

# اثر بخشی روان درمانی شناختی- رفتاری گروهی و فردی مبتنی بر آموزه های دینی

## بر ناسازگاری های روان شناختی زندانیان در زندان رجایی شهر\*

دکتر محمد خدایاری فرد<sup>۱</sup>، دکتر سید جلال یونسی<sup>۲</sup>، سعید اکبری زردخانه<sup>۳</sup>،

دکتر علی نقی فقیهی<sup>۴</sup>، دکتر احمد به پژوه<sup>۵</sup>

### چکیده

**هدف:** 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 روان شناختی زندانیان است.

**روش:** در این پژوهش ۴۵ نفر از زندانیان مرد زندان رجایی شهر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی نظامدار انتخاب شدند، و سپس در سه گروه تصادفی با حجم مساوی (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه اول در جلسات روان درمانگری شناختی- رفتاری فردی توأم با جلسات درمان شناختی- رفتاری گروهی مبتنی بر آموزه های 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 روان شناختی آزمودنی ها، از آزمون های SCL-90-R و GHQ-28 (قبل و پس از اعمال مداخله ها) و مصاحبه تشخیصی توسط روان پزشک، براساس ملاک های DSM-IV-TR، استفاده شد.

**یافته ها:** تحلیل واریانس چندمتغیری انجام یافته بر روی داده ها نشان داد، اگرچه هر دو رویکرد درمان همزمان و درمان فردی بر بهبود وضعیت سلامت روان شناختی و کاهش نشانگان روان شناختی زندانیان اثر دارند، اما اثربخشی درمان همزمان بیشتر از درمان فردی است.

**نتیجه گیری:** از عواملی که تاثیر بسزایی در موفقیت درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزه های دینی دارد؛ همسویی اصول حاکم بر دیدگاه شناختی- رفتاری بک در رابطه با بهبود و سلامت روان با آموزه های دینی است. بک (۱۹۷۹) اعتقاد دارد درمان و بهبودی زمانی اتفاق می افتد که بیمار به واقعیت نزدیک تر 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 یافته های شناخت درمانگران اذعان دارد. با توجه به شمول فراگیر دین اسلام بر فرهنگ موجود در جامعه ایران، هر گونه مداخلات شناختی- رفتاری که مبتنی بر فرهنگ دینی باشد اعم از گروهی و انفرادی می تواند نقشی بی بدیل در کاهش ناسازگاری های روانی اجتماعی داشته باشد.

**کلید واژه ها:** مداخله شناختی- رفتاری، درمان فردی، درمان گروهی، زندانی، وضعیت روان شناختی.

• این پژوهش بخشی از پژوهشی است با عنوان "روان درمانگری و توانبخشی زندانیان و اثربخشی آن در زندان رجایی شهر است. در اینجا از دیگر همکاران طرح به ترتیب حروف الفبا آقایان دکتر غلامعلی افروز، دکتر ایرج اسماعیلی، دکتر علی اصغر احمدی، دکتر فرامرز سهرابی، دکتر محسن شکوهی یکتا، دکتر محمد علی بشارت، دکتر رضا رستمی، دکتر باقر غباری بناب، دکتر مرتضی متولی خامنه و دکتر یاسمین عابدینی به دلیل زحمات بی دریغشان تشکر و قدردانی می شود.

<sup>۱</sup> . استاد دانشگاه تهران.

<sup>۲</sup> . استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران. تهران. اوین، خیابان کودکان - دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه مشاوره خانواده

Email: Jyounesi@uswr.ac.ir

دورنگار: ۰۶۱-۲۲۱۸۰۶۱-۰۲۱ (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> . دانشجوی دکتری سنجش و اندازه گیری دانشگاه علامه طباطبایی

