

مقایسه درمان شناختی- رفتاری انفرادی و گروهی در کاهش اختلالات روان شناختی زندانیان *

The comparison of individual and group cognitive- behavioral Psychotherapy of Prisoners in Rajaei- Shahr prison

Mohammad Khodayarifard, Ph. D, Faramarz Sohrabi, Ph. D, Saeed Akbari Zardkhaneh, Ph.D student, Bager Ghobari Bonab, Ph. D, Iraj Esmaili, M. D, Morteza Motavali Khameneh, M. D, Ali Asghar Ahmadi, Ph. D.

دکتر محمد خدایاری فرد^۱، دکتر غلامعلی افروز، دکتر فرامرز سهرابی^۲، سعید اکبری زردخانه^۳،

دکتر باقر غباری بناب^۱، دکتر ایرج اسماعیلی^۳،

دکتر مرتضی متولی خامنه^۲، دکتر علی اصغر احمدی^۱

Abstract

Recruiting rehabilitation methods on prisoners whom suffer from mental disorders has been considered as an important issue. The purpose of this study was to determine the effectiveness of individual and group cognitive-behavioral Psychotherapy in decreasing psychological symptoms of inmates at Rajaei Shahr Prison. A total of 60 prisoners were selected randomly and 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) 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 the prisoners. Follow up studies after 8.5 months indicated the maintenance of treatment effect with no recitivism on the treatment groups. Theoretical implication and practical application has been discussed in the paper.

Keywords: Cognitive-behavioral psychotherapy, individual therapy, group therapy, prisoners, psychological status.

چکیده

استفاده از روش‌های بازپروری و تأکید بر توانبخشی زندانیان، به ویژه در آن دسته از زندانیانی که دچار اختلال‌های روانی‌اند، یکی از مسائل مهم و مورد توجه محققان است. در پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله‌های شناختی- رفتاری فردی و گروهی در کاهش اختلالات روان شناختی زندانیان، ۶۰ نفر از زندانیان زندان رجایی شهر به‌طور تصادفی انتخاب شدند و سپس به‌طور تصادفی در سه گروه با حجم مساوی قرار گرفتند. آنگاه ۲۰ نفر در جلسات روان‌درمانگری شناختی- رفتاری انفرادی توأم با جلسات آموزش فنون شناختی- رفتاری به صورت گروهی (گروه درمان همزمان)؛ ۲۰ نفر فقط در جلسات شناخت- رفتار درمانی انفرادی گنجانده شدند (گروه درمان انفرادی) و ۲۰ نفر دیگر در فهرست انتظار برای دریافت مشاوره فردی قرار گرفتند (گروه کنترل). به منظور بررسی وضعیت روان شناختی آزمودنی‌ها، قبل و پس از اعمال مداخله‌ها از آزمون‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی و پرسشنامه فهرست نشانگان بیماری استفاده شد. داده‌ها با بهره‌گیری از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که اگرچه هر دو رویکرد درمان همزمان و درمان انفرادی تأثیر زیادی بر کاهش نشانگان روان شناختی زندانیان دارد، اما اثربخشی درمان همزمان بیشتر از درمان انفرادی است. پیگیری این گروه از افراد پس از آزادی حدود ۸/۵ ماه، هیچ‌گونه بازگشتی از گروه‌های درمانی همزمان و فردی نشان نداد، درحالی‌که گروه کنترل در این زمان حدود ۱۵ درصد بازگشت نشان داد. در پایان تلویحات نظری یافته‌ها و کاربردهای عملی آنها مورد بحث قرار گرفته است.

کلیدواژه‌ها: روان درمانی شناختی- رفتاری، درمان انفرادی، درمان گروهی، زندانیان،

وضعیت روان شناختی

* این مقاله بخشی از پژوهشی است تحت عنوان "روان درمانگری و توانبخشی زندانیان و اثربخشی آن در زندان رجایی شهر. لازم است از سایر همکاران طرح به ترتیب حروف الفبا آقایان دکتر محمدعلی بشارت، دکتر احمد به‌پژوه، دکتر رضا رستمی، دکتر محسن شکوهی‌یکتا، دکتر یاسمین عابدینی، حجت‌الاسلام دکتر علی نقی فقیهی و دکتر سید جلال یونسی به خاطر زحمات بی‌دریغشان تشکر و قدردانی شود.

