



دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

روان‌درمانگری و توانبخشی زندانیان و بررسی اثربخشی آن در زندان رجایی شهر

مجری:

دکتر محمد خدایاری فرد

همکاران:

دکتر فرامرز سهرابی، دکتر محسن شکوهی یکتا، دکتر باقر غباری بناب، دکتر احمد به‌پژوه،
حجت‌الاسلام دکتر علی‌نقی فقیهی، آقای سعید اکبری زردخانه و دکتر یاسمین عابدینی

مشاوران طرح به ترتیب حروف الفبا:

دکتر علی‌اصغر احمدی، دکتر ایرج اسماعیلی، دکتر محمدعلی بشارت، دکتر رضا رستمی،
دکتر مرتضی متولی‌خامنه و دکتر سیدجلال یونسی

ناظران علمی:

دکتر غلامعلی افروز و آقای علی شمس

دستگاه سفارش دهنده:

شورای برنامه ریزی و مدیریت بهداشت روان و اصلاح رفتار زندانیان
اداره کل سازمان زندان‌های استان تهران

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

پیشگفتار

جرم و جنایت، یکی از مشکلات بزرگ بشر به خصوص در جوامع صنعتی و پیشرفته است که آثار منفی کوتاه‌مدت و بلندمدت و غیرقابل جبرانی برای خانواده‌ها و جوامع در بر دارد. از این رو دست‌اندرکاران و متخصصان حوزه‌های مختلف نظیر جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و علوم قضایی، توجه خاصی به آن می‌کنند و نه تنها به دنبال پیدا کردن راه‌هایی برای کاهش جرم و جنایت در جامعه‌اند، بلکه درصددند تا راه‌هایی برای برخورد با مجرمان و بزهکاران پیدا کنند، که احتمال اقدام مجدد به جرم را در آنها کاهش دهد.

نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان داده که یکی از موجبات ارتکاب جرم و جنایت، وجود برخی مشکلات روان‌شناختی است. در این زمینه در بسیاری از مجامع اقدام‌هایی در جهت کاهش این مشکلات در جمعیت‌های زندانی و مجرم صورت می‌گیرد. با توجه به اینکه برخی نوجوانان، جوانان و بزرگسالان جامعه ما نیز، به دلایل مختلف از جمله مشکلات روان‌شناختی به رفتارهای بزهکارانه و جرم‌آفرین روی می‌آورند و امنیت خود، خانواده‌ها و جامعه را به مخاطره می‌اندازند، بدین علت تصمیم گرفتم که با انجام این پژوهش، گامی کوچک در جهت کمک به کاهش جرم و تجربه شیوه‌ای نو برای مقابله با آن در کشور عزیزمان بردارم. اکنون که به لطف خداوند مَنان موفق به انجام این کار شدم، بر خود لازم می‌بینم از کلیه عزیزانی که در این کار همراهی و مشارکت کردند و با ارائه نظرها و راهکارهای عالمانه خویش اینجانب را یاری رساندند، تشکر و قدردانی کنم.

از همکاران محترم طرح آقایان دکتر فرامرز سهرابی، دکتر محسن شکوهی یکتا، دکتر باقر غباری بناب، دکتر احمد به‌پژوه، دکتر علی‌نقی فقیهی، آقای سعید اکبری زردخانه و خانم دکتر یاسمین عابدینی که در کلیه مراحل پژوهش با ارائه دیدگاه‌های علمی، مشارکت در جلسات، قبول زحمت روان‌درمانگری مددجویان در محیط زندان و تنظیم گزارش طرح همکاری کردند، بسیار سپاسگزار و متشکرم.

از مشاوران گرامی طرح آقایان دکتر علی‌اصغر احمدی، دکتر ایرج اسماعیلی، دکتر محمدعلی بشارت، دکتر رضا رستمی، دکتر مرتضی متولی خامنه و دکتر سیدجلال یونسی به دلیل قبول زحمت مشاوره طرح و ارائه پیشنهادها سازنده و راهگشا تشکر و قدردانی می‌کنم.

از آقایان دکتر غلامعلی افروز و علی شمس که مسئولیت نظارت علمی بر طرح را متقبل شدند، همچنین آقای سهراب سلیمانی (مدیر کل سازمان زندان‌ها) و آقای علی حاجی سیدکاظم (رئیس زندان رجایی شهر) که انجام هماهنگی‌های کارای آنها ما را قادر به انجام این پژوهش در مکانی با تدابیر امنیتی و حفاظتی زیاد ساخت، مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می‌دارم. از آقایان علی‌رضا محلاتی (مسئول بخش روان‌شناسی) و دکتر محمدرضا عسگری (مسئول مرکز بهداشت و درمان زندان رجایی شهر) که زحمت هماهنگی‌های درونی زندان و جمع‌آوری مددجویان و تشکیل جلسات گروهی و فردی بر دوش آنان بود، تشکر و سپاسگزاری می‌کنم.

مراتب امتنان خود را از خانم مهدیه شفیعی تبار و آقای جعفر مقصودی و علی اکبر شعبانی نیز به دلیل کمک به انجام روان‌درمانگری‌های فردی و گروهی که اینجانب و همکاران بنده را یاری رساندند، ابراز می‌دارم. از منشی‌های پرتلاش و باحوصله گروه پژوهش خانم مه‌لقا ایرانی و عاطفه مدنی که زحمت تایپ و تصحیح چندین باره مکاتبات و گزارش‌های تحقیق و مقالات را متقبل بودند، تشکر می‌کنم. در پایان نیز بجاست از مددجویان عزیز که انجام یافتن این پژوهش بدون همکاری آنان ممکن نبود، کمال قدردانی را به جای آورم و از خداوند منان طلب موفقیت برای ایشان و خانواده‌های آنان کنم. امید آن دارم که مسئولان و دست‌اندرکاران جامعه بتوانند با استفاده از نتایج پژوهش حاضر و پژوهش‌هایی از این دست، برنامه‌ریزی صحیحی برای پیشگیری از محکومیت مجدد و روی‌آوری اقشار مختلف جامعه به ویژه نوجوانان به رفتارهای بزهکارانه و جرم‌آفرین داشته باشند.

دکتر محمد خدایاری فرد

مجری طرح

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 است. در پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله‌های شناختی-رفتاری فردی و گروهی در کاهش نشانگان روان‌شناختی زندانیان، ۳۰۰ نفر از زندانیان زندان رجایی‌شهر به‌طور تصادفی انتخاب شدند و سپس به‌طور تصادفی در سه گروه با حجم مساوی قرار گرفتند. آنگاه ۱۰۰ نفر در جلسات روان‌درمانگری شناختی-رفتاری انفرادی توأم با جلسات آموزش فنون شناختی-رفتاری به صورت گروهی-فردی (گروه درمان همزمان)؛ ۱۰۰ نفر فقط در جلسات شناخت-رفتار درمانی انفرادی گنجانده شدند (گروه درمان انفرادی) و ۱۰۰ نفر دیگر در فهرست انتظار برای دریافت مشاوره فردی قرار گرفتند (گروه کنترل). به منظور بررسی وضعیت روان‌شناختی آزمودنی‌ها، قبل و پس از اعمال مداخله‌ها از آزمون‌های GHQ-28 و SCL-90-R و مصاحبه تشخیصی توسط روان‌پزشک، براساس ملاک‌های DSM-IV-TR، 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 روان‌شناختی زندانیان دارد، اما اثربخشی درمان همزمان بیشتر از درمان انفرادی است. به عبارت دیگر، پس از مداخله‌های شناختی-رفتاری، زندانیان در هر دو گروه درمان همزمان و درمان انفرادی، نسبت به زندانیان گروه کنترل کاهش در شاخص‌های آزمون‌های GHQ-28 و SCL-90-R نشان دادند. 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: مداخله‌های شناختی-رفتاری، درمان انفرادی، آموزش گروهی، وضعیت روان‌شناختی.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	فصل یکم: مقدمه.....
۲	مقدمه.....
۳	بیان مسئله.....
۸	ضرورت و اهمیت پژوهش.....
۱۱	برخورد انسانی و بازپروری: مخالفت‌ها و موافقت‌ها.....
۱۶	پیامد بازپروری افراد مجرم در جامعه چیست؟.....
۱۷	هدف‌های تحقیق.....
۱۷	فرضیه‌های تحقیق.....
۱۸	متغیرهای پژوهش.....
۱۸	تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها.....
۱۸	درمان شناختی- رفتاری.....
۱۹	اختلال‌های روانی.....
۱۹	تعریف اصطلاحات پژوهش.....
۲۰	فصل دوم: پیشینه پژوهش.....
۲۱	زندان‌های ایران در گذشته و حال.....
۲۴	وظایف سازمان زندان‌ها و اقدام‌های تأمینی و تربیتی کشور.....
۲۵	دلایل توجه به جرم.....
۲۵	دیدگاه‌ها و نظریه‌ها در خصوص جرم.....
۲۵	دیدگاه تاریخی.....
۲۶	نظریه کلاسیک.....
۲۷	نظریه‌های روان‌شناختی.....
۲۹	رویکردهای رفتاری.....
۳۱	شیوه‌هایی برای کاهش رفتار نامطلوب.....
۳۳	شیوه‌هایی برای افزایش رفتار مطلوب.....

۳۴	به سوی برنامه‌های جامع برای مدیریت و توانبخشی
۳۷	خصوصیات مجرم
۳۷	الف) فرایندهای شناختی
۳۸	ب) تکانشگری و مشکلات خودنظم‌بخشی
۳۹	ج) خشم و خصومت
۴۰	د) همدلی
۴۱	ه) قابلیت اجتماعی
۴۲	خصوصیات جرم
۴۴	درمان خشم در مجرمان
۴۵	خشم، پرخاشگری و درمان خشم
۴۶	خشم و مجرمان بیمارستانی
۴۹	پژوهش‌های موجود در زمینه درمان خشم در مجرمان
۵۲	مداخلات درمانی برای خشم
۵۲	سطوح متمایزکننده
۵۴	پروژه درمان خشم بیمارستان ایالتی
۵۵	سنجش جامع
۵۶	مرحله مقدماتی درمان
۵۷	درمان اصلی: موضوعات اساسی
۵۸	پیگیری
۵۸	برنامه‌های درمانی مربوط به مجرمان جوانان خشن
۶۰	برنامه‌هایی برای مجرمان بزرگسال خشن
۶۳	رهنمودهایی برای تأمین درمان‌های آتی
۶۴	آموزش مهارت‌های اجتماعی
۶۵	ادراک اجتماعی
۶۶	شناخت اجتماعی
۶۷	عملکرد اجتماعی
۶۷	مرور کلی
۷۶	مجرمان دارای اختلال شخصیت

۸۰	تشخیص‌ها
۸۰	جامعه‌ستیزی
۸۲	درمان افراد مجرم دارای اختلال شخصیت
۸۵	بزهکاری در مدارس: پیشگیری و درمان
۸۸	یافته‌های اولیه
۹۸	چه چیزی مؤثر است؟
۱۰۰	درمان‌های خانواده‌مدار
۱۰۱	تعریف درمان خانواده‌مدار
۱۰۱	برنامه‌های حفاظت خانوادگی
۱۰۳	خانواده‌درمانی کارکردی
۱۰۵	خانواده‌درمانی ساخت‌گرا
۱۰۷	خانواده‌درمانی چندبعدی
۱۰۸	درمان چندسیستمی
۱۱۱	رهنمون‌های آینده درمان خانواده‌مدار
۱۱۲	برنامه‌ریزی مهارت‌های شناختی: برنامه توانبخشی و مهارت استدلال
۱۱۵	محتوای برنامه
۱۱۷	ویژگی‌های ارائه‌کنندگان برنامه
۱۱۹	مجرمان بزرگسال
۱۲۲	مجرمان جوان
۱۲۳	مجرمان مبتلا به سوء مصرف مواد
۱۲۴	مجرمان با اختلال‌های روانی
۱۲۵	مجرمان با اختلال‌های روانی اساسی
۱۲۵	اختلال‌های روانی اساسی
۱۲۶	شیوع جنایت در میان اشخاص با اختلال‌های روانی اساسی
۱۲۷	عوامل مؤثر بر شیوع جرم در میان اشخاص مبتلا به اختلال‌های روانی اساسی
۱۲۷	عوامل فردی
۱۲۹	عوامل زمینه‌ای
۱۳۰	اهداف درمان

۱۳۱	..... سازماندهی و هماهنگی خدمات
۱۳۳	..... ارزیابی و شناسایی
۱۳۴	..... سه مرحله تشخیص
۱۳۴	..... اختلال اولیه
۱۳۵	..... اختلالات توأمان و مشکلات شایع
۱۳۷	..... شرایط درمان بهینه
۱۳۸	..... درمان
۱۳۸	..... مراقبت تخصصی بیماران بستری
۱۳۹	..... مراقبت مخصوص اجتماع
۱۴۰	..... ارزشیابی مداخله و درمان در زندان
۱۴۱	..... ارزشیابی طولانی‌مدت
۱۴۲	..... طرح مطالعه ارزشیابی
۱۴۴	..... بهبود کار
۱۴۴	..... ارزشیابی آثار کوتاه‌مدت
۱۴۹	..... فصل سوم: روش پژوهش
۱۵۰	..... روش پژوهش
۱۵۰	..... جامعه آماری و حجم نمونه
۱۵۰	..... روش نمونه‌گیری
۱۵۲	..... ابزارهای پژوهش
۱۵۲	..... (۱) پرسشنامه جمعیت‌شناختی
۱۵۲	..... (۲) پرسشنامه سلامت روان عمومی (GHQ)
۱۵۳	..... شیوه نمره‌گذاری
۱۵۳	..... روایی و پایایی
۱۵۴	..... (۳) پرسشنامه فهرست نشانگان بیماری (SCL-90-R)
۱۵۵	..... شیوه نمره‌گذاری
۱۵۶	..... روایی و پایایی
۱۵۸	..... مصاحبه بالینی روان‌پزشکی
۱۵۸	..... روش اجرای پژوهش

۱۵۹	روش‌های آماری به‌کار رفته در تحلیل فرضیه‌ها
۱۶۰	فصل چهارم: نتایج و یافته‌ها
۱۶۱	یافته‌های توصیفی
۱۶۲	یافته‌های توصیفی جمعیت‌شناختی
۱۶۴	یافته‌های توصیفی ابزارهای پرسشنامه سلامت روان عمومی و فهرست نشانگان بیماری
۱۷۲	یافته‌های استنباطی
۱۷۴	گروه‌های درمان شناختی- رفتاری همزمان مددجویان مرد
۱۸۰	گروه درمان شناختی- رفتاری همزمان با تأکید بر آموزه‌های دینی
۱۸۴	گروه درمانی شناختی- رفتاری همزمان مددجویان زن
۱۸۹	مقایسه اثربخشی شرایط مداخله همزمان با شرایط مداخله فردی و کنترل مددجویان مرد
	مقایسه اثربخشی شرایط مداخله شناختی- رفتاری با تأکید بر آموزه‌های دینی با شرایط مداخله فردی و کنترل مددجویان مرد
۱۹۹	کنترل مددجویان مرد
۲۰۸	مقایسه درمان شناختی- رفتاری همزمان مددجویان زن با درمان فردی مددجویان زن
۲۱۴	وضعیت گروه‌های درمان همزمان و فردی و گروه کنترل براساس میزان موارد بازگشت به زندان
۲۱۶	فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری
۲۲۳	محدودیت‌ها
۲۲۳	پیشنهادها
۲۲۷	منابع و مآخذ
۲۵۴	پیوست‌ها
۲۵۵	پیوست ۱. ابزارهای پژوهش
۲۵۶	پرسشنامه سلامت روان عمومی
۲۶۰	فهرست نشانگان بیماری
۲۶۵	پیوست ۲: برنامه کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری
	پیوست ۳: برنامه کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر اساس آموزه‌های دینی
۳۲۱	
۳۸۳	پیوست ۴. اسامی مددجویان

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲. خلاصه مطالعات آموزش مهارت‌های اجتماعی بر گروه‌های مختلف مجرمان و نتایج حاصل از آنها.....	۷۱
جدول ۲-۲. اختلال‌های شخصیت در ICD-10 و DSM-IV-TR.....	۷۷
جدول ۲-۳. درصد بیماران مرد و زن در بیمارستانی ویژه، زندانیان مردی که تشخیص‌های اختلال شخصیت DSM-III را دریافت کرده‌اند (کوید، ۱۹۹۲ و دولان و میشل، ۱۹۹۴).....	۷۹
جدول ۱-۳. ضرایب پایایی زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی در پژوهش حاضر.....	۱۵۴
جدول ۲-۳. ضرایب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی فهرست نشانگان بیماری.....	۱۵۷
جدول ۳-۳. نتایج روش دو نیمه کردن برای ارزیابی پایایی.....	۱۵۸
جدول ۱-۴. خلاصه یافته‌های توصیفی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مددجویان.....	۱۶۲
جدول ۲-۴. خلاصه یافته‌های توصیفی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مددجویان.....	۱۶۳
جدول ۳-۴. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون پرسشنامه سلامت روان عمومی.....	۱۶۴
جدول ۴-۴. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه درمان همزمان.....	۱۶۵
جدول ۵-۴. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه سلامت روان عمومی (گروه درمان فردی).....	۱۶۶
جدول ۶-۴. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه کنترل.....	۱۶۷
جدول ۷-۴. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری گروه نمونه.....	۱۶۸
جدول ۸-۴. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری گروه درمان همزمان.....	۱۶۹
جدول ۹-۴. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری گروه درمان فردی.....	۱۷۰

- جدول ۴-۱۰. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون زیرمقیاس‌های فهرست‌نشانگان بیماری گروه‌کنترل ۱۷۱
- جدول ۴-۱۱. خلاصه یافته‌های توصیفی گروه‌های مددجویان قرار گرفته در شرایط سه‌گانه پژوهش در شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مرحله پیش‌آزمون ۱۷۳
- جدول ۴-۱۲. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس یک‌راهه گروه‌های مددجویان قرار گرفته در شرایط سه‌گانه پژوهش براساس شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مرحله پیش‌آزمون ۱۷۳
- جدول ۴-۱۳. خلاصه یافته‌های توصیفی گروه‌های مددجویان قرار گرفته در شرایط سه‌گانه پژوهش در شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری در مرحله پیش‌آزمون ۱۷۳
- جدول ۴-۱۴. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس گروه‌های مددجویان قرار گرفته در شرایط سه‌گانه پژوهش براساس شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مرحله پیش‌آزمون ۱۷۴
- جدول ۴-۱۵. خلاصه یافته‌های توصیفی سه گروه مددجویان مرد بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان براساس تغییر شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی ۱۷۵
- جدول ۴-۱۶. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس یک‌راهه سه گروه مددجویان مرد بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان براساس تغییر شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی ۱۷۵
- جدول ۴-۱۷. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه مردان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان ۱۷۶
- جدول ۴-۱۸. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص‌های کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه مردان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی رفتاری همزمان ۱۷۶
- جدول ۴-۱۹. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه مردان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی رفتاری همزمان ۱۷۷
- جدول ۴-۲۰. خلاصه یافته‌های توصیفی سه گروه مددجویان مرد بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان براساس تغییر شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری ۱۷۷
- جدول ۴-۲۱. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس یک‌راهه سه گروه مددجویان بهره‌گیرنده از خدمات شناختی- رفتاری همزمان براساس تغییرات شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری ۱۷۸
- جدول ۴-۲۲. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین و زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه مردان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان ۱۷۹

- جدول ۴-۲۳. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین و زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه مردان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان ۱۷۹
- جدول ۴-۲۴. خلاصه یافته‌های آزمون از بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌ها و شاخص کل فهرست نشانگان بیماری گروه مددجویان مرد بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان ۱۸۰
- جدول ۴-۲۵. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه مردان بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان با تأکید بر آموزه‌های دینی ۱۸۱
- جدول ۴-۲۶. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه مردان بهره‌گیرنده از مداخله شناختی رفتاری همزمان با تأکید بر آموزه‌های دینی ۱۸۱
- جدول ۴-۲۷. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه مردان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی رفتاری همزمان با تأکید بر آموزه‌های دینی ۱۸۲
- جدول ۴-۲۸. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه مردان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان با تأکید بر آموزه‌های دینی ۱۸۲
- جدول ۴-۲۹. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیری میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه مردان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان با تأکید بر آموزه‌های دینی ۱۸۳
- جدول ۴-۳۰. خلاصه یافته‌های اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های زیرمقیاس و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه مددجویان مرد بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان ۱۸۴
- جدول ۴-۳۱. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین و زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه زنان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان ۱۸۵

- جدول ۴-۳۲. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیری میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه زنان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان ۱۸۵
- جدول ۴-۳۳. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه نشانگان بیماری گروه مددجویان زن بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان ۱۸۶
- جدول ۴-۳۴. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه زنان بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان ۱۸۷
- جدول ۴-۳۵. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیری میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه زنان بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان ۱۸۷
- جدول ۴-۳۶. خلاصه یافته‌های اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه مددجویان زن بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان ۱۸۸
- جدول ۴-۳۷. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان مرد در شرایط سه‌گانه درمانی ۱۸۹
- جدول ۴-۳۸. خلاصه نتایج آزمون باکس M در مورد برابری ماتریس کواریانس تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی ۱۹۰
- جدول ۴-۳۹. نتایج آزمون‌های لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطای نمره‌های تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی ۱۹۰
- جدول ۴-۴۰. خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان مرد شرایط سه‌گانه مداخله ۱۹۱
- جدول ۴-۴۱. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان مرد شرایط سه‌گانه مداخله ۱۹۱
- جدول ۴-۴۲. خلاصه یافته‌های آزمون تعقیبی بن فرنی شرایط سه‌گانه درمانی براساس میانگین تغییرات زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان مرد در شرایط سه‌گانه مداخله‌ای ۱۹۲
- جدول ۴-۴۳. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مددجویان مرد در شرایط سه‌گانه درمانی ۱۹۴

- جدول ۴-۴۴. خلاصه نتایج آزمون باکس M در مورد برابری ماتریس کواریانس تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری..... ۱۹۵
- جدول ۴-۴۵. نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس‌های خطای نمره‌های تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری..... ۱۹۶
- جدول ۴-۴۶. خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مددجویان در شرایط سه‌گانه مداخله..... ۱۹۶
- جدول ۴-۴۷. خلاصه یافته‌های اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه مددجویان مرد شرایط سه‌گانه مداخله..... ۱۹۷
- جدول ۴-۴۸. خلاصه یافته‌های آزمون تعقیبی بن فرنی شرایط سه‌گانه درمانی براساس میانگین تغییرات زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مددجویان مرد در شرایط سه‌گانه درمانی..... ۱۹۸
- جدول ۴-۴۹. خلاصه یافته‌های آزمون توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان مرد بهره‌گیرنده از درمان شناختی- رفتاری با تاکید بر آموزه‌های دینی، شرایط درمان‌های فردی و کنترل..... ۲۰۰
- جدول ۴-۵۰. خلاصه نتایج آزمون M باکس در مورد برابری ماتریس کواریانس تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی..... ۲۰۰
- جدول ۴-۵۱. نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس خطای نمره‌های تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی..... ۲۰۱
- جدول ۴-۵۲. خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان مرد بهره‌گیرنده از درمان شناختی- رفتاری با تاکید بر آموزه‌های دینی و گروه فردی و کنترل..... ۲۰۱
- جدول ۴-۵۳. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی در میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان مرد بهره‌گیرنده از درمان شناختی- رفتاری با تاکید بر آموزه‌های دینی با گروه فردی و کنترل..... ۲۰۲
- جدول ۴-۵۴. خلاصه یافته‌های آزمون تعقیبی بن فرنی براساس میانگین تغییرات زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان مرد بهره‌گیرنده از درمان همزمان با تاکید بر آموزه‌های دینی با گروه‌های فردی و کنترل..... ۲۰۲

- جدول ۴-۵۵. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مددجویان مرد بهره‌گیرنده از درمان‌های شناختی- رفتاری با تاکید بر آموزه‌های دینی یا گروه‌های فردی و کنترل ۲۰۴
- جدول ۴-۵۶. خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مددجویان مرد بهره‌گیرنده از درمان شناختی- رفتاری با تاکید بر آموزه‌های دینی و گروه فردی و کنترل ۲۰۵
- جدول ۴-۵۷. خلاصه یافته‌های اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه مددجویان مرد بهره‌گیرنده از درمان‌های شناختی- رفتاری همزمان با تاکید بر آموزه‌های دینی و گروه فردی و کنترل ۲۰۶
- جدول ۴-۵۸. خلاصه یافته‌های آزمون بن فرنی براساس میانگین تغییرات زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مددجویان مرد بهره‌گیرنده از درمان‌های شناختی- رفتاری با تاکید بر آموزه‌های دینی و گروه‌های درمان فردی و کنترل ۲۰۷
- جدول ۴-۵۹. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان با مداخله فردی ۲۰۸
- جدول ۴-۶۰. خلاصه نتایج آزمون M باکس درمورد برابری ماتریس کوواریانس تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی ۲۰۹
- جدول ۴-۶۱. نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس خطای نمره‌های تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی ۲۰۹
- جدول ۴-۶۲. خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان زن بهره‌گیرنده از درمان شناختی- رفتاری همزمان با درمان فردی ۲۱۰
- جدول ۴-۶۳. خلاصه یافته‌های آزمون اثربین آزمودنی بر میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان زن بهره‌گیرنده از درمان شناختی- رفتاری با گروه درمانی فردی ۲۱۰
- جدول ۴-۶۴. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مددجویان زن بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان ۲۱۱
- جدول ۴-۶۵. نتایج آزمون M باکس درمورد برابری ماتریس کوواریانس تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری ۲۱۲

- جدول ۴-۶۶ نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس‌های خطای نمره‌های تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری..... ۲۱۲
- جدول ۴-۶۷. خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مددجویان زن بهره‌گیرنده از درمان شناختی- رفتاری همزمان با درمان فردی..... ۲۱۳
- جدول ۴-۶۸. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه مددجویان زن بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان..... ۲۱۳
- جدول ۴-۶۹. یافته‌های حاصل از گروه‌های درمانی همزمان و فردی و گروه کنترل براساس بازگشت به زندان..... ۲۱۴

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۱۶۵.....	نمودار ۴-۱. میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی کل گروه نمونه.....
۱۶۶.....	نمودار ۴-۲. میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی گروه درمان همزمان.....
۱۶۷.....	نمودار ۴-۳. میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی گروه درمان فردی.....
۱۶۸.....	نمودار ۴-۴. میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی گروه کنترل.....
۱۶۹.....	نمودار ۴-۵. میانگین زیرمقیاس‌های پیش‌آزمون فهرست نشانگان بیماری کل گروه نمونه.....
۱۷۰.....	نمودار ۴-۶. میانگین زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری گروه درمان همزمان.....
۱۷۱.....	نمودار ۴-۷. میانگین زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری گروه درمان فردی.....
۱۷۲.....	نمودار ۴-۸. میانگین زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری گروه کنترل.....

فصل يكم

مقدمه

مقدمه

چرا آدمی مرتکب جرم می‌شود؟ هیچ کس از مادر، مجرم و عامل به جرم زاده نشده است. خداوند بندگان خود را پاک و منزّه آفریده است. انسان در بدو تولد، همانند لوح سفید و عاری از هر سیاهی است و اگر پس از مدتی کدورتی در آن پیدا می‌شود، در اثر محیط‌هایی است که در آنها زندگی می‌کند و پرورش می‌یابد. جرم همانند هر رفتاری می‌تواند تحت تأثیر یادگیری قرار گیرد. داشتن الگوهای نادرست در محیط‌های زندگی فرد را به سوی جرم و خلاف و بزه سوق می‌دهد. شاید ابتدای شروع آن جرم و جنایت هنگامی بود که آدم و حوا به علت ارتکاب عمل نهی‌شده‌ای چون خوردن گندم یا سیب از بهشت به دور از هر کژی و جرم بیرون رانده شدند و پسرشان قابیل برادر خود هابیل را به قتل رساند و تخم نحس جرم را در زمین خاکی کاشت. از آن به بعد جرم به شکل پدیده طبیعی و دایمی در جوامع در آمد. از آن روز به بعد، این پدیده در بین بشر گسترش یافت تا بدین جا که امروزه به معضلی اساسی برای نوع بشریت تبدیل شده است. امروزه شاهد گسترش روزافزون ارتکاب به انواع جرایم ریز و درشت هستیم که امنیت انسان را تهدید می‌کند و به‌طور تقریبی هیچ روزی را بدون خبردار شدن و اطلاع یافتن از یک جرم و جنایت سپری نمی‌کنیم (ستوده و همکاران، ۱۳۷۶).

بشر همواره از ابتدا، برای دفاع از جان و مال و حقوق و آزادی خویش، مجرمان، متخلفان و متجاوزان را به انحای گوناگون به کیفر رسانده است و جامعه نیز در طول ادوار تاریخ برای حفظ نظم و آرامش و امنیت، با تنبیه مجرمان و مجازات‌های گوناگون واکنش نشان داده است (گودرزی و الوندی، ۱۳۸۲). توالی و تحول انواع مجازات‌ها، بحثی مفصل است که در جای خود به اجمال به آن خواهیم پرداخت، ولی آنچه امروزه به عنوان مهم‌ترین و در عین حال شدیدترین نوع مجازات در نظر گرفته می‌شود، سلب آزادی است؛ نعمتی که وجود آن به انسان هویت می‌بخشد.

وقتی مجازات حبس، جزو مجازات‌های اصلی در آمد، دیری نپایید که مضرات آن در اثر عدم اجرای شیوه‌های اصلاحی و تربیتی و درمانی، خود را نمایان کرد. در سال‌های اخیر موضوعی که سیاست‌گذاران و کیفرشناسان بسیاری پیرامون آن به بحث پرداخته‌اند، این است که آیا فقط استفاده از حبس می‌تواند ارتکاب جرم را کاهش دهد؟ جواب به این پرسش امروزه بحث زندان و حبس را به یکی از جنجالی‌ترین مباحث اجتماعی مبدل ساخته است. موافقان و مخالفان بحث زندان هر یک از منظری به مقوله زندان نگاه می‌کنند. یکی زندان را آسیب‌زا می‌داند و دیگری آن را آسیب‌زدا، یکی زندان را خوفناک می‌داند، دیگری روح‌انگیز، یکی زندانی را بالفطره مجرم و دیگری آن را معلول مشکلات اجتماعی و خانوادگی می‌داند (دانش، ۱۳۷۴).

به هر حال زندان فی نفسه به لحاظ اینکه با حیثیت انسان مرتبط است، حساسیت ویژه‌ای دارد. واقعیت نشان از نیاز جوامع به مکان‌هایی دارد که بتواند برای مدتی افراد ناسازگار و نابهنجار را جدای از جامعه نگه دارد و تمهیداتی بیندیشد که آنان را اصلاح کند و سالم به جامعه برگرداند. هر روز معتقدین به اصلاح زندانیان بیشتر می‌شود و سبک و روش جدیدی برای تأثیرگذاری بر زندانی ابداع و اجرا می‌شود. بنابراین می‌توان گفت زندان با پیدایش جوامع پدید آمده و ظواهر امر نشان از حرکت سایه به سایه آن با جوامع تا پایان آن دارد. اگر این واقعیت را بپذیریم، آنگاه با اتکا به فرهنگ و دانش علمی باید راه‌های بهتر «زندانبانی» را پیدا کنیم (ماتیوس و فرانسیس،^۱ ۱۹۹۸، ترجمه اکبری، ۱۳۸۱). از سوی دیگر، رعایت حقوق زندانیان و توجه به این حقوق، دیر زمانی است که اندیشه‌های انسانی را به خود معطوف داشته است. اندیشه‌های اصلاحی - تربیتی را در تعالیم پیامبران الهی چون پیامبر گرامی اسلام (ص) و حضرت مسیح (ع) و پیشوایان دین اسلام چون امام علی (ع) و امام جعفر صادق (ع) می‌توان دید. این گونه افکار در اظهارات اندیشمندان مثل افلاطون و ارسطو در یونان باستان، بزرگان، فقها و حقوقدانان و اندیشمندان اسلامی چون غزالی و علمای مذهبی مسیحی چون سن آگوستین و سن تو مادکن نیز قابل مشاهده است (شمس، ۱۳۸۲).

امروزه هدف زندانبانی، احیای هدف دوطرفه است؛ از یک سو با اجرای شیوه‌های صحیح، اصلاح و تربیت به قصد کاهش ارتکاب مجدد جرم^۲ و بازگشت دوباره زندانیان بوده است. از سوی دیگر، در مسیر نیل به این هدف است که در اجرای روش‌های اصلاحی و تربیتی و درمانی، حقوق زندانیان تا آنجا که خللی به نظم و آرامش زندان وارد نیاورد و مغایر با قوانین و مقررات موجود نباشد، باید محترم شمرده شود.

بیان مسئله

شکی نیست که انسان امروزه با اشکال گوناگونی از مسائل تعلیم و تربیت، بیماری‌ها و اختلال‌ها، انتخاب و مسئولیت شخصی، آسیب‌های روانی - اجتماعی و جرم و جنایت سروکار دارد. اختلال و آشفتگی‌های روانی، یکی از مشکلات و مسائل بزرگ دنیای امروز است. تقریباً در سراسر دنیا افراد زیادی از آن رنج می‌برند و برای رفع آن نیازمند خدمات روان‌شناختی‌اند و برخی از آنها برای کسب تعادل و آرامش روانی در طلب کمک از افراد متخصص و غیرمتخصص برمی‌آیند.

در اغلب موارد وجود اختلال‌های روانی در فرد، نه تنها سازگاری فردی و اجتماعی شخص را کاهش می‌دهد، بلکه امنیت و بهداشت روانی خانواده و دیگر گروه‌های اجتماعی را نیز دچار مشکل

^۱ - Mathews & Francis

^۲ - Recidivism

می‌سازد. در مواردی که نوع و شدت مشکل ایجادشده به حدی می‌رسد که موجبات آزار و تهدید حقوق اعضای دیگر اجتماع را فراهم می‌آورد، حضور و مداخله ارگان‌های قضایی و انتظامی برای آرایش دوباره مرزهای بین افراد، الزامی می‌شود. نتیجه این فرایند، درگیری فرد بیمار با قانون و مراجع کیفری است. به عبارت دیگر، فرد بیمار به سبب داشتن اختلال روانی و پیامد آن یعنی ارتکاب جرم، تحت پیگرد قانونی قرار می‌گیرد.

پذیرش ارتباط بین ارتکاب جرم و اختلال‌های روانی، بر این فرض مبتنی است که بیماران روانی به قوانین جامعه اعتنا نمی‌کنند و رفتار آنها غیرقابل پیش‌بینی است و نمی‌توانند اعمال خود را مهار کنند و چون قادرند در هر زمانی به هر کاری دست بزنند، پس بالقوه خطرناکند. از سوی دیگر، این فرض نیز پذیرفته شده است که اگر فردی به اعمال خشونت‌آمیز، بی‌معنا و غیرقابل درک دست بزند، آشکارا بیمار است. پس نتیجه گرفته می‌شود که نه تنها بیماران روانی خطرناکند، بلکه آنهایی که مرتکب جرایم عجیب می‌شوند، از لحاظ روانی بیمارند (دادستان، ۱۳۸۲). البته باید در نظر داشت که رابطه بین اختلال‌های روانی و ارتکاب جرم بدین شکل خطی و مستقیم نیست و در بیشتر موارد با دقت و تعدیل در تعاریف اختلال روانی و جرم از دیدگاه‌های مختلف، چنین رابطه‌ای قابل تشخیص است.

داده‌های تجربی بسیاری در تأیید این رابطه در ادبیات پژوهش‌های صورت گرفته درباره تعیین فراوانی اختلال‌های روانی در بین افراد مجرم وجود دارد. پژوهش‌های اروپایی و آمریکایی، یافته‌های هماهنگی در مورد شیوع اختلال‌ها روانی در نمونه‌های مجرم و زندانی گزارش کرده‌اند. در پژوهش‌هایی از این دست، شیوع اختلال‌های روانی در زندان‌های دانمارک، ۶۴ درصد (آندرسن، سیس‌تافت، لیلیگ، گابریل‌سون و کرامپ، ۱۹۹۶)^۱، در انگلیس، ۶۲ درصد (بیرمنگهام، ماسون و گرابین، ۱۹۹۶)^۲، در ولز و انگلستان، ۶۳ درصد (بروک، تیلور، گانن و مادن، ۱۹۹۶)^۳، در ایرلند، ۶۳ درصد (اسمیت، انیل، والش و دولی، ۱۹۹۶)^۴، در اسکاتلند، ۶۷ درصد (کوک، ۱۹۹۴)^۵ و در هلند، ۵۴ درصد (شوماکر و ون‌زیس، ۱۹۹۷)^۶ گزارش شده است، این در حالی است که در تمام موارد، شیوع اختلال‌های گزارش شده در طول عمر، بیش از این موارد بوده است.

در کشورهای آمریکایی و ایالات متحده، نسبت زندانیانی که در زمان پذیرش دارای اختلال‌ها و آشفتگی‌های روانی‌اند یا از اختلال شخصیت رنج می‌برند، به‌طور دقیق مشخص نیست و به‌طور

^۱. Andersen, Sestoft, Lillebeak, Gabrielson & Kramp

^۲. Birmingham, Mason & Grabin

^۳. Brook, Taylor, Gunn. & Maden

^۴. Smith, O'Neill, Tobin, Walshe & Dooley

^۵. Cook

^۶. Schoemaker & Van Zessen

تقریبی بین ۳ تا ۸۰ درصد بوده است (کوک، ۱۹۹۴). در پژوهش‌های دیگری که با هدف تعیین فراوانی اختلال‌های روانی و مقایسه آن با جمعیت عادی صورت گرفته، تقریباً، همه پژوهش‌ها بالاتر بودن اختلال‌های روانی در جمعیت مجرمان و زندانیان را در مقایسه با جمعیت عادی نشان داده‌اند (توپلین^۱ و همکاران، ۱۹۹۶؛ جردن^۲ و همکاران، ۱۹۹۶).

در گزارش‌های ارائه‌شده از تحقیقات گوناگون، تفاوت زیادی بین شیوع اختلال‌ها به چشم می‌خورد که ممکن است ناشی از نظام‌های طبقه‌بندی گوناگون و ابزارهای تشخیصی متنوع، نمونه‌های مورد مطالعه مختلف و اهداف گوناگون عملی و دوره‌های مختلف زمانی باشد (بلاو، روش و کرخوف،^۳ ۲۰۰۰). البته در برخی از مطالعات نیز اشکالات روش‌شناختی مثل نحوه انتخاب نمونه و اندازه‌گیری، ناکافی بودن حجم نمونه و در مواردی هم عدم مقایسه با گروه غیرزندانان به چشم می‌خورد (تاپلین، ۱۹۹۰؛ بلاند، نیومن، دیک و اورن^۴؛ ۱۹۹۰).

البته باید در نظر داشت که نرخ بالای اختلال‌های روانی بین مجرمان، بیانگر وجود رابطه علی بین اختلال‌های روانی و جرم نیست، بلکه می‌تواند به علل دیگری مثل کاهش مهارت‌های افراد برای گریز از تبعات اعمال خلاف در اثر بیماری‌های روانی یا عدم دقت و آسان‌گیری در صدور حکم زندان برای این افراد یا تمایل بیشتر مقامات انتظامی برای زندانی کردن این افراد برای برخوردار ساختن آنها از کمک‌های درمانی و حمایتی باشد (فلدمن،^۵ ۱۹۷۷، به نقل از دادستان، ۱۳۸۲). در برخی مواقع نیز احتمال عدم وجود این اختلال‌ها قبل از زندانی شدن و بروز آن به علت حضور در محیط زندان و تحمل استرس‌های وارد به این افراد بیان شده است، زیرا برخی بررسی‌ها بروز تعدادی از اختلال‌های شخصیتی، رفتارهای ضداجتماعی یا تشدید آنها را به دنبال اقامت طولانی در زندان گزارش کرده‌اند (فلدمن، ۱۹۹۳، نقل از بیرشک، ۱۳۷۹).

نوع دیگری از داده‌های تجربی که وجود رابطه بین ارتکاب جرم و اختلال‌های روانی را تأیید می‌کند، عکس شیوه پیشین است. در این شیوه به جای بررسی میزان اختلال در بین مجرمان، به بررسی فراوانی جرایم در بین گروه‌های مختلف بیماران روانی پرداخته شده است. مروری بر پژوهش‌های انجام‌شده در این قلمرو، یافته‌های جالبی را برجسته می‌سازد. بین نتایج این دو شیوه پژوهش تفاوت‌های آشکاری به چشم می‌خورد. در نخستین پژوهش‌ها محققان به این نتیجه رسیده بودند که سطوح رفتارهای مجرمانه در بیماران روانی بیشتر است. با این حال، این نتیجه‌گیری مستلزم تصریح معنای جرم است، چون فراوانی برخی از جرایمی که به‌طور معمول خشونت‌آمیز نیستند، در

1. Teplin

2. Jordan

3. Blaaw, Roesch, & Kerkhof

4. Bland, Newman, Dyck & Orn

5. Feldman

بیماران روانی و کل جمعیت یکسان است، در حالی که سرقت و تجاوز جنسی با فراوانی بیشتری در بیماران روانی مشاهده می‌شود. با وجود این، برخلاف نتایج پژوهش‌هایی که در آمریکا انجام شده‌اند، پژوهشگران اروپایی به فراوانی بسیار کمتری از جرایم و خیم در نمونه‌هایی از بیماران روانی مجرم دست یافته‌اند (هالین،^۱ ۱۹۹۶، به نقل از دادستان، ۱۳۸۲).

از اختلال‌ها روانی که وجود رابطه آن با جرایم مشخص شده است می‌توان به روان‌گسیختگی (پلاناسکی و جانس،^۲ ۱۹۷۷؛ مووات،^۳ ۱۹۶۶؛ اسپرای،^۴ ۱۹۸۴؛ گرین،^۵ ۱۹۸۱؛ تیلور، ۱۹۸۲؛ بلاک‌برن،^۶ ۱۹۹۶؛ پرینز، ۱۹۸۶)، اختلال‌های خلقی (وست،^۷ ۱۹۸۲؛ لاسن،^۸ ۱۹۸۴، بلوم برگ،^۹ ۱۹۸۱)، اختلال شخصیت ضداجتماعی (برودسکی،^{۱۰} ۱۹۷۲؛ کوید،^{۱۱} ۱۹۸۴؛ گیوز،^{۱۲} ۱۹۷۶؛ بلاند و همکاران، ۱۹۹۸؛ بلاو و همکاران، ۲۰۰۰؛ گون^{۱۳} و همکاران، ۱۹۹۱)، اختلال‌ها سازگاری (آندرسن،^{۱۴} ۲۰۰۳) و سوء مصرف مواد (بلاند و همکاران، ۱۹۹۸؛ تپلین و همکاران، ۱۹۹۱؛ بلاو و همکاران ۲۰۰۰؛ گون و همکاران، ۱۹۹۱؛ لو،^{۱۵} ۲۰۰۴؛ ورمیرن^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۲؛ استوارت و بریس بیکو،^{۱۷} ۲۰۰۴) اشاره کرد.

علاوه بر وجود فراوانی بالای اختلال‌های روانی در بین افراد مجرم، وجود برخی از نواقص شناختی، رفتاری و اخلاقی نیز در این افراد مورد تأیید قرار گرفته است. از مهم‌ترین این نواقص می‌توان به ناتوانی در خودکنترلی،^{۱۸} اتخاذ دیدگاه اجتماعی،^{۱۹} حل مشکلات بین فردی،^{۲۰} تفکر انتقادی،^{۲۱} استدلال اخلاقی^{۲۲} و سبک‌شناختی معیوب^{۲۳} (راس و فایبانو،^{۲۴} ۱۹۹۲، نقل از توماس و

1 . Hollin

2 . Planaski & Johnson

3 . Mowat

4 . Spry

5 . Green

6 . Blackbum

7 . West

8 . Lawson

9 . Blumberg

10 . Brodsky

11 . Coid

12 . Guze

13 . Gunn

14 . Andersen

15 . Lo

16 . Vermeiren

17 . Stuart & Brice – Baker .