<sup>۴</sup> . دانشیار دانشگاه قم

<sup>۵</sup> . دانشیار دانشگاه تهران

## مقدمه

امروزه نگاه بشر در برخورد با جرم و زندانی در مقایسه با قرن‌های 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 آموزه‌های دینی پیامبران و اولیای الهی مورد تاکید بوده است؛ زیرا که آنان بر قابل تغییر و اصلاح شدن تمام انسان‌ها تاکید و همواره انسان‌ها را قابل هدایت و بازگشت به صلاح و سلامت می‌دانند. شاید پدیده عفو و توبه که مورد تاکید تمام برنامه‌های 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 به‌ویژه 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" (نهج‌الفصاحه، 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 سازگاری‌های آنان را با اجتماع به خطر اندازد. پیامبر (ص) امکان لغزش را فقط مختص مجرمان معلوم (زندانیان) نمی‌داند: "همه انسان‌ها گناه کارند و بهترین گناهکاران، توبه‌کنندگان 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 تاکید دارد: "سزاوارترین

مردم کسانی هستند که به بخشش بیشتر از مجازات قادرند" (نهج‌الفصاحه، 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 سلامتی 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 مولفه‌های تشکیل دهنده فرهنگ انسان‌ها بوده است (بولن<sup>۸</sup>، ۱۹۸۹، ۱۹۸۹ به نقل از روان<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵). این مسیله برای زندانیان مستثنا نیست؛ به طوری که می‌توان با رویکرد دینی و معنوی به مشکلات و اختلالات مددجویان در زندان‌ها نگرست و به درمان و اصلاح آنان پرداخت و نتیجه‌ای مطلوب در افزایش سازگاری‌های روانی اجتماعی آنان گرفت (احمد بر آبادی، ۱۳۸۳؛ کرسینی<sup>۱۰</sup>، 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<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۱). این مسیله 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<sup>۱۲</sup>، 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 طحاره‌های

6. Sommers- Flanagan & Sommers- Flanagan

7. Sue

8. Bowlen

9. Rowan

10. Corsini

11. Polaschek & Nichols- Marcy

12. Hodgins

1. Cullen, Van Voorhis & Sunt

2. Tamim

3. stigma

4. Uggem & Massoglia

5. Edwards

شناختی مختل به ویژه مثلث‌های شناختی (بک<sup>۱</sup>، 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 تاکید شود، می‌توان زمینه درمان افسردگی و اضطراب را به‌عنوان 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>۲</sup>- درونی‌سازی<sup>۳</sup>- ثبات<sup>۴</sup> (یونسی و همکاران، ۱۳۸۴) هدف قرار می‌دهند و تضعیف می‌سازند. در عین حال موجب ارتقای سطح اعتماد به نفس در این گروه از مردم می‌شوند. زندانیان اگر به این واقعیت دست یابند که قابل تغییر و اصلاح‌اند، خود را هرگز شرور ذاتی تلقی نمی‌کنند (مقابله با درونی‌سازی) 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 درونی‌سازی کند؛ می‌تواند با قطعی-نگری انسان‌ها به عنوان یکی از مولفه‌های افسردگی و اضطراب مقابله کند که این مسیله ممکن است به تعادل بیم و امید (خوف و رجا) در آنان منجر شود 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 می‌زند، مدیریت خشم را نیز به خطر می‌اندازند (یونسی و میر افضل<sup>۵</sup>، 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 موثر 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) می‌فرماید: "هیچ بنده مومنی 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 امیرمومنان 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 مژده‌دهنده 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 به‌شدت کاهش یافته و این زمانی میسر بوده است که با تفکر قطعی‌نگر یا تساوی گونه مقابله شده است (یونسی، ۱۳۸۴ الف). این تحقیقات حاکی از آن است که تفکر قطعی‌نگر از عوامل مهم پیش‌بینی افسردگی است، تفکری که همه امور را در چارچوب ۲\*۳=۴ می‌بیند و به عنوان مادر تحریفات شناختی شناخته می‌شود (یونسی و میر افضل، ۲۰۰۷).