^۱ . دانشگاه تهران

^۲ . دانشگاه علامه طباطبائی

^۳ مرکز پژوهش سازمان زندان های استان تهران

مقدمه

موضوع محدود کردن آزادی مجرمان و حبس آنها می تواند ارتکاب به جرم را در جامعه کاهش دهد سوالی است که پاسخ به آن چندان آسان نیست. برخی از جرم شناسان و روان شناسان اجتماعی و حقوقدانان، زندان را نه تنها مفید نمی دانند بلکه آن را فرایندی آسیب زا می دانند که علاوه بر ایجاد محدودیت فردی و اجتماعی برای مجرم و محرومیت از حقوق اجتماعی، زندان را محلی برای آموزش شیوه های مختلف نابهنجاری و شکستن قبح عمل نابهنجار می دانند. از سوی دیگر متخصصان و صاحب نظرانی وجود دارند که زندان را پایگاه اصلاح و تربیت و درمان نابهنجاری افراد مجرم می دانند که در خارج از زندان این تسهیلات برای آن ها فراهم نیست و یا انگیزه استفاده از این تسهیلات را ندارند. از سوی دیگر تحقیقات نشان داده است که در بین افراد مجرم نارسایی های شناختی، رفتاری، و اخلاقی رایج است. از مهم ترین نارسایی ها در این خصوص می توان از ناتوانی در کنترل خود، حل مشکلات بین فردی و سبک شناختی معیوب نام برد (راس و فایبانو، به نقل از توماس جکسون، ۲۰۰۳) که پیامد منفی این نارسایی ها کمبود مهارت اجتماعی مناسب و مطلوب است که خود موجبات ارتکاب جرم را فراهم می کند. همین امر که مجرمان مشکلات شخصی و اجتماعی زیادی دارند، لزوم ارائه خدمات روان شناختی و آموزش و مداخله برای اصلاح رفتارهای مجرمان و زندانیان را روشن می کند و از همین روست که هولین (۲۰۰۴) عقیده دارد که بازپروری موثر است و می تواند جایگزین امیدوار کننده ای برای روش های سخت گیرانه الگوهای تنبیهی باشد.

تحقیقات روزافزون در خصوص بازپروری و اصلاح و تربیت برای این استدلال که، از راه اقدام های درمانی میانجی گرایانه علمی، تکرار جرم کاهش می یابد، شواهد تجربی ارئه کرده اند. حتی اگر درخصوص تأثیر درمان از ارزیابی های محافظه کارانه ای (که کاهش تکرار جرم را ۱۰ تا ۲۰ درصد اعلام می کنند) استفاده شود، با این حال حتی کاهش هزینه هایی که در اثر کاهش بسیار کم میزان استفاده از فضای زندان حاصل می شود، شگفت انگیز است. علاوه بر این، هر نقضی که این برنامه های درمانی داشته باشند، این مسئله به طور روزافزون قوت می گیرد که توانبخشی، بیشتر از هر شیوه اصلاحی دیگر مثل برنامه های تنبیهی، تکرار جرم را کاهش می دهد (کالن و همکاران، ۱۹۸۸، ترجمه اکبری، ۱۳۸۱). آس^۱ و همکارانش (۱۹۹۹)، به نقل از ویلموت، (۲۰۰۳) نشان دادند که در مقابل هر دلاری که برای برنامه های مؤثر درمانی صرف می شود، به طور معمول از پرداخت ۵ دلار توسط مالیات دهندگان و ۷ دلار توسط قربانیان آتی و بالقوه جلوگیری به عمل می آید. برعکس، برنامه های تنبیهی - محور مثل اردوگاه های کار، اساساً مقدار کمتر و در حدود ۷۵ سنت در مقابل هر دلار خرج شده، بازگشت و صرفه اقتصادی دارد.

به طور کلی نتایج تأثیر مداخله هایی که به طور سنتی به ادبیات «چه چیزی مؤثر است»^۲ مرسوم است، مؤثر توصیف شده اند. تأثیر نهایی و خاص این مداخله ها بر کاهش تکرار مجدد جرم در حدود ۱۰ درصد بیان شده است. شایان ذکر است که در برخی موارد با رویکردهای مداخله های خاص، این مقدار کاهش حتی به ۳۰ درصد نیز رسیده است (توماسن و جکسون، ۲۰۰۳). پیام حاصل از این نوع بررسی ها این است که درمان مجرمان می تواند اثرهای کم ولی معناداری داشته باشد و به لحاظ هزینه نیز بسیار مقرون به صرفه است (هولین، ۲۰۰۴). البته در حال حاضر در بسیاری از کشورها مثل انگلیس و کانادا، پژوهش ها در

1 . Aos

2 . what's working

راستای یافتن چارچوب‌های درمانی مناسب برای گروه‌های گوناگون است و محققان امیدوارند با بهبود شیوه‌های مداخله و درمان این میزان اثر بیشتر شود (فرندشیپ و همکاران، ۲۰۰۳).

در مورد عوامل مؤثر بر شیوع جرم در میان اشخاص مبتلا به اختلال‌های روانی اساسی محققان بر نقش عوامل فردی تاکید بیشتری دارند برخی عوامل فردی و زمینه‌ای شناسایی شده‌اند که انجام اعمال جنایی افرادی را که از اختلالات روانی اساسی رنج می‌برند، تحت تاثیر قرار می‌دهند. بررسی اولین عامل فردی، شواهد نشان می‌دهد در میان مبتلایان به اختلالات روانی اساسی، خرده گروه‌هایی وجود دارند که رفتارهای ضداجتماعی را از دوره جوانی و در سراسر زندگی‌شان نشان می‌دهند (هودگینز، ۲۰۰۰). فرضیه هودگینز چنین است که این خرده گروه، در بین بیماران روانی متولد شده از نیمه دهه ۱۹۴۰ در مقایسه با متولدشدگان قبل‌تر از آن، تعداد بیشتری را به خود اختصاص داده‌اند. این داده موجب این فرضیه‌پردازی شده که دو طیف از اشخاص وجود دارند، عده‌ای که اختلالات روانی اساسی را پرورش می‌دهند و عده‌ای که مرتکب جرم می‌شوند. گروه با شروع زودرس^۱ با رفتارهای ضداجتماعی ثابت طی دوره زندگی مشخص می‌شوند. آنها دوره‌های جنایی‌شان را در نوجوانی، اغلب قبل از شروع اختلال روانی اساسی شروع می‌کنند. ما معتقدیم وقوع جنایت در گروه اول با این سبک زندگی و شخصیت ضداجتماعی پیوند خورده است. برعکس، برای گروه با شروع دیررس هیچ نوع شواهدی دال بر رفتار ضداجتماعی و پرخاشگرانه قبل از شروع نشانه‌های اختلال روانی اساسی نشان داده نشده است. رفتارهای غیرقانونی‌شان احتمالاً پیامد یا حداقل همانند با نشانه‌های اختلال روانی اساسی است.