18 . self – control

19 . social perspective – taking

20 . interpersonal problem solving

21 . critical thinking

22 . moral reasoning

23 . deficit cognitive style

24 . Ross & Fabiano

جکسون، ۲۰۰۳)^۱ اشاره کرد که ممکن است منجر به کمبود مهارت‌های اجتماعی مناسب شوند و موجبات ارتکاب جرم را ایجاد کنند. براساس شواهد ارائه‌شده می‌توان با لحاظ کردن برخی احتیاط‌ها به وجود رابطه ارتکاب جرم و اختلال‌های روانی و نواقص شناختی، رفتاری و اخلاقی صحنه گذاشت و پذیرفت که بسیاری از این افراد مشکلات شخصی یا نواقصی دارند که نیازمند خدمات روان‌شناختی است؛ حتی اگر این نارسایی‌ها به‌طور غیرمستقیم وابسته به شرایط اقتصادی-اجتماعی نامناسب باشند.

به نظر می‌رسد در کشور ما نیز، همانند دیگر نقاط دنیا، چنین رابطه‌ای بین ارتکاب جرم و اختلال‌های روانی وجود داشته باشد، ولی داده‌های آماری و تجربی قابل استنادی در این مورد وجود ندارد؛ فقط در موارد محدودی بررسی‌های صورت گرفته چنین رابطه‌ای را نشان داده‌اند (اولادعبدالهادی، ۱۳۸۲؛ محمدی، ۱۳۷۶؛ شیخی و همکاران، ۱۳۷۶؛ ربیعی و همکاران، ۱۳۷۴؛ وزیری، ۱۳۷۸؛ بیرشک، ۱۳۷۹؛ سخاوت، ۱۳۷۹؛ اشکانی و همکاران، ۱۳۸۱؛ پالاهنگ و همکاران، ۱۳۸۱).

از یک سو، بررسی تاریخچه زندان و مقابله با جرایم نیز نشان داده است که روش تنبیه نه تنها نتوانسته از بروز جرم و ارتکاب مجدد جرم جلوگیری کند، بلکه در مواردی نیز بر شدت و تعداد این موارد افزوده است. وقایع دو دهه اخیر در تاریخچه زندان حاکی از آن است که عدم لحاظ کردن درمان و اصلاح و تربیت، منجر به زندان‌هایی مؤثر در کاهش تکرار جرم نشده است. از سوی دیگر، بررسی‌ها نشان داده‌اند که اولاً حمایت از ایده اصلاح و تربیت و درمان در میان مردم و مددکاران اصلاح و تربیت زیاد است و تحقیقات نشان داده‌اند که روی هم‌رفته «بازپروری مؤثر است» و می‌تواند جایگزین امیدوارکننده‌ای برای روش‌های سختگیرانه الگوهای تنبیهی باشد (هولین^۲، ۲۰۰۴). بنابراین با کشف علل برانگیزاننده جرم، مشکلات عاطفی و روانی، نارسایی‌های مهارتی و رفتارهای اجتماعی نامناسب که از زاویه کنشی با جرم مرتبط‌اند، می‌توان به هدف اصلی مداخله‌های روان‌شناختی که تغییر زمینه تکرار اعمال مجرمانه است، دست یافت. با این توضیحات، محققان در پی آنند که اثربخشی روان‌درمانگری و توانبخشی زندانیان را در کاهش اختلال‌های روانی آنها بررسی کنند.

^۱ . Thomas & Jackson

^۲ . Hollin

ضرورت و اهمیت پژوهش

تاریخ تحولات کیفی نشان داده که به‌طور کلی تا به امروز در دنیا سه الگوی مواجهه با پدیده زندان‌ها وجود داشته است: (۱) الگوی تنبیهی^۱، (۲) الگوی اداری^۲ و (۳) الگوی مترقی^۳. این الگوها از ترتیب زمانی و نحوه برخورد با موضوع زندان از ابتدای مطرح شدن آن نیز تبعیت می‌کنند. به‌طوری‌که الگوی مترقی را می‌توان ثمره سال‌ها تدوین و بررسی اثرهای الگوهای تنبیهی و اداری و توسعه دامنه دانش اقشار حاکم بر جوامع دانست (ماتیوس و فرانسیس، ۱۹۹۸، ترجمه اکبری، ۱۳۸۱).

الگوی تنبیهی: در این الگو حاکمیت قضایی مجری بر این باور است که سختگیری در مورد جرم به معنای سختگیری بر مجرم است. در نتیجه استدلال می‌شود که در نظام‌های کیفی بسیار خشن و سختگیر، فرستادن افراد بیشتر به زندان برای مدت‌های طولانی، موجب ارباب مجرمان و پاکسازی جامعه از مجرمان بالفعل می‌شود. این الگو امروزه در حاکمیت قضایی کشورهایی مثل بریتانیا و آمریکا به چشم می‌خورد و تا حدودی دنباله‌رو نظرهای قدیمی و عصر گذشته در برخورد با جرم و مجرم است. از آثار این الگو در این کشورها می‌توان به احداث زندان‌های بیشتر، تاکید فراوان به اعمال شیوه‌های نظامی در زندان‌ها و افزایش حبس در آنها اشاره کرد.

الگوی اداری: این الگو بر اساس مفاهیم کیفرشناسی نوین که توسط فیلی^۴ و سیمون^۵ در سال ۱۹۹۴ ارائه شده، استوار است. این الگو مبتنی بر تجزیه و تحلیل میزان احتمال خطر است و هدف آن بیشتر اداره کردن و کنترل جمعیت‌های زندانی است نه ایجاد تغییر در افراد. هدف تجزیه و تحلیل‌های آماری موجود در این مدل این است که از راه کنترل «هزینه‌ها» و «بازدها» و نه با کاهش تکرار جرم، نظامی ایجاد و اجرا شود که به لحاظ اقتصادی کارتر باشد. در این الگو تنها مرکز توجه کنترل هزینه‌ها از راه شیوه‌های مدیریتی کارآمدتر و اعتماد به فناوری و علم به عنوان شیوه مؤثر در پیشبرد اهداف اقتصادی است و هیچ تعهدی در خود در قبال اصلاح و تربیت و جلوگیری از آسیب‌های احتمالی به زندانیان احساس نمی‌کند.

الگوی مترقی: این الگو را که کالن^۶ و رایت^۷ در سال ۱۹۹۵ ارائه کردند و آن را مدرن‌ترین و انسانی‌ترین الگوی مواجهه با زندانیان نامیدند، بر مسائلی که مرتبط با دستیابی به عدالت اجتماعی و حفظ حقوق زندانیان است، تمرکز دارد. این الگو هیات حاکمه زندان را موظف به توجه به نیازها و

۱. panishment paradigm

۲. administrative paradigm

۳. progressive paradigm

۴. Feely

۵. Simon

۶. Cullen

۷. Wright

ویژگی‌های روانی - اجتماعی زندانیان می‌داند. این توجه چه در هنگام اختصاص کیفر و چه در طول حبس وجود دارد و طی حبس به زندانیان کمک می‌شود که مسئولیت جرمی را که مرتکب شده‌اند، بپذیرند و مهارت‌ها و توانایی‌هایی را که برای برخورداری از زندگی خوب و مفید بعد از فراغت از حبس لازم است، در خود ایجاد کنند. این الگو همچنین به اجرای استانداردهای زندان، رفتار انسانی و بدون تبعیض با زندانیان اهتمام دارد. شاید بهترین کلیدواژه این الگو را بتوان بازپروری دانست. در ورای اصطلاح بازپروری، اصلاح و تربیت قرار دارد. اصلاح و تربیت نیز لزوم صورت گرفتن مداخله‌هایی از سوی افراد ذیصلاح را می‌طلبد.

در مورد اهمیت و لزوم بازپروری، الیوت کوری^۱ (کالن، وان و رهیز و ساندت^۲، ۱۹۹۸، ترجمه اکبری، ۱۳۸۱) به عنوان مدافع ضرورت بازپروری در زندان‌ها بیان می‌کند این نکته آشکار است که اگر بتوانیم ارتکاب جرم را از راه ویژگی‌هایی که قابل تغییرند پیش‌بینی کنیم، در آن صورت هیچ دلیل منطقی وجود ندارد که برخی افراد را بر اساس این ویژگی‌ها زندانی کنیم، بدون اینکه نسبت به تغییر آنها اقدامی انجام دهیم. در این الگو رفتار نابهنجار و ناسازگارانه فرد محصولی از ویژگی‌های اجتماعی و روانی افراد در نظر گرفته می‌شود و بر این اساس این ایده را پیش می‌کشد که با تغییر این ویژگی‌ها و حداقل دستکاری مناسب آنها می‌توان در سیر ارتکاب اولیه یا مجدد افراد به جرم وقفه ایجاد کرد. این الگو طرف مقابل الگوی تنبیهی است.

با اینکه در سطح بین‌المللی گرایش عمومی به سوی الگوی تنبیهی وجود دارد، ولی هنوز آمار جرم و ارتکاب مجدد به آن زیاد و جمعیت‌های حاضر در زندان‌ها روبه افزایش است و این موضوع خبر از عدم موفقیت این الگو دارد. از سوی دیگر نیز پژوهش‌های بسیار زیادی نشان داده است که بیشتر مجرمان را افراد جوان، تحصیل نکرده یا کم درس خوانده و مجرمانی که پیوسته مرتکب جرایم می‌شوند، تشکیل می‌دهند؛ این نشانه‌ها نیز بیانگر اهمیت و ضرورت بازپروری در زندان است. در این صورت زندان باید برای بیشتر زندانیان، زمینه اصلاح و تربیت را فراهم سازد. چیزی که پس از زندان اتفاق می‌افتد، نه تنها برای زندانی مهم است، بلکه برای جامعه نیز اهمیت زیادی دارد. بیشتر زندانیان مدت‌های طولانی و تا آخر عمر در زندان به سر نمی‌برند و بعد از مدتی، زمان محکومیت‌شان به اتمام می‌رسد و دوباره وارد جامعه می‌شوند. آیا منطقی نیست گفته شود اگر اقدامی طی محکومیت‌شان در زمینه تحصیل، شغل، آموزش و درمان برای آنها صورت بگیرد، درخصوص چگونگی رفتار این افراد پس از آزادی و عدم ارتکاب دوباره جرم می‌تواند تأثیر به‌سزایی داشته باشد.

^۱ . Kuri

^۲ . Cullen, Van Voorhis & Sunt

بسیاری از طرفداران بازپروری مثل ولف^۱ و تامیم (۱۹۹۱)، نقل از تامیم، ۱۹۹۸، ترجمه اکبری، (۱۳۸۱) معتقدند اگر زندان‌ها به‌طور صحیح سازماندهی شوند و اقدام‌های بازپروری سازنده‌ای در آنها شکل بگیرد، می‌توانند سهم مثبتی در جامعه داشته باشند. در واقع، آنان خواهان توسعه راهبردهایی برای اداره زندان‌ها هستند که در آنها ضمن حفظ امنیت شخصی، بتوانند توانایی‌ها و اعتماد به نفس لازم را در زندانیان به‌وجود آورند، به‌طوری که مجرمان بتوانند دلایل ارتکاب جرم خود و نیز مشکلات فردی و اجتماعی را که در داخل و خارج از زندان با آن مواجه‌اند، مورد توجه قرار دهند. به این دلیل طرفداران این الگو سعی در وارد کردن شیوه‌های بازپروری در بین اهداف سیاست‌های کیفری دارند و برای عملی ساختن آن راهکارهایی مبنی بر توسعه برنامه‌های درمانی، اصلاحی و آموزشی به منظور کاهش ارتکاب جرم و افزایش صلاحیت‌های فردی ارائه می‌دهند.

این گروه با علم به اینکه افراد مختلف با ویژگی‌های گوناگون نیازمند شیوه‌های اصلاحی و تربیتی و به‌طور کلی مداخله‌ای خاصی‌اند، در ابتدا تلاش‌هایی برای طبقه‌بندی زندانیان را شروع کردند. بنابراین به منظور اجرای روش‌های مختلف و پیشبرد اهداف بازپروری و فرایند بااجتماعی‌سازی مجرمان، زندانیان را بر اساس ملاک‌هایی مثل جنسیت (زن و مرد)، سن (اطفال، جوانان و بزرگسالان و سالمندان)، وضعیت قضایی (منتظر محاکمه بودن، محکوم)، وضعیت جسمانی و روانی (بیماران روانی، بیماران جسمی، معتادان به الکل یا مواد مخدر)، میزان محکومیت (کوتاه‌مدت، میان‌مدت، بلندمدت) و سرانجام بر اساس نوع جرم ارتكابی (سیاسی، عمومی، مختلط) تقسیم کردند (شمس، ۱۳۸۲). این فرایند دقیقاً شبیه به غربالگری^۲ صورت‌گرفته در بیمارستان‌های مختلف می‌تواند در نظر گرفته شود که هرکس بر اساس نوع مشکل و ویژگی‌های فردی، به بخش خاصی که تخصصی لازم در آن برای کمک به بیمار وجود دارد، رهنمون می‌شود.

^۱ .Woolf

^۲ . screening

برخورد انسانی و بازپروری: مخالفت‌ها و موافقت‌ها

در بررسی سیر تاریخی مشاهده کردیم که فلاسفه و دانشمندان و نویسندگان همواره انواع مجازات‌های غیرانسانی و طرز اجرای آنها را مورد انتقاد شدید قرار داده، در پرورش افکار عمومی و روشن کردن اذهان و آماده ساختن افراد برای پذیرش تحولات عمیق در کلیه شئون اجتماعی به‌ویژه اصلاح قوانین کیفری و تغییر انواع مجازات‌ها، نقش به‌سزایی را ایفا کرده‌اند که معروف‌ترین آنها منتسکیو^۱، ولتر^۲، ژان ژاک روسو^۳، بکاریا^۴، کانت^۵ و آگوست کنت^۶ می‌باشند (دانش، ۱۳۶۸).

منتسکیو با انتشار کتاب «روح‌القوانین» در سال ۱۷۴۸ میلادی، مجازات‌های غیرانسانی و شکنجه‌های بدنی را به‌شدت مورد انتقاد قرار داد و با اجرای مجازات‌ها در انظار عمومی مخالف بود و خواستار تفکیک قوای سه‌گانه (مقننه، مجریه، قضاییه) شد. منظور از تفکیک قوای سه‌گانه، حفظ آزادی و آرامش و امنیت مردم در قبال قدرت هیأت حاکمه بود. منتسکیو می‌نویسد: در امپراتوری چین هر چه بر تعداد شکنجه‌ها افزوده می‌شود، به همان نسبت کشور به انقلاب نزدیک‌تر شده و اخلاق مردم فاسدتر می‌شود، زیرا به هنگام تشدید کیفرها، افکار مردم به مجازات‌های شدید عادت می‌کند و ترس از مجازات شدید کمتر می‌شود (دانش، ۱۳۶۸).

ولتر در سخنرانی‌های خود برای مردم، از اشتباهات قضایی که منجر به اعدام دو فرد بی‌گناه شده بود، پرده برداشت. او خواهان علنی بودن مرحله بازپرسی و کم کردن تشریفات در آیین دادرسی، لزوم شرکت یک مشاور برای دفاع از متهم، آزادی متهم با وثیقه یا ضمانت از بازداشتگاه و در نهایت برقراری تناسب بین جرم و مجازات بود (مظلومان، ۱۳۵۲).

ژان ژاک روسو، در اثر معروف خود «قراردادهای اجتماعی» که در سال ۱۷۶۲ انتشار یافت، طبیعت آدمی را منزله از فساد و تباهی دانسته، معتقد بود که تحت تأثیر عوامل مختلف اجتماعی، افراد منحرف و مرتکب جرم می‌شوند. شدت مجازات‌ها، نشانه ضعف و سستی و تنبلی زمامداران است. در کشورهایی که قوای سه‌گانه به نحو احسن وظایف خود را انجام می‌دهند، مردم کمتر مجازات می‌شوند (کی‌نیا، ۱۳۴۶).

سزار بکاریا در سال ۱۷۶۴ کتاب معروف خود را با نام «رساله جرایم و مجازات‌ها» منتشر کرد. حقوق جزا و آیین دادرسی کیفری و شدت مجازات‌ها را به شدت مورد انتقاد قرار داد و معتقد بود که شدت کیفر در پیشگیری از جرایم مؤثر نیست. اصل مجازات مجرم است که از وقوع جرم

1. Montesquieu

2. Voltaire

3. Rousseau

4. Bekaria

5. Kant

6. Count

پیشگیری می‌کند. بکاریا می‌نویسد، نوع مجازات، در درجه اول باید متناسب با خطری باشد که از جانب بزهکار متوجه جامعه است. محاکمه‌ها باید با سرعت انجام گیرد. رفتار با متهم انسانی باشد. متهم حق معرفی شهود و ارائه مدارک و دلایل به نفع خود را داشته باشد. هدف از مجازات مجرم، باید پیشگیری از جرم باشد نه انتقام‌جویی» (مظلومان، ۱۳۵۲). تفکرات سزایبکاریا موجب بروز تحولاتی عمیق در دید هیأت‌های قضایی کل اروپا به‌ویژه فرانسه شد.

کانت معتقد بود ولو اینکه مجازات نفعی داشته باشد، ولی باید اجرا شود تا در اجتماع هر کس به نتیجه اعمال خود برسد تا عدالت اجرا شود و نظم اجتماعی برقرار بماند، یعنی جامعه مأموریت دارد که نظم اجتماعی و اخلاقی را در زمین جاری کند.

آگوست کنت نیز عقیده داشت که افراد، در اعمال و رفتار خود آزادی ندارند، بلکه تحت تأثیر عوامل اجتماعی مرتکب جرم می‌شوند. به نظر وی، عامل ایجاد جرم و ریشه آن در محیط اجتماعی مکنون است و برای یافتن آن باید به جامعه رجوع شود. شدت مجازات تأثیری در پیشگیری از وقوع جرم ندارد و در تعیین جرم و مجازات باید به حالت خطری که مجرم برای اجتماع دارد، توجه شود (دانش، ۱۳۶۸).

چنانچه ملاحظه شد، از ابتدای طرح دیدگاه‌های مختلف اولیه در مورد برخورد انسانی با زندانیان تا به امروز واکنش‌های ضد و نقیض بسیاری مطرح بوده است. گروهی که دنباله‌رو دیدگاه‌ها و الگوهای تنبیهی بودند، با موضوع بازپروری و دادن امکانات خودبازسازی به زندانیان مخالفت می‌کردند، زیرا آن را عملی بی‌فایده و حتی زیان‌بار می‌دانستند. آنان بر این عقیده بودند زندان محیطی است که افرادی مخرب را در خود جای می‌دهد که در برخی مواقع این افراد با انتقال تجارب جرم به یکدیگر، شیوه‌های مختلف جرم را نیز ترویج می‌دهند و به‌طور کلی زندان را مکانی مناسب برای بازپروری و اصلاح افراد نمی‌دانند. برخی دیگر که موضع‌گیری ملایم‌تری داشتند، بر اثر نیافتن اثرهای محسوس برای مداخله‌های بازپروری، در نهایت به این نتیجه رسیدند که این نوع اصلاحات و مداخله‌ها هیچ کاری انجام نمی‌دهند. برخی دیگر که حتی خود مبدع الگوهای بازپروری بوده‌اند نیز در مورد جنبه‌های قهری این ایده‌ها تردید داشته‌اند. با وجود این، وقایع دو دهه اخیر حاکی از این است که عدم لحاظ کردن درمان و اصلاح و تربیت، منجر به زندان‌هایی مناسب‌تر یا مؤثرتر برای کاهش تکرار جرم نشده است. نمونه‌های بسیاری می‌توان برای تأیید اهمیت این فعالیت‌های اصلاحی و تربیتی ارائه کرد، ولی آنچه در مورد الگوی مترقی و کلیدواژه آن یعنی بازپروری وجود دارد، اینکه بررسی تحقیقات نشان می‌دهد که اولاً حمایت از ایده اصلاح و تربیت و درمان در میان مردم و مددکاران اصلاحی - تربیتی بسیار زیاد است؛ دوم اینکه، در جریان بحث‌های مربوط به زندان‌ها و

مجازات، گروهی از محققان پژوهش‌هایی انجام داده‌اند که روی هم‌رفته نشان می‌دهد «بازپروری مؤثر است» و می‌تواند جایگزینی امیدوارکننده برای روش‌های سختگیرانه الگوهای تنبیهی و اداری باشد (کالن، ۱۹۹۸ ترجمه اکبری، ۱۳۸۱).

منطقی است که برای بررسی تأثیرات مداخله‌های اصلاحی - تربیتی، ارزیابی کاملی در مورد مداخله‌ها و بررسی‌های انجام‌شده بر روی این گروه‌ها صورت بگیرد. برخی از این بررسی‌ها را می‌توان در ادبیات پژوهشی این زمینه یافت. در برخی پژوهش‌ها نیز با جمع‌آوری داده‌های حاصل از مطالعات دیگر و انجام فراتحلیل‌هایی^۱ بر روی آنها، تأثیرات حاصل از این مطالعات به صورت کلی مورد ارزیابی قرار گرفته است. دادستان (۱۳۸۲) برخی از این پژوهش‌ها را تا سال ۲۰۰۰ به صورت موجز گردآوری کرده است. ایشان با اختصاص یک فصل از کتاب به موضوع پیشگیری و درمانگری در قلمرو روان‌شناسی جنایی، انواع شیوه‌های مداخله درمانی و پیشگیری را در مورد جرایم گوناگون ذکر کرده است. وی در بخش درمانگری مجرمان (پیشگیری ثالث) بیان می‌کند که درمانگری روان‌شناختی مجرمان بیش از آنکه به درمانگری پزشکی شبیه باشد، به بازپروری‌های آموزشی و پرورشی نزدیک است و ایجاد توانایی حل مسائل در مجرم و جلوگیری از ارتکاب مجدد جرم، واقع‌نگرترین غایت آن را تشکیل می‌دهد. به عبارت دیگر، کشف علل برانگیزاننده جرم، مشکلات عاطفی، نارسایی‌های مهارتی و رفتارهای اجتماعی نامناسبی که از زاویه کنشی با جرم مرتبط‌اند، هدف‌های اصلی مداخله‌های روان‌شناختی‌اند. اگرچه در حال حاضر در بیشتر کشورها، کلینیک‌های روان‌شناختی برای گروه‌های خاص مجرمان وجود دارد، اما هدف اصلی درمانگری روان‌شناختی، تغییر «زمینه» تکرار اعمال مجرمانه است و رفتار مجرمانه به خودی خود را می‌توان هدف غیرمستقیم درمانگری نامید.

از تقسیم‌بندی ارائه‌شده در مورد حیطه‌های درمانی مؤثر در بازپروری و درمان زندانیان، می‌توان نتیجه گرفت که روی هم‌رفته شیوه‌ها و راهکارهای روان‌شناختی می‌توانند به این دسته از افراد کمک‌های شایان توجهی کنند و آنها را در کسب مهارت‌های بهتر کنار آمدن با محیط اجتماعی و کنترل رفتارهای مجرمانه خود یاری برسانند. چون جرم و ارتکاب جرم، پدیده‌ای انسانی است و انسان نیز پدیده‌ای زیستی، اجتماعی و روانی است، شاید از دلایل اساسی عدم مشاهده موفقیت در برخی مداخله‌های روان‌شناسی، عدم کنترل صحیح مداخله‌ها و توجه به دیگر جنبه‌های زیستی و اجتماعی این پدیده باشد. بنابراین کیفیت شیوه درمانی تنها عامل موفقیت نیست، بلکه مجموعه‌ای از عوامل برنامه‌ای و جنبی نیز در موفقیت یا عدم موفقیت برنامه مداخله‌ای مؤثر است. این عوامل

^۱ . meta analysis

عبارتند از اتخاذ تدابیر مناسب به منظور اختصاص درمان مناسب‌تر، ارائه خدمات بعد از مراقبت، فردی کردن درمان‌ها (متناسب ساختن درمان با مجرمان)، استفاده از راهنمای دقیق و مفصل در خصوص نحوه اجرای برنامه، اعمال قدرت به شیوه‌های سازنده و قابل انعطاف و توجه به نارسایی‌هایی که علت وقوع جرم به شمار می‌روند (پلاتک^۱، ترجمه اکبری، ۱۳۸۱).

امروزه این پرسش برای بسیاری از کارشناسان مطرح است که آیا سیستم موجود در زندان در تحقق اهداف اصلی آن یعنی سلب آزادی از محکومان و دور نگه داشتن مجرم از اجتماع به منظور حفظ نظم، آرامش، امنیت و تسلی بخشی به جامعه موفق بوده است یا نه؟ آیا در مجموع اثر زندان‌ها بر روی زندانیان را می‌توان مثبت ارزیابی کرد؟ در پاسخ به این پرسش بسیاری از آنها بر این باورند که این هدف به خوبی تحقق نمی‌یابد. اگرچه نباید این واقعیت را فراموش کرد که اگر نظام موجود (حبس به عنوان مجازات) وجود نداشته باشد، رفتار انحرافی به مراتب توسعه بیشتری خواهد یافت (عبدی، ۱۳۷۱).

شواهد فراوانی در این زمینه وجود دارد مبنی بر اینکه زندان به خودی خود، برای بسیاری از زندانیان، تجربه ناتوان‌کننده‌ای است و اینکه برای مجرمان که در حبس به سر می‌برند، هیچ‌کاری انجام نمی‌دهد. این بدین معناست که در بسیاری از موارد زندان آنها را نسبت به گذشته پیش از ورود به زندان، منزوی‌تر و برای ارتکاب به جرم مستعدتر می‌کند. به عبارت دیگر، زندگی طولانی مدت افراد در زندان و مراکز از این دست، سبب بروز پدیده‌هایی همچون یادگیری شیوه‌های جرم و بزهکاری می‌شود (کاپلان^۲ و همکاران، ۲۰۰۰). تعدادی از بررسی‌ها نیز بروز برخی نابهنجاری‌های روانی، رفتارهای ضداجتماعی یا تشدید آنها را به دنبال اقامت طولانی مدت در زندان گزارش کرده‌اند (فلدمن، ۱۹۹۳، نقل از بیرشک، ۱۳۷۹). این تأثیرات اغلب به این دلیل است که زندان محیطی بسته و محدود است و فشار روانی شدیدی را بر افراد وارد می‌کند. بی‌حوصلگی، خودزنی، ستیزه‌جویی، بی‌قراری و خیال‌بافی، از عواقب حضور زندانی در زندان است. از دیگر عواقب این فرایند می‌توان به از دست دادن حیثیت و پایگاه اجتماعی، بروز عقده‌های روانی، دیدگاه منفی زندانی به امور را نام برد (قلی‌پور، ۱۳۷۶، نقل از محمدی‌فرود، ۱۳۷۹).

آثار زندان، به خود زندانی محدود نمی‌شود و تأثیر آن در خانواده وی نیز قابل ردیابی است. از مهم‌ترین علل از هم‌گسیختگی خانواده و طلاق همسر، زندانی شدن فرد است. به‌ویژه با طولانی شدن مدت حبس، احتمال از دست دادن خانواده و همسر برای فرد زندانی، افزایش می‌یابد. همچنین زندانیانی که سابقه حبس قبلی نیز دارند، احتمال وقوع متارکه در زندگی زناشویی آنها بیشتر است

^۱ . Platek

^۲ . Kaplan

(عبدی، ۱۳۷۱). این تأثیر در فرزندان را می‌توان در مقوله‌های الگوپذیری، ارتکاب به جرم و بزه بیشتر، عوارض و آثار سوء درونی، آثار و پیامدهای اجتماعی، مشکلات تحصیلی و زندگی آینده فرزندان را بررسی کرد (محمدی‌فرد، ۱۳۷۹).

از منظر اقتصادی و اجتماعی نیز می‌توان تبعات وجود زندان و مخارج آن را بر جامعه سنگین توصیف کرد، زیرا آمارهای گزارش شده از زندانیان در کشورهای گوناگون هر روز بیشتر از روز قبل است، تا جایی که بسیاری از مؤلفان و جرم‌شناسان از آن به‌عنوان بحران جمعیت زندان‌ها یاد می‌کنند. به نظر کمپ و کمپ^۱ (نقل از ماتیوس و فرانسیس ۱۹۸۸، ترجمه اکبری، ۱۳۸۱)، تعداد زندانی به خودی خود به‌وجودآورنده بحران نیست، اما واضح است که حوزه‌های قضایی مشکلات بی‌شماری در خصوص تقاضای بی‌وقفه برای اسکان مجرمانی که روز به روز بر تعداد آنها افزوده می‌شود، داشته‌اند. در بین سال‌های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۳، بیش از ۳۰۰ زندان جدید در ایالات متحده ساخته شده که جمع کل زندان‌های آن کشور را به بیش از ۱۴۰۰ واحد رسانده است. فقط در سال ۱۹۹۳، ۴۸ زندان با ظرفیت حدود ۴۳۰۰۰ تخت احداث شده که هزینه‌ای بالغ بر ۴۷۰۰۰ دلار برای هر تخت را به خود اختصاص داده است. تا اکنون بیش از ۸۶۰۰۰ تخت اضافه شده و ۱۱۵۰۰۰ تخت دیگر نیز در مرحله برنامه‌ریزی است. هزینه نهایی حبس مجرمان در ایالات متحده برابر با ۲۶/۸ بلیون دلار برآورده شده است. به عبارت دیگر، به گزارش انجمن اصلاح نیویورک^۲ (۲۰۰۰ نقل از استوارت^۳ و همکاران، ۲۰۰۴)، هزینه سالانه نگهداری یک زندانی در زندان ایالتی ناحیه نیویورک در حدود ۳۲۰۰۰ دلار برآورد شده است.

براساس آمارهای گزارش شده در ۱۳۸۳، توسط رئیس سازمان زندان‌ها و اقدام‌های تأمینی و تربیتی کشور، تعداد زندانیان کل کشور حدود ۱۴۰ هزار نفر است (یساقی، ۱۳۸۳). طبیعی است این تعداد محکوم حاضر در زندان نیازمند خدمات مختلف و گاهی پیچیده برای مراقبت، نگهداری، اسکان، تغذیه، بهداشت، امور اداری و فضای فیزیکی‌اند. از طرفی دیگر، به دلیل کمبود امکانات مناسب در کشور، ارائه هر کدام از خدمات مذکور با محدودیت‌های زیادی همراه است و برای مثال، می‌توان به این نکته اشاره کرد که برخی از زندان‌های کشور حتی تا پنج برابر ظرفیت، زندانی در خود جای داده‌اند (یساقی، ۱۳۸۳).

^۱ . Kamp & Kamp

^۲ . Correctional Association of New York

^۳ . Stuart

پیامد بازپروری افراد مجرم در جامعه چیست؟

از یک سو شواهد نشان می‌دهند که از این راه می‌توان میزان جرم را کاهش داد تا با زندانی کردن مجرمان، از سوی دیگر، تحلیل هزینه‌های مربوط به از دست رفتن فرصت‌ها را که به تبع استفاده وسیع از حبس به وجود می‌آیند، آنچنان است که نمی‌توان نادیده گرفت. از این رو، به این مسئله باید توجه کرد که اگر این پول هزینه‌شده برای نگهداری زندانیان یا ساخت و اداره زندان، به برنامه‌های پیشگیری از جرم مانند برقراری ارتباط با خانواده‌های زندانیان و کودکان و نوجوانان در معرض خطر، اختصاص می‌یافت، ممکن بود امروز جلو ارتکاب بسیاری از جرایم گرفته می‌شد.

تحقیقات روزافزون درخصوص بازپروری و اصلاح و تربیت برای این استدلال که، از راه اقدام‌های درمانی میانجی‌گرایانه علمی، تکرار جرم کاهش می‌یابد، پایه تجربی ایجاد کرده‌اند. حتی اگر درخصوص تأثیر درمان از ارزیابی‌های محافظه‌کارانه‌ای (که کاهش تکرار جرم را ۱۰ تا ۲۰ درصد اعلام می‌کنند) استفاده شود، با این حال حتی کاهش هزینه‌هایی که در اثر کاهش بسیار کم میزان استفاده از فضای زندان حاصل می‌شود، شگفت‌انگیز است. علاوه بر این، هر نقصی که این برنامه‌های درمانی داشته باشند، این مسئله به‌طور روزافزون قوت می‌گیرد که توانبخشی، بیشتر از هر شیوه اصلاحی دیگر مثل برنامه‌های تنبیهی، تکرار جرم را کاهش می‌دهد (کالن و همکاران، ۱۹۸۸، ترجمه اکبری، ۱۳۸۱).

آس^۱ و همکارانش (۱۹۹۹، به نقل از ویلموت^۲، ۲۰۰۳) نیز نشان دادند در مقابل هر دلاری که برای برنامه‌های مؤثر درمانی صرف می‌شود، به‌طور معمول از پرداخت ۵ دلار توسط مالیات‌دهندگان و ۷ دلار توسط قربانیان آتی و بالقوه جلوگیری به عمل می‌آید. برعکس، برنامه‌های تنبیه - محور مثل اردوگاه‌های کار اساساً مقدار کمتر و در حدود ۷۵ سنت در مقابل هر دلار خرج شده، بازگشت و صرفه اقتصادی دارد.

به منظور شناسایی اقدام‌های اصلاحی - تربیتی مؤثر، یکی از باارزش‌ترین کارها، بررسی ارزیابی‌های بی‌شماری است که درخصوص برنامه درمان مجرمان صورت گرفته است. برخی از این ارزیابی‌ها به بررسی وسیع ادبیات سنتی در این زمینه می‌پردازند (گندرتو و راس^۳، ۱۹۸۰؛ پالمر^۴، ۱۹۹۲، ۱۹۷۵) و برخی نیز فراتحلیل‌های تجربی پیچیده‌تری در مورد اندازه اثرهای برنامه‌ها ارائه می‌دهند (پرینز، ۱۹۸۰، نقل از دادستان، ۱۳۸۰؛ آندروز^۵ و همکاران، ۱۹۹۰؛ لپسی^۶، ۱۹۹۲).

1. Aos

2. Willmot

3. Gendreau & Ross

4. Palmer

5. Andrews

6. Lipsey

به‌طورکلی نتایج تأثیر چنین مداخله‌هایی که به‌طور سنتی به ادبیات «چه چیزی مؤثر است»^۱ مرسوم است، مؤثر توصیف شده‌اند. در بررسی‌ها مشخص شد که تأثیر نهایی و خاص این مداخله‌ها بر کاهش تکرار مجدد جرم در حدود ۱۰ درصد بیان شده است. شایان ذکر است که در برخی موارد با رویکردهای مداخله‌های خاص، این مقدار کاهش حتی به ۳۰ درصد نیز رسیده است (توماسن و جکسون، ۲۰۰۳). پیام حاصل از این نوع بررسی‌ها این است که درمان مجرمان می‌تواند اثرهای کم ولی معناداری داشته باشد و به لحاظ هزینه نیز بسیار مقرون به صرفه است (هولین، ۱۹۹۵ و ۲۰۰۴؛ فرندشپ^۲ و همکاران، ۲۰۰۳). البته در حال حاضر در بسیاری از کشورها مثل انگلیس و کانادا، پژوهش‌ها در راستای یافتن چارچوب‌های درمانی مناسب برای گروه‌های گوناگون است و محققان امیدوارند با بهبود شیوه‌های مداخله و درمان این میزان اثر بیشتر شود (فرندشپ و همکاران، ۲۰۰۳).

هدف‌های تحقیق

هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی روان‌درمانگری و توانبخشی زندانیان بر کاهش اختلال‌های روانی آنهاست که در برگیرنده هدف‌های فرعی زیر است:

الف) بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی زندانیان برحسب جرایم مرتکب شده؛

ب) بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی زندانیان برحسب جرایم مرتکب شده؛

ج) ارائه خدمات مشاوره و روان‌درمانی فردی و گروهی به زندانیان؛

د) پیگیری تأثیر مداخله‌های صورت گرفته در سلامت روانی در بین زندانیان در طول مدت تحقیق.

فرضیه‌های تحقیق

الف) خدمات توانبخشی و روان‌درمانگری گروهی- فردی (همزمان) به زندانیان بر کاهش اختلال‌های روانی آنان مؤثر است.

ب) خدمات توانبخشی و روان‌درمانگری فردی به زندانیان بر کاهش اختلال‌های روانی آنها مؤثر است.

د) میزان اثربخشی خدمات توانبخشی و روان‌درمانگری فردی و همزمان زندانیان بر کاهش اختلال‌های روانی آنها متفاوت است.

^۱ . what's working

^۲ . Friendship

متغیرهای پژوهش

مجموعه متغیرهای پژوهش حاضر را می‌توان در سه طبقه زیر قرار داد:

(۱) **متغیرهای مستقل:** در پژوهش حاضر متغیر مستقل یعنی مداخله روان‌شناختی دارای دو سطح است؛ سطح اول، مداخله فردی است که در آن روان‌شناس به‌طور فردی و تک به تک با مراجعان مشغول درمان و مداخله می‌شود؛ و سطح دوم، مداخله گروهی - فردی (همزمان) است که در آن روان‌شناس ارائه خدمات خود را هم در قالب گروهی و با مشارکت تمام افراد گروه ارائه می‌دهد و هم در قالب فردی برای هر یک از اعضای گروه مداخله‌های فردی ترتیب می‌دهد که در آن به‌طور فردی و تک به تک به برخی از مشکلات آنها که در گروه نمی‌توان به آن پرداخت، توجه می‌کند.

(۲) **متغیرهای وابسته:** در پژوهش حاضر اختلاف میانگین نمره‌های زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی و فهرست نشانگان بیماری به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند، بدین معنا که هر یک از این دو ابزار بر روی تمام افراد گروه‌ها در دو نوبت (قبل و بعد از مداخله) اجرا شده و پس از استخراج نمره‌های زیرمقیاس‌های هر دو نوبت، اختلاف میانگین این دو نوبت در هر یک از زیرمقیاس‌ها محاسبه و به عنوان متغیر مستقل منظور شد.

(۳) **متغیرهای کنترل:** دو متغیری که براساس آنها دامنه حضور آزمودنی‌ها در گروه نمونه محدودیت یافت، عبارت بودند از اینکه (۱) هر آزمودنی دست‌کم دارای سواد سیکل باشد و (۲) در زمان شروع پژوهش، حداقل شش ماه از مدت حبس ایشان باقی مانده باشد.

تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

درمان شناختی - رفتاری

درمان شناختی - رفتاری به روش‌های گوناگون اطلاق می‌شود که در همگی آنها هم بر نقش فرایندهای رفتاری و شناختی در شکل‌گیری اختلال‌های روان‌شناختی تکیه می‌شود و هم بر استفاده از تدابیر تجربی رفتاری و شناختی برای تغییر الگوهای پاسخ ناکارآمد (زارب ۱۹۹۲، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۳). در این پژوهش منظور از درمان شناختی - رفتاری، اجرای جلسات شانزده‌گانه طراحی شده براساس نظریه‌های درمان شناختی - رفتاری و شناختی رفتاری با تکیه بر آموزه‌های دینی است.

اختلال‌های روانی

اختلال‌های روانی یک عبارت کلی برای توصیف مشکلات جدی روانی با ماهیت روان‌زادی یا بدنی است (کرسینی^۱، ۱۹۹۹). در این پژوهش اختلال‌های روانی به نمره‌های حاصل از اجرای آزمون‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی و فهرست نشانگان بیماری اطلاق می‌شود.

تعریف اصطلاحات پژوهش

روان‌درمانگری: درمان اختلال‌های هیجانی، رفتاری، شخصیتی با استفاده از ارتباط کلامی و غیرکلامی و بدون استفاده از دارو یا درمان فیزیکی (استیدمن^۲، ۱۹۷۶، به نقل از ویل‌کینسون^۳، ۱۹۹۸).
اثر بخشی: تفاوت معنادار بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون.
زندانی: به شخصی اطلاق می‌شود که به علت ارتکاب جرم و به عنوان تنبیه در زندان به سر می‌برد (اکسفورد^۴، ۲۰۰۰).

^۱ . Corsini
^۲ . Stidman
^۳ . Wilkinson
^۴ . Oxford

فصل دوم

پیشینه پژوهش

زندانی‌های ایران در گذشته و حال

تا اواخر قرن سیزدهم هجری شمسی تاریخ مدونی در مورد وضعیت زندان ایران وجود نداشت. اگرچه توجه به حقوق زندانیان و حذف کیفرهای بی‌رحمانه را می‌توان در اندیشه‌ها و فرامین امیرکبیر جستجو کرد که وی در سال ۱۲۶۶ هـ.ق فرمانی صادر کرد و بر اساس آن رسم شکنجه کردن مجرمان و بزهکاران ممنوع اعلام شد. ولی پس از عزل وی این اصلاحات دوام چندانی نداشت. در اواخر دوران قاجاریه با توجه به مسافرت ایرانیان به خارج از کشور، ورود فناوری‌های گوناگون غرب به ایران و مسافرت‌های متعدد سیاحان خارجی، باب مراوده بین ایران و ممالک اروپایی باز شد (شمس، ۱۳۸۱).^۱

در مسافرت‌هایی که ناصرالدین شاه به فرنگ می‌کرد، او و اطرافیانش تحت تأثیر پلیس و سیستم پلیس غرب قرار گرفتند و از آنجا که ضرورت‌های حیاتی زمانه برای تحولات اجتماعی در ایران نیز کاملاً آمادگی داشت، برای سر و سامان دادن به وضعیت نیروی پلیس در ایران، از راه حکومت وقت ایران، یک مستشار و یک افسر ایتالیایی، به نام کنت دومنت فورت^۲ که در اتریش خدمت می‌کرد، از کشور اتریش برای سر و سامان دادن به وضعیت نظمی به ایران دعوت شد. وی پس از ورود به تهران مشغول به کار شد و برای نخستین بار نظامنامه و مقرراتی را برای تشکیلات پلیس ایران وضع کرد. پس از عزل کنت دومنت فورت در واقعه تنباکو به سال ۱۳۰۲، دولت وقت برای سر و سامان دادن نظمی‌ها، دو مستشار خارجی به نام‌های یان مارسن^۳ و وستداهل^۴ سوئدی را به ایران دعوت کرد. پس از استقرار این افراد در ایران و انجام یک‌سری کارها، عده دیگری که یکی از آنها اشتولبرگ بود و شغل زندانبانی را در سوئد داشت، به ایران دعوت شد. این شخص پس از مدتی رئیس زندان شد. در زمانی که سوئدی‌ها در ایران بودند، زندان‌ها در زیرزمین‌های تنگ و تاریک و متعفن قرار داشتند که در بین آنها سن رعایت نمی‌شد و مجرمان بزرگسال با افراد کم سن و سال به مثابه حیوانات در یک جا نگهداری می‌شدند. این وضعیت توسط خود وستداهل این‌گونه توصیف شده است:

"ما چهارصد زن و مرد زندانی داریم و ۵ نفر زندانبان. به ناچار مجبوریم آنها را در سلول‌هایی در بسته و در زیرزمین‌های مرطوب و عفن نگه داریم. بودجه زندان برای همه چیز، ماهیانه هفتصد تومان

^۱. این بخش خلاصه‌ای از دیباچه کتاب حقوق زندانیان تألیف علی شمس (۱۳۸۱) است. برای کسب اطلاعات تکمیلی به این منبع مراجعه کنید.

^۲ - Conte De monte forte

^۳ - Yan Marsen

^۴ - Vestedahal

است. از این مبلغ در ماه بیش از یک تومان برای خورد و خوراک زندانی نمی‌توان خرج کرد و بقیه دیگر برای مصرف زندان در نظر گرفته شده که متأسفانه این مبلغ هم مرتب نمی‌رسد (ص ۴)."