زمانی که فرد با مقابله با قطعی‌نگر در حوادث و امور مثبت و منفی به تعادلی از بیم و امید می‌رسد، تمامیت‌خواهی<sup>۶</sup> نیز مورد هدف قرار می‌گیرد. زیرا که تمامیت‌خواهان همواره به دنبال جست و جو رسیدن به اموری پر از امید به خویشتن در زمینه دیگران و موقعیت‌های زندگی هستند؛ به طوری که با بی‌عیب و نقص بودن و جلوه دادن اعمال و رفتارشان احساس آرامش و امیدواری به خود پیدا می‌کنند. با این نگرش بی‌عیب و نقص دیدن خود علاوه بر مقابله با قطعی‌نگری، با آموزه‌های دینی نیز می‌توان مقابله کرد. ذکرهایی در نماز وجود دارد که با توجه به مفاهیم آن فرد تمامیت‌خواه می‌تواند با نگرش‌های معیوب خود مقابله کند (یونسی، ۱۳۸۵)، مانند: سبحان‌الله (پاک و بی‌عیب و نقص است خدا- به‌جز خدا کسی دیگر بی‌عیب و نقص نیست). از نشانه‌های بارز تمامیت‌خواهی داشتن افکار با محتوای الزام و اجبار باید و نباید است (برتر<sup>۷</sup>، ۱۹۹۰، نقل از لطافتی، ۱۳۸۳) که این گونه افکار از مصادیق بارز خطاهای شناختی است. روش نظارت بر افکار، دارای باید و نباید و تبدیل آن به بهتر است، می‌تواند تاثیر بایدها را در ذهن کاهش داد. البته چنانچه این روش در کنار توصیه‌های دینی باشد، کارایی بیشتری خواهد داشت (فری<sup>۸</sup>، ۱۹۹۹، نقل از لطافتی ۱۳۸۳).

با توجه به اینکه پدیده استیگما از آزاردهنده‌ترین موضوعات برای مددجویان در زندان‌ها و خانواده‌های آنان است (بوزول و وج، ۲۰۰۲؛ اوگن و مسوگلیا، ۲۰۰۲؛ ادواردز، ۲۰۰۰)، مقابله با این پدیده در برنامه‌های درمانی و اصلاحی زندانیان ضرورت دارد. برای شناخت این پدیده، مولفه‌های 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<sup>۹</sup> در چارچوب منابع شناخت خود قابل بررسی است. افرادی که از تجربه استیگما رنج می‌برند. اغلب از سه منبع شناخت خود شامل خود مشاهده

1. Beck  
2. globality  
3. internality  
4. stability  
5. Younesi & Mirafzal

6. perfectionism  
7. Berter  
8. Ferwi

گری<sup>۱</sup>، مقایسه اجتماعی<sup>۲</sup>، و فیدبک های اجتماعی<sup>۳</sup> (توجه به نظرهای دیگران) رنج می‌برند (یونسی و اکبری زردخانه، ۱۳۸۴). با توجه به قانون ظروف مرتبط که به امور روانی تسری یافته است (یونگ<sup>۴</sup>، ۱۹۶۰)؛ افزایش فعالیت بخشی از روان کاهش فعالیت را در بخش‌های دیگر به همراه دارد که در اینجا شاهد کاهش خودمشاهده‌گری 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 می‌کند (مدی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹). در توضیح منبع خود مشاهده‌گری گری لازم است به این نکته توجه شود که انسان‌ها بسیاری از موارد خود را مورد مذاقه قرار داده و با این مشاهده‌گری علاوه بر این که آگاهی بر حالات، افکار و احساسات خود می‌یابد؛ بسیاری از تغییرات مهم در خود ایجاد می‌نماید. بسیاری از موارد این منبع در کنار منابع دیگر و در مواقعی به تنهایی عمل می‌کند. برای مثال زمانی که فردی غمگین و یا مضطرب است و یا احساس دردی دارد، تلاش می‌کند کاری انجام دهد و تغییری ایجاد کند تا از این وضع رها شود. توسط منبع خودمشاهده‌گری می‌توان عادات و رفتارهای نامطلوب را در خود کنترل و یا حذف کنیم.