دومین عامل فردی همبسته با شیوع بالای جنایت در میان اشخاص مبتلا به اختلال روانی اساسی، احتمال زیاد رفتار پرخاشگرانه است. نتایج برخی پژوهش‌ها نشان داده که اشخاص مبتلا به اختلال روانی اساسی بیشتر از اشخاص غیرمبتلا در قبال دیگران مرتکب رفتار پرخاشگرانه می‌شوند (لینک، آندریو و کولن، ۱۹۹۲). سومین عامل فردی مؤثر بر میزان جنایت در میان مبتلایان به اختلال روانی اساسی گرایش گروه دیررس برای ماندن در صحنه جرم/ یا اعتراف به جرم‌هایی است که آنها مرتکب شده‌اند (رابرتسون، ۱۹۸۸). نتیجه اینکه احتمال بازداشت و تحت پیگرد قرار گرفتن این خرده گروه از مجرمان در مقایسه با دیگر مجرمان محتمل‌تر است. عامل دیگری که میزان جنایت را در میان مبتلایان به اختلال روانی اساسی تحت تاثیر قرار می‌دهد، مصرف الکل و دارو است. اشخاص با اختلالات روانی اساسی نسبت به غیر مبتلایان به احتمال بیشتری در اجتماعات بسترساز اختلال مصرف دارو و الکل زندگی کنند و محتمل‌تر است در کودکی یا اوایل نوجوانی درگیر سوء مصرف مواد شوند (هودگینز و جانسون، ۲۰۰۲).

عامل فردی دیگری که خطر رفتار خشونت‌آمیز در میان اشخاص با اختلالات روانی اساسی را افزایش می‌دهد وجود انواع مشخصی از نشانه‌های روان‌پریشانه است که با بی‌اعتنایی تهدید- کنترل^۲ برچسب می‌خورد (سوانسون، بروم و سوارتز و موناهان، ۱۹۹۶). این نشانه‌ها همچون مصرف دارو و الکل از آنها یک عامل خطر می‌سازد که احتمال رفتار پرخاشگرانه را افزایش می‌دهد، اما فقط بخشی از ارتکاب جرم مجرمان با اختلالات روانی اساسی را مشخص می‌کند. برخی مطالعات نشان

^۱ . Early-starters

^۲ . Threat-control/override

داده‌اند که در واقع چنین نشانه‌هایی طی ارتکاب جرم گروه کوچکی از مجرمان با اختلالات روانی اساسی بروز می‌کنند (هودگینز و جانسون، ۲۰۰۲).

با عنایت به آن چه گفته شد، هدف اصلی این پژوهش بررسی مقایسه‌ای درمان شناختی- رفتاری انفرادی و گروهی در کاهش اختلالات روان شناختی زندانیان رجایی شهر است. همچنین، بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زندانیان برحسب جرایم مرتکب شده؛ ویژگی‌های روان شناختی زندانیان برحسب جرایم مرتکب شده؛ ارائه خدمات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی به زندانیان و پیگیری تأثیر مداخله‌های صورت گرفته در سلامت روانی در بین زندانیان در طول مدت تحقیق جزء هدف‌های فرعی تحقیق است. بر این اساس، فرضیه‌های تحقیق عبارتند از: الف) روان‌درمانی شناختی- رفتاری انفرادی و گروهی (همزمان) زندانیان بر کاهش اختلال‌های روانی آنان مؤثر است؛ ب) روان‌درمانی شناختی- رفتاری انفرادی زندانیان بر کاهش اختلال‌های روانی آنها مؤثر است؛ ج) میزان اثربخشی روان‌درمانی شناختی- رفتاری انفرادی و همزمان زندانیان در کاهش اختلال‌های روانی آنها متفاوت است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه مددجویانی بود که در زمان شروع پژوهش در زندان رجایی شهر به سر می‌بردند. کل این افراد در زمان شروع پژوهش ۲۸۱۱ نفر بود که از این عده براساس دو معیار اقامت حداقل شش ماه در زندان از زمان شروع پژوهش و داشتن حداقل تحصیلات سیکل، ۴۴۳ نفر حائز شرایط مذکور بودند. در این جمعیت ۴۴۳ نفری، ۴۱۳ مرد (۹۳/۲ درصد) و ۳۰ زن (۶/۸ درصد) حضور داشتند. علت لحاظ کردن معیار حداقل شش ماه حبس و معیار تحصیلات به ترتیب، در اختیار داشتن زمان لازم برای ارائه خدمات و دارا بودن قابلیت درک و فهم مطالب ارائه‌شده در کلاس‌های آموزشی و توانایی پاسخ‌دهی به ابزارهای پژوهش مد نظر برای ارزیابی‌های لازم بوده است.