در زمان وستداهل سوئدی و توسط وی، نخستین آیین‌نامه نظام‌مند زندانبانی در ایران نوشته شده و در آن قید شد که زندانی باید بدون استثنا موقع ورود به محبس و پس از فراغت از کار توسط مستحفظان کاملاً تفتیش شود. اشیایی که از وی کشف شود، موقع مرخصی به او مسترد خواهد شد، مگر آنکه تقاضا کند اشیای مذکور تحویل فامیلشان شود. فریاد زدن، آواز خواندن، صحبت کردن با صدای بلند، اجتماع کردن، اقدام به تشکیل گروه‌ها و صحبت کردن در موقع کار به کلی برای محبوسان قدغن است. محبوسان روزی یک ساعت تنفس خواهند داشت. ملاقات بین محبوسان و ملاقات‌کنندگان، هفته‌ای یک روز در اتاق مخصوص در حضور یک مستحفظ صورت خواهد گرفت. مذاکرات باید با زبانی باشد که مستحفظ متوجه شود. غذا عبارت است از یک چارک نان در ۲۴ ساعت، ناهار آش و شام آبگوشت است و محبوسان یا در خارج از زندان یا در کارخانه‌های مختلف به کار گماشته می‌شوند. محبوسان در ادای تکلیف و رسومات مذهبی خود آزادند تا حدی که به نظامات محبس خللی وارد نشود. محبوسانی که خلاف این مقررات رفتار کنند، به شرح زیر مجازات می‌شوند: ملامت و سرزنش، محرومیت از غذا غیر از نان منتها تا سه روز متوالی، حبس انفرادی منتها تا ۱۵ روز و نظایر آن.

از کارهایی که وستداهل در ایران برای اولین بار انجام داد، برداشتن زنجیر از پای زندانیان، اجرای آیین‌نامه‌ای که خود او آن را تنظیم کرده بود و تخصیص یک ساعت گردش و هواخوری برای زندانبان بود. در ضمن وستداهل دستور داد که برای هر یک از زندانبان پرونده جداگانه‌ای تشکیل بدهند و مشخصات جسمی و سوابق دیگر آنها را در آن پرونده‌ها بگنجانند. این کارهای ابتدایی را می‌توان بنیان‌های رفتار انسانی و رعایت حقوق انسانی زندانبان در تاریخ ایران در نظر گرفت و وستداهل یکی از اصلاح‌کنندگان و اولین نفری است که تحول مهم و قابل ستایشی را در زندانبانی در ایران ایجاد کرد. برخی تغییرات دیگر در نظام زندان‌ها نیز در زمان داور (وزیر دادگستری وقت رضاخان)، به وقوع پیوست. داور نیز آیین‌نامه‌ای به تصویب رساند که در آن تصریح شده بود که باید زندان محکومان از بازداشتگاه متهمان جدا باشد. افزون بر آن، قرار شد که هیچ‌کس در محبس یا توقیفگاه پذیرفته نشود، مگر به حکم محکومیت یا امر توقیفی از طرف مقامات صلاحیت‌دار. به این ترتیب، داور می‌خواست جلو مطلق العنانی رؤسای شهربانی را بگیرد و اهمیت دادگستری را زیاد کند. حق مکاتبه برای محکومان و متهمان و حق ملاقات برای آنها شناخته شده است. برای اطفالی که

به ۱۸ سال تمام نرسیده باشند، دارالتأدیب و برای محبوسان یا توقیف‌شدگان بیمار رژیم مخصوص پیش‌بینی شد. سیستمی که داور ارائه کرد، سیستمی نظامی، انتظامی و به دور از تهذیب باقی ماند. با انقراض حکومت قاجاریه و تأسیس رژیم رضاخانی در ایران، زندان‌سازی شتاب یافت، که این مسئله ناشی از علل داخلی و خارجی بود. براساس اسناد موجود، زندان‌سازی از سال ۱۳۰۳ در ایران آغاز شد و در سال ۱۳۰۶ نقشهٔ مارکف^۱ برای ساختمان محبس به دلیل اینکه به تجزیهٔ محبوسان از نظر سن و ماهیت جرم توجه داشته، از میان سایر نقشه‌هایی که توسط مهندسان و معماران ترسیم شده بود، انتخاب و برای ساختن آن در همین سال در قصر قاجار شروع می‌شد و در سال ۱۳۰۸ توسط رضاخان افتتاح می‌گردید. در این زندان و سایر زندان‌های ساخته‌شده پس از آن، وضعیت نابهنجاری از نظر زیست برای زندانیان برقرار بود. در کابینهٔ احمد قوام نیز در سال ۱۳۳۲ قسمتی از زندان قصر جدا شده و به‌عنوان زنان نسوان در نظر گرفته شد و اولین دارالتأدیب هم در همان سال‌ها (۱۳۲۵) ساخته شد.

در دوران رژیم پهلوی، ادارهٔ زندان‌ها سیستم و تشکیلات علمی و صحیحی نداشت و هر زندان تحت ریاست و رهبری خاصی اداره می‌شد و نظارت منسجمی بر آنها صورت نمی‌گرفت و هر یک از مراکز متعدد قدرت و مدیریت، نظام ادارهٔ زندان مخصوص به خود را داشتند. افرادی هم که در این مراکز به کار زندانبانی و ادارهٔ زندان مشغول بودند، هیچ‌گونه علم و دانشی دربارهٔ زندانبانی و اصول اصلاح و تربیت زندانیان نداشتند و اصولاً در بسیاری از مواقع از آن کاملاً بی‌اطلاع بودند. در این وضعیت پیگیری و کنکاش در مورد مسائل تربیتی و اصلاحی اگر نگوییم به‌دور از عقل سلیم نبوده ولی بسیار کم و نادر بود و از تسهیلاتی مثل وکیل، متخصص پزشکی، روان‌شناس، متخصص آموزش خبری نبود و فقط کار نگهداری و کنترل آنها مدنظر بود. چنین روندی تا اواخر دورهٔ پهلوی بر زندان‌ها حاکم بود. با اینکه زندان‌های بسیاری ساخته شد، ولی آموزش‌های حرفه‌ای و کاری، سوادآموزی، مداخله‌های اصلاحی و تربیتی و بازپروری بسیار کمی در آنها جریان داشت.

پس از پیروزی انقلاب به کلی ماهیت اداره و اهداف زندان‌ها تغییر یافت به‌طوری که وابسته بودن زندان‌ها به نهادهای امنیتی و انتظامی، خلاف فلسفهٔ واقعی و اصلی زندان‌ها یعنی اصلاح و تربیت و بازپروری افراد شناخته شد و به موجب قانون واگذاری امور زندان‌ها به وزارت دادگستری مصوب ۵۸/۶/۲۰، کلیهٔ زندان‌ها و مؤسسات صنعتی و کشاورزی وابسته به امور زندانیان از شهربانی کل کشور منفک و به وزارت دادگستری ملحق شد و سپس با قانون تبدیل شورای سرپرستی زندان‌ها به سازمان

۱- نقشه‌ای برای زندان بود که تمام گروه‌های سنی را به‌صورت جدا از هم در خود جای می‌داد.

زندان‌ها و اقدام‌های تأمینی و تربیتی کشور در سال ۱۳۶۰، زندان به‌عنوان سازمانی مشتمل تحت نظارت قوه قضاییه قرار گرفت (شمس، ۱۳۸۱).

وظایف سازمان زندان‌ها و اقدام‌های تأمینی و تربیتی کشور

براساس آیین‌نامه اجرایی سازمان زندان‌ها و اقدام‌های تأمینی و تربیتی کشور (۱۳۸۳)، سه محور اصلی، ارکان اساسی وظایف این سازمان را تشکیل می‌دهند. این وظایف در ماده‌های ۲۰ تا ۲۶ آیین‌نامه اجرایی سازمان ذکر شده است. مروری بر این وظایف نشان می‌دهد که بیشتر ماده‌های مذکور در حیطه تربیت می‌گنجد. این مسئله بیانگر روشن فکر بودن افراد مسئول این سازمان در مورد وظایف اساسی و کلیدی زندان است که همانا تربیت و اصلاح زندانیان و آماده‌سازی ایشان برای ورود به جامعه است، در بیشتر این ماده‌ها به صراحت به عبارات تربیت، بازپروری، حرفه‌آموزی، اشتغال، مساعدت، پیشگیری از وقوع جرم، مراقبت از زندانی پس از خروج از زندان، تهذیب و بررسی انگیزه‌های ارتکاب جرم که مفاهیم اساسی و اصلی اقدام‌های تربیتی و بازپروری است، اشاره شده است.

بخش‌های دیگر آیین‌نامه اجرایی سه محور اصلی وظایف را جزیی‌تر کرده و به بخش‌هایی مثل پذیرش و تشخیص و طبقه‌بندی، اشتغال و حرفه‌آموزی، فعالیت‌های آموزشی فرهنگی و تربیتی و ملاقات با وابستگان و خانواده و مرخصی زندانیان و آماده‌سازی فرد برای خروج از زندان تقسیم شده است. در هر یک از این بخش‌ها سازمان خود را موظف به رعایت حقوق انسانی زندانیان دانسته و آنها را افرادی قابل احیا برای اجتماع در نظر گرفته و هدف‌های خود را در جهت باز اجتماعی‌سازی زندانیان قرار داده است. در هر یک از این بخش‌ها متخصصان مثل پزشکان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان و مددکاران نقش دارند و هدف هر یک از این گروه‌های تخصصی و اهمیت آنها به تلویح در ماده‌های آیین‌نامه بیان شده است.

بخش چهارم که با نام آماده‌سازی برای خروج از زندان است، کاملاً با اهداف متعالی این سازمان همخوانی دارد. در این بخش وظایف تیم‌های بهداشتی مانند پزشکان، روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران و نحوه ارائه خدمات و حدود و ثغور آنها آمده است.

جای بسیار خرسندی است که در کشور سازمانی با این دید وسیع و شاید بتوان گفت مدرن و مترقی با موضوع زندان و زندانی برخورد می‌کند. امید است اجرا و نظارت بر اجرای دقیق تک‌تک این ماده‌ها جامعه را به سوی آینده‌ای روشن و کشوری بدون زندان و حبس تبدیل کند. البته این

نهایت‌ها، آرزوها و آمالی بیش نیستند، ولی نزدیک شدن به این آمال و آرزوها می‌تواند بسیاری از مشکلات جامعه را حل کند و به سامان‌دهی اجتماعی بینجامد.

دلایل توجه به جرم

آمار با قابلیت پیش‌بینی بالا وجود دارد و اینکه هر ساله شمار جرم‌های ثبت‌شده در مقایسه با سال قبلی افزایش پیدا می‌کند. به‌طور مثال در سال ۱۹۵۰ جرم‌های ثبت‌شده در انگلستان به پانصد هزار مورد رسیده بود که رقم بالایی را تشکیل می‌داد، ولی تا چند دهه بعد این رقم به میلیون رسید (هولین، ۲۰۰۴).

امروزه دلایل زیادی برای مراقبت و توجه به ارقام جرم‌های رسمی یا غیررسمی وجود دارد (باتوملی و پیز^۱، ۱۹۸۶؛ کلمن و موینی‌هان^۲، ۱۹۹۶)، چرا که جرم موضوع مهمی در جوامع امروزی است. اهمیت جرم دست‌کم در چهار مورد است:

اول: قربانیانی که از صدمات جسمی یا حقوقی رنج می‌برند؛

دوم: مجرمان و خانواده‌های آنان که مجبور به زندگی‌های فقیرانه و ناراحت‌کننده‌ای شده‌اند؛

سوم: هزینه‌هایی که از بودجه عمومی در نظام قضایی و حفظ سلامت آسیب‌دیدگان صرف

می‌شود؛

چهارم: هزینه‌هایی مانند بیمه، بازسازی‌ها و جایگزینی چیزهای از دست رفته.

پرسش مهم این است که در یک جامعه چگونه به بهترین شکل می‌توان صدمه‌ها و هزینه‌های جرم را کاهش داد؟ به نظر می‌رسد برای فهم جنبه‌های اخلاقی، فلسفی، قانونی، سیاسی و پیچیدگی‌های مرتبط با این موضوع، به بررسی قلمرو تاریخی آن نیاز است.

دیدگاه‌ها و نظریه‌ها در خصوص جرم

دیدگاه تاریخی

نگاهی به حوزه تاریخی این موضوع در جامعه غرب روشن می‌کند که در اعصار گذشته، راه‌حل مشکل مدیریت جرم در بسیاری از کشورها، در دست قدرت و ثروت بوده است. پادشاهان، مالکان و قاضیان تقریباً همان کسانی بودند که به‌طور اختیاری مجازات مجرمان را می‌بخشیدند یا آنها را مورد عتاب قرار می‌دادند. در این دوران مجازات‌های ارتکاب جرم، شدید بود؛ برخی از این مجازات‌ها شامل تحقیر عمومی، قطع عضو و اعدام می‌شد. در نیمه قرن هجدهم در انگلستان بیش از ۱۰۰ جرم وجود داشت که مجازات آنها محکومیت به مرگ بود. شروع تغییراتی که منادی بنیان نهادن نظام

¹. Bottomley & Pease

². Coleman & Moynihan

قانونی و نظام‌مند در این خصوص بود، در میانه قرن هفدهم با پیدایش نظریه کلاسیک^۱ شروع شد (هولین، ۲۰۰۴).

نظریه کلاسیک

منشأ نظریه کلاسیک در کارهای سزار بکاریا- اقتصاددان ایتالیایی- و جرمی بنتهام- فیلسوف انگلیسی- قابل ردیابی است. زمانی که تنبیه در نهایت شدت خود برای جرم بود، هم بکاریا و هم بنتهام در مورد اصل سودمندی^۲ بحث کردند.

پایه‌های اصل سودمندی در دیدگاه لذت‌گرایانه^۳ از رفتار انسان قرار داشت؛ فرضی که موقعیت این نظریه را مستحکم می‌کرد، این بود که فعالیت‌های انسان در جهت دوری از درد و به دست آوردن لذت است؛ به این معنا که نظام قانون کیفری جامعه باید به افراد و به‌طور کلی جامعه کمک کند تا اعضای آن به ارتکاب به جرم تمایل نداشته باشند. بنابراین قانون کیفری با ارائه این نکته که ناراحتی جریمه‌ها سنگین‌تر از خوشی جنایت است، باید در جست‌وجوی پیشگیری جرم به وسیله بازداشتن جامعه و افراد از ارتکاب به جرم باشد. در واقع، بنتهام معتقد بود که مجازات باید در جست‌وجوی چهار پیامد باشد (دانش، ۱۳۷۴):

۱- جلوگیری از جرم؛

۲- اگر پیشگیری امکان‌پذیر نیست، متقاعد کردن مجرم به جرمی که خطر کمتری دارد؛

۳- کاهش صدمات وارده در طول انجام جرم؛

۴- جلوگیری از جنایت به کم‌هزینه‌ترین شکل ممکن.

دلایل عملی و فلسفه اصل سودمندی، تأثیر اساسی خود را بر نظام قانونی اروپا در قرن نوزدهم گذاشت. در مخالفت با عقاید آن زمان، حامیان اصل سودمندی ادعا کردند که مجازات افرافی غیرضروری است و در مقابل، سودمندی پیشگیری از جرم را مطرح کردند. همچنین سطح مجازات باید براساس شدت جرم صورت می‌گرفت. دلیل این مسئله ساده است، اگر همه جنایت‌ها مجازات یکسانی داشته باشند، پس تأثیر متفاوت مجازات نمی‌تواند انتخابی باشد. به عبارت دیگر، مواجه کردن جرم در مقابل مجازات، این امکان را ایجاد می‌کند که مجازات می‌تواند به عنوان بازدارنده اعمال انحرافی عمل کند. بنابراین نظریه کلاسیک تبیینی در مورد رفتار جنایی ارائه می‌دهد و نظامی بر پایه مجازات برای جرم‌هایی که قابلیت کنترل دارند، پیشنهاد می‌کند.

^۱ . classic theory

^۲ . utility

^۳ . hedonistic view

دو فرض کلیدی لاینفک در نظریه کلاسیک وجود دارند: اول اینکه ما با اراده آزاد به تصمیم‌گیری اعمالمان مبادرت می‌ورزیم؛ دوم اینکه به شیوه منطقی دست به انتخاب آنها می‌زنیم. میراث نظریه کلاسیک به‌طور واضح در نظام قانونی مدون آمریکا و اروپا دیده می‌شود. به این شکل که دادگاه‌های معاصر در جست‌وجوی تنبیه متناسب با جرم و بازدارنده‌های جرم‌های بعدی هستند. بنابراین در نظریه کلاسیک پیشگیری از جرم توسط عامل قدرتمند مجازات صورت می‌گیرد. بیشترین مخالفت با فرضیه نظریه کلاسیک ناشی از شکل‌گیری روان‌شناسی است.

نظریه‌های روان‌شناختی

آغاز سنتی تحول در حوزه نظریه‌های روان‌شناختی، به نظریه روانکاوی فروید^۱ برمی‌گردد. پس از فروید نیز تأثیر پاولف^۲ و اسکینر^۳ در گسترش نظریه یادگیری مشاهده می‌شود؛ کتل^۴ و آیزنک^۵ هم با نظریه شخصیت و حرکت از یادگیری سنتی به یادگیری اجتماعی^۶ و نظریه شناختی- رفتاری^۷ را شاید به بهترین شکل در کار بندورا^۸ و راتر^۹ می‌توان دید. به تازگی هم ظهور روان‌شناسی شناختی در نوشته‌های جان آندرسون^{۱۰} و اولریک نیسر^{۱۱} دیده شده است. نکته‌ای که در بیشتر این نظریه‌ها وجود دارد، این است که همه آنها پیشنهاد می‌کنند که علل رفتار بشر همیشه با نظریه کلاسیک سازگار نیست.

در این زمینه دو دسته از نظریه‌های روان‌شناختی به وجود آمده است: اول نظریه‌هایی که مبنای درمانی دارند و دوم نظریه‌هایی که بر اقدام رفتار جنایی پرداخته‌اند. برای دنبال کردن اثر نظریه‌های مطرح شده در بالا، می‌توان درمان‌های منبعث از آنها یعنی روان‌درمانی روان‌تحلیل‌گری^{۱۲} و روان‌پویایی^{۱۳}، اصلاح رفتار^{۱۴}، رفتاردرمانی^{۱۵}، شناخت درمانی و اخیراً نیز درمان رفتاری- شناختی^{۱۶} را بررسی کرد.

1. Freud

2. Pavlov

3. Skinner

4. Cattell

5. Eysenck

6. social learning

7. cognitive-behavior

8. Bandura

9. Rutter

10. John Anderson

11. Ulric Neisser

12. psychoanalysis

13. psychodynamic

14. behaviour modification

15. behaviur therapy

16. cognitive behaviour therapy

اهمیت رویکرد روان‌پویشی در رفتار جنایی در استفاده الکساندر^۱ از مفهوم اصل واقعیت برای توضیح رفتار جنایی دیده شده است (الکساندر و هلی^۲، ۱۹۳۵؛ الکساندر و استاب^۳، ۱۹۳۱). مشهورترین و شاید بانفوذترین کارها در این خصوص، نوشته‌های جان بالبی^۴ (۱۹۴۴، ۱۹۴۶) در مورد محرومیت عاطفی و بزه است که تلاش واضحی برای کاربرد تفکر روان‌پویشی در توضیح جرم است. تأثیر نظریه یادگیری به‌طور واضح در نظریه تداعی افتراقی^۵ و نظریه تقویت افتراقی^۶ دیده شده است. بندورا (۱۹۷۳) نظریه یادگیری اجتماعی خود را در رفتار پرخاشگری به کار برد و رونالد آکرز^۷ از نظریه یادگیری اجتماعی به کامل‌ترین شکل برای گسترش نظریه جرم استفاده کرد (آکرز ۱۹۷۷). در مورد نظریه شخصیت نیز می‌توان گفت که آیزنک مشهورترین گسترش‌دهنده موضوع شخصیت و جرم است (آیزنک، ۱۹۷۷).

تأثیر روان‌شناسی شناختی در دو سری از تحقیقات مجزا مشخص است: رویکرد اول، در پژوهش‌هایی که مرتبط با شناخت اجتماعی و پردازش اطلاعات اجتماعی مجرمان است. شواهدی از رابطه بین شناخت اجتماعی^۸، همدلی^۹، حل مسائل اجتماعی^{۱۰}، استدلال اخلاقی^{۱۱} و ادراک اجتماعی^{۱۲} و جرم به دست آمده است (راس و فایانور، ۱۹۸۵). دومین رویکرد شناختی، مجرمان را به عنوان تصمیم‌گیرنده‌های منطقی در نظر می‌گیرد (کورنیش و کلارک^{۱۳}، ۱۹۸۶). این رویکرد به دو دلیل جالب است؛ اول اینکه این رویکرد تصمیم‌گیری - به عنوان شاخه خاص از پژوهش‌های شناختی - را برای فهم رفتار جنایی به کار می‌رود؛ دوم این دیدگاه مجرمان را به عنوان تصمیم‌گیرنده‌های منطقی در نظر می‌گیرد و با نظریه‌های کلاسیک - که مجرمان را دارای اراده آزاد در عمل کردن می‌داند - مقایسه می‌کند. از این رو، به رویکرد تصمیم‌گیری منطقی به عنوان منادی ظهور نظریه جرم‌شناسی نئوکلاسیک نگاه می‌شود.

1 . Alexander

2 . Healy

3 . Staub

4 . John Bowlby

5 . differential association theory

6 . differential reinforcement theory

7 . Ronald Akers

8 . social cognition

9 . empathy

10 . social problem solving

11 . moral reasoning

12 . social perception

13 . Cornish & Clarke

توضیح روان‌شناختی صرف از رفتار جنایی فایده‌ای دربر نداشت و روان‌شناسان در پی تبدیل نظریه به عمل بودند. ویتمر،^۱ پیشگام روان‌شناسی بالینی در سال‌های پایانی قرن نوزدهم میلادی، قبل از آنکه نخستین کلینیک روان‌شناسی را در سال ۱۸۹۶ بنیان گذارد، به ارائهٔ درسی با نام «رفتار جنایی»^۲ در دانشگاه پنسیلوانیا پرداخت. هال^۳ در سال ۱۹۰۴ نتایج پژوهش‌های خود دربارهٔ نوجوانان بزهکار را منتشر کرد. سپس انتشار «بررسی‌های تجربی فرایند دادگاه‌ها» توسط مونستربرگ^۴ با استقبال عمومی مواجه شد. همچنین تقریباً همزمان با تأسیس اولین نمونهٔ کلینیک هدایت کودک برای بزهکاران توسط ویتمر، «انستیتوی نوجوانان روان دردمند شیکاگو»^۵ با مشارکت یک روان‌پزشک و روان‌شناس به نام هیلی و فرنالده^۶ در سال ۱۹۰۹ بنیان نهاده شد. بدین ترتیب، روان‌شناسان بالینی، تربیتی و روان‌شناسان زندان‌ها، نقش‌هایی را در ارائه خدمات به دادگاه‌ها، مؤسسات کیفری و مجرمان بر عهده گرفتند و روان‌شناسی به مهم‌ترین منبع پژوهش‌های جرم‌شناختی در نیمهٔ اول قرن بیستم تبدیل شد (دادستان، ۱۳۸۲).

روش‌های متفاوتی برای مداخله‌های روان‌شناختی به کار رفته که میزان و انواع اثربخشی هر یک از آنها در ادبیات پژوهشی این موضوع قابل دسترسی است. برخی از این شیوه‌ها که به احتمال زیاد موفقیت مطلوب داشته‌اند، عبارتند از رویکردهای رفتاری، مهارت‌های زندگی و الگوسازی (یادگیری اجتماعی)، رویکردهای روان‌پوشی، رویکردهای انسان‌گرایانه، رویکردهای شناختی و شناختی-رفتاری.

رویکردهای رفتاری

مدیریت مجرمان و برنامه‌های توانبخشی از ابعاد و وظایف مهم سیستم‌های قضایی است (آیلون^۷، میلان^۸، رابرتز^۹ و مک‌کی^{۱۰}، ۱۹۷۹). نظریه‌های رفتاری در خصوص منشأ و تداوم رفتار جنایی، راهکارهای کلی مدیریت و توانبخشی را مشخص می‌سازد. بدون شک اغلب رفتارگرایان با این فرض دیرپا که اصول رفتاری که رفتارهای غیرجنایی را توضیح می‌دهد، رفتارهای جنایی را نیز تبیین می‌کند، موافق‌اند.

1 . Witmer
2 . criminal behaviour
3 . Hall
4 . Musterberg
5 . chicago juvenile psychopathic institue
6 . Healy, & Fernald
7 . Ayllon
8 . Milan
9 . Roberts
10 . McKee

تبیین آیسنک از رفتار جنایی (آیسنک، ۱۹۷۷)، زیرشاخه‌ای است از نظریه عمومی‌تری از شخصیت (آیسنک، ۱۹۸۱، ۱۹۶۷) که بر تعامل تعیین‌کننده‌های زیستی و محیطی رفتار تاکید می‌کند. این نظریه یک عامل هوش عمومی (g) و سه عامل خلق‌وخو یعنی برون‌گرایی^۱، روان‌رنجوری^۲ و روان‌پریشی^۳ را مفروض می‌داند. این جنبه‌ها پایه‌های زیستی دارند که به صورت قوی تحت تأثیر عوامل ژنتیک قرار دارند. پیوستار برون‌گرایی حاصل فعالیت سیستم اعصاب مرکزی به‌ویژه ساختار شبکه‌ای در نظر گرفته شده و اغلب با محرک‌جویی از بالا به پایین، تکانش‌گری و تحریک‌پذیری مشخص می‌شود.

پیوستار روان‌رنجوری بازتابی از عملکرد سیستم اعصاب پیرامونی به‌ویژه سیستم لیمبیک در نظر گرفته می‌شود، و اغلب در عواطف منفی مانند استرس، اضطراب، افسردگی و خصومت آشکار می‌شود. پیوستار روان‌پریشی نتیجه شیمی خون فرض شده و عدم حساسیت و بی‌تفاوتی اجتماعی، بی‌رحمی نسبت به دیگران و بی‌اعتنایی نسبت به خطرهایی که متوجه خود فرد است، مشخص می‌شود. عوامل شخصیتی به عنوان علل رفتار و شخصیت در نظر گرفته نمی‌شوند، اما به منزله عوامل پیشایند تلقی می‌شوند. تعامل، ترکیب منحصربه‌فردی از این عوامل با تجارب منحصربه‌فرد محیطی است که سازگاری اشخاص در زندگی و اشکال مختلفی از آسیب‌شناسی روانی و جنایات احتمالی را تعیین می‌کند.

اغلب اصول شرطی‌سازی و یادگیری نقش تجارب محیطی در سازگاری را توضیح می‌دهد. آیسنک نقش شرطی‌سازی کلاسیک را در خلال اجتماعی شدن کودکان در درک او از رفتار جنایی مورد تاکید قرار می‌دهد و سعی در تبیین این نکته دارد که چرا اشخاص در فعالیت‌های جنایی درگیر نمی‌شوند، تا اینکه چرا آن‌را انجام می‌دهند. آیسنک فرض می‌کند که در فرایند اجتماعی شدن، کودک، در نتیجه شرطی‌سازی کلاسیک از تنبیه رفتارهای بد، یک وجدان شکل می‌دهد. آیسنک نظریه شخصیت خود را برای توضیح اینکه چرا تعدادی از کودکان نسبت به دیگران از فرایند اجتماعی شدن کمتر متاثر می‌شوند، به کار می‌برد. گفته می‌شود که برانگیختگی قشری پایین در افرادی که در بعد بالای برون‌گرایی قرار دارند، میزان پاسخگویی به تنبیه را کاهش می‌دهد و به این ترتیب مانع فرایند اجتماعی شدن و رشد وجدان می‌شود. تحقیق در مورد قابلیت شرطی شدن و جرم‌حاکمی از این است که مجرمان در واقع آهسته‌تر از افراد غیرمجرم شرطی می‌شوند (راین^۴، ۱۹۹۳). آیسنک و گودجانسون (۱۹۸۹) پژوهش‌های زیادی در حمایت از این نظریه گزارش کرده‌اند. دلایل آن هم

1. extraversion

2. neuroticism

3. psychoticism

4. Raine

روشن است؛ تقویت مثبت در خلال اجتماعی شدن و توانبخشی بر تنبیه و محرومیت ترجیح داده می‌شود.

نظریهٔ تداعی و تقویت افتراقی آکرز از رفتار انحرافی که در آغاز همراه با روبرت بورگس^۱ تدوین شده بود (بورگس و آکرز، ۱۹۶۶)، در پی این مسئله است که کدام یک از اصول شرطی سازی کنشگر و یادگیری ممکن است برای تبیین رفتار جنایی به کار رود. این نظریهٔ تدوین دوباره‌ای از نظریهٔ تداعی افتراقی رفتار جنایی ادوین ساترلند^۲ است. هفت مفروضهٔ اصلی نظریه عبارت است از:

۱. رفتار جنایی براساس اصول شرطی سازی کنشگر یاد گرفته شده است؛
۲. رفتار جنایی هم در موقعیت‌های غیر اجتماعی که تقویت و تمیزند، یاد گرفته می‌شوند و هم در تعامل‌های اجتماعی که رفتار دیگر افراد برای رفتار جنایی تقویت یا تمیز می‌شود؛
۳. بخش اصلی یادگیری رفتار جنایی در گروه‌هایی اتفاق می‌افتد که اشخاص منبع اصلی تقویت محسوب می‌شوند؛
۴. یادگیری رفتار جنایی، شامل روش‌های ویژه، نگرش‌ها و رویه‌های اجتناب از تقویت‌کننده‌های مؤثر و قابل دسترس و وابستگی‌های تقویت است؛
۵. سطوح ویژه رفتار یاد گرفته شده و فراوانی وقوع آن، پیامدی از تقویت‌کننده‌های مؤثر و در دسترس و قواعد و هنجارهایی که توسط آن تقویت‌کننده‌ها به کار برده می‌شود، است؛
۶. رفتار جنایی کارکردی است از هنجارهایی که برای رفتار جنایی تمیزدهنده‌اند. یادگیری موقعی اتفاق می‌افتد که چنین رفتاری بیشتر از رفتار غیر جنایی تقویت شده است؛
۷. نیرومندی رفتار جنایی پیامد مستقیمی از مقدار، فراوانی و احتمال تقویت است.

شیوه‌هایی برای کاهش رفتار نامطلوب

بنظر می‌رسد محروم کردن^۳ و جریمه^۴ گسترده‌ترین رویه‌های مدیریت رفتاری هستند که برای کاهش رفتار نامطلوب در محیط‌های اصلاحی، بررسی شده‌اند. در شیوهٔ محروم کردن سنتی، فرد، مدت کوتاهی از محیطی که تقویت‌کننده‌های اجتماعی یا غیراجتماعی بدون محدودیت در دسترس وی بوده‌اند، دور نگه داشته می‌شود؛ یا فرد در محیط باقی می‌ماند، ولی آن تقویت‌کننده‌ها مدت کوتاهی برداشته می‌شوند. کوتاه مدت بودن محروم کردن، آن را از شیوه‌های ایزاری تنبیه‌کننده‌تر مانند زندان، جدایی و انزوای تنبیهی^۵ که در محیط‌های اصلاحی عمومیت دارند، متمایز می‌کند. شیوه‌های

^۱ . Robert Burgess

^۲ . Edwin Sutherland

^۳ . time-out

^۴ . response cost

^۵ . punitive isolation

جریمه کردن افراد را وادار به چشم‌پوشی و پرداخت تقویت‌کننده‌هایی مانند پول یا ژتون کرده یا ارائه تقویت‌کننده‌ها را منوط به تلاش بیشتر می‌کند.

دو مطالعه اولیه در مورد اثربخشی محروم کردن توسط تایلر^۱ و همکارانش (بورچارد^۲ و تایلر، ۱۹۶۵؛ تایلر و براون^۳، ۱۹۶۷) در بخشی از یک مدرسه آموزشی اجرا شد. رفتارهای هدف شامل تخطی از نقش عمومی و رفتارهای مخرب بود. در بررسی بورچارد و تایلر روند محروم کردن، در مطالعه موردی درباره یک متخلف بررسی شد که در آن فرد ۱۵ دقیقه در گوشه اتاق محروم بود. این تحقیقات کاهش ۶۳ درصدی تخلفات را گزارش کرده‌اند. با استفاده از طرح معکوس با ۱۵ زندانی، تایلر و براون تأثیر یک مطالعه را که در آن تقویت شیوه مکمل برای رفتار مناسب بود، تکرار کردند و به این نتیجه رسیدند که استفاده از محروم کردن کوتاه‌مدت فوری می‌تواند شیوه موثری برای کنترل رفتار نامطلوب در کلاس باشد. ایشان عنوان کردند که این شیوه، شیوه موثری است، چرا که نه آنچنان شدید است که حمایت گروه همسالان را فراخواند و نه چندان تحقیرآمیز که در زندانی ایجاد مقاومت بکند.

بورچارد (۱۹۶۷) برای بررسی اینکه چگونه جریمه ممکن است به کنترل رفتارهای ضداجتماعی مانند دزدی، دروغ‌گویی، تقلب و دعوا کردن کمک کند، نمونه‌ای فراهم کرد. پژوهش دیگری با نوجوانان و جوانان عقب‌مانده ذهنی در یک برنامه شبانه‌روزی دیده شد. همچنین در یک طرح معکوس، فقدان ژتون‌ها در کلاسی که ابتدا وابسته به اقتصاد ژتونی و سپس غیر وابسته بود، بررسی شد. نتایج حاکی از پایین بودن میزان رفتار ضد اجتماعی در جریان جریمه کردن است.

بورچارد و باریرا^۴ (۱۹۷۲) اثربخشی محروم و جریمه کردن را در چهار گروه جوانان بزهکار عقب‌مانده ذهنی در کلاس اقتصاد ژتونی مقایسه کردند. محروم کردن به‌طور متعادل در بین گروه‌ها با دو زمان پنج و سی دقیقه‌ای و جریمه کردن با دو مقدار پنج و سی ژتون برای تمام گروه‌ها به‌طور متعادل به‌کار برده شد. رفتارهای هدف رفتارهای پرخاشگری مانند ناسزا گفتن، حمله به اشخاص و تخریب اموال بود. شیوه‌های محروم کردن سی دقیقه‌ای و جریمه کردن سی ژتون به‌طور یکسان بیشترین نقش را در کاهش فعالیت‌های پرخاشگری داشتند. مؤثرترین شیوه بعدی ترکیبی از محروم کردن پنج دقیقه‌ای و جریمه کردن پنج ژتونی بود. در نهایت بوچارد و باریرا به این نتیجه رسیدند که به‌نظر می‌رسد جریمه کردن از محروم کردن بهتر باشد، چرا که جریمه کردن مشارکت در برنامه کلاسی را متوقف نمی‌کند.

1. Tyler

2. Burchard

3. Brown

4. Barrera

بررسی‌های ارائه‌شده نشان می‌دهد که محروم کردن و جریمه کردن جایگزین‌های مناسبی برای بیشتر شیوه‌های سختگیرانه مدیریت رفتار نامطلوب، در محیط‌های مؤسسه‌ای هستند. اگرچه وقتی شیوه‌های محروم کردن و جریمه کردن متوقف می‌شوند، دست‌کم بعد از یک دوره استفاده کوتاه، رفتار فرونشانده دوباره ظاهر می‌شود. بنابراین این شیوه‌ها ممکن است به‌عنوان عناصری در برنامه‌هایی که شامل شیوه‌هایی برای تعمیم و نگهداری تأثیرات محروم کردن و جریمه کردن و شاید مهم‌تر از آن، آموزش مهارت‌هایی که ناسازگار با رفتارهای نامطلوب‌اند، استفاده شوند.

شیوه‌هایی برای افزایش رفتار مطلوب

یاری رساندن به زندانیان، آمادگی شغلی و تحصیلی آنها را تا حد ممکن بهبود می‌بخشد؛ تا جایی که ممکن است به درجات عالی تحصیلی و صلاحیت استخدامی و کسب موقعیت اجتماعی مناسب دست یابند. تعجب آور نیست که رفتارگرایان این اهداف را در خیلی از فعالیت‌های توانبخشی اصلاحی مورد تاکید قرار داده‌اند. در یکی از اولین بررسی‌ها، امکان کاربرد^۱ شیوه‌های رفتاری در یک کلاس آموزش در مؤسسه اصلاحی به کار رفت.

بوچارد (۱۹۶۷) تأثیر تقویت ژتونی را بر رفتار ضد اجتماعی دانش‌آموزان عقب‌مانده آزمون کرد. در این مطالعه ژتون بلافاصله پس از مشاهده رفتار نشستن در جای خود به آنها ارائه شد. همان‌گونه که انتظار می‌رفت، دانش‌آموزان در این شرایط به‌طور چشمگیری زمان بیشتری در جای خود نشستند. زیلهارت^۲، گریته‌هاوس^۳ و وینبرگ^۴ (۱۹۷۰) شیوه‌های تقویت ژتونی و روش تقویت سنتی را در مطالعه بین‌گروهی با بزهکاران جوان زندانی درگیر در یادگیری مواد آموزشی مقایسه کردند. یک گروه بدون تقویت در یادگیری آموزشی درگیر شده بودند و گروه دوم هم برای یادگیری این موارد و هم برای یافتن تبحر در آنها ژتون دریافت می‌کردند. گروه تقویت‌شده به‌طور معنادارتری بیشتر از گروه بدون تقویت در خواندن، درک مطلب و آزمون پیشرفت تحصیلی استاندارد پیشرفت داشت.

گرابارد^۵ (۱۹۶۸) طرحی را برای بررسی گروهی جوان بزهکار مبتلا به آشفتگی هیجانی در کلاسی از مرکز درمان شبانه‌روزی مورد استفاده قرار داد؛ خط پایه شامل راهبردهای آموزش سنتی با تقویت‌کننده غیرملموس و وابستگی‌های گروهی^۶ بود. در طول مداخله، معلم و دانش‌آموزان در خصوص اهداف، تقویت‌کننده‌ها و تقویت‌کننده‌های اضافی که گروه در صورت نیل به اهداف

^۱. applicability

^۲. Zelhart

^۳. Greathouse

^۴. Weinberg

^۵. Graubard

^۶. group contingencies

به‌دست خواهند آورد، به توافق رسیده بودند. در طول مداخله کاهش چشمگیری در رفتار ضد اجتماعی و افزایش عملکرد تحصیلی اتفاق افتاد. اگرچه این مطالعه نشان می‌دهد که استفاده از وابستگی‌های گروه می‌تواند راهبرد مؤثری برای رشد مثبت فشار گروهی همسالان برای رفتار مناسب باشد، وابستگی‌های گروهی ممکن است تشویقی باشد برای تعدادی از اعضای گروه- برای اعمال فشار روان‌شناختی و جسمانی- برای اشخاصی که نمی‌خواهند و نمی‌توانند درخواست وابستگی گروهی را کسب کنند.

مک‌کی^۱ (۱۹۷۴) چندین مطالعه دیگر درباره وابستگی گروهی را خلاصه کرده و بعد از استفاده از بازخورد گزارش می‌کند که:

۱. فرصت عملکرد- وابستگی برای انتخاب مواردی از تقویت‌کننده‌ها منتج به دو برابر شدن نسبت یادگیری، بدون کاهش در نمره‌های آزمون می‌شود؛
 ۲. ثبت عملکرد توسط خود فرد به همراه پاداش مالی اندک در راستای حفظ عملکرد مداوم، به افزایش برجسته‌ای در پیشرفت تحصیلی و برون‌داد می‌انجامد؛
 ۳. تغییر از شرایط وابسته به ناوابسته، به وخامت چشمگیری در عملکرد انجامیده است، به این ترتیب نقش مرکزی شیوه‌های مدیریت وابستگی در این تلاش‌ها تأیید می‌شود.
- مک‌کی و همکاران (۱۹۷۷) دریافتند که دانش‌آموزان با به‌دست آوردن تقویت پولی برای پیشرفت تحصیلی در مقایسه با گروه مقایسه‌ای بدون وابسته به تقویت، به‌طور معناداری در نسبت یادگیری بالاتر بودند.
- در کل، پژوهش‌های گزارش‌شده در این بخش و بخش قبلی حاکی از آن است که شیوه‌های رفتاری می‌تواند در کاهش رفتار نامناسب و ترویج مشارکت در فعالیت‌های توانبخشی در کلاس‌ها و کارگاه‌های سازمانی مؤثر باشد.

به سوی برنامه‌های جامع برای مدیریت و توانبخشی

برنامه‌های رفتاری که در آنها اجزای توانبخشی و مدیریت به‌طور اساسی وارد شده‌اند، به شیوه خاصی همان کاری را انجام می‌دهند که برنامه اقتصاد ژتونی انجام می‌دهد (آیلون و آزرین^۲، ۱۹۶۸). چندین مطالعه بزرگ اقتصاد ژتونی برای مجرمان در ادبیات پژوهشی توصیف شده است. اینگرام^۳ و همکاران (۱۹۷۰) و کاراسکی و لوینسون^۴ (۱۹۷۰) برنامه‌ای را برای جوانان مجرم که به‌عنوان بیمار

^۱. McKee

^۲. Ayllon & Azrin

^۳. Ingram

^۴. Karacki & Levinson

روانی تشخیص داده شده بودند و برای پسران جوان بزهکار در مؤسسه فدرال توصیف کرده‌اند. در این پژوهش زندانیان ژتون‌هایی را برای رفتار مناسب و برای پیروزی در بازی و مسابقه دریافت می‌کردند. شیوه جرمه کردن برای شکل‌های خفیف‌تر رفتار نامناسب و محرومیت برای رفتارهای نامناسب جدی و پرخاشگری مورد استفاده قرار گرفت. اندازه‌گیری نتایج با احتساب زمان صرف شده در برنامه‌های توانبخشی صورت گرفت. مقایسه بین جوانان این برنامه و زندانیان دیگر نشان داد که گروه مورد مداخله در رفتارهای هدف پیشرفت داشتند.

هابس و هلت^۱ (۱۹۷۶) برنامه اقتصاد ژتونی را در مرکز شبانه‌روزی برای مردان مجرم سالخورده ارزیابی کردند. نتایج نشان داد که اقتصاد ژتونی پیشرفت زیادی در رفتارهای هدف به جا گذاشته است. همچنین هابس و هلت طرح معکوسی را برای ارزیابی تأثیر این برنامه‌ها در عملکرد تحصیلی، شامل تکلیف درسی کامل و تعامل اجتماعی مناسب اجرا کردند. اقتصاد ژتونی پیشرفت زیادی در این رفتار ایجاد کرد.

اقتصاد ژتونی کارل هولتون^۲ برای زندانیان جوان به کار گرفته شد (جس‌نس و دریزی^۳، ۱۹۷۳). در این برنامه از دو نوع ژتون استفاده شد؛ دلارهای کارل هولتون که در قبال رفتارهای تحصیلی متنوع و رعایت بهداشت و شغلی روزانه به دست می‌آمد و واحدهای تغییر رفتار^۴ که برای پیشرفت در حل مشکلات فردی اهدا می‌شدند. پیگیری شامل مقایسه خشونت قبل و بعد از اجرای برنامه در مقایسه با دو برنامه سنتی و برنامه تحلیل تبادلی^۵ بود. جس‌نس دریافت که هیچ تفاوتی در مجرمان در اقتصاد ژتونی و برنامه‌های تحلیل تبادلی در پایان دوازده ماه دوره پیگیری وجود ندارد.

میلان^۶ و همکاران (۱۹۷۶، ۱۹۷۹a، ۱۹۷۹b) به صورت منظم آثار اقتصاد ژتونی را بر مدیریت توانبخشی رفتار بر روی مجرمان مرد بزرگسال بررسی کردند. میلان و مک‌کی^۷ (۱۹۷۶) اقتصاد ژتونی زندانیان را مبنایی برای بازتوانی توصیف کردند. رفتارهای هدف شامل فعالیت‌های تحصیلی، بهداشت شخصی و کارهای روزانه زندانیان بود. همه رفتارهای هدف به صورت عملیاتی تعریف شدند و بزهکاران در هر یک از این عملکردها آموزش دیدند.

ملاک اولیه برای اجرای تقویت، نزدیکی به رفتارهای هدف و اطمینان یافتن از به دست آوردن تقویت بود، به طوری که آنها مهارت‌های لازم را به دست آورند. تقویت‌کننده‌های پشتیبان شامل فعالیت‌های موجود در اقتصاد ژتونی مانند به دست آوردن اتاق تلویزیون و استخر، اتاق نشیمن، خرید

^۱. Hobbs & Holt

^۲. Karl Holton

^۳. Jesness & DeRisi

^۴. behavior change units

^۵. transactional analysis

^۶. Milan

^۷. McKee

قهوه، نوشیدنی‌های خنک، ساندویچ، سیگار، غذاخوری و فعالیت‌های اضافی موجود در زندان مانند فیلم سینمایی بود. بزهکاران، تقویت‌کننده‌های پشیمان را طی روز به دست می‌آوردند. ژتون‌ها شامل ژتون‌های اعتباری بود که به حساب‌های آنها واریز می‌شد و ایشان، این ژتون‌ها را با نوشتن چک‌ها مبادله می‌کردند. ژتون‌های به دست آمده هر روز، در پایان همان روز به حساب آنها واریز می‌شد.

