بود.

^۳ . validity

^۴ . Symptom Checklist- 90

^۵ . Minnesota Multi-Phasic Inventory

^۶ . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revised

^۱ . General Health Questionnaire

^۲ . reliability

د) پرسشنامه محقق ساخته: 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.

روش اجرا

در مرحله پیش‌آزمون، پس از انتخاب گروه نمونه و توضیح در مورد مطالعه و تبیین اهداف و شیوه مداخله توسط اعضای گروه پژوهش، از مددجویان خواسته شد به پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه سلامت روان عمومی و فهرست نشانگان بیماری پاسخ دهند. در مرحله بعد انجام مداخله‌ها شروع شد. بسته آموزشی مداخله شناختی- رفتاری گروهی به کار رفته، در برگیرنده بخش‌های ایجاد رابطه، بررسی عوامل مؤثر بر زندگی سالم، مهارت تحلیل رفتار، آموزش حل مسئله، مهارت مقابله با استرس، مهارت‌های مقابله‌ای بین‌فردی و مهارت‌های اجتماعی مطلوب، کنترل خشم و غیره است. این بسته‌های آموزشی در قالب ۱۶ جلسه طراحی شده‌اند که در مجموع در ۱۶ جلسه دوساعته و هفته‌ای یک جلسه ارائه شد. لازم به ذکر است که درمان‌های فردی نیز براساس رویکرد شناختی- رفتاری ارائه می‌شد (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۶). درمان‌های ترکیبی توسط چهار درمانگر دارای مدرک دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی و هیأت علمی دانشگاه صورت گرفت. درمان‌های فردی نیز توسط ۶ درمانگر (۴ درمانگر دارای مدرک دکتری تخصصی و دو درمانگر دارای مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی) ارائه شد؛ گروه کنترل نیز در این فاصله در

لیست انتظار باقی ماند. پس از اتمام مداخله، هر یک از مددجویان دوباره به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد میانگین سنی مددجویان گروه نمونه، ۴۸/۲۳ و سن اولین محکومیت ۲۲/۱۲ (اوایل جوانی) و مدت محکومیت فعلی آنها ۱۱/۲۱ سال بود؛ که بیانگر محکومیت‌های سنگین است. متوسط تعداد محکومیت‌ها ۱/۶۴ بود که نشان‌دهنده تکرار زیاد جرم در این افراد است. در ضمن این یافته‌ها نشان داد که بیش از نیمی از مددجویان گروه نمونه، تحصیلات کمتر از دیپلم دارند (۵۱ درصد)، تقریباً دوسوم از آنها مجرد (۶۴ درصد)، بیشتر آنها متولد روستا (۷۹ درصد)، شیوه امرار معاش بیشتر آنها قبل از محکومیت، کار آزاد (۵۹/۰۶ درصد) و کار خلاف (۱۷/۱۶ درصد) بوده است. بیشتر این افراد به جرم سرقت (۳۶/۵۷ درصد) در زندان به سر می‌بردند. به‌طور تقریبی نیمی از آنها سابقه مصرف مواد (۴۹/۲۵ درصد) داشته و یک سوم (۳۸/۰۶ درصد) آنها قبل از محکومیت دچار مشکلات روانی بوده‌اند. درحالی‌که فقط در حدود یک دهم (۱۰/۴۵ درصد) ایشان از خدمات روان‌شناختی و روان‌پزشکی استفاده کرده بودند.

قبل از اقدام به بررسی تفاوت‌های ایجادشده در گروه‌های مختلف (مرحله پس‌آزمون)، لازم بود مشخص شود که آیا پس از حذف افراد ریزش یافته، بین گروه‌های ترکیبی، فردی و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تفاوت وجود داشته است یا نه؟

که بین گروه‌های سه‌گانه درمان ترکیبی، فردی و کنترل از نظر شاخص‌های مذکور در مرحله پیش‌آزمون تفاوتی وجود ندارد.