نمونه‌گیری انجام‌شده با روش تصادفی نظامدار (سیستماتیک)^۱ بوده است. نمونه‌گیری بدین صورت انجام گرفت که در ابتدا فهرست افراد دارای شرایط حضور در گروه نمونه تهیه و سپس برحسب تصادف، عددی بین یک تا ۴۴۳ انتخاب شد. بعد از آن، کل ۴۴۳ نفر جامعه در بلوک‌های تصادفی چهارتایی وارد شدند که بدین ترتیب ۱۱۱ بلوک چهارتایی حاصل شد. در مرحله بعد، به‌طور تصادفی ابتدا ۱۱ بلوک از کلیه بلوک‌ها و سپس یک نفر از بین چهار نفر در هر بلوک حذف شد. در پایان این مرحله در هر یک از بلوک‌های ۱۰۰ گانه سه نفر باقی ماند که این سه نفر به‌طور تصادف در دو گروه مداخله فردی، گروهی- فردی (همزمان) و یک گروه کنترل قرار داده شدند. به عبارت دیگر، ۲۷ نفر این افراد در فرایند مداخله‌ها درگیر و ۲۵ نفر دیگر در فهرست انتظار قرار گرفتند. افراد انتخاب‌شده برای مداخله‌های درمان، همزمان در گروه‌های ۲۰ نفری وارد شده و درمان‌های گروهی در قالب گروه به آنها ارائه شد. این افراد همزمان با دریافت خدمات گروهی از خدمات درمان‌های فردی نیز بهره‌مند شدند و گروه مداخله فردی فقط از خدمات درمان‌های فردی امکان استفاده کردند.

^۱ . systematic random sampling

ابزارهای سنجش

پرسشنامه جمعیت‌شناختی: یک پرسشنامه محقق‌ساخته و دربرگیرنده اطلاعاتی مانند سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، محل سکونت، محل امرار معاش قبل از زندان، سن اولین محکومیت، میزان محکومیت فعلی، تعداد محکومیت‌ها، نوع محکومیت‌ها (قبلی و فعلی)، سابقه مصرف مواد مخدر، سابقه مشکلات روحی و سابقه استفاده یا عدم استفاده از خدمات روان‌شناختی قبل از محکومیت است که توسط مددجویان تکمیل می‌شد.

پرسشنامه سلامت روان عمومی (GHQ):^۱ پرسشنامه سلامت روان عمومی پرسشنامه سنجش اولیه ۲ مبتنی بر خودگزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که یک اختلال روانی دارند، مورد استفاده قرار می‌گیرد (گلدبرگ، ۱۹۷۲؛ به نقل از استورا، ۱۹۹۱، ترجمه دادستان، ۱۳۷۷). این پرسشنامه دارای چهار زیر مقیاس است: نشانه‌های جسمانی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی وخیم. تقوی (۱۳۸۰) با استفاده از روش آزمون - آزمون مجدد، ضریب اعتبار^۳ کل پرسشنامه را ۰/۷۲ و برای خرده مقیاس‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کژکنشی اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷، و ۰/۵۸ گزارش کرده است. **پرسشنامه فهرست نشانگان بیماری (SCL-90-R):^۴** فهرست نشانگان بیماری، یکی از پر استفاده‌ترین پرسشنامه‌ها می‌باشد که وسیله خوبی برای تشخیص، تمیز و غربالگری است (میرزایی، ۱۳۵۹). روایی همزمان آزمون با پرسشنامه بیمارستان هید سکسر^۵ (HHQ) تقریباً ۰/۷۳ و با سیاهه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI)^۶، ۰/۵۱ گزارش شده است. هومن (۱۳۷۶) ضریب همسانی درونی خرده مقیاس 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. آلفای کرونباخ کل آزمون ۰/۹۷ است. ضریب همبستگی بین دو نیمه آزمون ۰/۸۹ و تقریباً بالا بود. برای بررسی ضریب اعتبار آزمون از فرمول‌های خاص اسپیرمن - براون و گاتمن استفاده شد. سپس اعتبار هر نیمه آزمون محاسبه شد و اعتبار کلی آزمون هم که ۰/۹۵ بود و نشان‌دهنده ضریب اعتبار بالایی است، ارائه شد. بنابراین ملاحظه می‌شود که آزمون اجراشده بر روی نمونه‌های پژوهشی از ضریب اعتبار خیلی زیادی برخوردار است.

روش اجرای پژوهش: برای جمع‌آوری داده‌ها در مرحله پیش‌آزمون، پس از انتخاب گروه نمونه و هماهنگی لازم با مسئولان و بخش بهداشت و درمان زندان، مددجویان قرار گرفته در گروه نمونه - با واسطهٔ رابطان بهداشتی هر یک از سالن‌ها - برای تکمیل ابزارهای پژوهش در دارالقرآن زندان جمع شدند. پس از توضیح در مورد طرح توسط مجری و تبیین اهداف و شیوهٔ مداخله توسط اعضای گروه پژوهش، از مددجویان خواسته شد به ترتیب به پرسشنامهٔ دموگرافیکی، پرسشنامهٔ سلامت روان عمومی و فهرست نشانگان بیماری پاسخ دهند. پس از مرحلهٔ پیش‌آزمون، انجام مداخله‌های طراحی شده شروع شد.