بر اساس قانون تعادل، انرژی روانی به‌طور متعادل در رابطه با هر عقیده یا فکری و یا به معنای کلی کلمه هر قسمتی از شخصیت و روان توزیع می‌شود. بنابر اصل آنتروپی، هر عقیده یا فکر و یا به معنای کلی کلمه هر قسمتی از روان چنانچه انرژی روانی بیشتری داشته باشد، به از دست دادن آن انرژی به نفع قسمت‌هایی دارد که انرژی کمتری دارند، تمایل دارد. زیرا در فیزیک به قدر مطلق انرژی روانی اعتقاد وجود دارد؛ به طوری که این انرژی نه کم و نه زیاد می‌شود. لذا اگر در جایی از روان انرژی کم شود حتماً قسمتی دیگر از روان دارای 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، به‌گونه‌ای که در اثر تعادل نیروها به نوعی وحدت<sup>۶</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 به‌طور متعادل در آن است" (شمس، آیه ۸) و حتی هماهنگی بین نیروهای درون روان نشانه‌ای بسیار مهم برای افراد مومن 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 این‌گونه افراد تاثیر بسیار مثبتی ضمن آنکه چنین تنظیمی افزایش اعتماد به نفس (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 استیگمازدایی 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 آمنو علیکم انفسکم...": (ماید، 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 تاثیر 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 قابل تغییر بودن و قابل بازگشت بودن انسان‌ها بر اساس آموزه‌های دینی است (نهج‌الفصاحه، 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>۷</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 تاثیر چشمگیر مداخلات روان-شناختی به‌صورت گروهی در زمینه با ناسازگاری های روانی اجتماعی مددجویان در زندان‌ها دارد (اویرات<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۳؛ ویلیمز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵، فالشا<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۴؛ رابینسون<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۵). این مسیله بیانگر اثربخشی مداخلات به‌صورت گروهی در مقایسه با مداخلات فردی در زمینه با مددجویان زندان است (خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۶).

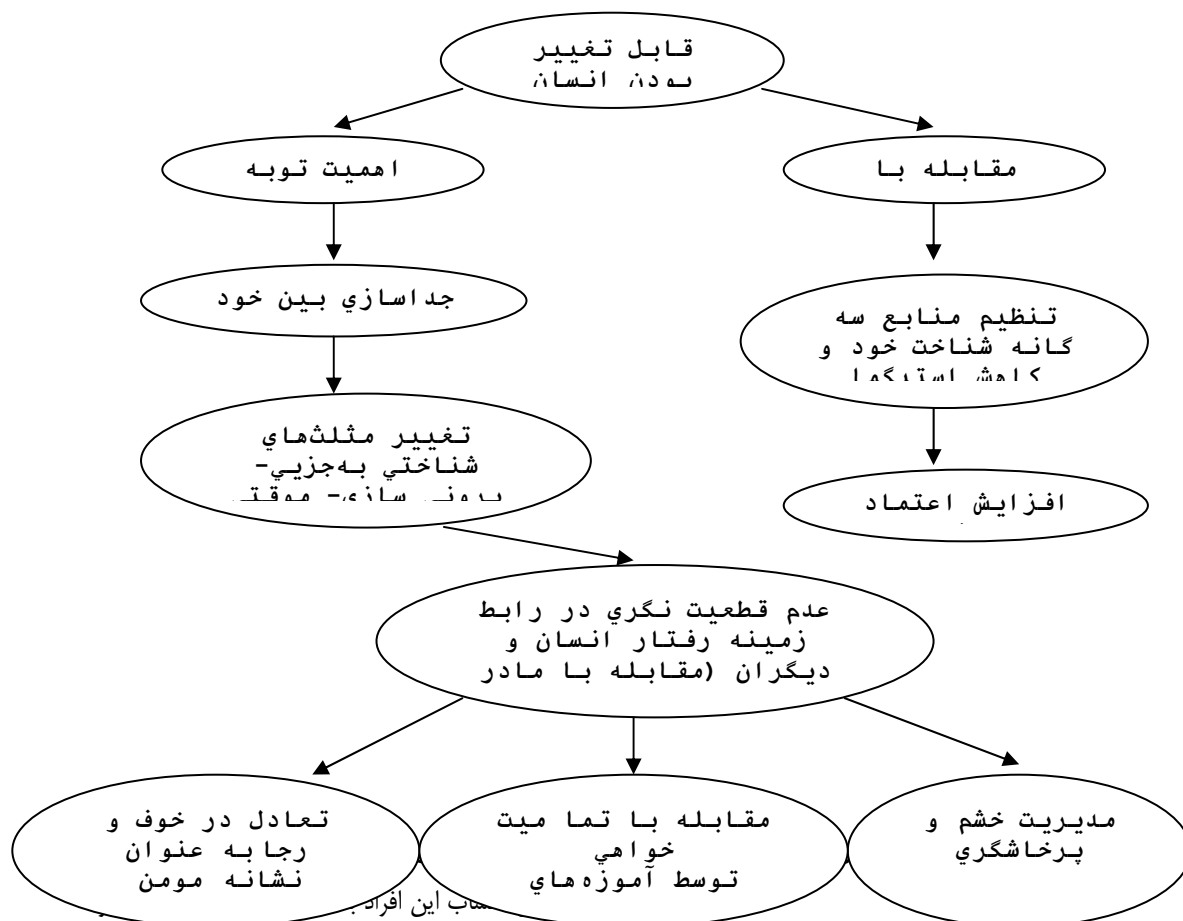
با توجه به آموزه‌های دینی به عنوان یکی از مولفه های فرهنگ جامعه و روش‌های شناختی- رفتاری می‌توان مدلی برای مداخلات روان‌شناختی برای زندانیان ارائه کرد. این مدل