مقایسه این سه گروه براساس شاخص‌های کلی پرسشنامه سلامت عمومی ($p > 0/05$ و $F=2/46$) و فهرست نشانگان ۹۰ ($p > 0/05$ و $F=1/09$) نشان داد

جدول ۱. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی در میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت عمومی

متغیر	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
علائم جسمانی	۶۰۸/۴۲	۲	۳۰۰/۷۱	۱۵/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۲
اضطراب	۵۵۳/۲۵	۲	۲۷۶/۶۲	۱۲/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۲۰
ناکارآمدی اجتماعی	۱۲۹/۸۷	۲	۶۴/۹۳	۳/۴۸	۰/۰۳	۰/۰۷
افسردگی	۱۷۴/۰۴	۲	۴۵۳/۰۲	۹/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۱۳
شاخص کلی	۴۴۷/۹۹	۲	۲۲۳/۹۹	۱۴/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۰

زیرمقیاس‌ها نیز مبین وجود تفاوت در مددجویان این سه شرایط درمانی متفاوت است.

انجام آزمون تعقیبی بن فرنی^۳ مقایسه مددجویان این سه شرایط مداخله‌ای بر پایه سلامت عمومی نشان داد که میانگین تغییرات زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی این پرسشنامه برای مددجویان قرار گرفته در شرایط درمان ترکیبی بیشتر از شرایط فردی و کنترل است؛ این یافته بدین معناست که در گروه نمونه، مداخله‌های ترکیبی توانسته‌است میانگین زیرمقیاس را کاهش داده و به کاهش نشانگان بیماری این مددجویان منجر شوند. مقایسه تغییرات میانگین‌ها بین دو شرایط مداخله فردی و گروه کنترل نیز نشان می‌دهد که مددجویان قرار گرفته در شرایط فردی، فقط در تغییرات شاخص کلی، با گروه کنترل تفاوت نشان می‌دهد (جدول ۲).

در ادامه برای پی بردن به اینکه آیا تفاوتی بین نیمرخ‌های تغییرات میانگین زیرمقیاس این سه شرایط درمانی وجود دارد یا نه، مقایسه این سه گروه با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۱ آمده است. قبل از انجام تحلیل واریانس چند متغیری بررسی دو پیش‌فرض اساسی این تحلیل یعنی آزمون M باکس^۱ برای بررسی عدم تفاوت ماتریس‌های کوواریانس و آزمون لون^۲ جهت بررسی فرض برای واریانس خطای نمره‌های وابسته انجام گردید و برقراری آنها محرز شد. لذا استفاده از مدل تحلیل واریانس چندمتغیری این داده‌ها بلامانع به نظر رسید.

یافته‌های تحلیل نشان داد که مددجویان قرار گرفته در سه شرایط درمانی از نظر نیمرخ تغییرات زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی از هم متفاوت‌اند ($p < 0/001$ و $F=5/52$ و $=0/68$ لاندای ویلکز). ادامه تحلیل نشان داد علاوه بر اینکه نیمرخ تغییرات زیرمقیاس‌ها در بین این تغییرات متفاوت است، بلکه تغییرات تمام

³ . Bonffereni

¹ . M Box Test of Equality of Covariance Matrices
² . Leven's Test of Equality of Error Variance

جدول ۲. خلاصه یافته‌های آزمون بن‌فرنی مقایسه گروه‌های شرایط سه‌گانه مداخله براساس تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و

شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی

زیرمقیاس	مداخله	میانگین پیش آزمون	میانگین پس آزمون	اختلاف میانگین	انحراف معیار	ترکیبی	فردی	کنترل
علائم جسمانی	ترکیبی	۱۹/۰۴	۱۴/۲۳	-۴/۸۱	۴/۳۴	-	-	-
	فردی	۱۶/۲۷	۱۶/۱۳	-۰/۱۳	۴/۴۲	*	-	-
	کنترل	۱۸/۰۳	۱۷/۶۳	-۰/۴۰	۴/۶۵	*	-	-
اضطراب	ترکیبی	۲۱/۰۸	۱۵/۱۵	-۵/۹۲	۴/۱۰	-	-	-
	فردی	۱۸/۵۸	۱۶/۲۰	-۲/۳۷	۵/۱۴	*	-	-
	کنترل	۱۹/۴۰	۱۸/۳۱	-۱/۰۹	۴/۹۸	*	-	-
اجتماعی ناکارآمدی	ترکیبی	۱۱/۷۷	۸/۶۰	-۳/۵۷	۳/۵۸	-	-	-
	فردی	۱۱/۸۷	۸/۹۰	-۲/۹۷	۵/۴۱	-	-	-
	کنترل	۱۱/۷۷	۱۰/۶۶	-۱/۱۱	۴/۵۲	*	-	-
افسردگی	ترکیبی	۱۷/۷۴	۱۱/۷۲	-۶/۰۲	۵/۷۳	-	-	-
	فردی	۱۴/۳۳	۱۴/۲۷	-۰/۰۷	۷/۵۸	*	-	-
	کنترل	۱۷/۷۷	۱۶/۹۴	-۰/۸۳	۷/۹۷	*	-	-
شاخص کلی	ترکیبی	۱۷/۴۱	۱۲/۴۲	-۴/۹۸	۳/۳۰	-	-	-
	فردی	۱۵/۳۱	۱۳/۸۸	-۱/۴۳	۴/۴۱	*	-	-
	کنترل	۱۶/۶۹	۱۵/۸۹	-۰/۸۰	۴/۴۵	*	*	-