1 . General Health Quesionnaire-28

2 . Screening questionnaire

3 . reliability

4 . Symptom CheckList-90-R

5 . Headskecer Hospital Questionnare

6 . Minnesota Multiphasic Personality Inventory

درمان‌های همزمان براساس بسته آموزشی تدوین شده صورت گرفت. بسته آموزشی براساس مداخله شناختی- رفتاری گروهی، در برگیرنده بخش‌هایی همچون ایجاد رابطه، بررسی عوامل مؤثر بر زندگی سالم، مهارت تحلیل رفتار، آموزش حل مسئله، مهارت مقابله با استرس، مهارت‌های مقابله‌ای بین فردی و مهارت‌های اجتماعی مطلوب، کنترل خشم بود. این بسته آموزشی در قالب ۱۶ جلسه طراحی شده‌اند که در مجموع در ۱۶ جلسه دوساعته و هفته‌ای یک جلسه ارائه گردید. ارائه خدمات به این گروه‌ها در فاصله زمانی مرداد هشتاد و چهار تا شهریور هشتاد و شش ادامه داشت. درمان‌های فردی نیز توسط درمانگر در قالب ۸ جلسه هفته‌ای یک جلسه و براساس بسته آموزشی طراحی شده هم به مددجویان همزمان و هم فردی ارائه شد. ارائه خدمات درمان فردی از مرداد هشتاد و پنج تا مرداد هشتاد و شش به طول انجامید. گروه کنترل نیز در این فاصله بدون ارائه مداخله باقی ماند.

پس از اتمام مداخله گروه همزمان (جلسه شانزدهم) و پایان مداخله فردی (جلسه هشتم)، هر یک از مددجویان به دو ابزار پژوهش (پرسشنامه سلامت روان عمومی و فهرست نشانگان بیماری) به‌طور مجدد پاسخ دادند. با اتمام کار هر یک از گروه‌های مداخله همزمان به تعداد اعضای هر یک از این گروه‌ها، همزمان از افراد حاضر در گروه کنترل نیز خواسته می‌شد تا به ابزارهای پژوهش پاسخ دهند. پس از پاسخگویی این افراد به ابزارها، هر یک که خواستار استفاده از درمان یا مشاوره فردی بودند، توسط اعضای گروه پژوهش خدمات‌دهی روان‌شناختی می‌شدند.

یافته‌ها

جدول ۱. خلاصه یافته‌های آزمون توصیفی تغییرات میانگین خرده مقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت عمومی مددجویان

خرده مقیاس	شرایط درمانی	میانگین	انحراف معیار	خرده مقیاس	شرایط درمانی	میانگین	انحراف معیار
جسمانی سازی	همزمان	-۴/۲۵	۴/۱۸	افسردگی	همزمان	-۶/۶۵	۵/۸۱
	فردی	۰/۰۶	۴/۸۹		فردی	-۱/۱۹	۷/۳۷
	کنترل	۰/۱۱	۴/۳۲		کنترل	-۲/۸۳	۸/۱۳
اضطراب	همزمان	-۶/۶۰	۳/۱۹	شاخص کلی	همزمان	-۵/۵۵	۳/۲۵
	فردی	-۱/۰۶	۵/۶۹		فردی	-۰/۸۲	۴/۴۲
	کنترل	۰/۷۸	۴/۶۱		کنترل	-۱/۰۴	۴/۰۴
ناکارآمدی اجتماعی	همزمان	-۵/۱۰	۲/۸۱				
	فردی	-۱	۲/۵۸				
	کنترل	-۰/۸۳	۴/۱۳				

یافته‌های ارائه شده در جدول ۱ نشان می‌دهد که میزان تغییرات گروه‌های نمونه درمان همزمان در کلیه خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی در مقایسه با دو گروه دیگر بیشتر است. تحلیل واریانس چندمتغیری^۱، جهت مقایسه نیمرخ سلامت عمومی این سه گروه نشان داد نیمرخ تغییرات میانگین خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی در بین این سه گروه تفاوت معناداری با هم دارند ($p < ۰/۰۵$ و $(۹۶ و ۱۰) df = F = ۲/۶۵$ و $W = ۰/۴۳$). در ادامه برای پی بردن به این که این سه گروه در میزان تغییرات خرده‌مقیاس‌ها نیز تفاوت دارند یا نه، آزمون اثر بین آزمودنی‌ها^۲ در بین این سه گروه انجام (جدول ۲).

^۱ . Multivariate Analysis Of Variance (MANOVA)

^۲ . between subject effect

جدول ۲. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی در میزان تغییرات میانگین خرده مقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت عمومی مددجویان

خرده‌مقیاس	نوع سوم مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۲۳۰/۸۷	۲	۱۱۵/۴۳	۵/۸۴	۰/۰۰۵
اضطراب	۴۰۸/۱۳	۲	۲۰۴/۰۷	۱۰/۰۱	۰/۰۰۱
ناکارآمدی اجتماعی	۲۲۱/۱۳	۲	۱۱۰/۵۶	۱۰/۴۳	۰/۰۰۱
افسردگی	۲۸۸/۳۸	۲	۱۴۴/۱۹	۲/۸۵	۰/۰۰۷
شاخص کلی	۲۶۷/۸۷	۲	۱۳۳/۹۳	۸/۸۷	۰/۰۰۱

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که این سه گروه به لحاظ تغییرات کلیه خرده مقیاس‌ها بجز خرده مقیاس افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی با هم تفاوت معناداری دارند. شایان ذکر است که خرده مقیاس افسردگی نیز در مرز معنادار و در منطقه گرایش^۱ قرار دارد. نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بن‌فرنی^۲ جهت مشخص شدن وجود یا عدم وجود تفاوت بین گروه‌ها نشان داد که در تمام خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی بجز زیر مقیاس افسردگی، گروه درمان همزمان تفاوت‌های معناداری با گروه کنترل دارد. تفاوت گروه درمان همزمان و گروه درمان فردی نیز مشابه تفاوت‌های معنادار گروه درمان همزمان با گروه کنترل بود. مقایسه این سه گروه براساس فهرست نشانگان بیماری نیز نتایج زیر را به وجود آورد.