7. Ross  
8. Ovaert  
9. Williams  
10. Flashaw  
11. Robins

1. self observation  
2. social comparison  
3. social feedbacks  
4. Joung  
5. Maddi  
6. unity

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 رجایی‌شهر است که طی ۱۵ جلسه ۲ ساعته برنامه‌های روان درمانی

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 ارایه کنند.



### روش

تا جای ممکن، نسبت ترکیب محکومیتی گروه‌های سه‌گانه یکسان باشند.

گروه یکم در ۱۶ جلسه هفتگی دو ساعته درمان که به صورت گروهی برگزار می‌شد، شرکت کردند و به طور همزمان در ۸ جلسه یک ساعته روان‌درمانگری فردی که به صورت دو هفته یک بار تشکیل می‌شد، شرکت جستند (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 آموزه‌های دینی بود، شرکت نمودند (گروه فردی). گروه سوم (گروه کنترل) نیز مددجویانی بودند که در فهرست انتظار برای دریافت مشاوره‌های فردی قرار گرفتند. شایان توضیح است که در مرحله پایان مداخله‌ها، از هر یک از گروه‌های 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.

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. آزمودنی‌های پژوهش را ۴۵ نفر از مددجویان مرد زندان رجایی‌شهر 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 لحاظکردن 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 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 رجایی‌شهر کرج که واجد معیارهای مذکور بودند؛ انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری تقسیم

## محتوای جلسات برنامه شناخت رفتار درمانی گروهی

جلسه یکم: شناخت حاضران از یکدیگر و روان‌درمانگر، آگاهی از اهداف جلسات، برنامه‌های 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).

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 - مثلث - های شناختی - سبک‌های اسنادی آسیب زا - مقابله با تحریفات شناختی به‌ویژه 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 مسیله و روش‌های مقابله با استرس‌ها: راه‌های افزایش احترام به نفس - اعتماد به نفس - روش‌های مقابله با خطاهای فکری و تحریفات شناختی - مثلث‌های شناختی بویژه تفکر قطعی‌نگر.

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

جلسه‌های دهم، یازدهم و دوازدهم: منابع شناخت خود و نقش عدم تعادل آن در آسیب‌های روانی و اجتماعی به‌ویژه 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 عشق ورزی 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 آرام آرام به این موضوع کشیده شد. توجه به دستورات دینی و عرفانی.

جلسه شانزدهم: جمع‌بندی پانزده جلسه قبلی.

برای گردآوری داده‌های پژوهش ابزارهای زیر به کار برده شد.

**پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28):** این پرسشنامه پرسشنامه داری چهار خرده‌مقیاس شامل علائم جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی است. کلیه سوال‌های این پرسشنامه روی طیف لیکرت چهارنقطه‌ای نمره‌گذاری شده‌اند (کاملاً موافق=۳ و کاملاً مخالف=۰). تقوی (۱۳۸۰) اعتبار 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 به‌دست آمد. روایی<sup>۳</sup> سازه و همزمان این ابزار نیز در حد مطلوب گزارش شده است (تقوی، ۱۳۸۰؛ هومن، ۱۳۷۶). آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای زیرمقیاس‌های جسمانی‌سازی، 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 سوال است که همگی بر روی یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای 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) (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:** این مصاحبه برای 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.

## یافته‌ها

یافته‌های در جدول ۱ نشان می‌دهد که میزان تغییرات گروه - های نمونه درمان همزمان در کلیه زیرمقیاس‌های (به‌جز ناکارآمدی اجتماعی) پرسشنامه سلامت عمومی در مقایسه با دو گروه دیگر بیشتر است. قبل از تحلیل واریانس چندمتغیری<sup>۷</sup>، به منظور مقایسه نیمرخ سلامت عمومی این سه گروه، مفروضه - های انجام این تحلیل یعنی آزمون M باکس و لون صورت گرفت که نتایج برقرار بودن آنها را نشان داد. نتایج حاصل از

3. validity

4. Symptom Check List - 90- Revised

5. Minnesota Multi-Phasic Inventory

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

7. Multivariate Analysis Of Variance (MANOVA)

1. General Health Questionnaire

2. reliability

انجام تحلیل نشان داد نیمرخ تغییرات میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی در بین این سه گروه تفاوت معناداری با هم دارند ( $p < 0/05$ ) و ( $df = 64$  و  $10$ ) و  $F = 2/76$  و  $0/50 =$  (W).

در ادامه برای پی‌بردن 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>۱</sup> قرار دارد. نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بن‌فرنی<sup>۲</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 درمان 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.

---

<sup>1</sup> . trend  
<sup>2</sup> . Bonfroni

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

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

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
جسمانی سازی	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

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 سازی	همزمان	-۰/۸۱	۰/۴۰		همزمان	۰/۲۹	۰/۵۰
	فردی	-۰/۴۲	۰/۳۳	خصوصیت	فردی	۰/۹۶	۰/۳۲
	کنترل	-۰/۳۸	۰/۲۷		کنترل	۰/۵۶	۰/۳۳
وسواس بی‌اختیاری	همزمان	-۰/۶۴	۰/۲۰	ترس مرضی	همزمان	۰/۷۰	۰/۲۲
	فردی	-۰/۱۷	۰/۲۷		فردی	۰/۴۲	۰/۲۵
	کنترل	-۰/۰۷	۰/۲۸		کنترل	۰/۱۰	۰/۲۹
روابط بین فردی	همزمان	-۰/۴۵	۰/۲۶	پارانویا	همزمان	۰/۲۶	۰/۳۱
	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
	همزمان	۰/۶	۰/۳۵	شاخص کلی	همزمان	۰/۰۷	۰/۲۷
اضطراب	فردی	۰/۹۵	۰/۲۱		فردی	۰/۶۷	۰/۱۹
	کنترل	۰/۳۲	۰/۳۲		کنترل	۰/۳۱	۰/۲۰



ندارد ( $p > 0.05$ ) و ( $df = 18$  و  $F = 1/53$  و  $W = 0.46$ ). این یافته بدین معناست که نیمرخ‌های این سه گروه به‌طور تقریبی موازی هم قرار گرفته‌اند. انجام آزمون بین آزمودنی‌ها مشخص کرد که در کدام زیرمقیاس‌ها بین میانگین تغییرات این سه گروه تفاوت وجود دارد (جدول ۴).

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

##### بیماری

متغیر	نوع سوم درجات مجزورات	درجات آزادی	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۱۰/۱۷	۲	۳/۴۷	۰/۰۴
وسواس بی‌اختیاری	۲/۴۶	۲	۱/۵۰	۰/۲۴
روابط بین‌فردی	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

روان‌شناختی دارند، همسو است (سومرز- فلاگمن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴؛ سو<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ یونسی، ۱۳۸۳ ب). از آنجا که دین از پایه‌های اساسی شکل‌گیری فرهنگ در تمام جوامع است (پولن<sup>۴</sup>، ۱۹۸۹، به نقل از روان، ۲۰۰۵)، مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر آموزه‌های دینی نقشی بی‌همتا 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، هر گونه مداخلات شناختی- رفتاری که مبتنی بر فرهنگ دینی باشد، اعم از گروهی و انفرادی می‌تواند نقشی بی‌بدیل در افزایش سازگاری‌های روانی اجتماعی خواهد داشت.