دارد ($p < 0/001$ و $F=5/65$ و $0/47 =$ لاندای ویلکزن). البته ادامه تحلیل نشان داد که این شرایط مداخله‌ای در تمام زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی تفاوت معناداری با هم دارند (جدول ۳).

همانند تحلیل پیشین، قبل از مقایسه این سه گروه براساس فهرست نشانگان ۹۰ با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری، آزمون M باکس و لون برای بررسی پیش‌فرض‌های لازم بر روی این داده‌ها نیز صورت گرفت و برقراری آنها محرز شد. لذا آزمون تحلیل چندمتغیری انجام یافت.

یافته‌های تحلیل نشان داد که نیمرخ تغییرات میانگین این شرایط مداخله‌ای با هم تفاوت معناداری

جدول ۳. خلاصه یافته‌های اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان ۹۰

متغیر	نوع سوم درجات مجدورات	درجات آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معناداری	ضریب اتا
علائم جسمانی	۶۰/۸۷	۲	۳۰/۴۴	۲۹/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱
وسواس بی‌اختیاری	۱۹/۲۸	۲	۹/۶۴	۱۱/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۱۶
روابط بین فردی	۲۶/۸۰	۲	۱۳/۴۰	۱۷/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۱
افسردگی	۵۵/۴۰	۲	۲۷/۷۰	۲۵/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۲۸
اضطراب	۴۴/۱۸	۲	۲۲/۰۹	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۵
خصومت	۴۲/۵۰	۲	۲۱/۲۴	۱۸/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۲
ترس مرضی	۲۴/۲۵	۲	۱۲/۱۲	۱۷/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۲۱
پارانویا	۳۰/۶۷	۲	۱۵/۳۴	۱۳/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۱۷
روان‌پریشی	۳۱/۸۵	۲	۱۵/۹۳	۲۳/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶
شاخص کلی	۳۳/۳۷	۲	۱۶/۶۸	۳۵/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵

پارانویا تفاوت‌های معناداری را نشان نداده‌اند، ولی بقیه زیرمقیاس‌های میانگین تغییرات ایجاد شده در شرایط درمان ترکیبی تفاوت معناداری با گروه درمان فردی دارد و این تفاوت طوری است که تغییرات ایجاد شده در شرایط درمان ترکیبی بیشتر است.

مقایسه گروه درمان فردی با گروه کنترل نیز نشان می‌دهد که این شرایط درمانی توانسته در زیرمقیاس علائم جسمانی، افسردگی، اضطراب، خصومت، پارانویا و شاخص کلی فهرست نشانگان ۹۰ تفاوت معنی‌داری ایجاد کند، ولی در زیرمقیاس‌های دیگر تفاوت معنادار در میزان اثربخشی نشان نمی‌دهد.

برای پی بردن به اینکه تفاوت در زیرمقیاس‌ها بین کدام شرایط مداخله‌ای است، آزمون تعقیبی بن فرنی (جدول ۴) براساس نمره زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی صورت گرفت که نشان داد مداخله‌های ترکیبی اثربخشی لازم را بر گروه مددجویان داشته و توانسته در کلیه زیرمقیاس‌ها و در مقایسه با گروه کنترل نتایج و تفاوت معناداری را ایجاد کند. دقت در میانگین تغییرات این شرایط مداخله‌ای نشان می‌دهد که این تغییرات برای شرایط ترکیبی در جهت کاهش نشانگان بیماری مددجویان و کاهش مشکلات سلامت مددجویان بوده است. در ضمن، جدول ۴ نشان می‌دهد که شرایط مداخله ترکیبی و فردی فقط در زیرمقیاس