جدول ۳. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین خرده مقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری

خرده مقیاس	شرایط درمانی	میانگین	انحراف معیار	خرده مقیاس	شرایط درمانی	میانگین	انحراف معیار
جسمانی سازی	همزمان	-۱/۱۵	۰/۷۳	خصوصیت	همزمان	-۱/۰۹	۰/۸۹
	فردی	-۰/۲۶	۱/۰۴		فردی	-۰/۲۷	۱/۰۶
	کنترل	۰/۳۷	۱/۰۹		کنترل	۰/۰۸	۱
وسواس بی‌اختیاری	همزمان	-۱/۰۵	۰/۵۹	ترس مرضی	همزمان	-۰/۸۶	۰/۹۱
	فردی	-۰/۱۶	۰/۸۹		فردی	-۰/۴۲	۰/۷۹
	کنترل	۰/۰۷	۱		کنترل	۰/۴۰	۰/۷۹
روابط بین فردی	همزمان	-۰/۹۱	۰/۷۶	پارانویا	همزمان	-۰/۰۵	۰/۸۲
	فردی	-۰/۱	۰/۸۶		فردی	۰/۲۵	۰/۹۰
	کنترل	۰/۰۵	۰/۹۸		کنترل	۰/۵۳	۰/۸۲
افسردگی	همزمان	-۱/۰۷	۰/۹۴	روان‌پریشی	همزمان	-۰/۸۹	۰/۷۶
	فردی	-۰/۲۱	۰/۸۴		فردی	-۰/۳۱	۰/۵۵
	کنترل	۰/۲۴	۱/۰۶		کنترل	۰/۱۸	۱/۱۲
اضطراب	همزمان	-۱/۰۸	۰/۷۱	شاخص کلی	همزمان	-۰/۸۹	۰/۵۹
	فردی	-۰/۳۶	۰/۸۶		فردی	-۰/۲۰	۰/۶۹
	کنترل	۰/۱۳	۱/۱۰		کنترل	۰/۲۲	۰/۷۴

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که در همه موارد میزان تغییرات خرده مقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه درمان همزمان نمونه در مقایسه با دو گروه دیگر بیشتر بوده است. انجام تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد نیمرخ تغییرات میانگین این سه گروه با هم تفاوت معناداری دارد ($p < ۰/۰۵$ و $df = (۲۰ و ۸۶)$ و $F = ۱/۹۹$ و $W = ۰/۶۳$). انجام آزمون

^۱ . trend

^۲ . Bonffroni

اثر بین آزمودنی‌ها نیز مشخص نمود حداقل یک جفت از گروه‌های درمانی همزمان، فردی و کنترل در کلیه خرده مقیاس‌ها غیر از خرده مقیاس پارانوئیا از هم متفاوت هستند (جدول ۴). برای پی بردن به اینکه تفاوت در خرده مقیاس‌ها بین کدام شرایط مداخله‌ای است، آزمون تعقیبی بن‌فرنی صورت گرفت که نتایج آن نشان داد گروه همزمان و کنترل در کلیه زیر مقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان به استثنای خرده مقیاس پارانوئیا از هم تفاوت معناداری دارند. همچنین این گروه با گروه درمان فردی بجز خرده مقیاس‌های اضطراب، ترس مرضی، پارانوئیا و روان پریشی در دیگر خرده مقیاس‌ها تفاوت معناداری دارد. این تفاوت به‌صورتی است که درمان همزمان در مقایسه با درمان‌های دیگر منجر به کاهش بیشتر نشانگان و علائم بیماری در مددجویان شده است.

جدول ۴. خلاصه یافته‌های اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین خرده مقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری

خرده‌مقیاس	نوع سوم درجات	درجات	میانگین	نسبت F	سطح معناداری
	مجزورات	آزادی	مجزورات		
جسمانی‌سازی	۲۲/۱۸	۲	۱۱/۰۸	۱۳/۸۵	۰/۰۰۱
وسواس بی‌اختیاری	۱۳/۱۳	۲	۶/۵۶	۹/۴۱	۰/۰۰۱
روابط بین‌فردی	۱۰/۱۵	۲	۵/۰۷	۶/۷۶	۰/۰۰۲
افسردگی	۱۷/۰۳	۲	۸/۵۱	۹/۳۳	۰/۰۰۱
اضطراب	۱۴/۰۶	۲	۷/۰۲	۸/۶۵	۰/۰۰۱
خصوصیت	۱۳/۹۴	۲	۶/۹۷	۷/۲۷	۰/۰۰۱
ترس مرضی	۱۵/۵۳	۲	۷/۷۶	۱۱/۰۷	۰/۰۰۱
پارانویا	۳/۱۹	۲	۱/۵۹	۲/۲۵	۰/۱۱
روان‌پریشی	۱۰/۸۷	۲	۵/۴۴	۷/۴۸	۰/۰۰۱
شاخص کلی	۱۲/۲۱	۲	۶/۱۱	۱۳/۵۲	۰/۰۰۱