یافته‌های موجود در این پژوهش به سمت تأیید روش همزمان (گروهی و فردی) است که ربطی به محتوای روش‌های روان‌درمانی 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 یافته‌ها با نتایج تحقیقات انجام شده در مورد ترجیح روش‌های درمان شناختی- رفتاری همزمان به انفرادی در میان زندانیان همسویی دارد (ایرلند<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴، فرندشپ<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۳، ویلیامز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵؛ اوایرت، کشل و سوون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳).

انجام تحلیل واریانس چندمتغیری 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

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 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 علائم و مشکلات روانی- اجتماعی زندانیان دارد. یافته‌ها 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 مداخله‌ای مبتنی بر معنویت به معنای عام (یونگ، ترجمه سلطانیه، ۱۳۸۴) در کاهش بارز علائم مرضی افراد و افزایش سازگاری‌های روانی اجتماعی آنان دارد. همچنین این نتایج با دیدگاه‌هایی که تأکید زیاد بر توجه به فرهنگ و به‌کارگیری مولفه‌های فرهنگی در مداخلات

<sup>2</sup>. Sommers- Flanagan

<sup>3</sup>. Sue

<sup>4</sup>. Pollen

<sup>5</sup>. Irland

<sup>6</sup>. Friendship

<sup>1</sup>. Corsini

یکی از عواملی که تاثیر بسزایی در موفقیت درمان شناختی رفتاری مبتنی بر آموزه‌های دینی دارد، همسویی اصول حاکم بر دیدگاه شناختی- رفتاری بک در زمینه بهبود و سلامت روان با آموزه‌های دینی است. یکی از نمونه‌های راهبردی در این زمینه، مربوط به دیدگاه بک بنیانگذار شناخت درمانی است که اعتقاد دارد درمان و بهبودی زمانی اتفاق می‌افتد که بیمار به واقعیت نزدیکتر شود (سومرز- فلاگمن، ۲۰۰۴). شبیه همین سخن از پیامبر اکرم (ص) منقول است که در دعاهای خود از خدا مصرانه می‌خواست: "اللهم ارنی الاشیاء كما هی" "خدایا واقعیت‌ها را به من آن‌گونه که هست نشان بده". با توجه به اثرها و اهداف اصلاحی و درمانی ادعیه در دین اسلام، می‌توان به اهمیت نزدیکی به واقعیت از دیدگاه الهی و همسویی آن با یافته‌های شناخت درمانگران پی برد (یونس، ۱۳۸۳).

از زاویه‌ای دیگر می‌توان یافته‌های این مطالعه را تاییدی برای کارایی مداخلات شناختی- رفتاری (به معنای عام) انجام شده (مورفی و بویر، ۱۹۹۶؛ رابینسون، ۱۹۹۵؛ ویلیامز ۲۰۰۵) برای کاهش علائم مرضی زندانیان و افزایش سازگاری روانی اجتماعی آنان دانست.

آنچه در طول جلسات روان‌درمانی در بین زندانیان مشهود بود، متاثر شدن شدید زندانیان در طول جلسات مربوط به روش جداسازی خود و رفتار (یونس، ۱۳۸۵؛ زارعی، ۱۳۸۵) و روش‌های مقابله با قطعیت‌نگری به عنوان مادر تحریفات شناختی (یونس ۱۳۸۳ الف؛ یونس ۱۳۸۴) بود. به طوری که شوق و انگیزه زندانیان را به منظور حضور فعال در روان‌درمانی گروهی افزایش می‌داد و برای روان‌درمانگر این موضوع کاملاً محسوس بود. این تاثر زمانی تشدید می‌گردید که شرکت‌کنندگان در جلسات روان‌درمانی شناختی- رفتاری گروهی متوجه می‌شدند تعدادی از آیات الهی و روایات وجود دارد که موید جداسازی بین خود و رفتار و محکومیت قطعیت‌نگری است. ضمن آنکه زندانیان به دلیل ماهیت استیگمازدایی روش 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 بودند (بوزول و وج، ۲۰۰۲؛ اوگن و مسوگلیا، ۲۰۰۲؛ ادواردز، ۲۰۰۰).