جدول ۴. خلاصه یافته‌های آزمون بن‌فرنی مقایسه گروه‌های شرایط سه‌گانه مداخله

براساس تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان ۹۰

متغیر	مداخله	میانگین پیش آزمون	میانگین پس آزمون	اختلاف میانگین	مداخله	ترکیبی	فردی	کنترل
علامت جسمانی	ترکیبی	۲/۳۳	۱/۱۹	-۱/۱۵	۱/۰۵	-	-	-
	فردی	۲/۰۲	۱/۵۹	-۰/۴۴	۱/۱۱	*	-	-
	کنترل	۱/۷۶	۱/۷۷	۰/۳۱	۱/۰۷	*	*	-
وسواس و اجبار	ترکیبی	۲/۳۲	۱/۴۵	-۰/۸۷	۰/۷۹	-	-	-
	فردی	۲/۰۵	۱/۷۳	-۰/۳۲	۱/۰۵	*	-	-
	کنترل	۱/۸۵	۱/۷۸	-۰/۰۶	۱	*	-	-
روابط بین فردی	ترکیبی	۲/۰۷	۱/۱۴	-۰/۹۲	۰/۸۷	-	-	-
	فردی	۱/۷۷	۱/۵۵	-۰/۲۲	۰/۹۸	*	-	-
	کنترل	۱/۵۶	۱/۵۲	-۰/۰۲	۰/۸۸	*	-	-
افسردگی	ترکیبی	۲/۴۰	۱/۳۳	-۱/۰۷	۱/۱۱	-	-	-
	فردی	۲/۰۹	۱/۵۱	-۰/۵۸	۱/۱۴	*	-	-
	کنترل	۱/۹۵	۱/۷۹	۰/۳۹	۱/۰۷	*	*	-
اضطراب	ترکیبی	۲/۱۵	۱/۰۶	-۱/۰۹	۱/۰۴	-	-	-
	فردی	۱/۸۷	۱/۳۹	-۰/۴۸	۱/۱۳	*	-	-
	کنترل	۱/۵۸	۱/۴۳	۰/۲۳	۱/۱۶	*	*	-
خصومت	ترکیبی	۱/۹۵	۰/۹۰	-۱/۰۵	۰/۸۷	-	-	-
	فردی	۱/۶۴	۱/۱۳	-۰/۵۱	۰/۸۷	*	-	-
	کنترل	۱/۴۸	۱/۲۸	۰/۲۹	۱/۱۴	*	*	-
توس مرضی	ترکیبی	۱/۳۰	۰/۵۱	-۰/۷۹	۰/۹۲	-	-	-
	فردی	۱/۱۴	۰/۸۶	-۰/۲۷	۱	*	-	-
	کنترل	۰/۸۰	۰/۸۴	۰/۱۸	۰/۸۶	*	-	-
پارانویا	ترکیبی	۱/۸۰	۱/۴۳	-۰/۳۷	۰/۹۳	-	-	-
	فردی	۱/۹۷	۱/۷۷	-۰/۲۰	۰/۷۲	-	-	-
	کنترل	۱/۵۶	۲/۱۰	۰/۷۵	۱/۴۵	*	*	-
روان‌پریشی	ترکیبی	۱/۶۸	۰/۸۷	-۰/۸۲	۰/۷۷	-	-	-
	فردی	۱/۴۴	۱/۱۶	-۰/۲۸	۰/۷۲	*	-	-
	کنترل	۱/۳۴	۱/۳۰	۰/۱۷	۱/۰۳	*	-	-
شاخص کلی	ترکیبی	۲	۱/۱۱	-۰/۸۹	۰/۷۷	-	-	-
	فردی	۱/۷۵	۱/۴۱	-۰/۳۱	۰/۷۳	*	-	-
	کنترل	۱/۶۱	۱/۶۶	۰/۲۵	۰/۶۹	*	*	-

از آنجا که بسیاری از مطالعات صورت گرفته در زندان با هدف کاهش ارتکاب جرم مجدد صورت می گیرد؛ لذا این امر نیز در این مطالعه مورد توجه قرار گرفت. از این رو برای بررسی این موضوع، وضعیت نسبت بازگشت مجدد به زندان بررسی شد.