نتایج نشان داد که تقویت، شرکت و عملکرد در برنامه آموزشی کلاس‌های درس را در زندانیان در واحد زمان افزایش می‌دهد. علاوه بر آن اقتصاد ژتونی، سختی و مشقت قابل توجهی را بر مجرمان تحمیل نمی‌کرد، به طوری که به منظور شرکت در هر فعالیتی که در هر جای زندان برگزار می‌شد، با توجه به توانایی‌شان در آن حضور می‌یافتند. با اینکه برای بهداشت شخصی و حفظ فعالیت‌های زندانیان ارائه تقویت صورت می‌گرفت و افزایش چشمگیری را در مدت زمانی که صرف این فعالیت‌ها می‌شد، ایجاد نکرد. ولی کیفیت هر یک از فعالیت‌های مذکور بهتر شد.

میلان، وود^۱ و مک‌کی (۱۹۷۹) از طرح معکوس گسترده استفاده کردند. در شرایط خط پایه فقط بر اهمیت فعالیت‌های آموزشی تاکید شده بود و آزمودنی‌ها در قبال شرکت در برنامه در ساعت‌های اوقات فراغتشان مورد تشویق واقع می‌شدند. در وهله اول هیچ کس شرکت نکرد. سپس، بزهکاران ژتون‌هایی را برای کامل کردن و قبول شدن در آزمون‌هایشان به دست آوردند. شرکت در برنامه آموزشی تا حدی افزایش یافت. اما در کل، این افراد زمان کمی را صرف برنامه آموزشی کردند و بر مواد آموزشی کمی تسلط یافتند.

در نهایت یک شیوه تغییر یافته ایجاد شد که در آن پیشرفت در برنامه تحصیلی، پیش‌نیازی برای دسترسی به تقویت دلخواه شد. در این شرایط به افرادی که در ۱۰ ساعت مطالعه می‌توانستند در برنامه تحصیلی مهارت یابند، امکان دستیابی به تقویت‌کننده‌ها برای یک هفته برای ایشان فراهم می‌شد. بزهکارانی که در مواد آموزشی کمتر مهارت می‌یافتند، تقویت‌کننده‌های کمتری را طی هفته بعد دریافت می‌کردند. این روش هم سبب افزایش در شرکت در برنامه‌های آموزشی و هم در مقدار موادی که افراد در آن مهارت می‌یافتند، شد.

جنکینز^۲ و همکاران (۱۹۷۴) هجده ماه پیگیری پس از آزاد شدن بزهکاران شرکت‌کننده در برنامه اقتصاد ژتونی و بزهکاران دیگری را که در آموزش‌های شغلی یا فعالیت‌های روزانه زندان شرکت کرده بودند، گزارش کردند. نتایج این گونه بود که در ماه‌های اولیه دوره پیگیری، درصد افراد اقتصاد ژتونی که به زندان برگشتند، به صورت چشمگیری نسبت به گروه‌های مقایسه کمتر بود. در انتهای دوره پیگیری، برگشت گروه اقتصاد ژتونی هنوز کم بود.

^۱ . Wood

^۲ . Jenkins

اثر بالقوهٔ روش‌های اقتصاد ژتونی برای بازتوانی سربازان مجرم با اختلال‌های رفتاری در یک واحد درمانی توسط بورن^۱ و کلمن^۲ (۱۹۷۰)، السورس^۳ و کلمن (۱۹۷۰) بررسی شد. ۴۶ سرباز در برنامه شرکت کردند و ۴۸ سرباز دیگر درمان‌های روان‌پزشکی معمول را دریافت کردند یا اعمال نظامی روزانه را انجام دادند. نتایج نشان داد درحالی‌که ۶۹/۵ درصد سربازانی که در اقتصاد ژتونی شرکت کرده بودند، نتایج موفق داشتند، فقط ۲۸/۳ درصد گروه مقایسه پیامدها و نتایج موفق حاصل کردند.

در کل تحقیقات صورت‌گرفته نشان می‌دهد که روش‌های رفتاری در کنترل مدیریت موسسات اصلاحی و برنامه‌های بازتوانی مؤثرند. وقتی برنامهٔ اقتصاد ژتونی به‌صورت جامع ترکیب می‌شود، میزان آزادی از زندان را بهبود می‌بخشد. نتایج پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد پیامد اقتصاد ژتونی اگر چه پایدار و همیشگی نیست، ولی آثاری بر رفتارهای بزهکاران بعد از آزادی از حبس دارد (میلان، ۲۰۰۴).

خصوصیات مجرم

الف) فرایندهای شناختی

تنوعی از پیش‌داوری‌های شناختی یا پردازش اطلاعات در دو بعد خشم و استعداد خشونت به میان کشیده شده است. کاپلو^۴ و تاتا^۵ (۱۹۹۰) دریافتند که مجرمان خشن مرد و بزرگسال، تمایل بیشتری برای تفسیر جملات دوپهلوی به عنوان تهدید، نسبت به مجرمان غیرخشن و غیرمجرمان، داشتند؛ شبیه سوگیری‌های انتسابی خصمانه^۶ که توسط لوچمن و دوک (۱۹۹۴) در کودکان پرخاشگر کشف شد. چنین پیش‌داوری‌ها و سوگیری‌هایی با عنوان چیزی نشأت گرفته از تأثیر طرحواره‌های^۷ ایجاد شده (سرین و کوری چاک^۸، ۱۹۹۴) یا نسخه‌های رفتاری^۹ (هاسمن^{۱۰}، ۱۹۸۸)، مفهوم‌سازی است.

۱ . Boren

۲ . Colman

۳ . Ellsworth

۴ . Copello

۵ . Tata

۶ . hostile attributional biases

۷ . schema

۸ . Serin & Kuriychuk

۹ . behavioural scripts

۱۰ . Huesmann

اگرچه تحقیقات کمی در این زمینه وجود دارد، اما پیشنهادهای نوآکو و ولش^۱ (۱۹۸۹) در مورد ساز و کارهای پردازش اطلاعات^۲ در میانجی‌های شناختی خشم و پرخاشگری، ممکن است الگوی ارزیابی مؤثر را فراهم کند. آنها پنج تیپ از سوگیری پردازش اطلاعات را پیشنهاد می‌کنند: علامت‌های توجهی^۳، هماهنگی ادراکی^۴، خطاهای اسناد^۵، اتفاق نظر اشتباه^۶ و تأثیرات پشتیبان^۷. این محققان پیشنهادهایی نیز در مورد روش‌شناسی ارزیابی این سوگیری‌ها ارائه می‌دهند.

سنجش‌های معتبر از لحاظ روان‌سنجی در مورد فرایندهای شناختی مانند تصورات پرخاشگرانه پراکنده‌اند. یکی از چنین سنجش‌هایی EXPAGG است (آرچر و های^۸، ۱۹۹۷ a,b). اگرچه نمره‌های این مقیاس، به‌طور معناداری با نمره‌های پرسشنامه‌های پرخاشگری همبسته بودند (باس^۹ و پری^{۱۰}، ۱۹۹۲)، اما آنها به صورت معنادار در بین مجرمان خشن و غیرخشن، متفاوت بود. مقیاس باورهای بیان شده^{۱۱}، بی‌ارتباطی استفاده از خشونت را در زندانیان آشکار می‌کند. نتایج مشابهی در زندانیان مرد نیوزیلند به دست آمد (پولاچیک و نیکولز-مارسی^{۱۲}، ۲۰۰۱). به تازگی مقیاس نگرش‌های جنایی به خشونت^{۱۳} (CAVS) با زندانیان مرد، طراحی و روایی‌یابی شده است (پولاچیک، کولی و والکی^{۱۴}، ۲۰۰۳a). نمره‌های CAVS با مقیاس ابزاری EXPAGG همبستگی زیادی داشتند. برخلاف EXPAGG، CAVS مجرمان خشن و غیرخشن را از هم تفکیک کرد.

ب) تکانشگری و مشکلات خودنظم‌بخشی

تکانشگری را می‌توان به عنوان نقص پردازش شناختی تصور کرد (سرین و کوری‌چاک، ۱۹۹۴). خودنظم‌بخشی^{۱۵} به خودانگیختگی، خوب سازمان دادن، فعالیت‌های هدفمند و خودکنترلی، به‌ویژه خویش‌داری و توانایی به تاخیر انداختن ارضا و همچنین تحمل تنش و فشار زمانی که منافع مهمی برای انجام دادن آن وجود دارد، اشاره دارد (وارد، هادسون و کینان^{۱۶}، ۱۹۹۸). اغلب شکست‌های

1. Novaco & Welsh

2. information processing

3. attentional cueing

4. perceptual matching

5. attribution error

6. false consensus

7. anchoring effects

8. Archer & Haigh

9. Buss

10. Perry

11. expressive beliefs scale

12. Nichols-Marcy

13. Criminal Attitudes to Violence Scale

14. Collie & Walkey

15. self-regulation

16. Hudson & Keenan

خودنظم‌بخشی در مجرمان خشن، به سادگی به عنوان شکست در جلوگیری از پاسخ دادن به نشانه‌های فوری، نگریسته شده است (سرین و کوری‌چاک، ۱۹۹۴). به‌طور معمول چنین مجرمانی به بسیاری از نشانه‌هایی که آنها به گونه‌ای آزارنده تفسیر می‌کنند (تحقیق‌هایی برای خودانگاره خود درک می‌کنند)، به‌صورت خشونت‌آمیز و بدون در نظر گرفتن هزینه‌های آن، پاسخ می‌دهند.

تحقیق بارات^۱ (۱۹۹۴) در مورد تکانش‌گری نشان می‌دهد که این مفهوم اجزای شناختی و رفتاری دارد. تکانش‌گری به عنوان سرمنشأ خشونت در نظر گرفته می‌شود که با خلق و خویی تند و عصبی همراه است و منجر به بروز خشونت بی‌ملاحظه می‌شود و اغلب بعد از آن با احساس گناه و پشیمانی و نیز تصمیم به تکرار نکردن دوباره خشم، دنبال می‌شود. برای مثال، در طول یک دوره زمانی خیلی طولانی، فردی ممکن است در فکر گله یا اعتراضی برود، ساز و کارهای درونی خویشنداری با بسط دادن تحریفات شناختی پشتیبان جرم و افزایش‌دهنده خشم تخریب می‌شود. چندین تیپ مجزا از مشکلات خودنظم‌بخشی برای ارتکاب جرم جنسی پیشنهاد شده است (وارد و همکاران، ۱۹۹۸) و ممکن است به راحتی برای ارتکاب جرم خشونت‌آمیز به کار برده شود. سنجش‌های تکانش‌گری که اغلب استفاده می‌شوند شامل BS-۱۱ بارات (بارات، ۱۹۹۴) و مقیاس ۱/۷ آیزنک (آیزنک و آیزنک، ۱۹۷۷) است.

ج) خشم و خصومت

خشم^۲، هیجان ذهنی انتزاعی است که نه شرط کافی و نه شرط لازم برای بروز و روی دادن خشونت است و یک ارتباط علی با خشونت دارد. خشم به‌عنوان میانجی ارتباط میان حوادث آزارنده ذهنی و رفتار موردنظر برای صدمه زدن، عمل می‌کند (نواکو، ۱۹۹۴a). نواکو چارچوبی مفهومی برای خشم، با زمینه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی پیشنهاد می‌کند. تأثیر ذهنی خشم از برچسب زدن شناختی خودکار بسیار بالا در مورد تحریک و برانگیختگی ناشی می‌شود. مجرمان خشن اغلب به نظر می‌رسد بیش از حد به برانگیختگی برچسب می‌زنند؛ چنانکه تجربه هیجانی غالب آنها خشم است.

خشم اغلب به عنوان عامل ناخوشایندی درک می‌شود و ممکن است افراد اعمال گوناگونی را قبول کنند تا آن را تسکین دهند و یا از آن اجتناب کنند. با وجود این ادراکات فردی در مورد تجربه عصبانی بودن باید ارزیابی شود. برخی مجرمان خشن، خشم را خیلی راضی‌کننده می‌یابند و ممکن است به‌عمد خودشان را در معرض موقعیت‌ها و علائمی قرار دهند که به آنها را برخواهد انگیخت. چنین افرادی ممکن است روش‌هایی برای خشونت داشته باشند که کمک آن با عصبانی شدن، حق

^۱ . Barratt

^۲ . anger

داشته باشند با خشونت رفتار کنند. در این راستا، مواجهه با علائم آزاردهنده مورد انتظار، می‌تواند شکلی از برنامه‌ریزی پنهان از ناحیه مجرم باشد.

گستره‌ای از جنبه‌های خشم می‌تواند ارزیابی شود. مقیاس‌های موجود، اندازه‌گیری‌هایی از موقعیت‌های تحریک‌کننده خشم را فراهم می‌کند، مانند وسعت و دامنه پاسخ به خشم یا خشم به عنوان یک خصیصه، و چگونگی بروز خشم و درجه‌ای که خشم قابل کنترل است. جدیدترین مقیاس نوآکو (مقیاس خشم نوآکو^۱)، (۱۹۹۴b)، خشم را در طول زمینه‌های شناختی (مرکز توجه، بدگمانی، تاملات و نگرش‌های خصمانه)، برانگیختگی (شدت، مدت زمان، تنش‌های جسمی و تحریک‌پذیری) و رفتاری (واکنش تکانشی، پرخاشگری کلامی، درگیری فیزیکی و بیان غیرمستقیم) ارزیابی می‌کند، همچنین فهرستی از شدت خشم را در موقعیت‌های تحریک‌کننده مختلف، فراهم می‌کند.

دیگر مقیاس‌ها با خصیصه‌های روان‌سنجی مناسب شامل سیاهه خصومت باس- دورکی^۲ (باس و دورکی، ۱۹۵۷) و سیاهه بروز خشم حالت- صفت^۳ اسپیلبرگر^۴ (اسپیلبرگر، ۱۹۸۸) است. مقیاس جدیدی نیز توسط گندریو، گوگین و پاپاروزی^۵ (۱۹۹۶) معرفی شد که یک پرسشنامه پرخاشگری است. اندازه‌گیری‌های خصومت، خشم و پرخاشگری ممکن است همبسته باشند و شواهد کمی وجود دارد که در این سازه‌ها، مجرمان از غیرمجرمان متفاوت باشند (سرین و کوری‌چاک، ۱۹۹۴). به هر حال، اندازه‌گیری‌ها، به صورت بالقوه برای نشان دادن افرادی که این گونه‌اند، مفیدند.

د) همدلی

نقصان‌های همدلی^۶ می‌توانند ثابت و ماندگار (مثل افراد جامعه‌ستیز) یا متأثر از موقعیت و عاطفه باشند. سنجش به تعیین وضعیت نیاز دارد. مدل پردازش اطلاعات چهار مرحله‌ای که توسط مارشال^۷، هادسون، جونز و فرناندز^۸ (۱۹۹۵) پیشنهاد شد نیز الزامات سنجش را در مورد اینکه این مدل، تحلیل دقیقی از منابع و منشاها، نقصان همدلی را میسر می‌کند، دارد. این چهار گام عبارتند از:

- ۱- بازشناسی هیجان دیگران؛
- ۲- فهم و تحمل دیدگاه‌های دیگران؛
- ۳- تجربه پاسخ هیجانی مناسب و سازگار از آن دیدگاه؛

1. Novaco Anger Scale

2. Buss-Durkee Hostility Inventory

3. State-Trait Anger Expression Inventory

4. Spielberger

5. Goggin & Paparozzi

6. empathy

7. Marshall

8. Jones & Fernandez

۴- تولید پاسخ رفتاری خوب و تنظیم شده.

مارشال و همکارانش ادعا می‌کنند که نقصان زمینه‌ساز در گام اول ممکن است نوعی ناتوانی در تشخیص دادن حالت هیجانی فردی باشد. این مسئله در مجرمان خشن، به صورت مشترک ظاهر می‌شود. مقیاس‌هایی برای اندازه‌گیری همدلی وجود دارد، از جمله شاخص واکنش‌های بین فردی (دیویس^۱، ۱۹۸۳) و مقیاس همدلی هوگان^۲ (هوگان^۳، ۱۹۶۹).

ه) قابلیت اجتماعی

تصورات سنتی در مورد نقصان مهارت‌های اجتماعی با الگوهای چندمرحله‌ای قابلیت اجتماعی^۴ جایگزین شده‌اند. الگوی پردازش اطلاعات مک فال^۵ (۱۹۹۰) چارچوب ارزیابی سودمندی را فراهم می‌کند. مک فال پیشنهاد می‌کند که قابلیت اجتماعی کارکردی از شایستگی اجرای وظایف اجتماعی در امور خاص است. مهارت‌های اجتماعی، فرایندهای تشکیل دهنده زیربنایی‌ای هستند که اجرای مؤلفه‌های وظیفه را در بر می‌گیرند. سه فرایند متوالی و زنجیره‌وار در این زمینه درگیرند:

۱- مهارت‌های رمزگشایی^۶، مانند ادراک و تفسیر صحیح اطلاعات وارده، مثل نشانه‌های اجتماعی؛

۲- مهارت‌های تصمیم‌گیری، مانند تولید پاسخ مناسب، جور کردن آنها با مقتضیات موقعیت، انتخاب مناسب‌ترین پاسخ، بازبینی اینکه آیا این مسئله از نظر رفتاری در دسترس است، و ارزشیابی پیامدهای محتمل و مرتبط با دیگر انتخاب‌ها؛

۳- مهارت‌های اجرایی، مانند انجام روند رفتاری انتخاب‌شده، شامل اجرای ملایم، کنترل و وفق دادن برای رسیدن به تأثیر موردنظر.

مزیت‌های استفاده از این مدل روشن است. قابلیت اجتماعی در طول گستره‌ای وسیع از موقعیت‌ها، گنجینه رفتاری وسیع را می‌طلبد. برخی مجرمان، دامنه‌ای ضعیف از رفتارهای اجتماعی برای انتخاب کردن دارند، درحالی‌که دیگر افراد دامنه خوبی از انتخاب‌ها دارند. منتها برای استفاده از انتخاب مناسب شکست خواهند خورد، زیرا درک غلطی از اهداف رفتاری دیگران دارند و در مورد اینکه کدام رفتارها برای رسیدن به اهدافشان بهترین است، غلط قضاوت می‌کنند.

1. Davis

2. Hogan Empathy Scale

3. Hogan

4. social competence

5. McFall

6. decoding skills

خصوصیات جرم

تصویر مشروح از اینکه چگونه جرم خاص یا رایجی در طول زمان آشکار می‌شود، باید توسط مجرم ساخته شود. مصاحبه، سوابق پلیس و دادگاه و دیگر پرونده‌های اطلاعاتی برای این دوره ضروری‌اند. مهم این است که الگوهای متنوع جرم برای یک مجرم فردی، ارزیابی شود. برای فهم قسمتی از زنجیره‌های جرم در یک مجرم، سنجش کاملی از گستره اعمال خشن و مرتکب شده، گستره قربانیان، دوره زمانی جرم، انگیزه‌ها و اهداف درگیر، باید انجام گیرد. این کار وضعیت‌هایی با خطر زیاد جسمانی و هیجانی را نشان خواهد داد (سرین و براون^۱، ۱۹۹۶).

احتمال دارد تعدادی از کانون‌های خاص در حیطه بازجویی، در تولید تصویری شفاف از جرم کمک کنند. برای مثال، آیا الکل یا داروها ارتکاب جرم را تسهیل می‌کنند، یا آیا فقدان ناگهانی داروهایی که به طور معمول مصرف شده‌اند در مدیریت کردن خشونت اولیه مانند عصبانیت و بی‌حوصلگی مؤثرند؟ به صورت مشابه، آیا ویژگی خشم به‌طور بارزی وجود دارد و اگر این گونه است در چه مرحله‌ای است؟ چه ارتباطی فرد را مجبور می‌کند تا از سطحی از خشونت و مقاومت قربانی، استفاده کند؟ آیا تخیلات خشم و خشونت پیش از وقوع وجود داشته‌اند؟

از نظر تاریخی، انگیزه‌های زیربنایی رفتار خشن به دو دسته تقسیم شده‌اند؛ ابرازی^۲ و ابزاری^۳. به تازگی، تحقیقات مقیاس‌شده چندبعدی^۴ چهار انگیزه را پیشنهاد می‌کند: انگیزش‌های خصومتی^۵، ابزاری، هنجاری^۶ و وابسته به وضعیت^۷ (کمپبل، مونسر و بیبل^۸، ۱۹۸۵). در حقیقت، بیش از یک هدف (مثل خصومت و وابسته به وضع) ممکن است به صورت همزمان عمل کنند و اهداف انگیزه‌ها ممکن است به عنوان تعامل‌ها، آشکارا تغییر کنند. در ادبیات بالینی سنتی، خشونت وابسته به وضع، توجه کمتری از بحث‌هایی که مستحق آن بوده، دریافت کرده است (ایندرماتور^۹، ۱۹۹۵). انگیزه‌های غالب ممکن است با مراحل کسب تبحر ارتکاب جرم در یک مجرم تغییر کند.

بررسی ایندراثور بر روی فعالیت‌های خشونت‌آمیز مجرمان در جرایم مالی نشان داد که ترکیبی از اهداف ابزاری و ابرازی در این نوع جرایم همیشه وجود دارند. خشونت ابزاری با برانگیختگی

1. Brown

2. expressive

3. instrumental

4. multidimensional scaling research

5. hostile

6. normative

7. status-related

8. Campbel& Muncer& Bibel

9. Indermaur

عاطفی (با خشم، هیجان و ترس) پیوستگی زیادی ندارد. ممکن است این نوع خشونت به افراد جامعه‌ستیز محدود باشد (کورنل^۱ و همکاران، ۱۹۹۶؛ دمپستر^۲ و همکاران، ۱۹۹۶).

همدستی در جرم^۳، به‌ویژه برای دزدی و دعوای خیابانی، مشترک و رایج‌اند (فارینگتون، ۱۹۹۴) و جرم‌های مربوط به دارودسته‌ها نیز رایج است. اما این موارد به‌ندرت در ادبیات درمان بحث شده‌اند. سنجش می‌تواند شامل بررسی رابطه بین همدست‌ها قبل از ارتکاب جرم، سهم هر فرد با طرح‌ریزی و اجرای جرم و اینکه چگونه پویایی‌های روابط در پیشرفت حوادث ارتکاب جرم دخیل است، باشد.

گزارش‌ها حاکی از این است که مجرم همواره مجرمان جدید را به خدمت می‌گیرد تا همراه با او جرایم خشن را مرتکب شوند (فارینگتون، ۱۹۹۴) و اینکه آیا او دیگر مجرمان را برای ارتکاب به دزدی و دعوا، به نفع خودش سازماندهی یا راه‌اندازی می‌کند یا نه؛ به‌ویژه، ارزیابی تخلفات وابسته، به وضعیت تحلیل نقش ناظران و همدستان نیاز دارد.

اگرچه شواهد کمی در مورد تخصصی شدن در ارتکاب انواع جرایم خشن وجود دارد، اما سنجش باید بررسی کند که آیا هدف مجرمان، گروه‌های قربانی خاص مانند زنان، مردان یا غریبه‌ها، درجه‌ای از صدمه به قربانی، الگوی تعامل بین مجرم و قربانی و چگونگی استفاده سلاح‌هاست یا نه؟ واکنش‌های پس از جرم می‌تواند شامل از ارضا و خشنودی تا ناامیدی و ضربه روحی داشته باشد. بازجویی می‌تواند اطلاعات بیشتری را در مورد اهداف جرم و ارتباطشان با رفتار واقعی و اینکه آیا رفتار با معیارهای رفتاری شخص مجرم مطابقت دارد یا نه، آشکار کند. واکنش‌های هیجانی و عاطفی مانند ندامت و پشیمانی و تنفر از خود و نیز عزم و اراده در تغییر خود برای دوری از خشونت بیشتر، وجود برخی از محدودیت‌های درونی در مقابل رفتار خشن را نشان می‌دهد، در مقابل رضایت و دیگر حالات خلقی مثبت ممکن است نشان دهد که خشونت سازگار و متناسب با خودپنداره مجرم است.

فراتحلیل‌های جدیدی در مورد برنامه‌های بازپروری انجام شده است تا بسیاری از اختلاف‌نظرها در مورد اینکه "هیچ چیز مؤثر نیست" و راهنمایی در مورد اصول کلی را که با برنامه‌ریزی‌های اصلاحی به‌صورت مؤثر پیوند خورده است، رد کند. کالن^۴ و گندرو (۱۹۸۹) در بررسی ادبیات حاکم بر بازپروری اصلاحی، ثابت کردند که مؤثرترین اصول نظری برای برنامه‌ریزی عبارتند از: نظریه یادگیری اجتماعی، الگوی شناختی، آموزش مهارت‌ها، تداعی افتراقی و نظام‌های رفتاری شامل

1. Cornel

2. Dempster

3. co-offending

4. Cullen

خانواده‌درمانی و اجزای مداخله مؤثر شامل سرمشوق‌دهی ضدجنایی^۱، حل مسئله^۲، استفاده از منابع جمعی^۳، ارتباطات بین‌فردی با کیفیت مطلوب، مجازات قاطع اما عادلانه^۴، کنترل تکانه^۵ و خودکارآمدی^۶. رویکردهای غیر مستقیم، پارادایم تنبیه و رویکردهای پزشکی اغلب با سبک‌های کم‌تأثیر مداخله همراه بوده‌اند.

برخلاف ارتکاب جرایم جنسی بر ضد کودکان، ارتکاب جرایم خشن، به‌طور سنتی تمایلی به ضرورت سرمایه‌گذاری به‌صورت نظام‌دار، برای گسترش و ارزشیابی مداخله‌ها نداشته است (بلك بورن^۷، ۱۹۸۸). اگرچه برنامه‌ریزی‌ها برای مجرمان خشن، هم‌اکنون در چند کشور در حال افزایش‌اند، افزایش‌اند، به‌ویژه در آمریکای شمالی (سرین و براون، ۱۹۹۷)، ولی تعداد کمی از پژوهش‌ها نتیجه‌ای برای هدایت تحول و گسترش این برنامه‌ها وجود دارند و مشکلات و مسائل روش‌شناختی به کرات، مشاهده شده است. به‌رحال، گروه کوچکی از تحقیقات در عرصه‌های نوجوانی و بزرگسالی برخی راهنمایی‌ها را برای ایجاد برنامه‌های درمانی، فراهم کرده‌اند. اغلب چنین برنامه‌هایی در قالب گروهی یا مخلوطی از فرد و گروه تهیه می‌شوند.

درمان خشم در مجرمان

درمان خشم به عنوان یکی از منابع مهم مورد نیاز گروه‌های مجرمان در حال گسترش است، چرا که از یک سو خشم یکی از پیشایندهای مهم رفتارهای خشن بوده و از سویی دیگر، یکی از ابعاد قابل توجه ناراحتی‌های روان‌شناختی مرتبط با بسیاری از علائم بالینی است. با وجود ارتباط شفاف و روشن خشم و فعالیت‌های مداخله‌ای در گروه‌های مجرم، پژوهش‌های بالینی در این زمینه پراکنده و اندک است. این مسئله تا حدی ناشی از شرایط فوق‌العاده سخت رویایی با تمایلات پرخاشگرانه آزمودنی‌ها و بافت اجتماعی نامناسبی است که این آزمودنی‌ها در آن یافت می‌شوند (نواکو و همکاران، ۲۰۰۴).

به منظور به تصویر کشیدن اثربخشی اجرای طرح درمان خشم، حتی با افرادی که سابقه طولانی رفتارهای خشن و اختلال‌های روانی دارند، مدلی با سطوح متفاوت درمان خشم مطرح می‌شود که در پی وضوح بخشیدن به چگونگی فهم مشکلات خشم و موارد استفاده در گزینه‌های مختلف خدمات بالینی است.

1. anti-criminal modeling

2. problem solving

3. use of community resources

4. firm but fair discipline

5. relapse prevention

6. self-efficacy

7. Blckburn

در این بخش در مورد شیوع خشم در بین جمعیت‌های مجرم با تأکید بر نقش خشم در عوامل خطر خشونت بحث می‌شود. هرچند مداخلات بالینی در مورد خشم با توجه به نقش اساسی آنها در تعدیل رفتار پرخاشگرانه قابل توجه‌اند، این نکته نیز قابل ذکر است که کنترل نامناسب خشم یکی از اجزای مهم ناراحتی‌های روانی در نیمرخ‌های بالینی بسیاری از تیپ‌های مختلف مجرمان است.

خشم، پرخاشگری و درمان خشم

رابطه خشم و پرخاشگری، رابطه‌ای پویاست، با اینکه خشم نه شرط لازم و نه شرط کافی پرخاشگری است، ولی از راه اندازه‌های مهم آن بوده و به‌طور متقابل وابسته به آن است. این مسئله مورد توافق تعدادی از نظریه‌پردازان است (بندورا^۱، ۱۹۸۳؛ کانکنی^۲، ۱۹۷۵؛ نوکو، ۱۹۹۴؛ زیلمن^۳، ۱۹۸۳). خشم به عنوان یک هیجان طبیعی، همیشه منجر به پرخاشگری نمی‌شود، چرا که رفتار پرخاشگرانه توسط مکانیسم‌های بازدارنده درونی و بیرونی تنظیم می‌شود. کنترل‌های نظم‌دهنده خشم مثل محدودیت‌های بیرونی مانند انتظار تنبیه، همدلی^۴ و توجه به پیامدها، می‌تواند تحت‌الشعاع عواملی چون برانگیختگی زیاد، الگوپذیری پرخاشگرانه، احتمال کم تنبیه، عوامل زیست‌شیمیایی و محرک‌های محیطی قرار گیرد (بندورا، ۱۹۸۳). پرخاشگری ممکن است مستقل از خشم و به صورت خودکار، ابزاری یا محرک فعال‌کننده دیگر اتفاق افتد. بنابراین این نکته قابل فهم است که همه مجرمان خشن موارد مناسبی برای خشم درمانی نیستند. هاوِلز^۵ (۱۹۸۹) به نحو قانع‌کننده‌ای در خصوص تناسب مراجعان برای خشم درمانی بحث کرده و نمونه‌هایی از موارد متناسب و نامتناسب را ارائه کرده است. وی خاطر نشان می‌کند که درمان خشم برای افرادی که رفتار خشن آنها واسطه هیجانی ندارد یا با وجود گری خشم، رفتارها مورد تأیید قرار نمی‌گیرد، مناسب نیست.

در میان انواع مراجعان، نکاتی در مورد تناسب درمان خشم وجود دارد:

۱. مواردی که رفتار مجرمانه شخص ناشی از مشکل در نظم‌بخشی خشم است. به‌طور تلویحی اینکه

یادگیری یا افزایش ظرفیت کنترل خشم احتمال جرم را کاهش می‌دهد.

۲. اینکه آیا بازشناسی‌های فرد یا متقاعد شدن وی برای ملاحظه هزینه‌های خشم/ پرخاشگری

می‌تواند درمان خشم را اجرایی کند یا خیر.

از آنجا که حل مورد دوم اغلب گول‌زننده است، برای مورد اول، برنامه درمان خشمی در کار با

بیماران قانونی تهیه و اجرا شد.

۱. Bandura

۲. Conceni

۳. Zillman

۴. empathy

۵. Howells

خشم و مجرمان بیمارستانی

کنترل نامناسب خشم، یکی از ویژگی‌های برجسته مجرمان است. بلک برن^۱ (۱۹۹۳) توجه زیادی به نقش خشم در جنایات خشن به عنوان اسناد شخصی مجرمان دارد. حتی افراد ضد اجتماع که به نظر می‌رسد رفتار مجرمانه خشن آنها متناسب با معیارهای بازدارنده‌ای است که قبلاً ذکر شد، ممکن است از درمان خشم سود ببرند. بلک برن و لی ایوانز^۲ (۱۹۸۵) تصریح می‌کنند که افراد ضد اجتماع ممکن است بیشتر به دلیل واکنش‌های خشمگینانه به تهدیدها و تحریک‌های بین فردی متمایز شوند تا واکنش به ناکامی. آنها پیشنهاد می‌کنند که مداخلات مدیریت خشم به احتمال پيامدهای مناسبی در روند جامعه‌پذیری آنها داشته باشد.

جنایتکاران خشن اغلب به صورت تکانشی پرخاشگری می‌کنند و خشم، رفتار آسیب‌زای آنان را با مسدود کردن طرحواره‌های شناختی و تداعی با تهدید و انتقام تسهیل می‌کند. برکوویتز^۳ (۱۹۸۶) در بررسی مردان خشن تکانشی در زندان‌های اسکاتلند، به این نتیجه رسید که خشم غیرقابل کنترل توسط ۸۲ درصد از مردان قبل از انجام جرم خشن تجربه می‌شود. خشم به صورت چشمگیری در تمام طول زندان باقی می‌ماند (زامبل^۴، ۱۹۹۲).

پویایی خشم و خشونت در موقعیت‌های زندان توسط تاج^۵ (۱۹۸۶) مشخص شده و برخی از پژوهش‌های مبتنی بر زندان، خشم را به صورت روان‌سنجی، ارزیابی کرده‌اند. سلبی^۶ (۱۹۸۴) پنج ابزار سنجش خشم و خصومت را به منظور تمیز جرم‌های خشن و غیر خشن در بین ۲۰۴ مرد بزرگسال تبهکار اجرا کرد. وی دریافت که اغلب این ابزارها - شامل سیاهه خصومت باس- دورکی^۷ (باس و دورکی، ۱۹۵۷)، مقیاس‌های خصومت MMPI و سیاهه خشم نواکو^۸ (نواکو، ۱۹۷۵) - قادر به تمیز گروه خشن از غیر خشن بودند و سیاهه خشم نواکو با ۹۰ درصد اطمینان این کار را انجام می‌دهد. کروئر و ریدون^۹ (۱۹۹۵) خشم را با استفاده از سیاهه بروز خشم حالت-رگه^{۱۰} (اسپیلبرگر^{۱۱}، ۱۹۹۱) سنجیده و ارتباط این ارزیابی‌ها را با سیاهه شخصیت بنیادی^{۱۲} (جکسون^{۱۳}، ۱۹۹۸) مشخص کردند. دریافتند که خرده‌مقیاس بروز بیرونی خشم به صورت معناداری با خرده‌مقیاس‌های مشکلات

1. Blackburn

2. Lee- Evans

3. Berkowitz

4. Zamble

5. Toch

6. Selbi

7. Buss- Durkee Anger Inventory

8. Novaco Anger Inventory

9. Krner & Reddon

10. State- Trait Anger Expression Inventory

11. Spielberger

12. Basic Personality Inventory

13. Jackson

بین فردی و بیگانگی^۱ سیاهه شخصیت بنیادی مرتبط است، درحالی که بروز درونی خشم ارتباط نزدیکی با افسردگی، اضطراب و خودکم بینی دارد. این همبستگی ها تعجب برانگیز نبودند. نکته قابل ملاحظه در مورد نتایج، مشکلات بین فردی و درون روانی این تبهکاران زندانی بود. ولش و گوردون^۲ (۱۹۹۱) به صورت مشابهی به این نتیجه رسیدند که خشم رگه رفتار پرخاشگرانه را پیش بینی می کند، این مطالعه پیشنهاد می کند که خشم خود گزارش شده علامتی است از تناسب مداخلات درمانی.

علاوه بر بررسی های انجام شده با مجرمان زندانی، تعدادی پژوهش هم با مجرمان در موقعیت های اجتماعی صورت گرفته است، مثل مواردی که از سوی نظام های قضایی برای شرکت در برنامه های مدیریت خشم و خشونت خانگی ارجاع داده شده اند. برای مثال، مائورو، کان، ویتالیانو، واگنر و زگری^۳ (۱۹۸۸)، سه گروه مردان با خشونت خانگی، مهاجمان عمومی و گروه عادی را با هم مقایسه کردند و دریافتند اگرچه مردان با خشونت خانگی به احتمال زیاد افسردگی بیشتری دارند، ولی میزان تجربه خشم آنها مشابه مهاجمان عمومی است. به علاوه یک برنامه مدیریت خشم نیز برای بزرگسالان از سوی گاندولف^۴ (۱۹۸۵) راه اندازی شده است. بر خلاف موارد بزرگسالان، پژوهش های اندکی مجرمان جوان صورت گرفته است. جنتری و اوستاپیوک^۵ (۱۹۸۹) در مورد درمان خشونت در محیط های شبانه روزی بحث کرده و مواردی از مداخلات خشم را نیز ارائه کردند، اما این موارد از نظر روان سنجی بسیار اندک است. به هر حال، پژوهش های زیادی در مورد درمان خشم در نوجوانان وجود دارد که توسط فیندلر^۶ و همکارانش صورت گرفته است که در قسمت های بعد به آنها پرداخته خواهد شد. به صورت کلی مداخلات شناختی- رفتاری با مجرمان جوان را می توان در پژوهش هولین (۱۹۹۰) یافت.

یکی از موضوعات مورد مطالعه پرثمر در ادبیات روان پزشکی، مربوط به استعداد خشونت در بیماران، با توجه به عملکرد آنها در جامعه و بیمارستان می شود (موناهان و استدمن^۷، ۱۹۹۴؛ مولن، تیلور و وسلی^۸، ۱۹۹۳). بررسی های اخیر مربوط به جامعه در زمینه عوامل خطر خشونت، بر علائم روان پریشی خاص تمرکز داشتند تا اختلال روانی به صورت عام. سوانسون، بورام، سوارتز^۹ و موناهان (۱۹۹۶) در راستای مطالعه استیور^{۱۰} (۱۹۹۴) دریافتند که بروز هذیان ها و به صورت خاص علائم

1. alination

2. Welsh & Gordon

3. Maiuro & Cahn & Vitaliano & Wagner & Zegree

4. Gondolf

5. Gentry & Ostapiuk

6. Fiendler

7. Monahan & Steadman

8. Mullen & Taylor & Wessely

9. Swanson & Burum & Swartz

10. Stuer

مربوط به تهدید و کنترل در مقایسه با سایر عوامل، خطر خشونت را دو برابر می‌کند. مفهوم‌سازی وقوع رفتار خشن به عنوان پیامد آسیب‌شناسی بیماری، نشانه‌شناسی بیماری مثل هذیان و توهم را به عنوان راه‌انداز حملات مقدم می‌دارد. به‌طور متناوب ممکن است خشم به عنوان میانجی مهم ارتباط محرک‌های روان‌پریشی و رفتار خشن مفهوم‌سازی شود.

هم‌اکنون مدارک زیادی در مورد سیر خشونت در بیماران اروپایی و آمریکای شمالی وجود دارد (برای مثال هرسن، آمرمن و سیسون^۱، ۱۹۹۴؛ موناهان و استدمن، ۱۹۹۴؛ رایس، هریس، وارنی و کوینسی^۲، ۱۹۸۹). هالر و دیلوتی^۳ (۱۹۸۸) در مرور حملات خشن تبه‌کاران تصریح کردند که فراوانی رفتارهایی از این دست در ده سال گذشته به صورت چشمگیری افزایش داشته است. اگر چه ممکن است این میزان در سال‌های اخیر دستخوش تغییر شده باشد. داده‌های اندازه‌گیری‌های نوبل (۱۹۹۷) در بیمارستان‌های مادزلی و بتلم^۴ در خلال سال‌های ۱۹۹۵-۱۹۷۰، نشان داد که از سال ۱۹۸۶، پس از آنکه در سال‌های قبل از آن خشونت افزایش زیادی داشت، نرخ وقوع خشونت یکسان شده است.

از میان متغیرهای شناسایی شده توسط هالر و دیلوتی (۱۹۸۸) به عنوان پیش‌بینی‌کننده بالقوه حملات خشن، به سطوح مختلف خشم می‌توان اشاره کرد. نواکو (۱۹۹۴) در تحلیلی از داده‌های حملات فیزیکی مربوط به ۴۰۰۰ بیمار روان‌پزشکی قانونی و مدنی، سطوحی از خشم را یافت که توسط کارشناسان درجه‌بندی شده بود و سطوح خشم به صورت معنی‌داری با رفتار خشونت‌آمیز بیماران ارتباط داشت. همچنین نواکو و رینویک^۵ (۱۹۹۸) در تحلیل آینده‌نگر از خشونت ۱۲۵ مرد بیمار قانونی، در ۳۰ ماه مطالعه به این نتیجه دست یافتند که خشم پیش‌بینی‌کننده بسیار قوی برای احتمال حملات فیزیکی است. احتمال مرخص شدن بیماران با سطوح بالای خشم نیز کمتر است.

پژوهش‌های موجود در زمینه درمان خشم در مجرمان

مرور بررسی‌های مذکور این نکته را خاطر نشان می‌سازد که درمان خشم تقدم ویژه‌ای در خدمات بالینی مجرمان دارد. در واقع رایس، هریس، کوینسی و سیر^۶ (۱۹۹۰) درخصوص تبه‌کاران بیمارستانی دریافتند که خشم بزرگ‌ترین شکل در مسیر مداخلات روان‌پزشکی است. با وجود این مدارک، درمان خشم برای موارد وخیم ادامه می‌یابد. مفهوم‌سازی تاریخی از نقش تنظیم نامناسب هیجان‌ها در فرایند بیماری، نسبت به تأثیر خشم در رفتارهای خشن دید کلی و مبهمی دارد، یعنی

¹ . Hersen, Ammerman, Sisson

² . Rice, Harris, Varney, Quinsey

³ . Haller & Deluty

⁴ . Moudsley & Bethlem

⁵ . Renwick

⁶ . Cyr

مراکز بالینی سلامت روان تمایل دارند که خشونت را به عنوان یک بیماری ببینند تا فقدان ظرفیت کنترل خشم، بنابراین دیدگاه آموزش خود کنترل به عنوان ابزاری برای حل مشکلات، شکست می خورد. در مراکز اصلاح و تربیت به دلیل ارتباط بین خشم و پرخاشگری، هم زندان و هم مراکز سلامت روان تمایل دارند واکنش های خشم را به منزله متغیری که با رفتارهای بد تداعی می شود، ببینند و در این خصوص جهت گیری روان درمانگرانه ندارند.

آن گونه که درمانگران حوزه کار با مجرمان، به خشم و پرخاشگری به عنوان مشکلات مهم توجه دارند، پژوهش های اندکی در زمینه درمان وجود دارد، البته تغییرپذیری زیادی در متن و فرایند درمان وجود داشته است. به طور کلی اغلب درمان ها مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری است که در ابتدا توسط نواکو (۱۹۷۵-۱۹۷۷) آغاز شد. مطالعات با جمعیت های مجرم که قرابت زیادی با این رویکرد دارند عبارتند از استرماک^۱ (۱۹۸۶)، برنشتاین، ویسر و بالویگ^۲ (۱۹۸۵)، هاولز (۱۹۸۹) و رینویک، بلک، رام^۳ و نواکو (۱۹۹۷) که همگی به بیماران بیمارستان قضایی مربوط اند، پژوهش هوران^۴ (۱۹۸۱) که در مورد جوانان بزهکار مراکز اصلاح و تربیت صورت پذیرفته و در نهایت فیندلر، ماریوت و ایواتا^۵ (۱۹۸۴) که با بزهکاران جوان آزاد کار کرده اند.

مطالعه استرماک (۱۹۸۶) طرحی با گروه کنترل که شامل شش جلسه درمانی بود، روی مردان مجرم با اختلال شخصیت به اجرا درآورد، وی دریافت که در مقایسه با گروه کنترل، تغییرات معنی داری در میزان خشم، تکانشگری و راهبردهای مقابله ای گروه آزمایش ایجاد شده است. برنشتاین و همکاران (۱۹۸۵) در چند طرح اساسی رویکرد مقابله با استرس را به کار بستند و به نتایج زیر دست یافتند. درمان قابل توجه خشم در سه بیمار قانونی بستری شده، کاهش رفتارهای خشن در بیمارستان و کاهش خشم خود گزارش شده. هاولز (۱۹۸۹) درمان موفقیت آمیز خشمی را گزارش می کند که در آن از رویکرد مقابله با استرس استفاده شده است، این درمان یک مطالعه موردی با بیماری بود که به دلیل جرم های خشن و خشم به بخش روان پزشکی ارجاع شده بود.