این تاثر بارز در حالات زندانیان که برای روان‌درمانگر محسوس بود، تاییدی 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؛ یونس و محمدی، ۲۰۰۴؛ یونس و محمدی، ۱۳۸۵). این دیدگاه همگرایی بسیاری با دیدگاه انبیا و اولیای الهی به‌ویژه دین مبین اسلام دارد (احادیث منقول از پیامبر اکرم (ص)؛ نهج‌الفصاحه، 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. همچنان‌که 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 روان‌درمانی 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 تا حد امکان بین جلسات روان‌درمانی اتفاق افتد.

## منابع

قرآن مجید

احمدبرآبادی، حسن (۱۳۸۳). **بررسی نقش درمان**

**یکپارچه‌نگر بر بهبود ادراک خود بزهداران 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 ماتیسوس و پیتیر

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.**

1. Williams

2. Overt, Cashel, & Sewell

3. Uggan & Massoglia

خدایاری فرد، محمد؛ سهرابی، فرامرزی؛ 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 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.

**غرر الحکم و درالکلم** (۱۴۰۷). عبدالواحد التیمی، موسسه الاعلمی للمطبوعات، بیروت.

قنبری هاشم آبادی، بهرام‌علی (۱۳۸۳). **تهیه یک الگوی مداخله‌ای براساس رویکرد یکپارچه‌گرای روان‌درمانی گروهی**. پایان‌نامه دکتری دانشگاه علامه طباطبائی. 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.

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.

**نهج الفصاحه**، ترجمه علی اکبر میرزایی (۱۳۸۵) انتشارات چاف، قم.

هومن، عباس (۱۳۷۶). **استانداردسازی 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**. ۱۷، ۱۰۱-۱۱۲.

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. 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.

- 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, J., 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*.
- یونسی سید جلال (۱۳۸۵). جداسازی بین خود و رفتار. خلاصه مقالات دومین کنگره آسیب های خانواده، دانشگاه شهید بهشتی، تهران.
- یونگ، کارل گوستاو.، انسان و سمبولهایش. ترجمه محمود سلطانیه (۱۳۸۴). انتشارات جامی، تهران.
- 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 carcerated male juveniles. *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 carcerated 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*.

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

Mohammad Khodayarifard, Ph. D<sup>1</sup>., Jalal Yonesi, Ph. D<sup>2</sup>.,  
Saeed Akbari Zardkhaneh, M. A.<sup>3</sup>, Ali naghi Faghihi, Ph. D<sup>4</sup>., Ahmad Behpajouh, Ph. D<sup>5</sup>

### Abstract

**Purpose:** 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.

**Method:** 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.

**Results:** 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.

**Discussion:** 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 statues.

---

\*. 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. Gholamali Afrooz, Dr. Iraj Esmacili, Dr. Ali Asghar Ahmadi, Dr. Faramarz Sohrabi, Dr Mohsen Shokoohi Yekta, Dr Mohammad Ali Beshart, Dr Reza Rostami, Dr. Bager Ghobari Bonab, Dr. Morteza Motevali Khameneh, and Dr Yasamin Abedini.

<sup>1</sup>. Professor, Faculty of psychology & Education, University of Tehran

<sup>2</sup>. Assistant Professor, University of Welfare and Rehabilitation, Kudadyar Street, Evin, Tehran, Iran.

(Corresponding author). Email: [Jyounesi@uswr.ac.ir](mailto:Jyounesi@uswr.ac.ir), Fax: 021- 22180061

<sup>3</sup>. Ph. D. student in Measurement, University of Allame tabatabaii.

<sup>4</sup>. Associate Professor, Faculty of Psychology and Education, University of Gom.

<sup>5</sup>. Associate Professor, Faculty of psychology & Education, University of Tehran