جدول ۵. یافته‌های حاصل از گروه‌های درمانی ترکیبی و فردی و گروه کنترل براساس نسبت بازگشت به زندان

گروه	نسبت برگشتی به آزادی	میانگین زمان آزادی (به ماه)
درمان ترکیبی	۰	۱۲/۳
درمان فردی	۰	۱۱/۸
کنترل	۰/۱۵	۱۲/۱

جدول ۵ نشان می‌دهد میانگین مدت زمان آزادی افراد آزاد شده از گروه‌های درمان ترکیبی، فردی و گروه کنترل به ترتیب ۱۲/۳، ۱۱/۸ و ۱۲/۳ ماه است؛ که در این مدت بازگشتی از گروه‌های درمان فردی و ترکیبی به هیچ یک از زندان‌های کشور مشاهده نشده است. این در حالی است که در حدود ۱۵ درصد از افراد آزاد شده از گروه کنترل بازگشت مجدد به زندان نشان داده اند.

بحث و تفسیر

مطالعه حاضر نشان داد که مداخله شناختی- رفتاری ترکیبی، مولفه‌های وضعیت سلامت عمومی و فهرست نشانگان ۹۰ مددجویان را بهبود بخشید. یعنی این مداخله توانست موجب کاهش تمام میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی و فهرست نشانگان ۹۰ در این مددجویان شود.

مقایسه اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری ترکیبی و فردی، با گروه کنترل نشان داد که مداخله ترکیبی در

تمامی زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی، در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی لازم را داشته است. مقایسه اثربخشی سه گروه براساس یافته‌های حاصل از فهرست نشانگان ۹۰ نیز نشان داد که درمان ترکیبی در این ابزار نیز اثربخشی لازم را در تمام زیرمقیاس‌ها (در مقایسه با گروه کنترل) نشان داده و توانست نشانگان بیماری مددجویان را به طور معناداری کاهش دهد.

مقایسه اثربخشی مداخله در گروه درمان فردی و کنترل نیز نشان داد که این دو در تغییرات ایجاد شده در مولفه‌های سلامت روان (بجز شاخص کلی) تفاوتی نشان ندادند. ولی این دو گروه، در زیرمقیاس‌های علائم جسمانی، افسردگی، اضطراب، خصومت، پارانویا و شاخص کلی فهرست نشانگان ۹۰ تفاوت نشان دادند.

مقایسه دو شیوه درمانی ترکیبی و فردی نیز براساس فهرست نشانگان ۹۰، نشان داد که میزان اثربخشی این دو درمان در تمام زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان ۹۰، بجز زیرمقیاس پارانویا متفاوت است. بدین معنا که درمان ترکیبی در مقایسه با درمان فردی تقریباً در کلیه زیرمقیاس‌ها اثربخشی بیشتری داشته است. این یافته، با نتایج تحقیقات فایبانو، رابینسون و پورپورینو (۱۹۹۰)، تاول (۲۰۰۳)، مورفی و بوئر (۱۹۹۶)، فرندشیب و همکاران (۲۰۰۳)، اوایرت، کشل و سوون (۲۰۰۳)، ایرلند (۲۰۰۴) و ویلیامز (۲۰۰۵) همسوست.

یافته‌های رابینسون (۱۹۹۵) نشان داد که افرادی که در برنامه R&R شرکت کرده بودند، پس از آزادی از مهارت‌های شناختی و وضعیت بهتر روان‌شناختی برخوردار بوده و نسبت به گروه کنترل حدود ۱۰ درصد کمتر بازگشت به زندان داشته‌اند. فرندشیب و همکاران (۲۰۰۳) نیز دریافتند که بعد از مداخله،

زندانیانی که در جلسات گروه درمانی شناختی- رفتاری شرکت کرده‌اند (نسبت به زندانیان گروه کنترل)، وضعیت روان‌شناختی مطلوب‌تری داشته و محکومیت مجدد آنان نیز کمتر بوده است.

ایرلند (۲۰۰۴) دریافت که افرادی که در مداخله گروهی کنترل خشم شرکت داشتند، پس از انجام مداخله، علاوه بر اینکه کنترل بیشتری نسبت به خشم خود داشته‌اند، از وضعیت کلی روان‌شناختی بهتری نیز برخوردار بوده‌اند. نتایج پژوهش اوایرت و همکاران (۲۰۰۳) نیز نشان داد که مداخله شناختی- رفتاری گروهی، نقش مؤثری در بهبود وضعیت زندانیان دارد.