رینویک و همکاران (۱۹۹۷) درمان شناختی- رفتاری خشم را به حوزه بیماران عقب مانده ذهنی آسایشگاهی گسترش داده اند. مداخله شامل نسخه گسترش یافته طرح درمان خشم نواکو (۱۹۹۳) است که از طریق آزمون بالینی کنترل شده بر روی بیماران PTSD بازمانده از جنگ ویتنام تهیه شد (چمتاب، نواکو، هامادا و گراس، ۱۹۹۷). پروژه رنویک و همکاران (۱۹۹۷) طرح درمان خشم نواکو را به منظور برآورده ساختن نیازهای بیماران بیمارستان و ارزیابی آن، به صورت اساسی اصلاح کردند

1. Stermac

2. Bornstein, Weisser, & Balleweg

3. Black & Ramm

4. Horan

5. Feindler, Mariot & Iwata

6. Chemtob & Hamada & Gross

و گسترش دادند. مطالعه با چهار مرد خشن بسیار خشمگین که سابقه طولانی مدت بستری شدن را داشتند، حاکی از کاهش معنی دار نشانه‌های خشم بود.

بررسی‌های درمانی با مجرمان نوجوان نیز از رویکرد مقابله با استرس برای مشکلات خشم سود جسته‌اند. شلیکتر^۱ و هوران (۱۹۸۱) در مطالعه تجربی، این شیوه درمان را به مدت ۱۰ جلسه با بزهکاران پرخاشگر اجرا کردند. آنها در مقایسه با گروه کنترل به نتایج معنی‌داری در مورد درمان نشانه‌های خشم از طریق اندازه‌گیری‌های خودگزارشی خشم و ایفای نقش دست یافتند. فیندلر و همکاران (۱۹۸۴) مداخله کنترل خشم را به عنوان بخشی از برنامه اقتصاد ژتونی در بزهکاران دبیرستانی، طی ۱۰ جلسه گروهی به اجرا درآوردند. همچنین فیندلر و همکاران (۱۹۸۶) برنامه مداخله را اصلاح کرده و در مورد نوجوانان پرخاشگر بخش روان‌پزشکی اجرا کردند. در مقایسه با گروه کنترل، در گروه آزمایش، رفتارهای پرخاشگرانه داخل بخش و خصومت کلامی در ایفای نقش کاهش و عملکرد شناختی و خودکنترلی افزایش یافت. کتاب فیندلر و اکتون^۲ (۱۹۸۶) شرح کاملی از این کارها را ارائه کرده است. اگر چه این کارها در مورد مجرمان خشن به کار نرفته است، ولی با جهت‌گیری رفتاری، ایده‌های سودمندی در خصوص خشم نوجوانان در موقعیت‌های عادی، بیمارستانی و شبانه‌روزی به کارشناسان ارائه می‌دهد. دیگر رویکرد ارزشمند در درمان شناختی- رفتاری پرخاشگری نوجوانان، رویکرد گلدشتاین و کلر^۳ (۱۹۸۷) است که تلفیقی از مقابله با استرس و مدیریت خشم را در آموزش مهارت‌های اجتماعی به کار بسته است.

هسته اصلی رویکرد مقابله با استرس در درمان خشم، تمرکز بر تنظیم نامناسب هیجان‌ها و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای خودکنترلی است. از دیگر رویکردهای ساده‌تری که با مجرمان به کار رفته است، برنامه‌های روان-آموزشی^۴ برای مدیریت خشم است که توسط مک دوگال^۵ و همکارانش مورد استفاده قرار گرفته است. مک دوگال و همکاران (۱۹۹۰) پس از یک دوره کوتاه کنترل خشم به پیشرفت‌هایی در خودگزارشی و رفتارهای پرخاشگرانه در هجده مجرم جوان دست یافتند. نویسندگان این نکته را که چگونه خشم طبیعت مشکلات شرکت‌کنندگان را خلاصه می‌کند مورد توجه قرار دادند، وگرنه این مسئله ممکن است در انتخاب شرکت‌کنندگان سوگیری ایجاد کند (انتخاب آزمودنی‌ها به پیشنهاد مدیران زندان انجام پذیرد) و در مداخله، تأکید بر اجزای هیجانی رفتار خشن را با شکست مواجه سازد.

1. Schelichter

2. Ecton

3. Keller

4. psycho- educational

5. Mc Dugall

مداخلات شناختی- رفتاری کوتاه‌مدت مدیریت خشم توسط والیانت^۱ و همکاران (۱۹۹۵) در نوجوانان مجرم زندانی و توسط دانگل^۲ و همکاران (۱۹۸۹) در موقعیت درمانی شبانه‌روزی به کار رفته است. هر دو مطالعه از گروه کنترل استفاده کردند. هر چند افراد پرخاشگر مطالعه دوم از زندان آزاد شدند، ولی والیانت و همکاران اثر درمانی چندانی برای درمان کوتاه‌مدت خود نیافتند، چیزی که از نظر آنان، فقدان انگیزش آزمودنی‌ها موجب آن شده است.

تعداد دیگری از رویکردهای روان- آموزشی برای مدیریت خشم در مجرمان خشن گزارش شده است؛ سرین و کوریچاک^۳ (۱۹۹۴) یک برنامه رفتاری شناختی کنترل خشم را در مجرمان خشن زندان‌های کانادا اجرا کردند. این برنامه ۱۲ تا ۱۶ جلسه بود، اما گزارش آنها در مورد محتوا، مراحل و نتایج بسیار شتاب‌زده می‌نمود. اسمیت، اسمیت و بکنر (۱۹۹۴) یک دوره درمانی ۳ جلسه‌ای (هر جلسه ۲ ساعت) را برای زنان زندانی اجرا کردند و کاهش چشمگیری در نمره‌های سیاهه‌های خشم و خلق منفی یافتند. مداخله آنها شامل آموزش درباره خشم، خودنظارتی، روش‌های آرامش^۴، مرور شناختی حوادث خشم و راهبردهای گریز از تعارض بود. البته فقط یکی از آزمودنی‌های آنها به دلیل جرم خشن زندانی شده بود. کاربرد اجزای بنیادی رویکرد رفتاری- شناختی توسط دالی^۵ (۱۹۹۴) با یک بیمار در بیمارستان کاملاً مراقبت شده انجام شد. این بیمار سابقه مصرف مواد، اسکیزوفرنی پارانوید و خشونت‌های شدید داشت. خشم و رفتارهای مقابله‌ای وی در پایان درمان کمتر شد و وی به بخش‌های کمتر مراقبت‌شده انتقال یافت.

سایر کارهای مداخله‌ای مدیریت خشم به نحوی با دیدگاه شناختی- رفتاری نواکو مرتبط بوده و در زندان‌های انگلستان صورت پذیرفته است (نواکو و همکاران، ۲۰۰۴). تاول (۱۹۹۵) یک طرح درمان گروهی را برای گروه‌های شش تا هشت نفره که شامل ۸ جلسه ۲ ساعته است، توصیف می‌کند. در یکی از ارزیابی‌ها، هاوز^۶ (۱۹۹۵) نتایج یک طرح درمانی ۱۲ جلسه‌ای را که بین ۵۲ مجرم اجرا شد، این‌گونه توصیف می‌کند که تغییرات معنی‌داری در پیش‌آزمون- پس‌آزمون خشم، نشانه‌های جسمی و باورهای غیر منطقی ایجاد شد. البته داده‌های روان‌سنجی این مطالعه به صورت چشمگیری نامعتبر به نظر می‌رسید، با وجود این، پیگیری مجرمانی که برنامه را به پایان رسانده و آزاد شده بودند، حاکی از احتمال کم ارتکاب جرم پس از آزادی و آزادی طولانی‌مدت آنها بود. فیتز هاردینگ^۷ (۱۹۹۷) نتایج سودمندی برای برنامه مدیریت خشم گروهی از زنان زندانی در مقایسه با

1. Valliant

2. Dangel

3. Serin & Kuriychuk

4. relaxation

5. Daly

6. Hughes

7. Fitzharding

گروه کنترل گزارش می‌کند، این مطالعه به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون اجرا شد. واضح است که در شکل‌گیری درمان خشم متغیرهای قابل توجهی وجود داشته‌اند؛ تمایز انواع مداخلات به دلیل وجود تشابهاتی در موضوع و الزامات مداخله‌ها سودمند به نظر می‌رسد.

مداخلات درمانی برای خشم

سطوح متمایزکننده

مداخلات روان‌درمانگرانه برای خشم در سطوح مختلفی اتفاق می‌افتد که فلسفه و اهداف متفاوتی دارد. سطوح مداخله، درجه سازمان‌بندی، پیچیدگی و عمق رویکرد درمانی را نشان می‌دهد. اختصاصی کردن زیاده‌تر روش‌ها و نظارت‌های بالینی مستلزم سطوح پیچیده‌تر مداخله است.

سطح ۱: مراقبت‌های بالینی عمومی برای خشم. ممکن است مشکل خشم و پرخاشگری مراجع، در مراقبت بالینی روزانه درمان شود. در اینجا بالینگر خشم را به عنوان موضوع مرتبط با درمان شناسایی می‌کند و مشکلات وابسته به خشم را به عنوان بخشی از برنامه گسترده مراقبت از سلامت روان مورد تأکید قرار می‌دهد. این سطح به راهبردهای درمانی عمومی مشاوره، روان‌درمان‌پوشی، درمان‌های رفتاری و شناختی و دارودرمانی با فرد، زوج، خانواده، یا گروه، مربوط می‌شود. در جست‌وجوی صریح خشم، مداخلاتی از این دست، فعالانه دانش‌های جدید در مورد خشم و پرخاشگری را به کار می‌گیرند. وقتی ویژگی‌های کاربردی این سطح کاملاً تعیین شده باشد، ممکن است به عنوان موقعیت مقایسه‌ای برای درمان تجربی خشم عمل کند، مثل مطالعه چمتاب و همکاران (۱۹۹۷).

سطح ۲: آماده‌سازی مدیریت خشم. تمایز این سطح از مداخله، از سایر درمان‌های اختصاصی تر خشم سودمند است. اصطلاح «مدیریت خشم» که اولین بار توسط نواکو (۱۹۷۵) برای توصیف رفتاردرمانی شناختی تجربی به کار برده شد، امروزه برای رویکرد روان-آموزشی تعریف شده که تمرکز درمانی کمتری دارد، مناسب‌تر است. اگر چه اشکال مختلف موجود این رویکرد از اصول شناختی- رفتاری تبعیت می‌کنند، ولی محتوا و چارچوب این نوع مداخلات بسیار اختلاف دارند.

این نوع مداخله مثل یک برنامه درسی ساخت داده می‌شود و شامل اطلاعاتی درباره خشم مثل تعیین‌کننده‌های خشم، نشانه‌ها، تجلی و پیامدهای آن، آموزش‌هایی در مورد راه‌های کنترل خشم مانند تغییر ادراک‌ها و باورها، استفاده از آرامش و استفاده از رفتارهای متناوب برای رویارویی با عوامل محرک است. هدف این مداخله افزایش ظرفیت خودنظارتی شخص با جلب توجه به راه‌اندازهای خشم و راه‌های عادی پاسخ دادن است. این مداخله در پی شکل‌دهی مهارت‌های مقابله‌ای جدید

¹. Anger Management

است. این نوع مداخله اغلب در شکل گروهی اجرا می‌شود و زمینه‌ای برای در میان گذاشتن تجربه خشم با دیگران، حمایت همسالان و الگوپذیری همسالان فراهم می‌آورد. آماده‌سازی مدیریت خشم، در مقایسه با درمان خشم، محدودیت زمانی و ساختار بیشتری دارد. این مداخله اغلب رویه مشابهی دارد و ویژه هر فرد نیست. هر چند موقعیت بحث آزمودنی‌ها وجود دارد، ولی به اندازه درمان خشم تعاملی نیست و اغلب، اطلاعات به صورت یک‌طرفه به مخاطب انتقال داده می‌شود. در این مداخله مراجع کمتر به افشای خود می‌پردازد، بنابراین شکل درمانی آن کمتر است، در واقع، بیشتر آموزشی است تا درمانی. به دلیل ساخت این مداخله، مجال اقدام‌های گسترده‌تر روی مراجعان کمتر است. بنا بر موارد مذکور این نوع مداخله در درمان بیمارانی که در مقابل درمان مقاوم‌اند، وارد نمی‌شود. همچنین با توجه به اینکه اندازه‌گیری‌های ارزیابانه اغلب به همراه مداخله صورت می‌گیرد، این مداخلات آشکارا از داده‌های سنجش موردی از افراد استفاده نمی‌کنند.

سطح ۳: آماده‌سازی درمان خشم. در این سطح از مداخله، کنترل نامناسب خشم در رأس نیازهای مراجع قرار می‌گیرد. البته درمان خشم جایگزین روان درمانی نیست و باید به عنوان درمان مکمل در نظر گرفته شود. تمرکز این مداخله بر نقایص روان‌شناختی در خودنظم‌بخشی و تلفیق ارزیابی و درمان است. به دلیل اینکه این درمان باید بر مقاومت مراجع در برابر تغییر غلبه کند، هدف مداخله، افرادی هستند که سطوح بالای احساس تهدید، بدگمانی و اجتناب دارند و محور اصلی آن تدارک ارتباط درمانی است.

هدف درمان خشم، ایجاد تغییرات مداوم در نظام‌های رفتاری، شناختی و انگیزشی است. این درمان اساساً شامل بازسازی شناختی بنیادی، یادگیری، کاهش انگیزش و مهارت‌های مقابله رفتاری است. این مداخله با اندازه‌گیری تغییرات ایجاد شده در اولویت‌های شخصی و افزایش ظرفیت خودنظارتی پیشرفت می‌کند. به دلیل تأکید این مداخله بر خشم به عنوان پایه و اساس تجارب منفی و اغلب آسیب‌زای زندگی، این درمان سایر هیجان‌های منفی و محرک را نیز همانند خشم مدنظر دارد، مثل ترس، ناراحتی و غمگینی. کار درمان اساساً شامل فرایند انتقال^۱ (یادگیری شیوه‌های جدید پاسخ‌دهی به نشانه‌هایی که قبلاً در متن مشابهی، خشم را برمی‌انگیختند) و انتقال متقابل^۲ (احساس منفی درمانگر به رفتارهای ناکام‌کننده، مقاوم و ناسپاسانه مراجع) است. بر اساس این موارد ویژگی‌های بیماران با خشم بالا به عنوان بخشی از سبک‌های اجتنابی و رفتار سرزنش‌گرانه آنان موجب پس راندن دیگران می‌شود. بنابراین در این سطح، مهارت و نظارت درمانی پیشرفته، نقشی بنیادی در درمان رهایی‌بخش خشم دارد.

^۱ . transference

^۲ . counter- transference

سطح ۴: تحقیق در طرح درمان خشم. این سطح شامل تمام موارد سطح ۳ می‌شود، ولی این سطح با برنامه تعریف‌شده‌ای ادامه می‌یابد. برای تحقق ملزومات طرح تحقیق، برای هر آزمودنی معیارهای درونی و بیرونی ویژه‌ای وجود دارد. این سطح از مداخله آشکارا ارزیابانه، مقید به زمان بوده و دارای رویه‌هایی برای سنجش است. به عنوان بخشی از طرح تحقیق، صحت برنامه درمانی مورد بازبینی مداوم قرار می‌گیرد. این سطح از مداخله در جست‌وجوی دانش بیشتر درباره ارزیابی و درمان خشم است.

پروژه درمان خشم بیمارستان ایالتی

بیمارستان ایالتی، مرکز روان‌پزشکی است که به جمعیت‌های اسکاتلند و ایرلند شمالی سرویس می‌دهد و در هر زمان بیش از ۲۴۰ بیمار در آن بستری است. برای بستری شدن در این بیمارستان علاوه بر شرط بیماری روانی، فرد باید سابقه خشم، خشونت و جنایت نیز داشته باشد که بیماران این بیمارستان اغلب دارای تاریخچه طولانی از فعالیت‌های جنایی‌اند. پذیرش بیمارستان به طور معمول از دادگاه‌ها، زندان‌ها یا سایر مراکز درمانی صورت می‌گیرد و مستلزم حکم قانونی و دارای محدودیت است (رینویک و همکاران، ۱۹۹۷).

پروژه خشم زیر نظر استنلی رینویک^۱ راه‌اندازی شد و هدف آن تهیه برنامه‌ای برای ارزیابی و درمان خشم با این جمعیت بود. در مورد گروه هدف، تأکید بر پرخاشگری مداوم مرتبط با عدم توانایی کنترل خشم بود.

برنامه درمان خشم بیمارستان ایالتی، برنامه ۱۲ جلسه‌ای کنترل خشم و رویکرد مقابله با استرس مطرح شده توسط نوکو (۱۹۷۵-۱۹۹۳) را مورد تجدید نظر قرار می‌دهد و شامل نکات اساسی زیر است:

۱. آموزش توجه به خشم و پرخاشگری؛
۲. خودنظارتی در خصوص محرک‌های موقعیتی، فراوانی و شدت خشم.
۳. شکل‌دهی سلسله مراتب شخصی محرک‌های خشم بر اساس داده‌های برنامه خودنظارتی؛
۴. بازسازی شناختی با تغییر تمرکز توجه، اصلاح ارزیابی‌ها و استفاده از خودجهت‌دهی؛
۵. کاهش انگیزتگی از راه آرامش عضلانی پیش‌رونده، آرامش متمرکز بر تنفس و تصویرسازی جهت‌دهی شده؛
۶. آموزش مقابله رفتاری، ارتباط و ابراز وجود از طریق الگوپذیری و ایفای نقش؛

^۱ Stanly Renwick

۷. تمرین مهارت‌های مقابله‌ای کنترل خشم از راه تجسم ایفای نقش در صحنه‌های برانگیزاننده خشم، با استفاده از سلسله مراتب شخصی محرک‌ها؛

۸. تمرین مهارت‌های جدید مقابله با خشم در موقعیت‌های روزمره واقعی.

متناسب با شدت اختلال آزمودنی و بافت بیمارستان، تعدادی از روش‌های اضافی به برنامه اصلی ملحق می‌شود؛ نخست ارزیابی جامع مورد نیاز بیمار در خصوص مشکلات خشم وی و اهداف درمان؛ دوم یک فاز مقدماتی درمان برای ورود به درمان شکل گرفته و مهارت‌های پایه مانند آگاهی هیجانی، تمیز سطوح مختلف شدت هیجان‌ها و خودنظارتی مقدماتی؛ و سوم طرح گسترش یافته درمان با دوره ۲۰ جلسه‌ای که نیازهای چندگانه بیماران را مدنظر قرار دهد.

سنجش جامع

ارزیابی‌ها شامل مقیاس‌های روان‌سنجی بود، مثل سیاهه بروز خشم حالت-رگه اسپیلبرگر و سیاهه خشم نواکو، اما تعیین تناسب درمان و شناسایی کاستی‌های نظم‌بخشی خشم از طریق شیوه‌های پرسشنامه‌ای به سختی صورت می‌پذیرد، بر خلاف مطالعات عمومی‌تر درمان خشم که با دانشجویان دانشگاه صورت پذیرفته است؛ کسانی که در چارک بالای نمره‌های مقیاس‌ها قرار گرفته و با تلفن برای آموزش دعوت می‌شوند. ارزیابی بیماران با اختلال شدید باید شامل مصاحبه با بیمار، پزشک و پرستار بیمار، آزمون‌های روان‌سنجی، ثبت مشاهدات، بازبینی یادداشت‌های فردی و گزارش‌های زمینه‌ای باشد. در واقع تعداد زیادی از اعضای تیم درمان، درگیر ارزیابی و درمان بیماران می‌شوند. ارزیابی صحیح مشکلات خشم فقط با اندازه‌گیری روان‌سنجی ممکن نیست، به ویژه زمانی که خودگزارشی‌های خشم با احتیاط زیادتری ارائه شده‌اند (نواکو و همکاران، ۲۰۰۴).

سنجش پیشرفت درمانی مستلزم ارزیابی با چندین ابزار خشم و کنترل خشم است. این ابزارها شامل مقیاس‌های روان‌سنجی خودگزارشی، مشاهده رفتاری و درجه‌بندی رفتار توسط متخصصان بالینی است. گزارش‌های خودنظارتی توسط خود فرد در مورد تجربه خشم در خلال درمان، می‌تواند شکلی از فرایند ارزیابی باشد.

همان‌گونه که پیشتر ذکر شد، همه بیماران مناسب درمان خشم در این رویکرد درمانی نیستند. بیمارانی که مشکلات یادگیری زیادی دارند یا روان‌پزشکان، برای این درمان مناسب نیستند. این موارد ممکن است برای سایر مداخلات یا پروتکل درمانی اصلاح‌شده مناسب باشند، مثل گزارش بلک و نواکو (۱۹۹۳) از موفقیت درمان خشم در یک مرد بستری‌شده با ناتوانی یادگیری متوسط. بسیاری از بیمارانی که طرح درمان برای آنها اجرا می‌شود، اغلب از شرکت در ارزیابی امتناع کرده و یا اطلاعات گمراه‌کننده‌ای ارائه می‌کنند. این مقاومت‌ها ممکن است با صبر و شکیبایی و تشویق آزمودنی شکسته شود.

مرحله مقدماتی درمان

این مرحله در اصل دوره پنج جلسه‌ای را شامل می‌شود (رینویک و همکاران، ۱۹۹۷). منطق مرحله مقدماتی درمان این است که ارزیابی کامل‌تری صورت گیرد و قابلیت‌های فردی مورد نیاز درمان در آزمودنی‌ها افزایش یابد. به ویژه در موقعیت‌های قانونی که آزمودنی‌ها از نظر خودافشایی محتاطانه عمل می‌کنند و به لحاظ انگیزشی مردد هستند. آنها به احتمال از هزینه‌های ابراز خشم روزانه آگاه نیستند و اغلب فاقد برخی از پیش‌نیازهای وارد شدن در برنامه مقابله‌ای کنترل خشم و خودنظم‌بخشی بهینه‌اند. آنها ممکن است آموزش‌های خوبی در زمینه کنترل انگیزش داشته و مشکل خاصی در شناسایی هیجان‌ها و تمیز قایل شدن بین سطوح مختلف شدت هیجان‌ها نداشته باشند، ولی به احتمال در خودمشاهده‌گری افکار، احساسات، رفتارها یا جریان مقدماتی خودنظارتی مشکل دارند. به احتمال زیاد آنها قادر به تشخیص این نکته نیستند که کدام افکار، هیجان‌ها و رفتارها با هم مرتبط‌اند. برای برخی از بیماران ابعاد آموزشی مرحله مقدماتی کاملاً به نرمی و آرامش اجرا می‌شود و نسبت به مراحل درگیری درمانی کامل از قاطعیت کمتری برخوردار است.

مرحله مقدماتی، مقدمات انگیزش آزمودنی را فراهم می‌سازد و مهارت پایه درباره شناسایی هیجان‌ها، خودنظارتی، ایجاد ارتباط در مورد تجربیات خشم و کاهش انگیزش را در بر می‌گیرد. این مرحله به ایجاد اعتماد در مورد درمانگر و برنامه درمانی کمک می‌کند و جوئی فراهم می‌آورد که موجب افشای تجربیات شخصی و مشارکت در الزامات رویکرد درمانی می‌شود. با وجود اینکه این مرحله طوری طراحی شده که چالش‌برانگیز و شبیه بازپرسی نباشد، ولی برای بسیاری از بیماران ناراحتی زیادی ایجاد می‌کند. نتیجه اینکه برخی از پیگیری‌ها حاکی از این است که اغلب بیماران مورد چگونگی مقابله با تأثیر جلسات درمانی به حمایت و پشتیبانی نیاز دارند. نکته بسیار مهم اینکه باید مشخص شود که فرایند درمان به عنوان یک موضوع ادامه‌دار باقی می‌ماند. آغاز درمان اصلی دومین تصمیم‌گیری درمان است، اما این موضوع به احتمال در خلال دوره درمان چندین بار مورد استفاده قرار گیرد.

درمان اصلی: موضوعات اساسی

تکمیل دوره درمان در بسیاری از آزمودنی‌ها بیش از ۲۰ جلسه مشخص شده در برنامه درمانی، طول می‌کشد. این مسئله می‌تواند هم به دلیل شرایط مؤسسه بستری‌کننده و هم به دلیل شرایط فردی بیمار باشد که سیر عادی درمان را کندتر می‌کند. ممکن است آزمودنی‌ها روند تعیین شده جلسات را زیر پا بگذارند و در مقابل ترغیب‌های درمانگر مقاومت نشان دهند. مهم اینکه بافت مؤسسه‌ای، باید پذیرنده و جذاب باشد. در موقعیت کاملاً مراقبت‌شده، حرکت زندگی کندتر به نظر می‌رسد. بیماران

بیمارستان قانونی و زندانی‌های سیستم کیفری، راهبردهایی را برای مقابله با دوره طولانی حبس شکل می‌دهند. این کار بسیار زیرکانه و ظریف است، ولی در واقع بسیار کند صورت می‌پذیرد. بیماران می‌توانند وقت زیادی را به منظور انجام امور روزمره هدر دهند، از برنامه‌های بلندمدت اجتناب می‌ورزند یا به عبارت دیگر روز به روز زندگی می‌کنند. شکست در برآورده ساختن این نیازها موجب مقاومت بیمار می‌شود. بنابراین باید انتظارات درمانگر در مورد این گونه موارد، در قالب تعیین تکالیف خانگی، تعدیل شود و تعدادی از جلسات برای رسیدن به نقطه عطف درمانی اختصاص یابد.

اگرچه بنیاد این رویکرد درمانی شناختی- رفتاری است، ولی کنترل نامناسب خشم را با نیازهای بنیادی شخص در گذشته، کاستی‌های روان‌شناختی در خودنظم‌بخشی و عوامل زیست پزشکی مرتبط می‌داند. این سطح از درمان مستلزم آموزش مبتنی بر دیدگاه بالینی است که برای غلبه بر هیجان‌های ناخوشایند در حوزه درمان مناسب باشد. تا زمانی که این مداخله بر اساس طرح درمانی اجرا می‌شود، باید با تأکید بگوییم که تکمیل آن مستلزم تخصص بالینی برای تعدیل آن است.

آمادگی برای ناکامی و تمایل به اجتناب رفتاری موجب می‌شود که آزمودنی به احتمال زیاد مداخله را پس بزند یا همکاری نکند. از ویژگی‌های بیماران با تجربه خشم بالا این است که دیگران را به عنوان بخشی از رفتار اجتنابی خود پس می‌زنند. همان‌گونه که وارد شدن در درمان اغلب می‌تواند آزمایشی باشد، بالینگر باید یک دوره درمانی باثبات را هدایت کند و صبر و شکیبایی داشته باشد. همانند مصاحبه‌های انگیزشی (میلر و رولنیک^۱، ۱۹۹۳)، این سطح از مداخله نیز از راه سبک درمانی نرم و گوش دادن به دیدگاه مراجع صورت می‌پذیرد.

برای بسیاری از بیماران، خشم، بسیار از تیررس شناسایی دور بوده و هزینه‌های خشم مزمن چندان مشخص و واضح نیست. بیماران با خشم زیاد در مقابل تأیید این بخش از دیدگاه آنها نسبت به تعریف خود، مقاوم و سرسخت‌اند. درمان خشم بیماران را در وضعیت بینابینی قرار می‌دهد. این مسئله به آنها راهی را نشان می‌دهد که حرمت خود را حفظ کرده و بر مبنای سیستم درمانی حرکت کنند. تقویت ارزش خود^۲، بیماران را در وضعیت سازگاری قرار داده و به آنها اجازه می‌دهد تا عزت نفس خود^۳ را حفظ کنند و قادر به تغییر خود باشند. در این صورت بیمار خود را توانمند می‌بیند، نه ضعیف و تسلیم‌شده.

^۱ Miller & Rollnick

^۲ self- esteem

^۳ self- worth

^۴ self- respect

به دلیل پیچیدگی این کار و احتمال خطر حمله فیزیکی در حین درمان، مبنای این است که همه درمانگران، نظارت بالینی و برنامه امنیتی مناسبی داشته باشند. درمانگرانی که با چنین آزمودنی‌های مشکل‌سازی کار می‌کنند، نیازمند حمایت و محافظت فیزیکی در مقابل سوءقصد بیماران هستند. داده‌های تجربی و بالینی از پژوهش اولیه رینویک و همکاران (۱۹۹۷)، به نسبت کم بود، ولی نتایج زیادی در زمینه‌های قابلیت هیجانی، مدیریت خشم و قابلیت‌های رفتاری-اجتماعی به دست آمد.

پیگیری

انتقال به سوی مقابله فردی مشکل است، به‌ویژه برای بیمارانی که احتمال باقی ماندن آنها در زندان زیاد است. تمام عادات قدیمی مثل خشم و پرخاشگری‌های فردی، به راحتی ممکن است پس از درمان عود کند. حمایت و جلسات یادآوری در ماه‌های پس از درمان بسیار ارزشمندند، به‌ویژه در مواردی که شخص با شرایط کاملاً جدیدی مواجه می‌شود، مثل زمانی که فرد از بیمارستان مرخص می‌شود و به اجتماع یا مراکز کمتر مراقبت‌شده برمی‌گردد.

برنامه‌های درمانی مربوط به مجرمان جوانان خشن

گلدشتاین و همکارانش (۱۹۸۸) برنامه مهارت‌های رفتاری دقیق و مبسوطی را که شامل اجزای کنترل خشم، مهارت‌های در خور اجتماعی^۱ جامعه و ارزش‌های در خور اجتماعی است، تهیه کردند. گلدشتاین و گلیک^۲ (۱۹۹۴) گزارش کردند که چندین ارزشیابی نشان می‌دهند که آموزش جابه‌جایی پرخاشگری^۳ (ART) تغییرات مثبت بالقوه‌ای را در تعدادی از شاخص‌های مرتبط در شرکت‌کنندگان ایجاد کرده است.

رویکرد جدیدتری، برنامه EQVIP (گیبس^۴، پاتر^۵ و گلدشتاین، ۱۹۹۵) است که در آن ساختار یک برنامه گروه یاری‌رسان-همسالان^۶ را با مهارت‌های پردازش اطلاعات اجتماعی و تحولی-شناختی گرفته شده از برنامه ART و برنامه آماده‌سازی^۷ (گلدشتاین، ۱۹۸۸) را با کار یوچلسمن^۸ و سامنو^۹ (۱۹۷۷)، تلفیق کرده‌اند. هفت تا نه جوان روزانه به مدت یک تا ۱/۵ ساعت یکدیگر را

1. prosocial skills

2. Glick

3. Aggression Replacement Training

4. Gibbs

5. Potter

6. peer-helping group

7. prepare curricula

8. Yochelson

9. Samenow

ملاقات می‌کنند. اولین هدف درمان، گسترش فرهنگ گروهی مناسب اجتماعی، برای ترغیب جوانان به منظور تغییر در رفتار است. یکی از آنهایی که به نتیجه رسیده‌اند، آموزش مقدمات برنامه EQUIP است (گیس، پوتر، باریگا^۱ و لیاو^۲، ۱۹۹۶).

نتیجه بررسی‌ای در مورد جوانان زندانی که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، نشان داد که برگشت به جرم کلی برای گروه درمانی، ۱۵ درصد در ۶ و ۱۲ ماه بعد از آزادی به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود؛ برگشت به ارتکاب جرم در گروه کنترل ۲۹/۷ درصد در ۶ ماه و ۴۰/۵ درصد در ۱۲ ماه بعد از آزادی بود (لیمن^۳، گیس و فولر^۴، ۱۹۹۳).

برخلاف پیشینه برنامه‌ریزی در بزرگسالان، که مجرمان خودشان تمایل دارند تا گیرنده برنامه‌های مستقیم باشند، در برنامه‌ریزی‌ها برای جوانان، افراد مهم به نحوی در ارائه درمان گنجانده می‌شوند. تات و همکاران (۱۹۹۵) شواهد و مدارک مقدماتی را از اثربخشی برخی برنامه‌ها مانند درمان چندسیستمی (MST) در مورد جوانان خشن، گزارش می‌کنند که شامل اجزای شناختی-اجتماعی است و در حل مشکلات چندگانه در زمینه‌های مختلف، کمک شده است.

هنگلر و همکاران (۱۹۹۷b)، حمایت‌های گسترده تجربی را برای اثربخشی MST در مورد مجرمان جوان خیلی خشن به دست آوردند. MST بر پایه بوم‌شناسی اجتماعی و الگوهای نظام خانواده و رساندن به کیفیت مطلوب، مداخله‌های طراحی شده فرد برای نوجوان و خانواده‌هایشان، در زمان‌ها و مکان‌های انتخابشان، مبتنی است.

برنامه‌هایی برای مجرمان بزرگسال خشن

تهیه درمان روان‌شناختی برای مجرمان خشن بزرگسال بیشتر در رویکردهای بالینی برای افراد مجرم، محدود شده (براون و هاووز، ۱۹۹۶) یا بر روی ارتباط بین خشونت و عصبانیت، تمرکز یافته است (هولین و هاووز، ۱۹۸۹).

در زلاندنو، برنامه‌های مدیریت خشم^۵ (AM) در طول یک دهه ارائه شد. روند مشابه در دیگر جمعیت‌های اصلاحی مشاهده شده است (هاووز و همکاران، ۱۹۹۷؛ سرین و براون، ۱۹۹۷). این برنامه‌ها اغلب بر پایه رویکرد مهارت‌های مقابله با استرس نواکو (۱۹۷۵) مبتنی است، شاید به دلیل اینکه نواکو چارچوب مفهومی دقیقی برای خشم و پرخاشگری تهیه کرده است (نواکو و ولش، ۱۹۸۹).

¹. Barriga

². Liao

³. Leeman

⁴. Fuller

⁵. Anger Management

در مروری جدید از ارزشیابی‌های مدیریت خشم، نواکو (۱۹۹۷) اشاره می‌کند که تعداد کمی از شرکت‌کنندگان خشن به صورت جدی وارد برنامه شدند. تعداد معدودی برنامه‌هایشان بر رفتار خشن تأثیر داشت، ولی محکومیت دوباره آنها بررسی نشده بود. علاوه بر اینها، شواهد کمی وجود دارد که خشم و عصبانیت، ارتکاب جرایم خشن را پیش‌بینی کند (لوزا و لوزا-فانوس^۱، ۱۹۹۹) یا اینکه مجرمان خشن، خشم و عصبانیت را در سطوح بیمارگون و شدید، تجربه کنند (سرین و کوری‌چاک، ۱۹۹۴)، به جای آن، آنها، به سادگی، روش‌های کژکارکردی توسعه‌یافته‌ای از بیان خشم دارند. کانون کنترل خشم اختصاصی، دیگر پایه‌های ترغیب‌کننده مشترک برای خشونت را نادیده می‌گیرد (گویرا^۲ و همکاران، ۱۹۹۴). مشاهده تعدادی از مؤلفانی که این تمرکز ظریف را بر روی نقش عصبانیت و خشم در ارتکاب جرم خشن، داشته‌اند، می‌تواند به صورت مشابه در نقش اطلاق شده در برانگیختگی انحراف جنسی در الگوهای ارتکاب جرایم جنسی در دهه گذشته دیده شود که مشوق وضع فعلی مدل‌های درمانی برای مجرمان جنسی‌اند.

چندین رویکرد، امیدهایی را در مورد مجرمان خشن نشان داده‌اند. برنامه‌های آموزش مهارت‌های شناختی (CST)^۳ ۳۶ جلسه دو ساعته را در بر دارد که توسط مربی برای گروه‌های بالاتر از ۱۰ مجرم ارائه می‌شود. تدریس ترکیب آموزشی از مهارت‌های شناختی با تمرین مهارت فردی و گروهی که بر کارهای راس و فابیانو^۴ (۱۹۸۵) مبتنی است. CST با مجموعه متنوعی از نقصان‌های شناختی سر و کار دارد که به عنوان عامل رایج در جمعیت‌های مجرم دیده می‌شود و شامل ضعف در روابط بین فردی، تصمیم‌گیری و مهارت‌های کلی فکر کردن است.

رابینسون^۵ (۱۹۹۵) داده‌هایی را به نمونه ۲۱۲۵ نفری مجرمی که نظارت جمعیتی را حداقل برای ۱۲ ماه، پس از آزاد شدن دریافت کرده بودند، ارائه داد. از این تعداد، ۶۷/۹ درصد برنامه را گذرانده بودند، ۱۴/۲ درصد ریزش بودند و ۱۷/۸ درصد درمان نشده بودند که در فهرست کنترل‌ها باقی ماندند. در طول ۱۲ ماه، ۴۴/۵ درصد از کامل‌کنندگان برنامه و ۵۰/۱ درصد از سیاهه انتظار، دوباره عضوگیری شدند. هیچ تفاوتی بین شرکت‌کنندگان درمان شده و درمان نشده در خشونت‌های آزادی مشروط از لحاظ فنی وجود نداشت. ولی ۲۰ درصد کاهش در محکومیت دوباره رسمی برای افرادی که برنامه را گذرانده بودند، مشاهده شد.

^۱ . Loza& Loza-Fanous

^۲ . Guerra

^۳ . Cognitive Skills Training

^۴ . Ross & Fabiano

^۵ . Robinson

مجرمان خشن تقریباً کاهشی ۳۵ درصدی در محکومیت دوباره داشتند؛ به جز برای دزدی که نرخ‌های تمایل برگشت به جرم تغییر نکرده بودند. این برنامه درمورد مجرمان کم‌خطر خیلی مؤثر واقع شد که رابینسون نتیجه گرفت، دلیل این مسئله آن است که فقط نسبتی از مجرمان پرخطر به برنامه ارجاع داده شده بودند.

از دیگر برنامه‌های مبتنی بر شناخت برای مجرمان خشن مرد و زن، برنامه تغییر شناختی خود^۱ (CSC) است که اولین بار در سال ۱۹۸۸ (بوش^۲، ۱۹۹۵ a) به انجام رسید. (CSC) نگرش‌ها، تصورات و الگوهای تفکر را که از رفتار خشن حمایت می‌کند، دربر دارد. این برنامه در سه دوره ارائه شد؛ اولی و دومی در زندان و سومی در جامعه. در طول دوره I گروه‌ها طی ۸ الی ۱۰ هفته و هفته‌ای دو بار یکدیگر را ملاقات می‌کردند و جهت برنامه‌های کلی را بر عهده می‌گرفتند. در دوره II، مجرمان الگوهای خطر- بالا فکر کردن خودشان را تشخیص می‌دهند (تفکراتی که با رفتار خشن و کيفری گذشته، پیوستگی داشت) و فنونی را برای کنترل آن و نیز تخریب چنین تفکراتی یاد می‌گیرند و آنچه یاد گرفته‌اند را برای توسعه برنامه‌های جلوگیری از برگشت برای مدیریت افکار پرخطر در جامعه، استفاده می‌کنند. در آخر، در دوره III مجرمان در طول یک سال هفته‌ای دو بار یکدیگر را ملاقات می‌کنند تا گروه‌ها پس از آزادی نیز در جامعه باقی بمانند و موقعیت‌های خطر بالایی را که تجربه می‌کنند و تدابیری را که برای کنترل افکارشان، در این موقعیت‌ها استفاده می‌کنند، گزارش کنند.

نتیجه داده‌های اخیر کاهش‌های معناداری را در خشم و خشونت زندانی‌های آزاد مشروط و نیز بازداشت مجدد افرادی که شش ماه در برنامه‌ها شرکت کرده بودند، نشان می‌دهد (بوش، ۱۹۹۵). از بین این افراد ۴۵/۵ درصد که در سه سال، دوباره جرم مرتکب شده بودند، با ۷۶/۷ درصد از گروه درمان نشده، مقایسه شدند.

در ارزشیابی مستقلی هنینگ^۳ و فروه^۴ (۱۹۹۶) دریافتند که از ۵۵ مجرم درمان شده، ۵۰ درصد آنها در مقایسه با ۷۰/۸ درصد از ۱۴۱ مجرم در گروه کنترل، جرم جدیدی را در دو سال بعد از آزاد شدن، مرتکب شدند. مثل CST، اجزای مرکزی این برنامه، با ارتکاب جرم خشن و غیرخشن مرتبط است و تمرکز بر فرایند شناختی- عاطفی منجر به قانون خشونت می‌شود.

در زلاندنو، برنامه‌های بازپروری به منظور کاهش برگشت به جرم‌های با خشونت در مجرمان خشن هم در جامعه و هم در زندان، مؤثر بوده است. در سال ۱۹۸۷ برنامه گروهی شبانه‌روزی و

1. Cognitive Self Change

2. Bush

3. Henning

4. Frueh

مبتنی بر جامعه برای مجرمان خشن، به انجام رسید. برنامه شامل یک سری از برنامه‌های سه ماهه برای ۵ تا ۸ مجرم بود که یا آزاد مشروط یا تحت نظارت جامعه برای محکومیت‌های خشونت‌آمیز بودند، این برنامه از نظر محتوایی و روش شناختی- رفتاری بود، اما در یک محیط اجتماعی درمانی، جایی که فرایندهای گروهی برای گسترش اعتماد متقابل و تمرین مهارت‌ها، استفاده می‌شدند، جایگزین شده بودند (دیکسون و ویکایرا^۱، ۱۹۸۸). از آنجا که ۷/۸ درصد شرکت‌کنندگان در برنامه بومی زلاندنو بودند، تشریفات و سنت‌های قدیمی مائوری^۲ (مربوط به زلاندنو) و امضای توافق‌نامه درمانی در فرایند برنامه‌ریزی گنجانده شد. شرکت‌کنندگان هر هفته ۴۰ ساعت در برنامه‌ریزی گروهی ساختاریافته‌ای حضور می‌یافتند که شامل مدیریت خشم و تغییر نگرش‌ها نسبت به خشونت، ارتباط دیداری و شنیداری، مهارت‌های تربیت فرزند و خویشاوندی، حل مسئله اجتماعی، مداخله دارو و الکل و آموزش زبان و فرهنگ مائوری بود. در دو سال نخست، ۴۶ مجرم این برنامه را آغاز کردند و ۳۳ مجرم آن را به پایان رساندند. بازداشت مجدد در طول میانگین ۲/۳ سال از پیگیری، با نرخ‌های محکومیت برای افرادی که در دو سال قبل برنامه را به پایان رسانده بودند، مقایسه شدند. هم شرکت‌کنندگان آزاد شده مشروط و هم شرکت‌کنندگان محکوم شده اجتماعی، کاهش‌هایی را در فراوانی و وخامت ارتکاب جرم با خشونت، نشان دادند (پولاچیک و دیکسون، ۲۰۰۱). نتایج به دست آمده در مجرمان درمان شده، کاهش متوسطی در بازداشت‌های مجدد کلی و نیز کاهش عمده‌ای را در بازداشت‌های مجدد خشونت‌آمیز نشان دادند (دیکسون و برنز^۳، ۱۹۹۶).

واحد پیشگیری از خشونت^۴ (VPI)، یک واحد ۳۰ تختخوابه‌ای بود که در سال ۱۹۹۸ برای بازپروری شناختی- رفتاری زندانیان خشن در ولینگتون نیوزیلند آغاز به کار کرد. این برنامه چندبعدی ۳۳۰ ساعته، در طول تقریباً ۲۸ هفته برای گروه‌های ۱۰ نفری، که توسط دو درمانگر رهبری می‌شد، ارائه شده است. بعد از حداقل ۲۴ ماه در این جمعیت، ۶۳ درصد مجرمان درمان شده و ۳۲ درصد مجرمان درمان نشده گروه کنترل به دلیل یک جرم خشن بار دیگر محکوم شدند. تفاوت‌های معناداری در نسبت محکومیت‌های غیرخشن بعدی وجود نداشت (پولاچیک و همکاران، ۲۰۰۳).

1 . Dixon & Vikaira

2 . Maori

3 . Behrness

4 . Violence Prevention Unit

رهنمودهایی برای تأمین درمان‌های آتی

درمان مجرمان خشن باید از اصول خطرپذیری، نیازمندی و پاسخگویی موجود در ادبیات توانبخشی تبعیت کند (آندروز^۱ و همکاران، ۱۹۹۰). ممکن است با مجرمان کم‌خطر، سطح کافی و مناسبی از درمان فردی را فراهم کرد، اما بعید است تهیه برنامه‌هایی با این سطح که فقط بر روی کنترل خشم تمرکز می‌کند، خطر خشونت را در افرادی با تاریخچه گسترده و متنوع از خشونت کاهش دهد. برای این افراد، برنامه مناسب این است که برنامه درمانی گروهی به صورت متمرکزتر و فشرده‌تر شامل گستره‌ای از روش‌های درمانی، اهداف کنترل عواطف، تولیدات و فرایندهای شناختی مرتبط با خشونت که دامنه‌ای از تدابیر و مهارت‌های اجتماعی و شناختی را آموزش می‌دهد، و نیز حل و فصل دیگر همبسته‌های مشترک مانند سوء مصرف دارو و الکل باشد.