بحث

براساس اهداف و فرضیه‌های تحقیق، یافته‌های این پژوهش در مجموع حاکی از تایید فرضیه‌های پژوهش می‌باشد. یافته‌های پژوهش حاضر در تایید فرضیه اول مبنی بر تاثیر روان‌درمانی شناختی- رفتاری انفرادی و گروهی (همزمان) زندانیان بر کاهش اختلال‌های روانی آنان با نتایج یافته‌های بالینی و پژوهشی پیشین همسو شده است (توماسن و جکسون، ۲۰۰۳؛ میلان، ۲۰۰۴؛ کانلیف، ۱۹۹۲؛ تمپلیتون، ۱۹۹۰؛ کالن و همکاران، ۱۹۸۸؛ ترجمه اکبری، ۱۳۸۱). نتایج پژوهش نشان داد که هر دو نوع مداخله همزمان (مداخله گروهی + مداخله فردی) و فردی موجب تغییرات معنی‌داری نسبت به گروه کنترل شده‌اند. بر این اساس، می‌توان این گونه نتیجه گرفت که مداخله همزمان وضعیت سلامت عمومی زندانیان (مددجویان) را بهبود می‌بخشد، یعنی این مداخله می‌تواند موجب کاهش تمام میانگین خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی در این مددجویان شود. نتایج مشابهی نیز با این گروه، در میانگین تفاوت نمره‌های خرده مقیاس فهرست نشانگان بیماری مشاهده شد، به این معنا که تمامی تفاوت میانگین‌های خرده مقیاس‌های این ابزار نیز کاهش داشت. این کاهش نشان می‌دهد که نشانگان بیماری در این گروه از افراد کاهش یافته است.

در بررسی فرضیه دوم پژوهش، یافته‌ها نشان داد که مداخله فردی به تنهایی نیز قادر به ایجاد تغییرات معنی‌داری در نشانگان بیماری و سلامت عمومی زندانیان می‌باشد. بنابراین، فرضیه دوم پژوهش حاضر نیز مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی

شناختی-رفتاری انفرادی زندانیان در کاهش اختلال‌های روانی آنها مورد تایید قرار می‌گیرد. این یافته‌ها نیز با نتایج یافته‌های پیشین (کانلیف، ۱۹۹۲، تمپلیتون، ۱۹۹۰؛ توماسن و جکسون، ۲۰۰۳؛ میلان، ۲۰۰۴) همخوانی دارد.

در ادبیات روانشناسی بالینی بحث از درمان‌های تلفیقی و تک بعدی و تفاوت‌های آنها از نظر اثربخشی یکی از مباحث جدی به شمار می‌رود. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که اغلب بیماران به ترکیبی از پزشکی و شناختی رفتاری بهتر از بکارگیری تک‌تک آنها پاسخ می‌دهند (بیتمن و ساویانو^۱، ۲۰۰۵). از این رو یکی از فرض‌های مطرح شده در این پژوهش نیز به این موضوع اختصاص داده شد که کدام یک از شیوه‌های مداخله فردی و همزمان تاثیر بیشتری در کاهش علائم اختلالات جسمانی و روانی زندانیان دارد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی مداخله همزمان و فردی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و این تفاوت به نحوی است که مداخله همزمان در کاهش اختلالات روانشناختی زندانیان موثرتر بوده است. بنابراین فرضیه سوم پژوهش نیز مبنی بر متفاوت بودن میزان اثربخشی روان درمانی شناختی-رفتاری انفرادی و همزمان زندانیان در کاهش اختلال‌های روانی آنها مورد تایید قرار می‌گیرد.

آنچه ارزش‌گذاری پژوهش حاضر را نشان می‌دهد، کاهش ارتکاب مجدد جرم و بازگشت به زندان مددجویان است. مطالعه پیگیری نشان داد که پس از گذشت حدود یکسال از آزادی مددجویان بهره‌گیرنده از مداخله‌های همزمان 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 ارزشمند همسو با مطالعات راس و همکاران (۱۹۹۸)، پورپورینو و رایینسون (۱۹۹۵)، رایینسون (۱۹۹۵) است. این مطالعات همگی نشان از اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری بر کاهش ارتکاب مجدد جرم دارد.

عدم بازگشت به زندان هیچ‌یک از افراد گروه‌های درمانی همزمان 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 فایانو، رایینسون و پورپورینو (۱۹۹۰)، پورپورینو و رایینسون (۱۹۹۵) و رایینسون و پورپورینو (۲۰۰۴) است، که نشان دادند مداخله‌های شناختی-رفتاری مهارت‌استدلال و توانبخشی از بازگشت مجدد افراد مجرم به زندان، جلوگیری می‌کند.

در نهایت ذکر این نکته لازم است که یافته‌های این پژوهش از این عقیده هولین (۲۰۰۴) که بازپروری در زندانیان موثر است و می‌تواند جایگزین امیدوارکننده‌ای برای روش‌های سخت‌گیرانه الگوهای تنبیهی باشد، حمایت می‌کند. بنابراین می‌توان این پیشنهاد را مطرح نمود که به جای الگوهای سخت‌گیرانه و تنبیهی شدید می‌توان از مداخلات پیشگیرانه‌ای چون آموزش مهارت‌های زندگی و مداخلات درمانی چون روان درمانی شناختی-رفتاری انفرادی و گروهی (همزمان) در کاهش اختلال‌های روانی زندانیان استفاده نمود و شایسته است که این موضوع را به عنوان یکی از مسایل مهم و اثر بخش در سیستم قضایی کشور نهادینه کرد.