ویلیامز (۲۰۰۵) معتقد است که فقدان مهارت‌های شناختی و نقص در حوزه‌های کنترل خود، تفکر منتقدانه و حل مشکلات بین فردی، عامل اصلی ارتکاب به جرم در زندانیان است. بنابراین، می‌توان از راه آموزش مهارت‌های زندگی به صورت گروهی یا فردی به زندانیان، این مشکلات را برطرف ساخت و احتمال ارتکاب مجدد جرم را در آنها کاهش داد.

چند پژوهش نیز در جهت ناهمسو با یافته‌های پژوهش حاضر وجود دارد که از جمله می‌توان به پژوهش فالشا و همکاران (۲۰۰۴) و پولن (۱۹۹۶) اشاره کرد. فالشا و همکاران (۲۰۰۴) طی پژوهشی، اثربخشی برنامه‌های آموزش گروهی مهارت‌های شناختی- رفتاری را به زندانیان، در کاهش محکومیت مجدد در زندان‌های انگلیس بررسی کردند. یافته‌های آنان نشان داد که اگرچه میزان محکومیت مجدد گروهی از زندانیانی که در برنامه‌های آموزش مهارت‌های شناختی شرکت کرده بودند، کمتر از گروه کنترل است، اما این تفاوت معنادار نیست. پولن (۱۹۹۶) نیز در مطالعه‌ای که برای ارزیابی اثربخشی R&R انجام شد، نشان داد که این نوع مداخله

تفاوت‌های معناداری در مهارت‌های شناختی و وضعیت روان‌شناختی گروه نوجوانان مورد بررسی ایجاد نکرد. نویسنده خاطر نشان کرد که علت احتمالی این عدم اثربخشی، نبود توانایی کافی و لازم در ارائه کنندگان برنامه بوده است.

درمان‌های شناختی- رفتاری با جایگزین کردن الگوهای سازگاری رفتاری و شناختی در فرد، به وی امکان می‌دهد که از خزانه رفتاری گسترده و مناسب‌تری در مواجهه با موقعیت افراد دیگر برخوردار باشد و در واکنش به مسائل با برنامه‌ریزی و آینده‌نگری عمل کند. تعمیم این ویژگی بر اثر تمرین در موقعیت‌های متعدد، امکان کاهش تنش در کل زندگی و تکانش‌گری فراهم می‌شود. پیامد این فرایند نیز انتخاب و تصمیم‌گیری مناسب است که در نهایت عدم درگیری با مراجع قانونی را موجب می‌شود.

شاید آنچه در میان این یافته‌ها از همه مهم‌تر است، دستیابی به این نکته بوده که مداخله شناختی- رفتاری ترکیبی در بسیاری از موارد، اثربخشی‌های متفاوتی را در مقایسه با گروه مداخله فردی و کنترل نشان دادند. از دلایل احتمالی این مسئله می‌توان به دریافت هر دو نوع درمان توسط مددجویان گروه درمان ترکیبی، اشاره کرد. این گروه از افراد با حضور در جلسات گروه درمانی و با بهره‌گیری از مشارکت دیگران و پویایی‌های گروهی، مشکلات خود را مورد کندوکاو و دقت نظر قرار می‌دهند. همراه با این امکان، استفاده از درمان فردی نیز برای این گروه فراهم بوده است. این امکان نیز، فرصتی برای این افراد مهیا می‌کند که برخی مشکلات و موضوعاتی را که امکان طرح و خواستن راه‌حل برای آن، در گروه ممکن نبوده، طی جلسات فردی مطرح کنند و از راهکارهای ممکن بهره‌مند شوند.

آنچه ارزش غایی پژوهش حاضر را نشان می‌دهد، کاهش ارتکاب مجدد جرم و بازگشت به زندان مددجویان است. مطالعه پیگیری نشان داد که پس از گذشت حدود ۱۲ ماه از آزادی مددجویان بهره‌گیرنده از مداخله‌های ترکیبی و فردی، هیچ‌یک از آنها به مراکز تأدیبی در زندان‌های کشور بازنگشته‌اند این در حالی است که از اعضای گروه کنترل، در این مدت حدود ۱۵ درصد افراد بازگشت داشته‌اند. این یافته همسو با مطالعات راس و همکاران (۱۹۹۸)، پورپورینو و رایبسنون (۱۹۹۵)، رایبسنون (۱۹۹۵) است. این مطالعات همگی نشان از اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری بر کاهش ارتکاب مجدد جرم دارد.