برنامه‌های موجود، مجموعه متنوعی از گسترش گزینه‌ها را برای درمان ارتکاب جرم محور نشان می‌دهد. اغلب اینها شناختی- رفتاری و ترکیبی از رویکردهایی اند که برای به چالش کشیدن سوگیری‌های موجود در پردازش اطلاعات و شناخت‌های تحریف‌شده طراحی شده‌اند و نیز گستره‌ای از دیگر مهارت‌های بین فردی و شناختی که برای مدیریت خشونت، آموزش داده می‌شود. کارهای زیادی باید انجام شود تا مداخله‌ها در مجرمان خشن تا سطح پیچیدگی و مهارت برنامه‌های موجود برای مجرمان جنسی، گسترش پیدا کند. نواحی‌ای که برای این جمعیت ناهمگون نیاز به گسترش و بسط دارند، شامل مجموعه‌های ارزیابی (پرسشنامه‌های خودگزارشی، نوشته‌های توصیفی و اندازه‌گیری‌های ایفای نقش که هر دو به اندازه کافی مستحکم‌اند تا تغییرات درمانی و از نظر تجربی، محکومیت مجدد مرتبط با آن را ارزیابی کند)، سنجش‌های جامع و گسترده‌ای که برای جمعیت‌های مجرم خشن مورد نیاز است، ارزشیابی‌های خطر که بین بازگشت به جرم کلی و بازگشت به جرم خشن تمایز ایجاد می‌کند و اندازه‌گیری‌های روش‌شناختی دقیق برای نوآوری‌ها و پیشرفت‌های برنامه، مورد نیازند (پولاچیک و رینولدر، ۲۰۰۴).

درمان مجرمان خشن، در حال وارد شدن به دوره هیجان‌انگیزی است که امیدهایی را برای تهیه یک جانشین برای محکومیت زندان طولانی مدت، حفظ می‌کند و نیز هزینه‌های اجتماعی هنگفت تابع آن را کاهش می‌دهد.

آموزش مهارت‌های اجتماعی

تردیدی نیست که آموزش مهارت‌های اجتماعی به‌طور گسترده‌ای توسط متخصصانی که با گستره وسیعی از مراجعان کار می‌کنند، عمومیت یافته است (هولین و تراور^۱، ۱۹۸۶a، ۱۹۸۶b، ۱۹۸۸). درخصوص جمعیت‌های جنایی، هر دو گروه مجرمان جوان و بزرگسال زیر پوشش اهداف عمومی آموزش مهارت‌های اجتماعی قرار گرفته‌اند. در این زمینه هم تحقیقات مروری بسیاری (کانلیف^۲، ۱۹۹۲؛ هندرسون^۳ و هولین، ۱۹۸۳، ۱۹۸۶؛ هولین، ۱۹۹۰a؛ هاف^۴، ۱۹۸۷؛ اسپنس^۵، ۱۹۷۹؛ تمپلیتون^۶، ۱۹۹۰) و هم متونی برای شکل‌دهی تمرین آموزش مهارت‌های اجتماعی با مجرمان (پریستلی^۷ و همکاران، ۱۹۸۴؛ پریستلی و مک‌گوایر^۸، ۱۹۸۵) در دسترس است.

الگوی اصلی مهارت اجتماعی (آرگیل و کندون^۹، ۱۹۶۷) عنوان می‌کند که رفتار اجتماعی مهارت یافته - شاید بهتر بود رفتار اجتماعی در خور^{۱۰} نامیده می‌شد - شامل سه جزء مرتبط است: ادراک اجتماعی^{۱۱}، شناخت اجتماعی^{۱۲} و عملکرد یا کارکرد اجتماعی^{۱۳} (هولین و تراور، ۱۹۸۶c). ادراک اجتماعی به درک و فهم علائم و نشانه‌های اجتماعی مربوط می‌شود؛ شناخت اجتماعی، از این منظر، هم‌تراز پردازش اطلاعات اجتماعی است و عملکرد اجتماعی دقیقاً فعالیت اجتماعی قابل مشاهده است. بنابراین آموزش مهارت‌های اجتماعی در پی کمک به افراد، در جهت رشد مهارت‌های اجتماعی آنان است تا به‌صورت اثربخش‌تری در دنیای اجتماعی خود عمل کنند.

کاربرد این شیوه از تفکر درباره رفتار اجتماعی در خصوص جمعیت‌های مجرم دو پرسش را مطرح می‌سازد: نخست، آیا مدرکی دال بر اینکه مجرمان مشکلات ویژه‌ای در هر یک از حوزه‌های خاص توانایی اجتماعی دارند، وجود دارد؟ و دوم اینکه آیا سطحی (مشخص) از مهارت‌های اجتماعی مرتبط با جرم برای مجرمان وجود دارد؟

1. Trower
2. Cunliff
3. Henderson
4. Huff
5. Spence
6. Templeton
7. Priestley
8. McGuier
9. Argyle & Kendon
10. prosocial
11. social perception
12. social cognition
13. social performance

ادراک اجتماعی

توانایی بازشناسی، فهم و تفسیر نشانه‌های بین فردی، نقطه‌ی ثقل تمام رفتارهای اجتماعی است (آرگیل، ۱۹۸۳). مک کاون، جانسون و آستین^۱ (۱۹۸۶) در مطالعه‌ی ادراک اجتماعی میان مجرمان، توانایی مجرمان جوان را در بازشناسی تجلی چهره‌ای نشانه‌های هیجانی، بررسی کردند. آنها دریافتند که مجرمان جوان در مقایسه با افراد غیرمجرم، به خوبی توانستند شادی، خشم و ترس را بازشناسی کنند، ولی در شناسایی تجلی چهره‌ای غمگین، تعجب و بیزارگی توانایی کمتری داشتند.

در شیوه‌ی مشابهی مدارکی به دست آمد دال بر اینکه، کودکان و نوجوانانی که با جامعه به‌ویژه در مورد رفتار پرخاشگرانه کشمکش دارند، در هر دو مورد انتخاب و تفسیر نشانه‌های اجتماعی با مشکل مواجه‌اند (برای مثال اختر و برادلی^۲، ۱۹۹۱؛ مورفی و بوچسبام^۳، ۱۹۸۴؛ داج و تاملین^۴، ۱۹۸۷). همین‌طور مطالعه‌ی لیپتون، مک دونل و مک فال^۵ (۱۹۸۷) بر این نکته اشاره دارد که ممکن است مردان پرخاشگر جنسی ادراک صحیحی از نشانه‌های اجتماعی ارتباط اجتماعی بین زن و مرد نداشته باشند.

سوء ادراک نشانه‌های اجتماعی ممکن است منجر به سوء‌اسناد (نسبت به) نیت (دیگران) شود، به‌طوری که فعالیت‌های آنان تهدیدآمیز و خصمانه در نظر گرفته شود (کریک^۶ و داج، ۱۹۹۶؛ لاجمن^۷ و داج، ۱۹۹۴؛ اسلابی و گوارا^۸، ۱۹۸۸). نحوه‌ی ادراک یک برخورد اجتماعی شیوه‌ی واکنش فرد در برابر آن برخورد را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

شناخت اجتماعی

به دنبال ادراک اجتماعی، افراد باید برای ارائه‌ی یک پاسخ مناسب تصمیم‌گیری کنند. این تصمیم‌گیری مستلزم توانایی ایجاد مسیرهای ممکن برای فعالیت، توجه به ابعاد مختلف و برنامه‌ریزی در جهت پیشرفت و نیل به نتیجه‌ی مطلوب است (اسپیواک، پلات و شیور^۹، ۱۹۷۶). چندین بررسی نشان دادند که برخی مجرمان به‌ویژه جوانان، احتمالاً در حل مسائل تعامل‌های اجتماعی با دشواری‌هایی روبه‌رو هستند، برای مثال، فریدمن^{۱۰} و همکاران (۱۹۷۸) با استفاده از سیاهه‌ی مشکل

^۱ . McCown, Johnson, & Austin

^۲ . Akhtar & Bradley

^۳ . Buchsbaum

^۴ . Dodge & Tomlin

^۵ . Lipton, McDonel, & McFall

^۶ . Crick

^۷ . Lochman

^۸ . Slaby & Guerra

^۹ . Spivack, Platt & Shure

^{۱۰} . Freedman

نوجوان^۱ دریافتند که مجرمان جوان نسبت به جوانان غیرمجرم به مجموعه‌ای از مسائل و مشکلات اجتماعی، پاسخ‌های نامناسب‌تری می‌دهند. بزهکاران برای حل مسائل بین‌فردی از شیوه‌های محدودتری استفاده می‌کنند و بیشتر بر پرخاشگری کلامی و فیزیکی تکیه دارند.

ونزیانو و ونزیانو^۲ (۱۹۸۸) از سیاهه^۱ مشکل نوجوانان برای طبقه‌بندی بزهکاران براساس میزان دانش آنها از مهارت‌های اجتماعی در سه طبقه^۲ بی‌قابلیت، نسبتاً باقابلیت و باقابلیت استفاده کردند. این سه گروه در برخی مشکلات رفتاری تجربه شده، در اندازه‌گیری‌های متفاوت، از نظر شخصیت، ارزش‌های اجتماعی و اخلاق به صورت معناداری با هم متفاوت بودند. در مجموع، جوانان با دانش اندک در مقایسه با همسالان خود از نظر شخصیتی و اجتماعی وضعیت نامساعدی داشتند؛ بزهکاران نسبت به نمونه‌ای از شهروندان خوب در مهارت‌های اجتماعی از دانش کمتری برخوردار بودند. همین‌طور سیمونیان، تارنوسکی و گیبز^۳ (۱۹۹۱) از نسخه^۳ تجدیدنظرشده^۳ سیاهه^۳ مشکل نوجوانان (فرم خودگزارشی و رسمی) دریافتند که نمره‌های این سیاهه با فعالیت‌های بزهکارانه ارتباط دارد. جالب اینکه کول، چان و لیتون^۴ (۱۹۸۹) دریافتند که بزهکاران به درستی خود را کم‌مهارت‌تر از همسالانشان ادراک می‌کنند.

گافنی^۵ و مک فال (۱۹۸۱) سیاهه^۴ مشکلی برای دختران نوجوان طراحی کردند؛ ارزیابی خودگزارش از قابلیت‌های اجتماعی در برخورد با موقعیت‌های اجتماعی نامناسب. آنها گزارش کردند که پاسخ‌های دختران بزهکار در مورد اقدام‌های احتمالی آنها در برخورد با موقعیت‌های اجتماعی مختلف، حاکی از قابلیت‌های پایین آنهاست. علاوه بر این مشخص شد که بزهکاری ارتباط نزدیک‌تری با ضعف مهارت در تعامل با بزرگسالان بالامقام دارد تا در مقابل با همسالان. همچنین وارد^۶ و همکاران (۱۹۹۵) با استفاده از سیاهه^۴ مشکل دختران نوجوان دریافتند که مجرمان جوان مؤنث به موقعیت‌های دشوار با قابلیت‌های کمتری پاسخ می‌دهند.

روشن است که شناخت اجتماعی - شامل حل مسئله اجتماعی - به ویژه در کودکان و نوجوانان با بزهکاری و رفتارهای ضداجتماعی مرتبط است. مشابه آنچه ذکر شد، حجم وسیعی از پژوهش‌ها بر این نکته اشاره دارند که وجود دشواری‌هایی در وضع اهداف اجتماعی، حل مسائل اجتماعی و درک

^۱ . Adolescent Problem Inventory

^۲ . Veneziano

^۳ . Simonian, Tarnowski, & Gibbs

^۴ . Cole, Chan, & Lyton

^۵ . Gaffney

^۶ . Ward

دقیق بازخورد اجتماعی در عملکرد، از عوامل مهم رفتار ضداجتماعی است (برای مثال اختر و برادلی، ۱۹۸۱؛ کرک و داج، ۱۹۹۴؛ دمورست^۱، ۱۹۹۲؛ هولین، ۱۹۹۰b؛ راس و فایبانو، ۱۹۸۵).

عملکرد اجتماعی

اسپنس (۱۹۸۱a) در بررسی‌ای مهارت‌های عملکرد اجتماعی مردان مجرم جوان را با گروه کنترل غیرمجرمی که از نظر سن، عملکرد تحصیلی و بافت اجتماعی هم‌تا شده بودند، مقایسه کرد. بزهکاران به‌طور معناداری تماس چشمی و گفت‌وگوی کمتری نشان دادند، ولی صحبت‌های بی‌اهمیت (وراجی) و حرکات بدنی ناپخته بیشتری داشتند؛ رفتارها در درجه‌بندی‌های مشاهده‌گر از مهارت اجتماعی، ضعیف نشان داده شده‌اند. در درجه‌بندی کلی از مهارت اجتماعی، اضطراب اجتماعی و قابلیت اشتغال، گروه بزهکار نسبت به گروه غیربزهکار نامطلوب‌تر درجه‌بندی شدند.

در مجموع، نتایج پژوهش‌ها حاکی از رویارویی برخی مجرمان با مشکلاتی در مهارت‌های اجتماعی است. با این حال، این فرض اشتباه است که این مشکلات ناشی از ویژگی‌های شخصیتی مجرمان است، چرا که مجرم‌ها هم، جمعیتی اند نامتجانس و با دامنه وسیعی از توانایی‌های اجتماعی. در هر حال، مجرمانی با مشکلات اجتماعی وجود دارند و بر این اساس این فرضیه شکل گرفته است که بین توانایی اجتماعی و جرم رابطه وجود دارد. اگر این فرضیه دست‌کم در برخی موارد هم درست باشد، پس اصلاح این مشکلات اجتماعی با آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند به کاهش جرم منجر شود. اما همان‌گونه که در مطالعات قبلی ذکر شد، مدارک متقاعدکننده کمی وجود دارد که آموزش مهارت‌های اجتماعی تأثیر منظمی بر جرم‌گرایی داشته باشد. از زمان آخرین مرورها تعدادی مطالعه دیگر منتشر شده که در ادامه به بررسی هر یک می‌پردازیم.

مرور کلی

پژوهش‌های قبلی تصویری از حوزه آموزش مهارت‌ها به مجرمان، تا دهه ۱۹۹۰، به دست می‌دهند. از آن زمان به بعد آموزش مهارت‌ها به‌طور فزاینده‌ای به عنوان بخشی از برنامه‌های چندمنظوره مورد استفاده قرار گرفته است (برای مثال گلدشتاین، گلیک^۲ و گیبز، ۱۹۹۸) تا اینکه به عنوان یک مداخله صرف. در هر حال، چندین مطالعه با تمرکز خاص بر آموزش مهارت‌ها که پس از سال ۱۹۸۹ منتشر شده‌اند، شناسایی و در زیر مورد بحث قرار گرفته‌اند. بررسی‌ها به دو گروه اصلی تقسیم می‌شوند؛ گروه اول آموزش مهارت‌ها در مجرمان و گروه دوم آموزش مهارت‌ها در مجرمان جنسی را مدنظر قرار می‌دهند.

^۱. Demorest

^۲. Glick

چندین مطالعه با مجرمان جوان در ادبیات پس از سال ۱۹۸۹ گزارش شده‌اند. لنینگز^۱ (۱۹۹۰) در بازداشتگاهی، برنامه مهارت‌های اجتماعی را بر روی سه مجرم جوان ارزیابی کرد. این برنامه بر افزایش حرمت خود^۲، افزایش قاطعیت، مهارت‌های ارتباطی و رفتارهای چالش‌برانگیز نقش جنسی تمرکز داشت. ارزیابی نشان داد که این برنامه در پیشبرد اهداف مثبت حوزه‌های مورد بحث موفق بوده است.

الرود و مینور^۳ (۱۹۹۲) نیز برنامه‌ای را برای مجرمان جوان ارزیابی کردند که در آن آموزش مهارت‌های سنتی با حوادث بیرون از خانه در آموزش مهارت‌های والدین، به منظور شکل‌دهی یک طرح پیگیری، ترکیب شده بود. میزان مجرمیت آزمودنی‌های جوان در طرح پیگیری با جوانانی که کارآموزی استاندارد را دریافت کرده بودند، مقایسه شد. دو سال پس از آن هر دو گروه کاهش در جرم را نشان دادند، ولی اختلافی در میزان مجرمیت دو گروه وجود نداشت. نوع طرح ارزیابی تعمیم اثر نسبی اجزای آموزش مهارت‌ها را ناممکن می‌سازد.

ماتور و راترفورد^۴ (۱۹۹۴) به صورت خیلی خاص و محدود بر ارزیابی برنامه و مهارت‌های اجتماعی که به صورت ویژه برای بهبود مهارت‌های گفت‌وگو در بزهکاران جوان مونث طراحی شده بود، تمرکز کردند. برنامه، موفقیت محسوسی در پیشبرد دامنه‌ای از مهارت‌های گفت‌وگو داشت، مثل استفاده از نام‌ها و به‌کارگیری گزارش‌های مثبت. البته در این ارزیابی میزان جرم گزارش نشده بود. لیبر و ماوهور^۵ (۱۹۹۵) گزارشی از ارزیابی تأثیر برنامه "شانس دوم"^۶ را در بزهکاران جوان ارائه کردند. این برنامه شامل آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش پیش از استخدام و بهره‌برداری از فرصت‌های شغلی بود. طرح ارزیابی، امکان مقایسه جرم را تا یک سال پس از آن در جوانان شرکت‌کننده در برنامه و جوانانی که خدمات سنتی دادگاه جوانان را دریافت کرده بودند، فراهم ساخت. جرم‌گرایی شرکت‌کنندگان برنامه "شانس دوم" تفاوت معناداری با گروه کنترل نداشت. با وجود این، جوانانی که این برنامه را به پایان رساندند، در مقایسه با گروه کنترل به اعمال مجرمانه با شدت کمتری مبادرت کردند. همان‌گونه که لیبر و ماوهور اشاره می‌کنند، اندازه‌گیری اثر اختصاصی آموزش مهارت‌ها در الگوی عمومی نتایج امکان‌پذیر نیست.

^۱ . Lennings

^۲ . self esteem

^۳ . Elrod & Minor

^۴ . Mathur & Rutherford

^۵ . Leiber & Mawhor

^۶ . second chance

سرانجام رایت^۱ (۱۹۹۵) مطالعه‌ای را با بررسی اثربخشی آموزش شبانه‌روزی مهارت‌های (با جهت‌گیری شناختی) در پسران مبتلا به اختلال سلوک گزارش کرد. مداخله در افزایش حرمت خود، خودکنترلی و مهارت‌های اجتماعی موفق بود. فقدان گروه کنترل، قضاوت در مورد اثربخشی نتایج را مشکل می‌سازد، اما با توجه به سازگاری اجتماعی بعدی و نرخ پایین جرم نشانه‌هایی از تأثیرات سودمند وجود داشت.

مارشال، ترنر و بارباری^۲ (۱۹۸۹) ارزیابی یکی از برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی در زندانیان هم‌سلولی را گزارش کردند، تمرکز برنامه بر روی دامنه‌ای از مهارت‌ها بود که شامل حل مسئله، نگرش‌های متوجه اقتدار و مهارت‌های عملی زندگی می‌شد. مهارت‌های هم‌سلولی‌های شرکت‌کننده در برنامه به‌صورت معناداری نسبت به گروه کنترل که در برنامه شرکت نکرده بودند، پیشرفت کرد.

جونز و مک‌کول^۳ (۱۹۹۱) نیز یک برنامه آموزش مهارت‌های زندگی را در مجرمانی که در سرویس بستری دادگاه پذیرفته شده بودند، ارزیابی کردند. هدف برنامه رشد مهارت‌ها در تعامل با گروه‌های اجتماعی و سازگاری با نقش‌های مشارکتی بود و ارزیابی نشان داد که این اهداف در اصل در خلال آموزش پیشرفت کرده‌اند.

والیانت و آنتونویچ^۴ (۱۹۹۱) یافته‌هایی را از ارزیابی یک مداخله با تمرکز عمده بر آموزش مهارت‌های اجتماعی در مجرمان زندانی، شامل مجرمان جنسی، گزارش کردند. آنها دریافتند که برنامه آموزش اثر مثبتی بر سطح حرمت خود مجرمان و کاهش سطح اضطراب آنها داشته است. در بررسی مشابهی والیانت و آنتونویچ (۱۹۹۲) گزارش کردند که آموزش مهارت‌های اجتماعی و شناختی در مجرمان جنسی زندانی شده، سطح حرمت خود آنها را افزایش داد.

گراوز، اوپن‌شاو و آدامز^۵ (۱۹۹۲) یک برنامه آموزش مهارت‌های اجتماعی برای مجرمان نوجوان طراحی کردند. آنها گزارش کردند که آموزش مهارت‌های اجتماعی آثار سودمند معناداری داشت، شامل بهبود تعامل با والدین، سطح بالای قابلیت اجتماعی و تغییرات مثبت در خودپنداره.

هاپکینز^۶ (۱۹۹۳) آثار آموزش مهارت‌های اجتماعی را در گروه‌هایی از مجرمان جنسی زندانی شده ارزیابی کرد و به دنبال آموزش، دامنه‌ای از تغییرات روان‌شناختی و رفتاری مثبت یافت شد. خلاصه گزارش‌های بالا را می‌توان در جدول ۲-۱ مشاهده کرد.

1. Wright

2. Marshall, Turner, & Barbaree

3. Jones & McColl

4. Valliant & Antonowicz

5. Graves, Openshaw, & Adams

6. Hopkins

جدول ۲-۱. خلاصه مطالعات آموزش مهارت‌های اجتماعی بر گروه‌های مختلف مجرمان و نتایج حاصل از آنها

مطالعه	گروه مجرمان	روش آموزش	اهداف و اندازه‌گیری‌های عمومی	ارزیابی روش‌ها و اندازه‌گیری‌ها	نتایج
الرود و مینسور (۱۹۹۲)	۴۳ بزهکار جوان: ۲۱ نفر گروه آموزشی و ۲۱ نفر گروه کنترل. مرد و زن. سن: ۱۷-۱۲ سال	گروه آموزش ایفای نقش با همسالان و والدین مباحثه، تکلیف خانگی ۸ هفته + ۳ ماه در سال بعد به صورت هفتگی	شیوع جرم رسمی	ثبات‌های دفتری پیش‌آزمون - پس‌آزمون	هر دو گروه در پیگیری دو ساله در جرم‌های قانونی و جنایی کاهش داشتند. بین دو گروه تفاوت معناداری وجود نداشت.
گراوز، اوپن شاو و آدامز (۱۹۹۲)	۱۸ مجرم جنسی جوان ۱۲ نفر گروه کنترل سن: ۱۹-۱۲ سال	گروه تمرین الگوبرداری تشویق تکالیف خانگی ۹ هفته	بازخورد دادن و بازخورد گرفتن مقاومت در برابر فشار همسالان حل مسئله مذاکره آموزش‌های آینده مهارت‌های گفت‌وگو	مقیاس خودگزارشی والدین برای ارتباط والد- فرزند. مقیاس خودگزارشی نوجوانان برای مفهوم خود. چک‌لیست رفتار که توسط والدین نوجوان تکمیل می‌شود. پیش‌آزمون - پس‌آزمون	در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به صورت معناداری مهارت‌های اجتماعی بیشتری مشاهده شد. پیشرفت در روابط والد- فرزندی پس از آموزش. برخی از شواهد مبنی بر پیشرفت قابلیت‌های اجتماعی در گروه آزمایش از دیدگاه نوجوانان. اشاره به این نکته که مفهوم خود در گروه آموزشی رشد داشته است.

ادامه جدول ۱-۲. خلاصه مطالعات آموزش مهارت‌های اجتماعی بر گروه‌های مختلف مجرمان و نتایج حاصل از آنها

مطالعه	گروه مجرمان	روش آموزش	اهداف و اندازه‌گیری‌های عمومی	ارزیابی روش‌ها و اندازه‌گیری‌ها	نتایج
هاپکینز (۱۹۹۳)	۸ مجرم جنسی ۷ نفر گروه کنترل	گروه مباحثه مشاهده ایفای نقش بازخورد ۶ هفته، یک ساعته در هفته	اضطراب اجتماعی حرمت خود ترس از ارزیابی منفی رفتار اجتماعی مناسب	درجه‌بندی گروه آموزشی از رفتار. درجه‌بندی تعامل‌ها ضبط شده با زنان ناشناس. مقیاس‌های خودگزارشی. پیش‌آزمون- پس‌آزمون ۶ ماه پیگیری فقط برای گروه آزمایش	افزایش استفاده از رفتارهای مناسب در گروه آزمایش. افزایش حرمت خود در گروه آزمایش و کاهش آن در گروه کنترل. کاهش اضطراب اجتماعی در گروه آزمایشی و عدم تغییر آن در گروه کنترل. کاهش ترس از ارزیابی‌های منفی در گروه آزمایش و افزایش اندک آن در گروه کنترل.
جونز و مک کول (۱۹۹۱)	۱۲ مجرم مرد ۱۲ نفر گروه کنترل جایگزینی در گروه روان‌درمانی متعارف	گروه ایفای نقش بازخورد خودارزیابی مدت: ۳ هفته، ۲ جلسه در هفته	تمایل به مشارکت در گروه‌ها نیاز به پذیرش اجتماعی توانایی پذیرش نقش‌های عضویتی گروه توانایی پذیرفتن نقش‌های مشارکتی گروه احساس مثبت در مورد اعضای گروه	مقیاس‌های خودگزارشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون	تمایل به مشارکت در گروه‌ها، در هر دو گروه افزایش یافت، پس از آموزش، گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل نقش‌های بیشتری را پذیرفتند، به ویژه در جلب رضایت، خطرپذیری و مدیریت. نقش‌های پذیرفته شده توسط گروه آزمایش مثبت‌تر ارزیابی شدند.

ادامهٔ جدول ۱-۲. خلاصهٔ وضعیت مطالعات آموزش مهارت‌های اجتماعی بر گروه‌های مختلف مجرمان و نتایج حاصل از آنها

مطالعه	گروه مجرمان	روش آموزش	اهداف و اندازه‌گیری‌های عمومی	ارزیابی روش‌ها و اندازه‌گیری‌ها	نتایج
لیبرو و ماوهور (۱۹۹۵)	بزهکاران جوان: ۵۷ نفر گروه آزمایش ۵۶ نفر گروه کنترل همتا شده ۸۵ نفر گروه کنترل همتاننده مرد و زن سن: ۹-۱۸ سال	گروه: آموزش مباحثه تکالیف خانگی مدت: ۱۶ هفته	جرم‌گرایی رسمی عمومی	ارجاع رسمی به دادگاه پیش‌آزمون- پس‌آزمون	اگرچه گروه آزمایش به جرم‌های کم‌خطرتری مبادرت کردند، ولی میزان جرم‌گرایی در پیگیری یکساله در هیچ یک از گروه‌ها کاهش نداشت.
لنینگز (۱۹۹۱)	۳ مرد جوان بزهکار سن: ۱۶-۱۹ سال	گروه: ایفای نقش ۶ جلسه طی دورهٔ ۳ ماهه	قاطعیت خودکنترلی حرمت خود رفتار سازمانی	مقیاس‌های خودگزارشی ارزیابی گروه آموزش در مورد رفتار پیش‌آزمون- پس‌آزمون	به دلیل نمونهٔ کوچک تحلیل آماری انجام نشد، اما نتایج حاکی از تغییر قاطعیت، خودکنترلی و حرمت خود در جهت مثبت بود. نشانه‌هایی از بهبودی در رفتار هم مشاهده شد.

ادامه جدول ۲-۱. خلاصه وضعیت مطالعات آموزش مهارت‌های اجتماعی بر گروه‌های مختلف مجرمان و نتایج حاصل از آنها

مطالعه	گروه مجرمان	روش آموزش	اهداف و اندازه‌گیری‌های عمومی	ارزیابی روش‌ها و اندازه‌گیری‌ها	نتایج
مارشال، ترنر و بارباری (۱۹۸۹)	۶۸ مرد مجرم ۲۲ مجرم در گروه کنترل	گروه: مباحثه	تعامل اجتماعی رفتار اجتماعی نگرش‌ها و تعامل‌ها جنایی	ایفای نقش ضبط شده با نقش مقابل خانم. مقیاس‌های خودگزارشی. پیش‌آزمون-پس‌آزمون	در طول زمان گروه آزمایشی تغییرات بیشتری داشت. گروه کنترل در کل تغییر کمی نشان داد. پس از آموزش میزان تسامح در جنایت، نگرانی در خصوص مورد ارزیابی‌های منفی قرار گرفتن، رفتار ضداجتماعی و اضطراب اجتماعی در مورد گروه مورد درمان کمتر شده بود و دید مثبت نسبت به پلیس و دادگاه‌ها، همدلی و مهارت اجتماعی افزایش یافته بود.
ماتور و راترفورد (۱۹۹۴)	۹ بزهکار زن جوان	گروه: تبیین تمرین الگوبرداری ایفای نقش بازخورد انتقال مهارت‌ها در ۵ فاز: خط پایه، آموزش مهارت‌های اجتماعی+تشویق، تشویق، صرف، پیگیری و مراقبت. آموزش مهارت‌های اجتماعی ۵ روز ادامه داشت.	استفاده از سایرین، اسامی و آداب و رسوم. ساختن گزاره‌های مثبت درباره خود، دیگران، حال و آینده.	مشاهده مستقیم، در طول هر ۵ فاز	تمام رفتارهای هدف در طول دوره آموزش مهارت‌های اجتماعی افزایش پیدا کردند، اگرچه، بعداً از سطح آنها کاسته شد. در پیگیری‌های بعدی همه رفتارهای هدف در سطح بالاتری از سطوح پایه قرار داشتند.

ادامه جدول ۲-۱. خلاصه وضعیت مطالعات آموزش مهارت‌های اجتماعی بر گروه‌های مختلف مجرمان و نتایج حاصل از آنها

مطالعه	گروه مجرمان	روش آموزش	اهداف و اندازه‌گیری‌های عمومی	ارزیابی روش‌ها و اندازه‌گیری‌ها	نتایج
والیانیت و آنتونوویچ (۱۹۹۱)	۱۹ مجرم جنسی مرد ۳۴ مجرم غیرجنسی مرد	گروه: آموزش ایفای نقش مباحثه ۵ هفته: ۲ ساعته در هفته	اضطراب حرمت خود خصوصیت	مقیاس‌های خودگزارشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون	پس از آموزش، حرمت خود افزایش و اضطراب و خصومت کاهش یافت. مجرمان جنسی، نسبت به مجرمان عمومی سطوح بالاتری از حرمت خود و سطوح پایین‌تری از اضطراب و پرخاشگری را نشان دادند.
والیانیت و آنتونوویچ (۱۹۹۲)	۴۵ مجرم جنسی شامل گروه آزمایش و کنترل	گروه: آموزش ایفای نقش مباحثه ۵ هفته: ۲ ساعت در هفته	بازسازی تفکرات نادرست حرمت خود اضطراب خصوصیت	مقیاس‌های خودگزارشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون	حرمت خود در بین متجاوزان جنسی افزایش یافت. میزان اضطراب هم در متجاوزان و هم در مزاحمان جنسی کاهش داشت.
رایبیت (۱۹۹۵)	۳۰ پسر مبتلا به اختلال سلوک در یک محیط شبانه‌روزی	گروه: الگو برداری ایفای نقش شخصیت‌پردازی راهنمایی و تمرین دادن بازخورد تصویری تکالیف خانگی یک ساعت در هفته	قابلیت و مهارت اجتماعی حرمت خود منبع کنترل	مقیاس‌های خودگزارشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون	قابلیت مهارت اجتماعی رو به افزایش نهاد. افزایش معناداری در سطوح حرمت خود پدید آمد و منبع کنترل پسران بیشتر درونی شد. پیگیری‌های بندورت حاکی از این است که نتایج مثبت مطالعه حفظ شده است.

با وجود مرورهای اولیه به نظر می‌رسد که هنوز هم آموزش مهارت‌های اجتماعی بخشی از تمرین‌ها در کار با مجرمان است، ولی استفاده از آن به عنوان ابزار اولیه مداخله به‌طور چشمگیری کاهش یافته است. تحول این حوزه در دهه اخیر به ویژه در پنج سال گذشته شاهد رشد برنامه‌های چندمنظوره به عنوان ابزار مطلوب کار با مجرمان بوده است. با این حال، مطالعات تک‌منظوره نیز - از نوعی که در اینجا بحث شد - مهم‌اند، این اهمیت به دلیل تأثیر آنها بر جرم‌گرایی نیست (در بسیاری از مطالعات اندازه‌گیری هم نشده است)، بلکه به دلیل افزایش دانش ما از ضعف‌ها و قوت‌های آموزش مهارت‌های اجتماعی است و در نتیجه تعدیل انتظارات غیرواقعی از آنچه آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌توان انجام دهد (هولین و هندرسون، ۱۹۸۴). در مقابل، رشد این دانش، تحول جزء آموزش مهارت‌های برنامه‌های چندمنظوره پیچیده‌تر را موجب خواهد شد.

مجرمان دارای اختلال شخصیت

تشخیص‌های روان‌پزشکی، اهمیت پزشکی - قانونی دارند و مبنای ارجاع مجرمان به سرویس‌های سلامت روان قرار می‌گیرند. روان‌شناس یا روان‌پزشک تشخیص‌دهنده اختلال شخصیت، می‌تواند به تصمیمات قانونی کمک کند تا برای درمان فرد مجرم وارد عمل شوند.

ملاک‌های تشخیص اختلال‌های شخصیت در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR)^۱ (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) و دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10)^۲ (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲) تعریف شده‌اند. اختلال‌های شخصیت در جدول ۱ فهرست شده‌اند.

^۱ . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

^۲ . International Classification of Diseases

جدول ۲-۲. اختلال‌های شخصیت در DSM-IV-TR و ICD-10

DSM-IV-TR	ICD-10
گروه A	
پارانویید (بی‌اعتماد و شکاک)	پارانویید (حساس و شکاک)
اسکیزوتیید (از نظر اجتماعی و هیجانی سرد و منزوی)	اسکیزوتیید (از نظر هیجانی سرد و منزوی)
اسکیزوتایپال (مشکلات اجتماعی و بین فردی، تحریف‌های شناختی و ادراکی)	بدون معادل
گروه B	
ضد اجتماعی (تعدی به حقوق دیگران)	ضد اجتماع (بی‌عاطفه نسبت به دیگران، بی‌مسئولیت و تحریک‌پذیر)
مرزی (عدم ثبات در روابط، خلق و خو و خودپنداره)	عدم ثبات هیجانی الف: مرزی (خودپنداره مبهم، تنیده و بی‌ثبات در روابط) ب: تکانشی (ناتوان در کنترل عصبانیت، نزاع طلب و غیرقابل پیش‌بینی)
نمایشی (بسیار هیجانی و در جست‌وجوی جلب توجه دیگران)	نمایشی (رؤیایی، خودبین، فریبکار)
خود شیفته (احساس بزرگ‌منشی، فقدان حس همدلی و نیازمند به تحسین شدن)	بدون معادل
گروه C	
اجتنابی (بازداری شده اجتماعی، احساس بی‌کفایتی، بیش از حد حساس)	مضطرب (تنیده، هشیار، بسیار حساس)
وابسته (وابسته و مطیع)	وابسته (مطیع، و نیازمند به اتکای دائم)
وسواسی - بی‌اختیاری (کمال‌گرا و انعطاف‌ناپذیر)	وسواسی - اجباری (مردد، اصول‌گرا و خشک)

طبقه‌بندی اختلال‌های شخصیت، هم مشکلات پایایی^۱ و هم روایی^۲ دارد. توصیف اختلال‌های شخصیت، متشکل از ترکیبی از صفات روان‌شناختی (وسواس، اضطراب و حساسیت) و رفتاری

1. reliability

2. validity

(خودتحریفی، حساسیت و قانون شکنی) است که منجر به تردید می شود که آیا این تشخیص ها، اختلال های شخصیتی (صفات) یا انحراف اجتماعی (رفتار) را شناسایی می کنند. اغلب، روایی تشخیص های بالینی اختلال های شخصیت، به تنهایی ضعیف است. به استثنای اختلال شخصیت ضد اجتماعی که به طور ویژه دارای روایی و پایایی است (استون^۱، ۱۹۹۳).

جامعه ستیزان قانونی، در مقایسه با مجرمان با اختلال روانی علاقه ویژه ای به بالینی گران دارند، چرا که احتمالاً، بعد از مرخص شدن از بیمارستان، بیشتر رنج می کشند (بایلی و مک کالوچ^۲، ۱۹۹۲؛ استیلز^۳ و همکاران، ۱۹۹۸). دامنه اختلال های شخصیت در گروهی از جامعه ستیزان قانونی که در پژوهشی توسط ریس، گروبین و میوکس^۴ (۱۹۹۶) بیان شده است، نشان می دهد که حدود ۳۰ بیمار در بیمارستان روانی شامل این تشخیص ها شده بود؛ شخصیت مرزی، ضد اجتماع، اسکیزوئید، خودشیفته، اسکیزوتایپال و پارانوئید و تعدادی با تشخیص های چندگانه مرتبط بوده است.

به طور مشابه، کوید^۵ (۱۹۹۲) در بررسی بیماران مرد و زن، تمام جامعه ستیزان قانونی در بیمارستان و زندانیان مردی که در بخش های ویژه نگهداری می شدند، برای زندانیان خطرناک یا مخل آرامش، دامنه گسترده ای از اختلال های شخصیت DSM-III یافت شد. در این گروه به طور معناداری، برای بیشتر بیماران زن، اختلال شخصیت مرزی و برای بیشتر بیماران مرد، اختلال های شخصیت ضد اجتماعی، خودشیفته، پارانوئید، منفعل پرخاشگر و نمایشی، تشخیص داده شد (جدول ۲). در پژوهشی در مورد زندانیان زن که به زندان ارجاع داده شده بودند، به طور مشابه روان پزشکان سطوح بالا دامنه گسترده ای از اختلال های DSM-III-R را شناسایی کردند. مجرمان دارای اختلال شخصیت، ممکن است بر اساس تعاریف پزشکی قانونی، تعریف شده باشند. ولی از آنجا که نتایج تحقیقات کوید (۱۹۹۲) و دولان و میشل^۶ (۱۹۹۴) نشان داده است، بسیاری از مجرمان دارای اختلال های شخصیت، درون زندان ها به سر می برند. این زندانیان دارای اختلال شخصیت، ممکن است توسط کارکنان خدمات بهداشتی، در درمان شرکت داده نشوند، زیرا اعتقاد دارند که غیر قابل درمان اند و هیچ میلی ندارند که درمانی دریافت کنند یا هرگز به سادگی پیش روان پزشک فرستاده نمی شوند.

ارتباط بین اختلال شخصیت و مجرم شدن پیچیده است. برای مثال، رفتار پرخاشگرانه مداوم، ممکن است بالینی گران را به تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی رهنمون کند و سپس، آن

1. Ston

2. McCulloch

3. Steels

4. Grubin & Meux

5. Coid

6. Dolan & Mitchell

اثربخشی آن در زندان جایی شهر

اختلال تشخیص داده شده فقط برای توضیح پرخاشگری به کار می‌رود که (این‌گونه نیست)، بدین معنا که تشخیص فقط رفتار را توصیف می‌کند.

جدول ۲-۳. درصد بیماران مرد و زن در بیمارستانی ویژه، زندانیان مردی که تشخیص‌های اختلال شخصیت DSM-III را دریافت کرده‌اند (کوید، ۱۹۹۲ و دولان و میشل، ۱۹۹۴)

تشخیص‌ها	زندانیان مرد n=۶۴	زندانیان زن n=۵۰	بیماران مرد در بیمارستان n=۸۶	بیماران زن در بیمارستان n=۹۳
مرزی	۵۵	۶۰	۵۶	۹۱
ضد اجتماع	۸۶	۴۴	۳۸	۴۴
خودشیفته	۶۱	۳۴	۴۵	۳۷
پارانوئید(بدبین)	۶۷	۵۲	۲۸	۴۶
منفعل پرخاشگر	۵۰	۲۶	۱۶	۲۸
اسکیز و تاپیال	۳۰	۳۸	۱۹	۲۵
نمایشی	۴۲	۴۰	۱۳	۱۹
اجتنابی	۱۹	۳۲	۸	۳۶
وابسته	۱۴	۳۴	۲۰	۲۵
اسکیزوئید	۱۱	۲۸	۱۳	۱۱
وسواسی	۵	۲۰	۱۴	۱۱
مازوخیسم (خودآزار)	۶	--	۴	۹

بعضی منتقدان می‌گویند که اختلال شخصیت، ارزش خیلی محدودی در شناسایی اهداف درمان دارد، ولی تحلیل رفتار افراد در زمینه‌های پیشین و فعلی‌اش، شامل ابعاد شناختی، رفتاری، روانی اجتماعی، متمرثر است (رایس و هریس^۱، ۱۹۹۷)، این مسئله شاید درست باشد، ولی تحقیق در سبب‌شناسی اختلال‌های شخصیت، اطلاعاتی فراهم می‌کند که به جهت‌گیری ارزیابی‌های بالینی کمک می‌کند. برای آشکار کردن معانی پیشگیری و درمان- رویکرد زیست روان‌شناختی ممکن است پایه‌های زیست‌شناختی ویژگی‌های شخصیتی را از آنجا که آنها با محیط اجتماعی تعامل دارند، در نظر بگیرد. برای مثال، محقق اختلال شخصیت ضداجتماعی، زمینه بیش‌فعالی، تکانش‌گری و مسائل توجه را در نظر می‌گیرد (ماگهان^۲، ۱۹۹۳؛ وایدیگر و ترول^۳، ۱۹۹۴). مدارکی وجود دارد که نشان

1 . Rice & Harris
2 . Maughan
3 . Wideger & Trull

می‌دهد این ویژگی‌ها، ممکن است پایه‌های زیستی داشته باشند، برای مثال، کژکاری مغزی یا کژکاری عصب‌شیمیایی (کری و گلدمن^۱، ۱۹۹۷؛ راین^۲، ۱۹۹۶)، ولی پیامد رفتار ضداجتماعی می‌تواند با نگاه کردن به اینکه چگونه استعدادهای زیستی با محیط اجتماعی در هر زمان تعامل دارد، بهتر توضیح داده شود.

به‌طور خلاصه، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تمام تیپ‌های شخصیتی در جمعیت مجرمان وجود دارند و اگر متخصصان، درمانی برای مجرمان دارای اختلال شخصیت پیشنهاد می‌کنند، باید به تمام تشخیص‌ها توجه داشته باشند. بنابراین رویکردهای فردی که مسائل را به‌صورت فردی تحلیل می‌کنند، بهترین راهی است که درمان مورد نیاز را برای هر فردی شناسایی می‌کند.

تشخیص‌ها

روان‌شناسان و روان‌پزشکان ممکن است با مصاحبه بالینی، با رجوع به ملاک‌های مربوط بیماری را تشخیص بدهند، ولی تعدادی از برنامه‌های مصاحبه‌های ساخت‌یافته وجود دارد که آنها را راهنمایی می‌کند (وان‌الزن و املکامپ^۳، ۱۹۹۶). این جداول، زمان مصاحبه، سؤالاتی را برابر با ملاک‌های تشخیص بیماری در DSM یا ICD، فراهم می‌کند و سیستم، امتیازهایی را ارائه می‌کند که یک تشخیص را شناسایی می‌کند. این جداول عبارتند از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های شخصیت محور ۲ DSM-IV (فیرست^۴ و همکاران، ۱۹۹۷)، آزمون اختلال شخصیت (لورانگر^۵ و همکاران، ۱۹۸۷) و آزمون بین‌المللی اختلال شخصیت (لورانگر و همکاران، ۱۹۹۴) و مصاحبه ساختاریافته برای اختلال‌های شخصیت DSM-IV (استانگل^۶ و همکاران، ۱۹۸۵؛ پفول^۷ و همکاران، ۱۹۹۵). این جداول مصاحبه پایایی آزمون-آزمون مجدد و پایایی بین نمره‌گذاران را بهبود بخشیده و روایی تشخیص‌های بالینی را مناسب‌تر ساخته‌اند (زیمرن^۸، ۱۹۹۴)، به علاوه سازگاری خوبی بین مواد فهرست مصاحبه در نمره‌گذاری‌های متعدد وجود دارد و تطابق این فهرست با تشخیص بالینی به‌نسب خوب است.