منابع

استورا، جین، بنجامین، (۱۳۷۷). *تئیدگی یا استرس (بیماری جدید تمدن)*، ترجمه دادستان. تهران: انتشارات رشد. تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۱).

اشکانی، حمید؛ ده‌بزرگی، غلامرضا؛ شجاع، عبدالحمید. (۱۳۸۱). *همه‌گیرشناسی اختلال‌های روانی در مردان زندان عادل‌آباد شیراز. فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره ۸، شماره ۲، ص ۴ تا ۹.*

آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدام‌های امنیتی و تربیتی کشور. (۱۳۸۳). سازمان زندان‌ها و اقدام‌های امنیتی کشور، تهران: راه تربیت.

پورافکاری، نصرت‌اله. (۱۳۷۳). *فرهنگ جامع روان‌شناسی و روان‌پزشکی*. تهران: نوبهار.

تقوی، سید محمدرضا. (۱۳۸۰). *بررسی روایی و پایایی پرسشنامه سلامت روان عمومی، مجله روان‌شناسی، شماره ۲۰، سال پنجم، ۳۹۴-۳۸۱.*

دادستان، پریخ (۱۳۸۲). *روانشناسی جنایی*، تهران: انتشارات سمت.

¹ - Beitman & Saveano

زارب، ژانت. (۱۹۹۶). *ارزیابی و شناخت رفتار درمانی نوجوانان*. ترجمه خدایاری فرد، محمد و عابدینی، یاسمین (۱۳۸۶). چاپ دوم، تهران: رشد.

شمس، علی. (۱۳۸۲). *حقوق زندانیان در مقررات داخلی و بین‌المللی*، تهران: سازمان زندانها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، انتشارات 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.

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

References

- Beitman, B. D. & Saveano, R. V. (2005). *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy*. In J. C. Norcross, & M.R. Goldfried (Eds), *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp.417-436). New York: Oxford University Press.
- Corsini, R. J. (1999). *The Dictionary of psychology*. Taylor & Francis group, philadelphia, USA.
- Cunliffe, T. (1992). Arresting youth crime: A review of social skills training with young offenders. *Adolescence*, 27, 891-900.
- Eronen, M., Tiihonen, J., & Hakola, P. (1996). *Mental disorders and homicidal behavior*. *Schizophrenia Bulletin*, 22.
- Friendship, C., Blud, L., Erikson, M., Travers, R. & Thornton, D. (2003). *Cognitive-behavioural-treatment for imprisoned offenders: An ovaluation of HM prison service's cognitive skills programme*. *Legal and Criminological psychology*.
- Hodgins, S. & Janson, C. G. (2002). *Criminality and Violence Among the Mentally Disordered: The Stockholm Metropolitan Project*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hodgins, S. & Müller-Isberner, R. (2000). *Violence, Crime and Mentally Disordered Offenders. Concepts and Methods for Effective Treatment and Prevention*. Chichester: Wiley.
- Hollin, C. R. (1990b). *Cognitive- behavioral interventions with young offenders*. Elmsford, NY: pergamon Press.
- Hollin, C. R., & Howells, K. (1989). *An introduction to concepts, models and terchiques*. In K. Howells & C. R. Hollin (Eds.). *Clinical approaches to violence* (pp.3-24). Chichester, UK: Wiley.
- Hollin, C. R., & Trowel, P. (1986a). *Handbook of social skills training*, Volume 1: Applications across the life span. Oxford: Pergamon press.
- Hollin, C. R., & Trower, P. (1988). *Development and applications of social skills training. A review and critique*. In M. Hersen, R. M. Eisler, & P. M. Miller (Eds.), *progress in behavior modification* (Vol. 22). Beverly Hills, CA: Sage.
- Hollin, C. R., & Trower, P. (Eds.). (1986b). *Handbook of social skills training*, Volume 2: Clinical applications and new directions. Oxford: pergamon Press.
- Hollin, C. R., & Trower, P. (1986c). *Social skills training: Critique and future development*. In C. R. Hollin, & P. Trower (Eds.), *Handbook of social skills training*, Volume 2: Clinical applications and new directions. Oxford: pergamon Press.
- Hollin, C. R. (1995). *The meaning and implications of programme Integrity*. In McGuire, (ed), 1995.

- 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.
- Link, B. G., Andrews, H., & Cullen, F. T. (1992). The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *American Sociological Review*, 57, 275 - 292.
- Priestley, P., & McGuire, J. (1985). *Offending behaviour: Skills and stratagems for going straight*, London: Batsford.
- Sewenson, C .C., Henggeler, S .W., & Schoenwald, S. K. (2004). *Family-Based Treatment*. In C. R. Hollin(Eds). *The essential handbook of offender Assessment and Treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Steadman, H. J., Monahan, J., Robbins, P. C., Appelbaum, P., Grisso, T., Klassen, D., Mulvey, E. P., & Roth, L. (1993). *From dangerousness to risk assessment: Implications for appropriate research strategies*. In S. Hodgins (Ed). *Mental disorder and crime* (pp. 39 - 22). Newbury Park, CA: Sage.
- Templeton, J. K. (1990). Social training for behavior- problem adolescents: A review. *International Journal of partial Hospitalization*, 6, 49-60.
- Thomas, M., Jackson, S. (2003). *Cognitive–Skills group work*. In C. Towl (Eds). *Psychology in prisons*. British psyological society. Black well 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.