عدم بازگشت به زندان هیچ یک از افراد گروه‌های درمانی ترکیبی و فردی نیز، نشان از کارایی و اثربخشی این نوع مداخله‌ها دارد؛ یعنی این مداخله‌ها توانسته‌اند با تاثیر در این افراد، احتمال بروز مشکلات قضایی و اجتماعی آنها را کاهش دهند و موجب عدم درگیری این افراد با سازمان‌های انتظامی و قضایی شوند. این یافته‌ها همسو با یافته‌های فابیانو، رایبسنون و پورپورینو (۱۹۹۰)، پورپورینو و رایبسنون (۱۹۹۵) و رایبسنون و پورپورینو (۲۰۰۴) است، که نشان دادند مداخله‌های شناختی- رفتاری مهارت استدلال و توانبخشی از بازگشت مجدد افراد مجرم به زندان، جلوگیری می‌کند.

نتایج پژوهش نشان داد، مداخله‌های روان‌شناختی و به‌ویژه مداخله‌های ترکیبی می‌توانند اختلال‌های روانی و مشکلات بهداشت روانی زندانیان را کاهش دهند. بنا براین پیشنهاد می‌شود که برای بهبود وضعیت سلامت روان زندانیان، در همه زندان‌های کشور، مکان‌هایی برای مشاوره و روان‌درمانی در نظر گرفته شود و به افرادی که نیازمند این نوع مساعدت‌ها هستند، خدمات‌رسانی صورت بگیرد.

از یافته‌های مردم‌شناختی برمی‌آید که افراد زندانی در زندان رجایی‌شهر اغلب دارای جرم‌های سنگین و چندین باره‌اند. پس این احتمال وجود دارد که این مداخله‌های تدوین‌شده و به‌کار رفته در این پژوهش، برای زندانیان دارای جرم‌های سبک، بدون تکرار یا کم‌تکرار از پاسخدهی بهتری برخوردار باشد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود این مداخله‌ها در زندان‌های دیگر نیز با مددجویان دارای جرم‌های سبک‌تر اجرا شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر، انتخاب آزمودنی‌ها، با توجه به دو ملاک میزان تحصیلات و مدت محکومیت و حبس بوده است، بنابراین، نتایج پژوهش حاضر قابلیت تعمیم به زندانیان دارای تحصیلات کمتر از راهنمایی یا بی‌سواد را ندارد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی ضمن انتخاب گروه نمونه از بین تمام زندانیان (بدون توجه به سطح تحصیلات و میزان محکومیت آنان)، کارایی رویکردهای مختلف درمانی در کاهش ارتکاب مجدد به جرم نیز بررسی شود.

به این دلیل که در پژوهش حاضر مجموع زمان‌های اختصاص داده شده به درمان (در دو گروه درمان ترکیبی و درمان فردی) از هم تفاوت داشت، می‌تواند مقایسه نتایج حاصل از این دو نوع درمان را تا حدودی دچار مشکل کند. پس توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی که برای مقایسه این دو نوع مداخله طراحی می‌شود، زمان اختصاص یافته برای این دو نوع درمان تا حدودی یکسان در نظر گرفته شود. هم‌چنین بهتر است رویکردهای مختلف درمانی از جمله شناختی- رفتاری، معنوی و روان‌پوشی و رفتاری با یکدیگر مقایسه شوند.