1 . Carey & Goldman

2 . Raine

3 . Van Elzen & Emmelkamp

4 . First

5 . Loranger

6 . Stangl

7 . Pfohl

8 . Zimmerman

جامعه‌ستیزی

کِلیکلی^۱ (۱۹۴۱) جامعه‌ستیزی را به عنوان دسته‌ای از صفات شخصیتی تعریف می‌کند که شامل فقدان احساس گناه، فقدان اضطراب، ناتوانی در یادگیری از تنبیه، هیجان‌های تحلیل‌رفته ضعیف‌شده، ناتوانی در تداوم پیوند هیجانی، خودمیان‌بینی و خودشیفتگی می‌شوند. او معتقد است که این خصوصیات ممکن است با رفتار ضداجتماعی مرتبط باشد، ولی الزاما این‌گونه نیست. این خصوصیات شخصیتی در تعریف ICD-10 از اختلال شخصیت ضداجتماعی، ثبت شده است. منتقدان رویکرد تشخیص براساس شخصیت^۲، ادعا می‌کنند که این شیوه بیشتر براساس استنباط و قضاوت ارزشی پایه‌ریزی شده است، ولی جامعه‌ستیزی باید براساس عبارت‌های مورد توافق تعریف عملیاتی شود (لایلین فلد^۳، ۱۹۹۴).

ملاک‌های DSM-IV-TR برای اختلال شخصیت ضداجتماعی، اغلب رفتارهایی هستند که براساس قانون شکنی / بی‌پروایی (بی‌ملاحظگی) و بی‌مسئولیتی، پایه‌ریزی شده‌اند. از این رو به دلیل تأکید بر رفتار ضداجتماعی، قسمت اعظم تخلفات، ملاک‌های اختلال شخصیت ضد اجتماع را دارند. اگر چه این تخلفات ملاک‌های جامعه‌ستیزی - به عنوان اختلال شخصیتی - را به‌طور کامل ندارند.

هار^۴، هم شخصیت وهم رفتار، را در نسخه تجدیدنظرشده چک‌لیست جامعه‌ستیزی (PCL-R)^۵ ثبت کرده است (هار، ۱۹۹۱). PCL-R از ۲۰ بخش تشکیل شده است که از طریق مصاحبه، گزارش‌های رسمی (یادداشت‌ها) و فهرست‌های تأیید شده توسط افراد مهم، امتیاز داده می‌شود. هر پرسشی ممکن است بدون امتیاز باشد (۰)، یا تا اندازه‌ای قابل کاربرد باشد (۱) یا به‌طور دقیق، قابل کاربرد باشد (۲). دامنه امتیازها بین ۰-۴۰ است. بیشترین امتیازها را بیشتر مجرمان روانی می‌آورند. هار نقطه برش نمره ۳۰ را برای تشخیص جامعه‌ستیزی، توصیه می‌کند. محققان ممکن است، نمره‌گذاری‌ها یا نقطه برش‌های مختلف را به‌کار ببرند (کوک^۶، ۱۹۹۵). PCL-R، دو عامل را تعریف می‌کند؛ عامل ۱ روابط بین‌فردی و خصوصیات عاطفی، مانند خودخواهی و بی‌عاطفگی و عامل ۲، سبک زندگی جامعه‌ستیزی، بی‌ثباتی و رفتار انحرافی را اندازه‌گیری می‌کند (هار و همکاران، ۱۹۹۰).

فراتحلیلی از مطالعات استفاده‌شده با PCL-R نشان داده که جامعه‌ستیزها سه بار بیشتر از مجرمان دیگر، مرتکب جرم شده‌اند و حدود چهار برابر بیشتر، جرم‌های خشونت‌آمیز، مرتکب شده‌اند

^۱. Cleckley

^۲. personality-based diagnosis

^۳. Lilienfeld

^۴. Hare

^۵. Psychopathy Checklist

^۶. Cooke

(همفیل^۱، هار و وونگ^۲، ۱۹۹۸). همبستگی بین عامل ۲ و اعتیاد به ارتکاب جرم^۳ نسبت به عامل ۱ قوی‌تر است. هردو عامل به‌طور یکسان با اعتیاد به ارتکاب جرم خشونت‌آمیز همبستگی داشتند. تشخیص‌های اختلال شخصیت، در پیش‌بینی مجرمان حرفه‌ای دقیق‌تر از امتیازهای PCL-R نبودند. فراتحلیلی از نتایج درمان نشان داد که امتیازهای بالا کمتر از درمان‌های روان‌شناختی مثرتر است.

درمان افراد مجرم دارای اختلال شخصیت

مجرمان دارای اختلال شخصیت، از لحاظ قانونی، به شرکت در درمان سوق داده می‌شوند، مشروط بر اینکه عقیده داشته باشند قابل درمان هستند. تصمیمات دربارهٔ درمان‌پذیری بنابر شماری از عوامل، شامل موجود بودن درمان اثربخش برای اختلال شناسایی شده است. در حال حاضر، منابعی موجودند که برای مجرم، درمان مؤثر فراهم می‌کنند. با درک اینکه انگیزه‌های افراد مجرم، براساس تعهدات قبلی، تغییر می‌کند و به درمان پاسخ می‌دهند و رضایت خاطر افراد مجرم در درمانی که پیشنهاد می‌شود، جلب می‌شود، در ابتدای این مباحث یکی از موضوع‌های اولیه این است که آیا درمان‌های اثربخش برای اختلال شخصیت وجود دارد؟ و اگر وجود دارد، کدامند؟ کجای درمان اختلال شخصیت نگران‌کننده است؟ آیا نتیجهٔ بنیادی از فردی که درمان شده وجود دارد؟ آیا متخصصان از لحاظ اجتماعی باید به رفتار انحرافی بپردازند یا به شالودهٔ صفات شخصیتی ناسازگار یا ترکیبی از هر دو؟ (مک‌موران^۴، ۲۰۰۴).

بلک‌بورن (۱۹۹۳، ص ۱۸۴) وضعیت زیر را برای افراد مجرم دارای اختلال شخصیت توصیف

می‌کند:

از آنجا که اختلال روانی، به نسبت آسیب‌رساننده است، از این‌رو اعمال انحرافی افراد مجرم دارای اختلال روانی قابل توجیه است و کاهش اختلال، ملاک ضروری پیامدهای مداخله است، ولی ارتکاب مجدد جرم کاهش یافته از نشانه‌های اساسی‌تر نتایج موفقیت‌آمیز در مورد مداخله‌ها در اختلال شخصیت باید در نظر گرفته شود. بنابراین هرچند ارتکاب مجدد جرم کاهش یافته ملاکی لازم برای ارزیابی نتایج مداخله است، ولی کافی نیست. نیاز اولیه، شناسایی و هدف قرار دادن واسطه‌های رفتارهای ضداجتماعی و ایجاد درمان‌هایی است که این واسطه‌ها را تحت تأثیر قرار دهد.

در خصوص مجرمان دارای اختلال شخصیت که با نظام قضایی درگیرند (زندانی‌ها یا آزادی مشروط)، ممکن است فردی، گفتهٔ بلک‌بورن را به گونه‌ای دیگر تفسیر کند و مدعی شود از آنجا که

1. Hemphill

2. Wong

3. general recidivism

4. McMurrin

جرم، نه اختلال شخصیت است و علت رفتار متخلفان درگیر در نظام قضایی است، کاهش ارتکاب مجدد جرم حاکی از نتایج موفقیت‌آمیز خواهد بود. البته این مورد احتمالاً، با شناسایی و هدف قرار دادن میانجی‌های رفتار جامعه‌ستیز به دست می‌آید. اگر فردی هر دو گفته بالا را بپذیرد (اینکه این دو از هم جدا نیستند)، باید بپذیرد که برنامه‌های درمانی ارائه‌شده برای مجرمان دارای اختلال شخصیت، در خدمات بهداشتی و نظام قضایی نباید از هم قابل تفکیک باشد، در نهایت ملاک‌های ارزشیابی خدمات نیز باید متفاوت از ملاک‌های مورد استفاده در این دو مجموعه باشد.

هریس و رایس (۱۹۹۷) بیان می‌کنند که انتخاب اهداف مناسب، نتایج کاهش ارتکاب مجدد جرم را ممکن می‌سازد و موجب کاهش شدت نشانه‌ها و استفاده از خدمات بهداشتی می‌شود و به بهبود سازگاری اجتماعی، کیفیت زندگی و به‌طور کل شادمانی منجر می‌شود.

نقش دارودرمانی، برای اختلال‌های شخصیت، محدودیت بیشتری نسبت به ملاحظات روان‌شناختی دارد، با وجود این، مهم در نظر گرفته می‌شود. دارودرمانی باید نشانه‌های خاص اختلال شخصیت را که توسط آسیب‌شناسی انتقال‌دهنده‌ها ایجاد شده‌اند، مورد هدف قرار دهد.

بررسی دارودرمانی، به ما اجازه می‌دهد که علامت‌های عصبانیت و تکانش‌گری را که منجر به خشونت و پرخاشگری می‌شوند، به‌طور موفقیت‌آمیزی به‌واسطه چندین روش درمان کنیم. ضدافسردگی‌ها را برای افراد افسرده و تندخو (برانگیخته و تکانشی)؛ لیتیوم را برای کسانی که نوسان خلق دارند و همچنین تکانشی‌اند، مقدار کم ضدروان‌پیش‌ها را برای عصبانیت و تکانش‌گری مرتبط با علامت‌های شناختی / ادراکی، بازدارنده‌های جذب مجدد سروتونین را برای افرادی که بیش از حد مضطرب و تکانشی‌اند (کارپر و کریستال^۱، ۱۹۹۷؛ سالوف^۲، ۱۹۹۸). دارودرمانی که تأثیرات متوسط بالینی را نشان می‌دهد، باید برای دوره‌های محدود استفاده شود و نباید به عنوان درمانی برای اختلال شخصیت منظور شود، درحالی‌که آنها می‌توانند عملکرد را بهینه و ناتوانی را حداقل کنند. در ضمن، توانایی شخص را برای بهره‌گیری از مداخله‌های روانی اجتماعی افزایش می‌دهند.

در مجموع فراتحلیلی از "آنچه بر روی افراد مجرم مؤثر است"، نشان داده که رویکردهای ساختاریافته و شناختی- رفتاری، که بیشتر به نیازهای جرم‌زایی توجه دارند، در کاهش ارتکاب مجدد جرم موفق‌تر بوده‌اند (آندروز و همکاران، ۱۹۹۰، لیسی، ۱۹۹۲). هریس و رایس (۱۹۹۷)، به این نکته اشاره می‌کنند که همان عوامل خطر رفتار انحرافی که ارتکاب مجدد به جرم را در مجرمان دارای اختلال کاهش می‌دهد، با عوامل ارتکاب به جرم در مجرمان بدون اختلال مشابه است، بنابراین درمان

^۱ . Karper& Crystal

^۲ . Soloff

این دو هم می‌تواند یکسان باشد. بسیاری از رویکردهای درمانی اختلال‌های شخصیت به‌طور وسیعی بر سبک‌های روابط بین فردی، شناخت‌ها، نگرش‌ها، باورها و کنترل هیجان توجه دارند.

هدف مجامع درمانی (TCs)^۱، پرداختن به سبک‌های روابط بین‌فردی ناسازگارانه در نظام‌های دموکراسی است، جایی که ساکنان با نتایج رفتاری همدیگر مواجه می‌شوند. در پژوهشی که بر روی بیماران دارای اختلال شخصیت فرستاده شده به مراکز انجام شد، مشخص شد که در سه تا پنج سال پیگیری، شرکت‌کنندگان TC به نسبت کمتری در مقایسه با آنهایی که ارزیابی شده ولی بستری نبودند، محکومیت دوباره داشتند یا دوباره به این مراکز بازگشته بودند. در ضمن آنهایی که در این مراکز، ۹ ماه یا بیشتر بستری بودند، بهتر درمان شدند (کوپاس^۲ و همکاران، ۱۹۸۴). در مطالعه‌ای از شرکت‌کنندگان TC در بیمارستان، دولان (۱۹۹۷) تغییر در نشانگان را با استفاده از SCL90، اندازه گرفت که به‌طور معناداری، کاهش در ناراحتی‌های روان‌شناختی را نشان می‌داد.

مک‌موران، ایگان و احمدی^۳ (۱۹۹۸) رفتار انحرافی مجرمان دارای اختلال شخصیت را که در مراکز TC، به مدت ۱۷ ماه حضور داشتند، را با گروهی که بعد از یک دوره ارزیابی دو ماهه کنار گذاشته شده بودند را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج در فاصله زمانی متوسط پنج ساله، کاهش معناداری در اختلالات روانی این گروه در مقایسه با گروه کنار گذاشته شده نشان داد. ولی هیچ تفاوت معناداری بین دو گروه در محکومیت مجدد مشاهده نشد. یعنی اینکه مداخله‌های TC، تأثیری در ارتکاب جرم ندارد ولی اختلال‌های روانی این افراد بدون توجه به مداخله‌های TC کاهش یافته است.

هاگز، هاگو^۴، هولین و چامپیون^۵ (۱۹۹۶)، درمان رفتاری شناختی ساختاریافته (CBT) را توصیف کردند که برای جامعه‌ستیزان مردی که در بیمارستان، نگه‌داشته می‌شدند، برنامه‌ریزی شده بود. این برنامه، شامل گستره‌ای از گروه‌ها بود که عملکرد شناختی-هیجانی و مهارت‌ها (برای مثال، جرات‌ورزی، حرمت خود، مهارت‌های شناختی، حل مسئله و آگاهی از هیجانات) را هدف قرار می‌داد. نتایج اولیه در ۹ بیمار که برنامه را به‌طور کامل گذراندند، گستره‌ای از تغییرات مثبت را نشان داد.

ترکیبی از درمان روان‌پویشی و CBT انفرادی و گروهی در مورد بیماران مرد بستری در بیمارستان انجام شد (گروندز^۶ و همکاران، ۱۹۸۷؛ رایس و همکاران، ۱۹۹۶). مقایسه بیماران که این برنامه

1. Therapeutic Communities

2. Copas

3. Egan & Ahmadi

4. Hughes & Hogue

5. Champion

6. Grounds

درمانی را داشتند و گروه هم‌تا نشان داد که بعد از آزادی، تعداد مساوی در هر گروه یک جرم جدی مرتکب شدند، ولی نسبت بالایی از آنهایی که درمان شدند، پیامد مثبت اجتماعی بیشتری را نشان دادند.

رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)^۱، برنامه گسترده رفتاری - شناختی است که به وجود آمده تا به‌طور ویژه به کسانی که دارای اختلال شخصیت مرزی هستند، یاد بدهد چگونه هیجان‌هایشان را تنظیم کنند (لینهان^۲، ۱۹۹۳a و ۱۹۹۳b). این درمان، مبتنی بر این فرض است که اختلال شخصیت مرزی ناکامی در کنترل هیجان‌ها و پیامد آسیب‌پذیری هیجانی زیست‌شناختی است که در تعامل با محیط غیرارزشی، به وجود می‌آید، یعنی جایی که تجربیات شخصی کودکان توسط افراد مهم زندگی، انکار، نفی یا تنبیه شده است.

برنامه آموزش مهارت‌های گروهی، حل مسئله، مهارت‌های بین‌فردی و شناخت‌های ناسازگارانه را مدنظر قرار می‌دهد. مطالعات با جمعیت‌های غیرمحترم نشان از کاهش رفتار خودکشی‌گرایانه، درمان روان‌پزشکی سرپایی خشم و بهبود سازگاری اجتماعی را در افراد نشان داد. نتایج اولیه از DBT، با زنانی که از مجرمان دارای اختلال بودند، کاهش خودآسیب‌زنی، افکارخودکشی و افسردگی را نشان داد (لاو^۳، ۱۹۹۸).

بک و فریمن^۴ (۱۹۹۰) درمان شناختی خود را بر این پایه قرار دادند که طرحواره‌های شناختی یا باورهای کنترل، فیلترهایی هستند که تمام اطلاعات ورودی به شناخت از طریق آنها پردازش می‌شود و چگونگی عواطف و رفتار را مشخص می‌سازد. آنها، طرحواره‌ها را به عنوان بخش‌های عمده شخصیت می‌بینند. هدف از درمان، ایجاد تغییر در این طرحواره‌ها و نیز تأثیرگذاری بر روی هیجان و رفتار است. مدارک برای نشان دادن اثربخشی این رویکرد محدود است، ولی فقط مطالعات موردی از بیماران دارای اختلال شخصیت مرزی (n=۷) یا ضداجتماعی (n=۵) اثربخشی‌هایی را در اهدافی که مربوط به هر فرد می‌شود، آشکار کرده است. والتر^۵ (۱۹۹۵b و ۱۹۹۵a) سبک‌های تفکر جنایی را که پرداختن به آنها در شناخت درمانی مفید است، شناسایی کرده است.

^۱ . Dialectical Behavior Therapy

^۲ . Linehan

^۳ . Low

^۴ . Beck & Freeman

^۵ . Walter

بزهکاری در مدارس: پیشگیری و درمان

مجرمان سابقه‌دار بزرگسال اغلب نخستین بزهکاری‌های خود را در نوجوانی آغاز می‌کنند (لیمارکواند و ترمبلا،^۱ ۲۰۰۴). اگر ایده‌آل بیندیشیم، روش‌های مداخله در رفتار بزهکارانه باید در مراحل اولیه صورت پذیرد؛ قبل از اینکه این رفتار و خشونت جزو ثابت مجموعه رفتاری فرد شود. مدرسه، یکی از مسیرهای پیشگیری و درمان بزهکاری مزمن نوجوانان محسوب می‌شود (دورلاک،^۲ ۱۹۹۵). به دلایلی چند بهره‌گیری از این مسیر می‌تواند مؤثر واقع شود؛ نخست، بررسی‌های درازمدت نشان دادند که هوش کم، موفقیت تحصیلی کم، گستره محدود زبانی (دامنه واژگانی کم) و استدلال کلامی ضعیف از نشانه‌های هشداردهنده بزهکاری مزمن است (هاوکیوز،^۳ ۱۹۹۸). علاوه بر آن، کارکرد اجرایی^۴ ضعیف، از جمله عدم توانایی در برنامه‌ریزی و اولویت‌بندی رفتار با رفتار خشن در پسرانی با بلوغ زود هنگام مرتبط است (سگین^۵ و همکاران، ۱۹۹۵).

باور رایج این است که توانایی شناختی پایین به رشد رفتار بزهکارانه کمک می‌کند، اما این احتمال هم وجود دارد که خود رفتار خشونت‌آمیز زودهنگام می‌تواند منجر به ضریب هوشی پایین شود یا حتی ممکن است متغیر سومی (برای مثال، ناهنجاری روانی والدین) در پیوند میان نقص مهارت‌های شناختی و بزهکاری دخیل باشد (شوین هارت^۶ و همکاران، ۱۹۷۷).

در شرایط کنونی، شواهد کافی برای تشخیص علت اصلی در دست نیست. موفقیت تحصیلی و علاقه به محیط مدرسه می‌تواند واسطه پیوند توانایی شناختی پایین و بزهکاری محسوب شود. علاقه کم به محیط مدرسه، فرار و اخراج از مدرسه، همه در بزهکاری سنین بالا نقش دارند. توانایی شناختی پایین منجر به عدم موفقیت تحصیلی می‌شود، علاقه به مدرسه را کاهش می‌دهد و این خود به فرار و اخراج از مدرسه می‌انجامد. در نهایت، زمان زیادی در اختیار فرد قرار می‌گیرد تا بتواند خود را درگیر رفتار بزهکارانه کند. برنامه‌های مداخله در مدارس که به منظور ارتقای کارکرد شناختی طراحی شده‌اند، می‌توانند در کاهش بزهکاری نقش داشته باشند و بر رابطه علی و معلولی میان توانایی شناختی پایین و بزهکاری بزرگسالی صحنه گذارند.

دوم، مشکلات رفتاری که در مدرسه بروز می‌یابند هم به خودی خود و هم به دلیل پیامدهای ناشی از آنها اهداف مهمی برای مداخله محسوب می‌شوند. رفتار مختل‌کننده نظم کلاس، وقت و انرژی معلم را هدر می‌دهد و در فرایند یادگیری دانش‌آموزان مخرب و غیر مخرب تأثیر می‌گذارد و

^۱ . LeMarquand & Tremblay

^۲ . Durlak

^۳ . Hawkins

^۴ . executive functioning

^۵ . Seguin

^۶ . Shuweinhart

در نهایت ممکن است به کاهش موفقیت تحصیلی در گستره کلاس منجر شود. به علاوه، این نوع مشکلات رفتاری در کلاس را می‌توان رفتار زود هنگام مخربی پنداشت که بعدها به صورت رفتار بزهکارانه بروز می‌یابند. رفتار پرخاشگرانه دوران کودکی، بیش‌فعالی، مشکلات توجه و تمرکز، رفتار تکانشی و مقابله‌ای همه در بزهکاری جوانی و نوجوانی نقش دارند (فارینگتون، ۱۹۹۱؛ هاوسمن و همکاران، ۱۹۸۴؛ وایت^۱ و همکاران، ۱۹۹۰). از همه مهم‌تر، رفتار خشونت‌آمیزی که در مدرسه به‌شدت مورد سرزنش معلم قرار می‌گیرد، به‌ویژه در جنس مذکر از عوامل بزهکاری سنین بالاست (ترمبلای و همکاران، ۱۹۹۲).

سوم، جو حاکم و روندهای موجود در مدرسه با سطوح موفقیت و خلافکاری ارتباط دارند. برخی پژوهش‌های اولیه نشان دادند که در بین مدارس تفاوت گسترده‌ای در میزان بزهکاری وجود دارد. اگرچه ممکن است بخشی از این تفاوت ناشی از ویژگی‌های جذب (نتایج حاصل از آموزش) مدارس باشد. در محیط مدرسه‌ای که رقابت در موفقیت تحصیلی، برقراری نظم و انضباط همیشگی و نظارت مداوم و لحظه به لحظه از ویژگی‌های بارز آن محسوب می‌شود، بزهکاری بسیار کم است (روتتر^۲، ۱۹۸۳).

مزیت دیگر مداخله در مدارس برای تأثیر بر جرم، به‌ویژه از نظر پیشگیری این است که بیشتر کودکان در آنجا حضور می‌یابند. این مسئله تشخیص زود هنگام کودکانی را که رفتار پرخاشگرانه بروز می‌دهند و مشکلات آموزشی و تحصیلی دارند (که خود از عوامل هشداردهنده بزهکاری است)، میسر می‌کند (فارینگتون، ۱۹۹۴). به دنبال این تشخیص می‌توان برنامه مداخله در مدارس را اجرا کرد، مداخله‌ای که انجام آن در مدرسه به‌مراتب تأثیر و سهولت بیشتری نسبت به اجرا در خانه یا کلینیک دارد.

در این قسمت، به بررسی اقدام‌هایی می‌پردازیم که در جهت پیشگیری و درمان بزهکاری نوجوانان طراحی شده‌اند. تنها پژوهش‌هایی در این بررسی جای می‌گیرند که اجراکننده نوعی مداخله در مدارس بوده‌اند و با استفاده از طراحی‌های کنترل‌شده آزمایشی یا نیمه‌آزمایشی، پیامدهای بزهکاری نوجوانان را ارزیابی می‌کنند. غالب این تحقیقات در برگیرنده اجرای مداخله‌های آموزشی قبل از شروع رفتار بزهکارانه به منظور پیشگیری از رشد این رفتار در مراحل بالاتر هستند. بنابراین این تحقیقات بر خلاف مطالعات درمانی که به دنبال کاهش رفتار بزهکارانه در نوجوانان هستند، جنبه پیشگیری دارند.

^۱ . White

^۲ . Rutter

حوزه پیشگیری از بزهکاری با استقبال روزافزون مواجه شده است. مداخله زودهنگام، قبل از رشد و بروز رفتار بزهکارانه می‌تواند در از بین بردن مشکلات فردی و اجتماعی تأثیر بسیار بیشتری از درمان فرد پس از بروز جرم داشته باشد (لیمارکواند و ترمبلا، ۲۰۰۴).

یافته‌های اولیه

مداخله‌های پیشگیرانه را می‌توان بر مبنای خصیصه‌های الگوی انتخابی طبقه‌بندی کرد (گوردون^۱، ۱۹۸۷). مداخله پیشگیرانه همگانی برای کل افراد، انتخابی برای افرادی که در بالای میانگین خطر بروز یک اختلال قرار دارند و مداخله شاخص برای افراد بدون نشانه‌ای اجرا می‌شود که عامل خطری را از خود بروز می‌دهند و همین عامل آنها را به شدت در معرض خطر ابتلا به اختلال قرار می‌دهد.

در جهت پیشگیری از بزهکاری نوجوان (از میان دیگر پیامدهای منفی)،^۲ برنامه مداخله همگانی صورت گرفته است. از جمله دو برنامه که توسط هاوکینز و همکاران (۱۹۸۸) اجرا شد. کار آنها دربرگیرنده تغییر روش‌های تدریس به منظور کاهش خلافکاری بود. فارل و میر^۲ (۱۹۹۷) سومین برنامه را ارائه کردند. بررسی آنها شامل اجرای یک برنامه اطلاع‌رسانی کلاسی به منظور پیشگیری از رفتار خشونت‌آمیز بود. مداخله همگانی دیگری در زمینه تأثیر مدیریت رفتاری کلاس در رفتار خشونت‌آمیز اجرا شد (کل لام^۳ و همکاران، ۱۹۹۴).

برگزارکنندگان مداخله همگانی دیگری که با هدف پیشگیری از زورگویی در مدارس طراحی شده بود، پس از ۲۰ ماه متوجه کاهش در رفتار ضد اجتماعی شدند. در این برنامه از گروه کنترل بدون دریافت درمان استفاده نکردند و به جای آن طرح «تمایزهای وقفه‌ای میان گروه‌های منتخب»^۴ را به کار بردند.

هاوکینز و همکاران (۱۹۸۷ و ۱۹۸۸) آزمایشی را در کلاس‌های پایه هفتم ۵ مدرسه متوسط در سیتل^۵ اجر کردند. از بین آنها، ۳ مدرسه به صورت اتفاقی برای شرایط کنترل یا مداخله انتخاب شدند. در ادامه، کلاس‌های مدرسه چهارم به مداخله و مدرسه پنجم به گروه کنترل اختصاص داده شدند. برنامه محوری مداخله عبارت بود از حفظ دانش‌آموزان ناموفق در کلاس‌های عادی و اصلاح روش‌های تدریس به منظور ارائه فرصت به آنها برای مشارکت فعال، فراگیری مهارت‌های حضور

^۱ . Gordon

^۲ . Farrel & meyer

^۳ . Kellam

^۴ . time-lagged contrasts between age-equivalent cohorts

^۵ . Seattle

موفق و تقویت مداوم مشارکت در کار بر مبنای فرضیه‌ها. ایجاد چنین فرصت‌هایی موجب افزایش موفقیت تحصیلی، علاقه به مدرسه و کاهش رفتار مخرب می‌شود. در پایان هم آموزش‌هایی با تاکید بر مدیریت فعال کلاسی (چگونگی ایجاد محیطی مناسب برای یادگیری)، تدریس تعاملی (دست‌یابی به اهداف آموزشی آن بخش قبل از رفتن به سطوح بالاتر) و فراگیری گروهی (گروه‌بندی دانش‌آموزان با توانایی متفاوت برای کارکردن در کنار یکدیگر) به معلمان داده شد. همچنین بر کار معلمان در زمینه به‌کار بستن روش‌های آموزشی در کلاس نظارت می‌شد. به جای مقایسه تأثیر گروه‌های کنترل و مداخله بر بزهکاری، داده‌های کلی با یافتن رابطه میان روش‌های هدفمند تدریس با رفتارهای بزهکارانه تحلیل می‌شدند. در پایان سال تحصیلی میان استفاده معلمان از اصول تدریس پروژه و تعداد گزارش‌های انضباطی مدرسه و روزهای تعلیقی دانش‌آموزان رابطه معکوس مشاهده شد. این مسئله در مورد گزارش‌های شخص از تعداد دفعات اخراج/تعلیق و مصرف مواد در مدرسه هم صادق بود. میان روش‌هایی که معلم به کار می‌بست و گزارش دانش‌آموزان از فرار از مدرسه، دزدی در مدرسه یا ایجاد مزاحمت به دلیل مصرف مواد/الکل رابطه‌ای دیده نشد. در یکی از زیرمجموعه‌های این گروه نمونه که بر مبنای نمره‌های کم در ریاضی انتخاب شده بودند، - بنابر گزارش‌های مدرسه و دانش‌آموزان- تعداد اخراج یا تعلیق گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کمتر بود، اما در زمینه‌های دزدی وسایل، خشونت بین فردی، خلافکاری جدی تفاوتی بین این دو وجود نداشت.

این نتیجه نشان می‌داد که اعضای گروه مداخله گرایش بیشتری به مدرسه نشان می‌دادند، همچنین بیش از بقیه به ادامه تحصیل در آینده می‌اندیشیدند. شاید یکی از دلایل آن باشد که برای تغییر در نگرش‌ها و تحلیل بردن رفتار مخرب، به نحوی که بتوانند بر بزهکاری تأثیر بگذارند، زمان کافی سپری نشده بود. با اجرای یک برنامه تکمیلی جانبی می‌توان به نتایج مطلوب‌تری دست یافت.

دومین برنامه آزمایشی (هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۹)، با حوزه‌ای فراگیرتر و گسترده‌تر، پروژه رشد اجتماعی سیتل^۱ (SSDP) نام دارد که به منظور پیشگیری از بزهکاری و دیگر پیامدهای نامطلوب رفتاری طراحی شده است. در این برنامه که در مدارس عمومی سیتل اجرا شد، کلاس‌های پایه اول مدرسه اول را به گروه مداخله، مدرسه دوم را به گروه کنترل، کلاس‌های شش مدرسه باقیمانده را به‌طور اتفاقی به گروه‌های مداخله و کنترل اختصاص دادند. در آغاز مرحله پنج، الگو با افزودن هجده مدرسه به گروه کنترل و درمان نهایی گسترده شد و نیمه آزمایشی به وجود آمد.

^۱ . Seattel Social Development Project

مدت زمان مداخله شش سال بود. در این پژوهش مداخله کلاسی یکی از مؤلفه‌های مداخله چند الگویی بود. برای این بخش معلمان هر سال یک دوره آموزش ضمن خدمت پنج روزه سپری می‌کردند. عناوین این دوره‌های آموزشی مدیریت فعال کلاس، تدریس تعاملی و فراگیری گروهی بود. در بهار و پاییز هر سال بر کار معلمان گروه‌های کنترل و مداخله نظارت صورت می‌گرفت. این نظارت در اصل بازبینی اجرای اصول برنامه بود و به منظور اطمینان حاصل کردن از به کار بستن راهبردهای هدفمند تدریس انجام می‌گرفت. استفاده از روش‌های هدفمند تدریس در کلاس‌های مداخله بیشتر صورت می‌گرفت. علاوه بر آموزش معلمان، آموزش مهارت‌های اجتماعی و شناختی از طریق معلمان به دانش‌آموزان و مهارت‌های مدیریت رفتار به والدین هم جزو برنامه محسوب می‌شد. پیگیری شش ساله این تحقیق نشان می‌دهد که مداخله همه‌جانبه به نحو چشمگیری موجب کاهش سوء رفتارهای ثبت شده در مدرسه و گزارش‌های شخصی رسیده از خلافکاری خشونت‌آمیز می‌شود و در جهت کاستن از بزهکاری بدون درگیری، دستگیری و سوابق قضایی گام بر می‌دارد. از آنجا که آموزش معلمان فقط یکی از موارد برنامه چند الگویی بود، نمی‌توان کاهش رفتارهای مخرب ناشی از آن را به تنهایی محاسبه کرد.

فارل و میر (۱۹۹۷) برنامه آموزشی مبتنی بر کلاس را ارائه کردند که محتوای آن آموزش ماهیت خشونت به جوانان دبیرستانی بود. این برنامه در میان شش مدرسه از هشت مدرسه متوسطه، اغلب با دانش‌آموزان خانواده‌های کم‌درآمد آفریقایی - آمریکایی اجرا و ارزیابی شد. کلاس‌ها به‌طور اتفاقی به گروه‌های مداخله یا گروه‌های کنترل موجود در فهرست انتظار اختصاص داده شدند. برنامه‌های محوری مداخله ۱۸ هفته‌ای به قرار زیر بودند: اعتمادسازی، احترام به تفاوت‌های فردی در تدریس، اطلاع‌رسانی در زمینه ماهیت خشونت و عوامل خطر (عوامل خطر)، آموزش کنترل خشم، بحث در مورد ارزش‌های فردی، صحبت پیرامون پیامدها و عواقب منفی درگیری و آموزش واکنش‌های جایگزین بدون خشونت در شرایط درگیری (این برنامه توسط چهار متخصص مرد آمریکایی - آفریقایی و دارای تحصیلات دانشگاهی در زمینه پیشگیری به اجرا درآمد). این افراد در گروه‌های دو نفری کار می‌کردند. پس از اینکه افراد گروه مداخله، آزمایش را به اتمام رساندند و قبل از اینکه گروه کنترل فهرست انتظار برنامه آموزشی را دریافت کنند، ارزیابی‌ها انجام شدند. داده‌های حاصل، بررسی ۳۴۸ دانش‌آموز گروه مداخله و ۳۵۰ دانش‌آموز گروه کنترل بودند.

اندازه‌گیری‌های اولیه بر مبنای ۳ زیر مقیاس از مقیاس فراوانی رفتاری^۱ بود: مقیاس رفتار خشونت‌آمیز^۲ با گزینه‌هایی چون «قرار داشتن در درگیری که طی آن کسی آسیب دیده»، «تهدید به

^۱ Behavioral Frequency Scale

^۲ Violent Behavior Scale

صدمه زدن به معلم»، «تهدید با سلاح (اسلحه، چاقو، باتون)»، «حمل سلاح در مدرسه»، «شرکت داشتن در درگیری که طی آن مجروح شده‌اید و نیاز به پزشک یا پرستار داشته‌اید». مقیاس رفتار مشکل‌آفرین^۱ یا تکیه بر تداوم رفتار مخرب، دزدی از فروشگاه و به‌علاوه رفتارهای خشونت‌آمیز و مقیاس مصرف مواد^۲ که کثرت استفاده از الکل، سیگار و ماری‌جوانا را مورد بررسی قرار می‌دهد.

در نتایج تأثیر جنسیتی بسیار زیادی مشاهده می‌شد. نمره‌های سوءمصرف مواد و رفتارهای مخرب در پسرها فزاینده بود. در مقام مقایسه بین دو شرایط، امتیازهای مصرف مواد و رفتار مشکل‌آفرین برای پسرهای گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کمتر بود، اما بین دختران دو گروه تفاوتی دیده نشد. برداشت مجریان برنامه این بود که شاید چون پسران با آمادگی بیشتری با معلمان مرد بومی ارتباط برقرار می‌کردند، مداخله برای آنها موثرتر واقع می‌شد.

پروژه ابسردارین^۳ (کلارک^۴ و کمپبل، ۱۹۹۷)، تنها مداخله انتخابی بود که یک بخش مدرسه را در بر می‌گرفت. این برنامه شکلی متمایز و جالب توجه دارد، چرا که مداخله از زمان تولد شرکت‌کنندگان آغاز شد. به‌طور دقیق زمانی که بر مبنای فرضیه‌ها، می‌توان بیشترین تأثیر را بر رفتار آینده فرد گذاشت. وجه تمایز این برنامه از دیگر مداخله‌های پیشگیرانه که در زمان تولد یا کمی پس از آن آغاز می‌شود، این است که در آن به شکلی خاص بر رشد شناختی از طریق مداخله پیش از مدرسه تأکید می‌شود. درحالی‌که مداخله‌های بعدی بر مبنای مراقبت‌های روزانه قرار می‌گرفتند (اولدز^۵ و همکاران، ۱۹۹۷). به شکلی اتفاقی یکصد و یازده نوزاد را در زمان تولد انتخاب کردند. این نوزادان یا تحت محیط مراقبتی ۵ سال آموزش قبل از مدرسه می‌دیدند یا اینکه هیچ درمان یا آزمایش خاصی را تجربه نمی‌کردند. این کودکان از بین کسانی انتخاب شده بودند که انتظار می‌رفت به دلیل شرایطی چون فقر، سواد کم والدین، ضریب هوشی پایین والدین و پشتوانه ضعیف اجتماعی / خانوادگی مادرانه، نسبت به دیگران بیشتر در معرض رشد شناختی معیوب باشند (کمپبل و رامی^۶، ۱۹۹۵). مداخله چهار حوزه اصلی را در بر می‌گرفت، رشد شناختی و مهارت‌های حرکتی ظریف، مهارت‌های اجتماعی و خودیاری، زبان و مهارت‌های حرکتی عمده^۷. درون مرکز مراقبت از کودکان حوزه‌هایی در زمینه هنر، خانه‌داری، انجام مهارت‌های حرکتی ظریف، زبان، مهارت خواندن و نوشتن، تاسیس شد. در آموزش زبان بیشتر بر استفاده کاربردی تأکید می‌شد تا قواعد و دستور زبان. همچنین در

۱. Problem Behavior Scale

۲. Drug use Scale

۳. Abcedarian

۴. Clark

۵. Olds

۶. Ramey

۷. gross

جهت آماده‌سازی کودکان برای خواندن، آموزش پیش‌آوایی به آنها ارائه می‌شد. مجریان برنامه با پیگیری ۱۳ ساله (در ۱۸ سالگی) موفق نشدند میان گروه‌های کنترل مداخله در زمینه‌های زیر تفاوت‌های زیادی بیابند؛ درصد شرکت‌کنندگانی که جرایم جنایی پیدا کرده بودند، درصد شرکت‌کنندگانی که اتهام‌هایی در زمینه خشونت، دزدی اموال، سوء مصرف مواد و دیگر جرایم داشتند، میانگین جرایم کلی، میانگین جرایم خاص، میانگین دستگیری‌های کلی (به هر دلیلی)، میانگین دستگیری به دلایل خاص. واقعیت حاصله این بود که در مقایسه با گروه کنترل در پانزده سالگی، گروه مداخله ضریب هوش و امتیاز تست‌خوانی بالاتری داشتند و تعداد کمی از آنها مجبور به تکرار یک پایه یا شرکت در کلاس‌های تقویتی شده بودند. فرضیه مسئولان این بود که شاید دلیل فقدان نتایج مثبت حذف بخش آموزش والدین و رفتن به خانه از مداخله بوده است.

گات‌فردسون و گات‌فردسون^۱ (۱۹۹۲) ۳ برنامه را بر روی نوجوانان اجرا کردند که در برگیرنده بخش‌هایی از مداخله در مدرسه بود. اولین برنامه این گروه «رشد فرهنگ همسالان» (PCD) نام داشت. یک برنامه ۱۵ هفته‌ای مشاوره با همسالان که برای دانش‌آموزان مقطع سنی ۱۴ تا ۱۷ سال در ۳ مدرسه راهنمایی به اجرا در آمد. این برنامه شامل جلسات روزانه مشاوره گروهی با همسالان و رهبران بود که به عنوان دوره مطالعات اجتماعی با اعطای مدرک ارائه می‌شد. اصل محوری این بود که اگر بزهکاران برای پایبندی به قوانین، پاداش‌های اجتماعی بیشتری دریافت کنند، یاد می‌گیرند که به قوانین اجتماعی پایبند بمانند. در جلسات بر مهارت حل مشکل و پایبندی به قوانین اجتماعی تاکید می‌شد. دانش‌آموزان مشکل‌دار و دانش‌آموزانی که الگوی نقش مثبت بودند، به تعداد مساوی در گروه همسالان گنجانده شده بودند. شرکت‌کنندگان (داوطلبان، همسالان، معرفی‌شدگان از طرف معلمان) به صورت اتفاقی به عنوان اعضای گروه مداخله یا کنترل انتخاب می‌شدند.

این اعضا جداگانه به واسطه جنسیت و با عناوین زیر تعیین می‌شدند:

۱. رهبران منفی (جوانانی که خصیصه رهبری و اجتماعی شدن بزهکارانه داشتند)؛
۲. رهبران مثبت (جوانانی که خصیصه رهبری و اجتماعی شدن قانونی داشتند)؛
۳. دانش‌آموزان مشکل‌دار؛
۴. دانش‌آموزان بدون مسئله و مشکل.

تعداد شرکت‌کنندگان گروه مداخله ۱۸۴ و گروه کنترل ۱۷۶ نفر بود. پس از مداخله، ارزیابی نشان داد که در این گروه در مقایسه با گروه کنترل، گزارش‌های شخصی از بزهکاری جدی و سوء مصرف مواد بسیار بالا بود. بر اساس سوابق بایگانی، مداخله هیچ تأثیری در تعداد درگیری‌های پلیس نداشت.

^۱ . Gottfredson & Gottfredson

^۲ . Peer culture Development

راهبرد دیگری برای پیشگیری از بزهکاری در مدرسه آزموده شد. طی این روش دانش‌آموزان با یک برنامه آموزشی انگلیسی و مربوط به مطالعات اجتماعی/ قانون مواجه می‌شدند که بر آموزش در سطوح مختلف جامعه از جمله مدرسه، ذات انسانی و روابط میان فردی، خانواده، قراردادهای اجتماعی و سیستم قضایی تاکید می‌کرد. این برنامه پروژه آموزش دانش‌آموزان به روش مدنی^۱ نام گرفت. مسئولیت‌پذیری فردی و اهمیت نظم و قوانین در کانون توجه این برنامه قرار داشت. جدول آموزشی دربرگیرنده برنامه‌هایی چون مشارکت فعال، از جمله بازدید از سازمان‌ها و موسسات اجتماعی، گروه‌های تحقیقاتی کوچک و مستقل، شبیه‌سازی و ایفای نقش و شرکت در سخنرانی‌ها بود. معلمان از تیم‌های دانش‌آموزان برای تدریس و پشتیبانی، پیشرفت همراه با پاداش و خلق برنامه‌های یادگیری فردی استفاده می‌کردند. در واقع، اصل بنیادین مداخله بر این بود تا برای دانش‌آموزان فرصتی ایجاد کند تا برای ایفای نقش در اجتماع و جایگاهشان به عنوان شهروند قدردانی بی‌واسطه دریافت کنند. این مسئله سبب کاهش انزجار آنها از یادگیری شده، موفقیت تحصیلی را افزایش می‌دهد و موجب کم‌رنگ‌تر شدن رفتار مخرب می‌شود. برنامه در مدرسه پیش‌دبیرستانی (۱۲-۱۳ ساله) و یک دبیرستان (۱۵-۱۷ ساله) واقع در کالیفرنیا اجرا شد. شرکت‌کنندگان با معرفی معلمان یا ثبت‌نام شخصی مشخص شدند. تلاش بر این بود تا گروه‌های مداخله و کنترل به صورت اتفاقی انتخاب شوند، اما به دلیل مشکلات زمان‌بندی به‌طور کامل عملی نشد. بنابراین در مقایسه با گروه کنترل در پایه دبیرستانی گروه مداخله دانش‌آموزان مؤنث بومی بیشتری دیده می‌شد. اعضای گروه مداخله ۱۲۰ نفر و گروه کنترل ۱۲۷ نفر بودند.

در پایان سال تحصیلی، نتایج نشان دادند در مقطع پیش‌دبیرستانی برنامه موجب کاهش گزارش‌های شخصی از بزهکاری‌های جدی و سوء مصرف مواد شده است. کاهش جزیی هم در برخوردهای قضایی دیده می‌شد.

مداخله مشابهی با تمرکز بر یادگیری مسئولیت شخصی توسط آربوتنات و گوردن^۲ (۱۹۸۶) انجام گرفت. آنها مداخله پیشگیری‌کننده‌ای را در جهت افزایش استدلال اخلاقی نوجوانانی که یکی از معلمان، رفتار آنها را به‌شدت دارای اختلال تشخیص داده بود، ارائه کردند. چهل و هشت نوجوان به صورت تصادفی در گروه‌های کنترل بدون درمان و گروه‌های مداخله گماشته شدند. این مداخله شامل ۱۶ تا ۲۰ جلسه در هفته بود که مدت زمان هر کلاس ۴۵ دقیقه بود و در آن شرکت‌کنندگان در مورد معماهای اخلاقی در گروه‌های دانش‌آموزان ۵ تا ۸ نفره بحث می‌کردند. رهبر گروه از سؤال پرسیدن، نقش بازی کردن و استفاده از روش‌های ژرف‌نمایی برای تسهیل گفت‌وگو در مورد

^۱ . Student Training Through Urban Strategies

^۲ . Arbutnot & Gordon

معمای اخلاقی استفاده می‌کند. مهارت‌های گوش دادن، گفت‌وگوی فعال، حل مسئله و تصمیم‌گیری آموزش داده می‌شود. در مرحله بعد از مداخله، گروه آزمایش افزایش در توانایی‌های استدلال و نمره‌ها، همچنین کاهش در ارجاعات انضباطی و تاخیرات ثبت‌شده را نشان می‌داد. همچنین تفاوت عمده‌ای بین گروه‌ها در تماس‌های اداری ثبت‌شده در پلیس و دادگاه وجود داشت. تعداد شرکت‌کنندگانی که این روند را دنبال کردند، به‌ویژه گروه کنترل اندک بود.