مراجع

- Anderws, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Ayllon, T., & Azrin, N. (1968). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century – Crofts.
- Birmingham, L., Mason, D., & Grubin, D. (1996). Prevalence of mental disorders in remand prisoners: Consecutive case study. *British Medical journal*, 313, 1521-1524.
- Brook, D., Taylor, C., Gunn, J., & Maden, A. (1996). Point prevalence of mental disorder in unconvicted male prisoners in England and wales. *British Medical journal*, 313, 1524-1527.
- Cooke, D. Y. (1994). *Psychological disturbance in the scottish prison system: prevalence, precipitants and policy*. Report no. 3. Scottish prison service: occasional papers.
- Cornish, K.B., & Clarke, R.V.G. (Eds). (1986). *The reasoning criminal :Rational choice perspective on crime*. New York: Spring-Verlag.
- Fabiano, E., Robinson, D., & Porporino, F. (1990). *A prelininary assessment of the cognitive skills training programme: A component of living skills programming. Programme descripiton, research findings ad implementation strategy*. Ottawa, Canada: Correctional Service Canada.
- Feindler, E. L., Marriot, A., & Iwata, M. (1984). Group anger control training for junior high school delinquents. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 299-311.
- 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.
- تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی، مجله روان‌شناسی، شماره ۲۰، سال پنجم، ۳۸۱-۳۹۴.
- 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 رجائی شهر*. سازمان زندان‌های استان تهران، تهران. دانش، تاج‌زمان (۱۳۷۴). *مجرم کیست؟، جرم‌شناسی چیست؟*، تهران: انتشارات کیهان، چاپ ششم.
- 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.
- میرزائی، رقیه. (۱۳۵۹). *ارزیابی پایایی و روایی آزمون SCL-90-R در ایران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد 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.
- هومن، عباس (۱۳۷۶). *استانداردسازی پرسشنامه عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، مؤسسه تحقیقات تربیتی*، طرح پژوهشی خاتمه یافته.
- Andersen, H. Sestoft, D., Lillebeak, T., Gabrielsem, G., & Kramp, P. (1996). Prevalence of ICD – 10 psychiatric morbidity in random sample of prisoners on remand. *International journal of law and psychiatry*, 19, 61-74.

- Lessons from recent research syntheses. **Psychology, Crime, & Law**, 2, 19-39.
- Murphy, R., & Bauer, R. (1996). *Evaluating the effectiveness of a cognitive skills training programme for juvenile delinquents*. (Unpublished Manuscript) Georgia: Valdosta State University.
- Novaco, R. W., Ramm, m., & Black, L. (2004). *Anger treatment with offenders*. In C. R. Hollin (Ed), *The Essential Handbook of Offenders Assessment and Treatment* (pp. 129-144). New York: John Wiley.
- 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.
- Pullen, S. (1996). *Evaluation of the reasoning and rehabilitation cognitive skills development programme as implemented in juvenile ISP in Colorado*. Unpublished Report. Denver, CO: Colorado Division of Criminal Justice.
- Raynor, p., & Vanstone, M. (1996). reasoning and rehabilitation in Britain: *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40,272-284.
- 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.
- 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.
- Ross, R. R., Fabiano, E. A., & Ewles, C. D. (1988). Reasoning and Rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 32,29-36.
- 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.
- Garrido, V., & Sanchis, J. R. (1991). The cognitive model in the treatment of Spanish offenders: Theory and practice. *Journal of Correctional Education*, 42,111-118.
- Henggeler, S. W. (1997). *Multisystemic therapy with serious juvenile offenders and their families: program design, implementation and outcomes*. Unpublished manuscript.
- Hollin, C.R.(2004). To Treat or not Treat? An Historical Perspective. In C.R. Hollin(Eds). *The essential handbook of offender Assessment and Treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Ireland, J. L. (2004). Anger management therapy with young male offenders. *Aggressive behavior*, 30(2), 174-185.
- Izzo, R. L., Ross, R. R.(1990). Meta- analysis of rehabilitation programmes for juvenile delinquents: A brief report. *Criminal justice and Behavior*, 17,134-142.
- Jordan, B., Schlenger, W., Fairbank, J., & Cadell, J. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among in incarcerated woman: felons entering prison. *Archives of General psychiatry*, 53, 513-519.
- Liddle, H. A., & Dakof, G. A. (1995). Efficacy of family therapy for drug abuse: Promising but not definitive. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 511-543.
- Lipsey, M. W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending- Guidelines from research and practice* (pp.63-78). Chichester, UK: Wiley.
- Losel, F.(1995). increasing consensus in the evaluation of offender rehabilitation?

- Towel, G. (2003). *Psychology in Prisons*. UK: The British psychological society and Blackwell publishing ltd.
- 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.
- Smith, C. O'Neill, H., Tobin, J., Walshe, D., & Dooley, E. (1996). Mental disorders detected in Irish prison sample. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 177-183
- Teplin, L., Abram, K., & McClelland, G. (1996). Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated women: pretrial jail detainees. *Archives of General psychiatry*, 53, 505-512.
- Thomas, M., Jackson, S. (2003). Cognitive – Skills group work. In C. Towel (Eds), *Psychology in prisons*. British psychological society. Black well publishing.