مداخله سومی که مبتنی بر مدرسه است، توسط گات‌فردسون (۱۹۹۲) که تلاش می‌کرد سازمان و مدیریت مدرسه را تغییر دهد و به‌طور مستقیم با جوانان پرخطر مداخله کند، طرح‌ریزی شده است. جوانان از طریق ارجاعات معلم و بررسی موارد ثبت‌شده رفتاری و آموزشی شناخته می‌شوند. پس از تشخیص، اهداف رفتاری و آموزشی تعریف می‌شود و متخصصان مداخله، برنامه‌های فردی درمان را برای رسیدن به اهداف ایجاد می‌کنند. این برنامه‌های درمانی می‌تواند شامل مشاوره و خدمات معلم خصوصی برای خانواده‌ها باشد. متخصصان یا معلمان سعی می‌کنند تا راهبردهای آموزشی را نیز توصیف کنند. سازمان مدرسه و مدیریت همچنین برای افزایش تعهد به مدرسه و کاهش بی‌نظمی تغییر می‌یابند. فرض بر این است که در اثر مداخله در چنین شکلی تعهد به مدرسه افزایش و کوتاهی و غفلت کاهش می‌یابد.

برنامه در هفت دبیرستان برای دانش‌آموزان ۱۱ تا ۱۷ ساله اجرا شد. ۴۶۸ دانش‌آموز به‌طور تصادفی برای گروه‌های تحت درمان و ۴۰۱ نفر برای گروه‌های کنترل انتخاب شدند. بعد از دو سال مداخله (در مرحله پس‌آزمون)، هیچ تغییری در بزهکاری‌های گزارش‌شده توسط فرد یا برخوردهای قضایی مشاهده نشد. تغییری در محرومیت گزارش‌شده توسط فرد در مدرسه نیز حاصل نیامد. اخراج و نقض انضباطی نیز تغییری نکردند. بنابراین مداخله نتوانست تأثیر مثبتی روی بزهکاری شخص داشته باشد. با وجود این در موارد آموزشی پیشرفت‌هایی حاصل شد (مثل نمره‌های بهتر، ارتقای بهتر و میزان فارغ‌التحصیلی).

دو مداخله در دهه ۱۹۶۰ اجرا شد که از بزهکاری در مدرسه جلوگیری می‌کرد. آلستروم و هاوی‌هارست^۱ (۱۹۸۲) مداخله ترکیبی مدرسه/کار را گزارش کردند که روی پسرهای دارای اختلال رفتاری و اجتماعی و آموزشی در سال ۱۹۶۲ انجام شد. این مداخله هنگامی آغاز شد که پسرها به کلاس هشتم رفتند و به چند مرحله تقسیم شدند. در مرحله اول، نیمی از هر روز در کلاس به سر برده می‌شد، روی برنامه آموزشی خاصی که با توجه به نیازها و علایق و جهت‌گیری‌های شخصی هر کدام از پسرها ایجاد شده بود، پسرهای معلم‌های خاص خود را داشتند. نیمه دیگر روز روی یک برنامه

^۱ . Ahlstrom & Havighurst

کاری تحت نظارت با حقوقی مشخص صرف می‌شد، مثل چمن‌زنی کار، با چوب و کارهای انبار خانه. در مرحله دوم در حدود ۱۵ سالگی، کارهای پاره‌وقت در محل برای هر کدام از شرکت‌کنندگان جست‌وجو می‌شد، در حالی که یک نیمه روز روی مطالعه در کلاس ادامه می‌یافت. در مرحله سوم، پسرها دیگر در برنامه مدرسه نبودند و به کارهای تمام وقت روی آورده بودند. پسرهای گروه کنترل در کلاس‌های عادی ثبت‌نام شده بودند. ارزیابی‌های پس از درمان هنگامی که پسرها ۱۹ ساله شدند، انجام گرفت. قبل از کلاس هشتم (قبل از درمان)، گروه مداخله درصد بیشتری از دستگیری‌های گزارش شده توسط پلیس به نسبت گروه کنترل داشتند، در سنین ۱۳ تا ۱۶ سال هم، گروه مداخله درصد بیشتری از دستگیری در مقایسه با گروه کنترل داشت، ولی در خلال سال ۱۷ تا ۱۹ درصد دستگیری گروه مداخله به صورت چشمگیری کمتر از گروه کنترل بود. نویسندگان پیشنهاد می‌کنند که عدم وجود اثر مداخله روی میزان دستگیری‌ها در اوایل نوجوانی ممکن است به علت گرد هم آوردن پسرهای اهمال‌گر دور یکدیگر در محیط کار و کلاس درس باشد، آنها همچنین پیشنهاد می‌کنند که اثر جلوگیری‌کننده‌ای که می‌تواند روی دستگیری‌ها در گروه کنترل در اوایل نوجوانی داشته باشد، در اواخر دوران نوجوانی وجود ندارد.

پروژه تحول جوانی (YDP)^۱ (رکلس و دینیتس^۲، ۱۹۷۲) این مسئله را بررسی کرد که آیا مداخله یکساله مدرسه بر روی پسرهای به‌طور بالقوه بزهکار می‌تواند بزهکاری و میزان ترک تحصیل را در طول ۳ سال پیگیری در مقایسه با گروه‌های کنترل بدون درمان کاهش دهد یا خیر؟ پسرهایی که معلم‌های سال ششم آنان را مستعد بزهکاری در آینده می‌دانند، به‌طور تصادفی به کلاس‌های منظم گروه کنترل یا مداخله در سال هفتم گماشته شدند. این مداخله شامل تمرین‌های خواندن، برنامه‌های درسی گروهی توسط معلم با مشورت مسئول پروژه، گفت‌وگوی گروهی مشکلات رفتاری دانش‌آموز توسط معلم با روان‌پزشک و الگوپذیری نقش در روابط اجتماعی بود. این مداخله نتوانست تأثیری روی تماس‌های پلیس در ۳ سال پس از مداخله در گروه‌های مداخله در مقایسه با گروه کنترل داشته باشد. نویسندگان حدس زدند که ممکن است مداخله آنقدر قوی نبوده که تغییر رفتاری حاصل آورد. حداقل ۳ مداخله مدرسه‌ای در سطوح دبیرستان و راهنمایی به اجرا آمد تا از رفتار بزهکاران نیز جلوگیری کند و روش‌های رفتاری به کار گیرد یا محیط کلاس درس را تغییر دهد. در یکی از برنامه‌ها (ودارسکی^۳ و همکاران، ۱۹۷۹ و ۱۹۸۲)، ۶۰ دانش‌آموز با میانگین سنی ۱۳ سال را هم‌تا کرده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین کردند. مداخله شامل آموزش‌های گروهی

^۱ . Youth Development Project

^۲ . Reckless & Dinits

^۳ . Wodarski

کوچک و فردی در چند محور اصلی بود (خواندن، انگلیسی، ریاضیات). آموزش‌های مهارت‌های روزانه اجتماعی و آموزش‌های مهارت‌های خانوادگی برای ارتقای مشارکت بیشتر خانواده‌ها در مدارس و برنامه‌های مدیریت در خانه. ارتباطات رفتاری در کلاس‌های عادی برنامه روزانه مدرسه به گفت‌وگو گذاشته می‌شدند و همراه آن تقویت مثبت بر روی عملکردهای آموزشی و رفتار اجتماعی مناسب ارائه می‌شد. این مداخله یک‌سال به‌طول انجامید. در اقدام‌های بعدی ۴ ساله، ۴۰ دانش‌آموز ارزیابی شدند. از ۲۳ مقایسه گروه کنترل و مداخله روی مشکلات رفتاری گزارش شده توسط خود فرد و والدین، فقط ۲ مقایسه از نظر آماری حائز اهمیت بودند. بنابراین مداخله در کاهش بزهکاری در درازمدت موفق نبود.

مداخله مدرسه‌ای دیگر که بر اساس اصول رفتاری بود، پروژه مشورت مدرسه و خانواده نام داشت (استوارت^۱ و همکاران، ۱۹۷۶). در این پژوهش، دستیاران مدیرمدرسه ۶۰ دانش‌آموز با میانگین سنی ۱۳ تا ۱۵ سال را به دلیل مشکلات قبلی رفتاری ارجاع داده بودند. این دانش‌آموزان به‌طور تصادفی به گروه‌های مداخله و گروه کنترل بدون درمان گماشته شدند. این مداخله مذاکرات را حول محور ارتباطات رفتاری در مدرسه گذاشته بود. امتیازهای ویژه‌ای برای انجام دادن مسئولیت‌های خاصی داده شد. تحریم‌هایی مبنی بر وقفه انداختن در پیروی از قرارداد گذاشته شد. این مداخله چهارماه ادامه یافت و فقط یک اقدام بزهکاری گزارش شد. در آغاز، قبل از مداخله یکی از ۳۰ شرکت‌کننده در گروه مداخله با سیستم دادگاه ارتباط داشت، ولی هیچ‌کدام از ۳۰ شرکت‌کننده در گروه کنترل چنین ارتباطی نداشتند. در مرحله پس از درمان هیچ‌کدام از اعضای گروه مداخله ارتباطی با سیستم دادگاه نداشتند، ولی ۲ مورد از ۳۰ نفر گروه کنترل با سیستم دادگاه ارتباط داشتند. این تفاوت از نظر آماری چشمگیر بود.

آخرین مداخله که از شیوه‌های رفتاری برای تغییر محیط کلاس استفاده می‌کرد، توسط بری^۲ و گئورگی^۳ (۱۹۸۵) گزارش شد. آنها سعی کردند محیطی را به‌وجود آورند که در آن پیامدهای مطلوب از طریق عملکردهای شخص قابل دسترسی باشد. برنامه دو ساله آنها روی نوجوانان شهری کلاس هفتم همراه با موارد زیر اجرا شد:

۱. انگیزش پیشرفت تحصیلی ضعیف؛
۲. مشکلات خانوادگی؛
۳. ارجعات فراوان یا شدید انضباطی.

^۱. Stuart

^۲. Bry

^۳. George

شرکت‌کنندگان در کلاس یکسان و سوابق مشابه کلاس ششم به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. رفتارهای انضباطی به‌طور دقیق تحت نظارت قرار گرفت، تقویت مثبت (تمجید، نامه‌ای مثبت که به خانه فرستاده می‌شود، مواردی که به دانش‌آموز اجازه می‌داد در مسافرت مدرسه‌ای شرکت کند) برای کاهش در رفتارهای نامطلوب مدرسه‌ای (مثل تاخیر) و افزایش در رفتار مطلوب (مثل پیروی از قوانین) ارائه شد. در بین پانزده و نیم سالگی، یک‌سال بعد از پایان مداخله، رفتار بزهکارانه گزارش شده توسط خود شخص در گروه مداخله به‌طور چشمگیری در مقایسه با گروه کنترل در سطح پایین‌تری قرار داشت. در نوزده و نیم سالگی، ۵ سال بعد از مداخله، به‌طور عمده تعداد کمتری از شرکت‌کنندگان در مداخله (۳ نفر از ۳۰ نفر) پرونده دادگاهی داشتند، در مقایسه با گروه کنترل که این رقم ۹ نفر از ۳۰ نفر بود.

لاچمن (۱۹۹۲) پیگیری ۳ ساله‌ای از مداخله کنترل خشم از نظر شناختی و رفتاری را در تعداد زیادی از پسرهای پرخاشگری که توسط معلمشان معرفی شده بودند، گزارش کرد. مداخله شامل جلسات گروهی بود که در ساعت‌های طولانی هر هفته در مدرسه به مدت ۴ تا ۵ ماه برگزار می‌شد و در آن شرکت‌کنندگان در مورد استفاده از گفته‌های خود در جلوگیری از رفتار وسوسه‌انگیز آموخته بودند و مسائل و راهکارهای پاسخی تولیدی برای آنها را می‌شناختند و فیلم‌هایی می‌دیدند که در آن کودکان حل مشکل اتخاذ شده را الگوبرداری می‌کردند و برنامه‌ریزی‌هایی می‌کردند و از به‌کارگیری حل مسائل خود فیلمبرداری می‌کردند و گفت‌وگو و بازی نقش‌ها و بحث‌هایی برای توسعه مهارت‌های حل مسئله انجام می‌دادند. ۳ سال پس از درمان، بین گروه آزمایش و گروه کنترل در مواردی مثل مصرف مواد، حرمت خود و مهارت‌های حل مسئله تفاوت وجود داشت، ولی در گزارش‌های شخصی از تجربه خشم تفاوتی مشاهده نشد.

یک جزء از بررسی تجربی طولی نیز در محیط مدرسه‌ای به اجرا در آمد (تریمبلای و همکاران، ۱۹۹۵). در این مداخله به‌منظور جلوگیری از رفتار دارای مشکل، پسرهای با رفتارهای مخرب، به‌طور تصادفی به گروه مداخله یا گروه مورد مشاهده/ توجه یا گروه‌های کنترل بدون درمان گماشته شدند. گروه مداخله ۲ جزء داشت؛ آموزش والدین در پرورش مؤثر کودکان و آموزش مهارت‌های اجتماعی در کودکان. جلسات آموزشی مهارت‌های اجتماعی توسط کارکنان حرفه‌ای در مدارس در زمان ناهار اجرا می‌شد و شامل آموزش مهارت‌های مثبت اجتماعی، حل مسئله و کنترل فردی در موقعیت‌های متعارض بود. این جزء به صورت گروهی اجرا می‌شد و شامل چهار تا هفت دانش‌آموز بود. بخش آموزش والدین در خانه‌های پسرها اجرا می‌شد. مداخله دو سال به طول انجامید. پس از آن گروه‌ها به مدت ۶ سال، هر ساله با استفاده از بزهکاری گزارش شده توسط خود فرد ارزیابی می‌شدند. سوابق

دادگاهی نیز برای مشخص کردن رفتار شدید بزهکارانه جستجو شد. نتایج، کاهش بزهکاری گزارش شده توسط شخص در بین اعضای گروه مداخله در مقایسه با مجموعه گروه کنترل (گروه بدون درمان، گروه مورد مشاهده/ توجه) را نشان داد، ولی تفاوتی بین گروه مداخله و مجموعه گروه‌های کنترل در آزارهای بزهکارانه‌ای که توسط دادگاه به ثبت رسیده بود، مشاهده نشد.

دو مداخله مدرسه‌ای آخر از این لحاظ که در سنین پایین به کار گرفته شدند، شبیه پروژه «اسبداریان»، منحصر به فرد هستند. این دو مطالعه پیش‌گیرنده پیش‌دبستانی که بسیار مشهورند، از برنامه‌های آموزشی کلاسی زیاد با آزادی عمل استفاده می‌کنند (شوین‌هارت^۱ و همکاران، ۱۹۹۳ و ۱۹۹۷). این برنامه‌های آموزشی چارچوبی باز را تشویق می‌کند که در آنجا هم معلم و هم کودک فعالیت‌های یادگیری را آغاز می‌کنند. کودکان تشویق می‌شوند که روزانه به برنامه‌ریزی، انجام و مرور بپردازند. ممکن است فرض شود که این تمرکز مداوم روی برنامه‌ریزی و مرور است که تأثیر مثبتی روی بزهکاری می‌گذارد، به‌ویژه در مورد پسرهای پرخاشگری که نشان داده شد عملکرد اجرایی ضعیف‌تری از جمله در مورد توانایی برنامه‌ریزی و نظم‌بخشی رفتار دارند. کودکانی که انتخاب شدند، IQ پایین‌تری داشتند و از خانواده‌های بSES پایین‌تر بودند. در یکی از پژوهش‌ها کودکان بر اساس IQ به دو گروه تقسیم شدند و به‌طور تصادفی به برنامه‌های آموزشی زیاد با آزادی عمل گماشته شدند. یک برنامه آموزشی مستقیم (که به عنوان رویکرد یادگیری- برنامه‌ریزی شده توصیف می‌شود و در آن معلم آغاز می‌کند/ آموزش می‌دهد و کودک پاسخ می‌دهد) یا مدل آموزشی مدرسه‌ای/ مهد کودک (که به عنوان رویکرد کودک محوری توصیف می‌شود که در آن کودک آغاز می‌کند و معلم پاسخ می‌دهد). مداخله وقتی آغاز شد که کودکان ۳ تا ۴ سال داشتند و یک یا دو سال ادامه داشت. در اولین مطالعه کودکان به مدت ۲۲ سال، تا ۲۷ سالگی پیگیری شدند و در مطالعه دوم به مدت ۱۸ سال، تا ۲۲ سالگی. هر دو مطالعه کاهش چشمگیری را در بزهکاری گزارش داده‌اند.

چه چیزی مؤثر است؟

مداخله در مدارس برای جلوگیری از بزهکاری فواید زیادی دارد. بیشتر کودکان به مدرسه می‌روند و این مسئله شناسایی کودکانی را که در سنین کودکی رفتار پرخاشگرانه نشان می‌دهد، آسان می‌کند. همچنین بچه‌ها در مدارس برای به‌کارگیری مداخله بیشتر در دسترس‌اند. تغییرپذیری در بزهکاری در مدارس حاکی از آن است که امکان مداخله مؤثر در سطح کلاس‌ها و یا مدرسه برای کاهش بزهکاری وجود دارد.

^۱ . Schweinhart

گزارش‌های مذکور نشان می‌دهد که بین مطالعات، در انواع مداخله‌های به کار گرفته شده، تغییرپذیری گسترده‌ای وجود دارد. خصوصیات شرکت‌کنندگان در مطالعه (سن، هوش و عوامل خطر)، مدت مداخله‌ها و مدت زمان پیگیری و انواع اندازه‌گیری‌ها مشاهده می‌شود. این مسئله، نتیجه‌گیری در مورد اینکه کدام مداخلهٔ مدرسه‌ای یا اجزای مربوط به آن در کاهش بزهکاری مناسب‌اند را مشکل می‌سازد. لیکن در مجموع می‌توان گفت که به‌کارگیری شیوه‌های رفتاری در کلاس ممکن است تضمین‌کنندهٔ جلوگیری از بزهکاری باشد. مطالعات هاوکینز و همکاران (۱۹۸۸ و ۱۹۹۹) نشان داد که آموزش مدیریت کلاس به معلم، تدریس تعاملی و یادگیری مشارکتی به‌خصوص در بافت مداخله‌های چندمدلی^۱ می‌تواند به کاهش در رفتار بزهکارانه منجر شود.

دو پژوهش که الگوهای رفتاری را برای انجام اهداف رفتاری و آموزشی یکپارچه می‌کردند و پاداش‌های روشن و واضحی برای انجام موفقیت‌آمیز و جریمه‌هایی برای تخطی از آنها در نظر می‌گرفتند، کاهش کوتاه‌مدت (استوارت و همکاران، ۱۹۷۶) و بلندمدت (بری، ۱۹۸۲) در بزهکاری را گزارش دادند.

مداخله‌های مدرسه‌ای یا مطالعات اجتماعی که استدلال اخلاقی را مورد تاکید قرار می‌دهند، در کاهش رفتار بزهکارانه مؤثر بوده‌اند، اگر چه آربوتنات و گوردن (۱۹۸۶) پس از یک سال هیچ تأثیری در مداخلهٔ استدلال اخلاقی روی بزهکاری مشاهده نکردند، در مرحلهٔ بعد از درمان کاهش چشمگیری در میزان بزهکاری در گروه مداخله مشاهده شد.

به‌طور کلی‌تر، به‌نظر می‌آید مداخله‌های که بخش‌های مدرسه‌ای را همراه بخش‌های دیگری چون ملاقات خانگی، آموزش والدین و آموزش مهارت‌های اجتماعی کودک در نظر می‌گیرند، کارآمدتر از مداخله‌ها تک‌بعدی هستند (لمارکواند و تریمبلا، ۲۰۰۴).

به‌طور شهودی، قابل درک است که تغییر روابط و محیط در مکان‌های چندگانه (مدرسه، خانواده، دوستان) به تغییر رفتاری بیشتری در مقایسه با تغییر تنها یک مکان منجر می‌شود، برای مثال، عدم وجود بخش ملاقات خانگی در پروژهٔ آسبداریان یا وجود پیشرفت‌هایی که در IQ، تست خواندن و میزان حفظ نمره صورت گرفت، منجر به یافته‌های منفی در مورد جرم شد. بخش ملاقات خانگی ممکن است یادگیری کلاس را به محیط خانواده تعمیم دهد و یادگیری پیوسته را بعد از پایان مداخله تسهیل کند.

^۱ . multimodal

مداخله در سنین پایین‌تر، قبل از به‌وجود آمدن رفتار بزهکارانه، ممکن است به سودمندترین نتایج بینجامد. به نظر می‌آید دو مداخله چندکیفیتی که در دوران قبل از مدرسه شکل گرفتند (شوین‌هارت و همکاران، ۱۹۹۳ و ۱۹۹۷)، جزو کارآمدترین مداخله‌ها در جلوگیری از بزهکاری باشند. مداخله‌هایی از این دست باید به نسبت طولانی‌مدت باشد. مطالعات با اثرهای گسترده‌تر روی بزهکاری، اغلب دوره‌های مداخله‌ای بیش از یک سال دارند.

درمان‌های خانواده‌مدار

شواهد بسیاری از این نظر که رفتارهای ضد اجتماعی دوران نوجوانی، چندین تعیین‌کننده دارند، حمایت می‌کند (به این معنا که از تأثیر متقابل افراد، خانواده، دوستان، مدرسه و عوامل اجتماعی به وجود می‌آیند) و اینکه روابط خانوادگی نقش مهمی در رشد و گسترش جرم و جنایت و استفاده از مواد مخدر در یک جوان، بازی می‌کند (الیوت^۱، ۱۹۹۴؛ هنگلر^۲، ۱۹۹۷؛ تولان و گویرا^۳، ۱۹۹۴؛ ثورنبری، هویزنگا، لئویر^۴، ۱۹۹۵). از سوی دیگر، در زمینه نقایص درمان‌های فردمدار در ایجاد نتایج مثبت طولانی‌مدت در درمان رفتارهای ضد اجتماعی، پژوهشگران را بر آن داشت تا بیشتر بر مشکلات ارتباطی سیستم‌های کلیدی که جوانان در آنها درگیرند، تأکید کنند (داج^۵، ۱۹۹۳؛ هنگلر، ۱۹۹۶؛ تات، ریپاسی و مالوی^۶، ۱۹۹۵). در بیشتر شواهد، از آن نظر که جوانان، با والدین و سرپرستانی که اولین مسئولیتشان فراهم کردن عشق، ساختار و هدایت ضروری برای مدیریت روانی سالم برای فرزندانشان است، درگیر می‌شوند، خانواده نظام مهم و کلیدی است (اسوینسون، هنگلر و شوین‌والد، ۲۰۰۴).

در درمان‌های خانواده‌مدار، برای مشکلاتی که جوانان ضد اجتماع مرتکب می‌شوند، مدل‌های مختلفی به کار برده شده است. در حقیقت، بازنگری‌های فراتحلیلی حاکی از این است که خانواده‌درمانی در حل انواع مشکلات رفتاری، در مقایسه با عدم درمان یا سایر درمان‌ها موثرتر است (هازلریگ، کوپر و بردین^۷، ۱۹۸۷؛ شاندیش^۸ و همکاران، ۱۹۹۳). ولی با اینکه این نتایج بررسی‌ها اثربخشی خانواده‌درمانی را نشان می‌داد، اما این انتقاد که بیشتر درمان‌های خانواده‌مدار، هیچ حمایت تجربی ندارند، موجب جدی گرفته نشدن آنها شده است. اگرچه برخی از دیدگاه‌های درمانی خانواده‌مدار به‌طور جدی مورد ارزیابی قرار گرفته‌اند، ولی برخی دیگر در اصل مبتنی بر نظریه‌های

1. Elliott

2. Henggeler

3. Tolan & Guerra

4. Thornberry, Huizinga & Loeber

5. Dodge

6. Tate, Reppucci & Malvey

7. Hazelrigg, Cooper & Berduin

8. Shandish

بی‌اساس و روایات بالینی‌اند و در کل، می‌توان گفت دیدگاه‌های خانواده‌درمانی که از مدل‌های بی‌ساختار پیروی می‌کنند، پیامدهای مثبت درمان‌های قاعده‌مند را نشان نداده‌اند (کزدین^۱، ۱۹۹۴).
عمده‌توجه این بخش، کارهای خانوادگی است که اساساً مربوط به تغییر رفتار است و با وجود کمترین حمایت‌های تجربی، بیشترین احتمال ایجاد پیامدهای مثبت را در جوانان و خانواده‌هایشان فراهم می‌کند.

تعریف درمان خانواده‌مدار

به‌طور کلی، فرضیه‌های زیربنایی درمان‌های خانواده‌مدار بیان می‌کند که عواملی در خانواده، رفتار مشکل‌آفرین یا مشکلات رفتاری را ایجاد کنند. پس تغییر در تعامل‌های خانوادگی ممکن است منجر به پیشرفت رفتار فرد شود. مدل‌های خانواده‌درمانی، به روابط خانوادگی به عنوان عامل سبب‌شناختی یا تداوم‌بخش مشکلات رفتاری نگاه می‌کنند و در صدد تغییر تعامل‌های خانوادگی، به عنوان ابزاری برای تغییر رفتارند.

برنامه‌های حفاظت خانوادگی (FPM)^۲ همانند خانواده‌درمانی، از مدل‌های درمانی زیادی پیروی می‌کنند. برخی از این برنامه‌ها، ممکن است به نقش تعامل‌های خانوادگی در مشکلات رفتاری مرتبط باشند یا نباشند. امروزه خدماتی که مبتنی بر این مدل‌ها ارائه شده، به سرعت در ایالات متحده گسترش یافته است (اسوینسون و همکاران، ۲۰۰۴).

برنامه‌های حفاظت خانوادگی

حفاظت خانوادگی، در دهه‌های اخیر، در ایالات متحده و قبل از آن در سازمان‌های خیریه کودکان، گسترش یافته است. تازه‌ترین مدل‌های حفاظت خانوادگی، برای جوانانی در سیستم قضایی جوان^۳ ایالات متحده، به کار گرفته شده است (نلسون^۴، ۱۹۹۰). هر چند ممکن است که حفاظت خانوادگی به عنوان مداخله در نظر گرفته شود، اما به‌طور دقیق به عنوان مدل ارائه‌دهنده خدمات، که تنوعی از اقدام‌های درمانی و خدمات واقعی را در خانه یا اجتماع در بر می‌گیرد، توصیف شده است (شونوالد^۵ و هنگلر، ۱۹۹۷). ویژگی‌های ارائه خدمات در مدل حفاظت خانوادگی، با ویژگی‌های مدل وظیفه‌محور^۶ سنتی، در زمینه‌هایی چند تفاوت دارد؛ درمان، محدودیت زمانی دارد (۱ تا ۵ ماه)،

^۱ . Kazdin

^۲ . Family Preservation Models

^۳ . Juvenile Justice System

^۴ . Nelson

^۵ . Schoenwald

^۶ . office based countespauto

جلسات در زمان‌هایی که برای اعضای خانواده مناسب است، برنامه‌ریزی می‌شود (عصرها و آخر هفته‌ها)، اغلب خدمات در خانه یا جلسات جمعی دیگر ارائه می‌شوند. درمانگران، مراجعان محدودی دارند (۲ تا ۶ خانواده)، و چندین ملاقات در طول هفته دارند و برنامه‌های زیاد دیگری شامل دسترسی به ارائه‌کنندگان خدمات به صورت ۲۴ ساعته و در ۷ روز هفته (فارو^۱، ۱۹۹۱؛ فراسر، نلسون و ریوارد^۲، ۱۹۹۷).

ماهیت درمان خانواده‌مدار ارائه‌شده به خانواده‌های متنوعی دارد، ولی سه مدل متمایز عمل در آن قابل شناسایی است: ۱- مداخله در بحران^۳، ۲- الگوی خانه‌مدار^۴ و ۳- الگوی درمان خانواده^۵ (نلسون، ۱۹۹۰).

مداخله‌های بحرانی بسیار مختصرند (۴ تا ۶ هفته) و شامل کمک‌های ضروری (مثل لباس و غذا)، ارائه مشاوره که اساساً هدف آن روابط خانوادگی، مدیریت رفتار و مهارت‌های حل مسئله براساس رویکرد یادگیری اجتماعی است. مدل‌های خانه‌مدار به نسبت مداخله‌های بحرانی، در مورد مشکلات مورد مداخله، بیشتر جهت‌گیری بالینی دارند و هدف مداخله‌های آنها تعامل بین اعضای خانواده و اعضای خانواده با اجتماع است. مدل درمان خانواده، در مداخله‌های مبتنی بر نظریه نظام‌های خانوادگی، با مدل‌های خانه‌مدار مشابه‌اند. اختلاف اصلی بین این دو مدل این است که اغلب، کمک‌های ضروری، به جای درمانگران و مؤسسات، ارائه خدمات توسط مدیران موردی^۶ و در مراکز سرپایی ارائه می‌شود.

نتایج پژوهش‌ها

ارزیابی نتایج پژوهش‌های حفاظت خانوادگی، شامل ارزشیابی برنامه‌ای^۷ و پژوهش‌هایی با طرح‌های شبه آزمایش است. در این بررسی‌ها مشکلات روش‌شناختی (سوگیری در انتخاب، گروه‌های کنترل نابرابر) منجر به نتایجی دوپهلوی می‌شود. به‌تازگی یک مرور فراتحلیلی (فراسر^۸ و همکاران، ۱۹۹۷) این مسئله را مطرح می‌کرد که برنامه‌های حفاظت خانوادگی، در کودکان با سن بیشتر که رفتار خشن یا مخالفت‌آمیزی دارند، به نسبت کودکان دیگر، ممکن است موفقیت‌آمیزتر باشد. هر چند در بیشتر تحقیقات حفاظت خانوادگی، برای مراجعان بزرگسالی که رفتار خشن‌آمیز

1. Farrow

2. Fraser, Nelson & Rivard

3. crisis intervention

4. home-based model

5. family treatment model

6. case managers

7. program evaluation

8. Fraser

دارند، درمان چندسیستمی (MST)^۱ به عنوان مدل درمانی اجرا می‌شود، اما به استثنای الگوی چندسیستمی، شواهد کمی از تأثیر برنامه‌های حفاظت خانوادگی در اقدام‌های جوانان به رفتارهای ضد اجتماعی، حمایت می‌کنند.

در یک جنبه از پژوهش‌های MST، یک آزمایش تصادفی از تأثیر الگوی حفاظت خانوادگی گزارش شده است (فلمن^۲، ۱۹۹۱). در این تحقیق، خانواده‌ها و جوانانی که مراجعه کرده بودند، توسط چندین ابزار و به صورت تصادفی، برای برنامه حفاظت خانوادگی انتخاب شدند. خدمات حفاظت خانوادگی، تا ۹ ماه پس از اتمام این خدمات نتایج خوبی را نشان می‌داد، ولی بعد از این مدت اثر آن از بین رفت. همچنین به نظر می‌رسد خانواده‌هایی که این خدمات حفاظت خانوادگی را دریافت کردند، کارکرد بهتری از سطوح کارکردی خانواده‌هایی داشتند که بر قطع خدمات تأکید می‌کردند. اما پیشرفت‌های این خانواده‌ها از پیشرفت خانواده‌هایی که خدمات سنتی دریافت می‌کردند، بیشتر نبود. بنابراین شواهد معدودی از تأثیرات برنامه حفاظت خانوادگی در درمان جوانانی که رفتارهای ضد اجتماعی زیادی دارند، حمایت می‌کند (اسوینسون، هنگلر و شوین‌والد، ۲۰۰۴).

خانواده‌درمانی کارکردی

خانواده‌درمانی کارکردی (FFT)^۳ (آکساندر و پارسونز^۴، ۱۹۸۲)، یکی از اولین درمان‌های خانواده‌مداری بود که برای جوانان ضد اجتماع به کار گرفته شد. در چارچوب خانواده‌درمانی کارکردی، خانواده مجموعه‌ای از گروه‌های متعامل در نظر گرفته می‌شود، که این گروه‌ها براساس اصول معینی رفتار می‌کنند و این اصول می‌توانند برای ایجاد تغییر در اثرها و نتایج به کار گرفته شوند. این رفتار بر روی واکنش‌هایی که رفتارهای انحرافی ایجاد می‌کنند و نحوه واکنش متقابل خانواده در برابر آنها تمرکز دارد. این درمان، رفتارهایی را هدف قرار می‌دهد که کارکرد خانواده را حفظ می‌کنند و در تلاش برای کمک به خانواده است، تا نحوه رسیدن به همان کارکرد را در الگوهای رفتاری جدید تعیین کنند، برای مثال این مداخله، در رفتار قشقرق یک جوان که برای جلب توجه والدین انجام می‌دهد، بر روی جلب توجه با رفتارهای خوش‌آیندتر تمرکز می‌کند. مسئولیت انگیزش در درمان با درمانگر است که باید در سه حیطة زیر دارای مهارت باشد:

۱. مفهومی^۵ (به معنای فهم کارکرد رفتارها و پویایی تعامل‌ها)؛

۱. mulisystemic therapy

۲. Feldman

۳. Functional Family Therapy

۴. Alexaner & Parsons

۵. conceptual

۲. تکنیکی^۱ (به معنای آگاهی از روش‌هایی که موجب تغییر در ادراک، احساس و رفتار می‌شوند)؛

۳. مهارت‌های بین فردی^۲ (به معنای نحوه کاربرد روش‌ها).

خانواده‌درمانی کارکردی ترکیبی است از مداخله‌ها شامل درمان رفتاری، درمان رفتاری شناختی و مدل‌های نظام‌های خانوادگی برای تغییر تعامل‌ها و ارتباطات خانوادگی و همچنین حل مسئله به شیوه‌ای که در آن هیچ حمایتی از رفتار نادرست به عمل نمی‌آید (کازدین، ۱۹۹۴).

نتایج پژوهش‌ها

نتیجه چندین پژوهش نشان داد که خانواده‌درمانی کارکردی به عنوان یک درمان برای جوانانی که حد متوسطی از رفتار ضد اجتماعی دارند، امیدبخش است. ارزیابی مختصری از FFT، برای اولین بار بر روی وضعیت متخلفان مرد و زنی که اصولاً از خانواده‌های طبقه متوسط بودند، انجام شد. FFT در کاهش موقعیت‌های تخلف مؤثر بود، اما در مورد تخلفاتی که جرم محسوب می‌شوند، این‌طور نبود (آلکساندر و پارسونز، ۱۹۷۳). سه ارزیابی نیمه‌آزمایشی بعدی روی خانواده‌های جوانان مجرم، یا جوانان بزه‌کار، انجام شد (بارتون^۳ و همکاران، ۱۹۸۵). جالب اینکه درمان توسط افرادی با سطوح متفاوت آموزشی اجرا شد؛ الف: دانشجویان کارشناسی (طرح تک گروهی)؛ ب: کارورزان (مقایسه تعقیبی خانواده‌درمانی کارکردی و خدمات استاندارد کارورزی)؛ ج: دانشجویان دکتری (مقایسه‌های برنامه‌ریزی شده FFT و رفتاردرمانی گروهی خانواده). هر چند نتایج مثبت به نظر می‌رسید، نتیجه‌گیری از این مطالعات با اعتماد به اطلاعات ثبت شده و استفاده از طرح‌های غیر آزمایشی، محدود است.

تازه‌ترین ارزیابی از خانواده‌درمانی کارکردی بر روی جوانان متخلف، توسط گوردون^۴ و همکارانش (۱۹۸۸)، با استفاده از طرح شبه‌آزمایشی اجرا شده است. ۵۴ نفر از جوانان برای FFT و گروه کنترل انتخاب شدند. گروه FFT از ۱۵ مرد و ۱۲ زن جوان تشکیل شده بود و گروه مقایسه شامل ۲۳ مرد و ۴ زن جوان بود. جنبه بارز این تحقیق، اجرای خانواده‌درمانی کارکردی در منزل بود. (FFT) توسط دانشجویان کارشناسی‌ارشد، تقریباً طی بیش از ۵/۵ ماه، به‌طور میانگین ۱۶ جلسه (در دامنه ۷ تا ۳۸ جلسه) و هر جلسه ۱/۵ ساعت اجرا شد. اطلاعات ثبت‌شده، بعد از پیگیری ۲۷/۸ ماهه در گروه درمان و ۳۱/۵ ماهه در گروه مقایسه، بازنگری شد. در حدود ۳ سال پس از پیگیری‌های اولیه، که بیشتر این جوانان بزرگسال شده بودند، تک بررسی در اسناد دادگاهی آنها صورت گرفت. نشان

^۱. technical

^۲ interpersonal skills

^۳. Barton

^۴. Gordon

داده شد که گروه FFT تخلفات کمتری مرتکب شده بودند، ولی در نرخ تکرار جرم و جنایت تفاوتی بین آنها وجود نداشت (گوردن، گراوز و آربوتنات^۱، ۱۹۹۵).

فریدمن^۲ (۱۹۸۹) برای بررسی مشکل مصرف مواد در جوانان، به‌طور تصادفی، خانواده^۳ ۱۳۵ جوان مصرف‌کننده مواد را در FFT یا یک گروه والدینی^۳ قرار داد. نکته جالب اینکه در شرایط FFT، ۹۳ درصد خانواده‌ها، یک یا هر دو والدینشان شرکت کردند، ولی در شرایط گروه والدینی، ۶۷ درصد خانواده‌ها، یک یا هر دو والدینشان شرکت کردند. بنابراین FFT در درگیر کردن والدین موثرتر عمل کرده است. خانواده‌ها دوره درمانی شش ماهه دریافت کردند و پیگیری‌ها طی ۹ ماه اجرا شد. هر چند طی مرحله پیگیری ۹ ماهه، تأثیراتی دیده شد (به این صورت که طی این زمان کاهش مصرف مواد، و نشانه‌های روانی و بهبود روابط خانوادگی مشاهده شد)، اما تأثیرات درمانی FFT مشاهده نشد. در گزارش بعدی، فریدمن، تامکو و اتادا^۴ (۱۹۹۱) به این نتیجه رسیدند که پذیرش و روابط خانوادگی مثبت در این زمان، پیش‌بینی‌کننده نتایج مثبت برای خانواده‌ها در شرایط FFT است.

در مجموع، نتایج مطالعات خانواده‌درمانی کارکردی بیانگر امیدهایی برای این درمان در جوانانی است که فعالیت‌های بسیار مجرمانه مرتکب نشده‌اند و کسانی که روابط خانوادگی به نسبت مثبتی دارند. فقدان نتایج قابل قبول یا ارزیابی‌های دشوار از FFT در جوانانی که رفتارهای ضد اجتماعی شدیدی بروز می‌دهند، روایی بیرونی این مدل درمانی را کاهش می‌دهد.

خانواده‌درمانی ساخت‌گرا

خانواده‌درمانی ساخت‌گرا (مینوچین و فیشمن^۵، ۱۹۸۱)، خانواده را به عنوان نظامی که الگویی از تعامل‌ها را فراهم می‌کند، در نظر می‌گیرد. این الگوی تعامل‌ها، رفتار اعضای خانواده را تنظیم کرده و الگوی ناسازگار، از پیشرفت اهداف خانواده جلوگیری می‌کند. رفتارهای نادرست ممکن است در نتیجه شیوه خودسازماندهی نظام خانوادگی، برای اقدام‌هایی که برای کنار آمدن با تغییرات و استرس‌ها انجام می‌دهند، به وجود آیند. بنابراین مشکلات بیانگر عملکرد نادرست خانواده است. SFT فعالیت متمرکز بر زمان حال و پویاست که شیوه تغییر سازماندهی یا ساختار خانواده را اداره می‌کند (برای مثال نحوه تعامل آنها، وقایع و زیرمجموعه‌ها). تغییر در ساختار خانواده به تغییر در رفتار اعضای خانواده کمک می‌کند.

^۱. Graven & Arbuthnot

^۲. Friedman

^۳. parent group

^۴. Tamko & Utada

^۵. Minuchin & Fishman

درمانگرهای SFT، با خانواده، سیستم درمانی جدیدی شکل می‌دهند که در آن از خود خانواده‌ها برای تغییر سیستم استفاده می‌کنند، به نحوی که کارکردهای خانواده اصلاح و جبران شود و آنها را با حمایت، نظم و ترتیب، مهرورزی و اجتماعی کردن اعضا، در ایفای بهتر وظایف، قادر می‌سازند. مکانیسم‌های تغییر با SFT شامل الف: پیوستن^۱ (راهبردهایی که درمانگر برای ورود به نظام خانوادگی استفاده می‌کند)، ب: تشخیص و شناسایی الگوهای تعاملی ناسازگار و ج: بازسازی یا تغییر تعامل‌های ناسازگار در صورتی که به مشکل تعامل‌ها در خانواده مرتبط باشد (کورتینز^۲ و زاپوزنیک^۳، ۱۹۹۶) است.

نتایج پژوهش‌ها

بیشترین مفهوم‌سازی و دقت روش‌شناختی برای تحقیق در خانواده‌درمانی ساخت‌گرا، توسط زاپوزنیک و همکاران صورت گرفته است که بر کاربردهای تخصصی SFT برای خانواده‌ها تاکید کردند (کورتینز و زاپوزنیک، ۱۹۹۶). پژوهش‌ها، تأثیر SFT در کاهش مصرف مواد در بین جوانانی که درمانشان به اتمام رسیده را بیان کرده‌اند. سایر پژوهش‌ها، درمان‌های خانوادگی مشترک^۴ و درمان‌های خانوادگی تک‌نفره^۵ را مقایسه می‌کنند (دو شکل از SFT). پیشرفت‌هایی در مشکلات رفتاری جوان و در روابط خانوادگی هر دو گروه در پایان درمان و پیگیری‌ها به ثبت رسید (زاپوزنیک و همکاران، ۱۹۸۳ و ۱۹۸۶).

مجموعه مطالعات بعدی، به مشارکت جوانان و خانواده‌هایشان در درمان تمرکز دارند. مشارکت در سیستم‌های ساختاری راهبردی^۶ (SSSE)، برای شروع کار پیوستن، تشخیص و بازسازی خانواده که در اولین تماس، طراحی شده است با شیوه‌های معمول مشارکت مقایسه شد (به این معنا شیوه‌های پیوستن مثل اظهار عقیده به صورت مؤدبانه، پرسش در مورد مشکلات و بهزیستی^۷ خانواده). SSSE در نگه داشتن جوان‌هایی که مواد مصرف می‌کردند و خانواده‌هایشان برای درمان، بسیار مؤثر بود. ۹۳ درصد خانواده‌هایی که تحت خانواده‌درمانی ساخت‌گرا بودند، در درمان وارد شده و ۷۵ درصد آنها درمان را به پایان رساندند، ۴۲ درصد به‌طور مطلوب با درمان همراه شدند و آن را به پایان رساندند. ۲۵ درصد از خانواده‌ها نیز در شرایط کنترل قرار گرفتند (زاپوزنیک و همکاران، ۱۹۸۸). در مطالعه

۱. joining

۲. Kurtines

۳. Szapocznik

۴. conjoint

۵. one-person

۶. Strategic Structural Systems Engagement

۷. well being

بعدی، سانتیستبان^۱ و همکاران (۱۹۹۶) یافته‌های سال ۱۹۸۸ را در مورد مقایسه SSSE با خانواده‌درمانی بدون SSSE و گروه‌درمانی بدون SSSE تکرار کردند.

کارهای زاپوزنیک و همکاران سهم بارزی در درمان جوانان مصرف‌کننده مواد، به‌ویژه در جریان درمان و قابلیت‌های فرهنگی ایفا کرده است. تحقیقات بیشتر، به تشخیص‌های بیشتر در زمینه تأثیر و عمومیت مدل درمانی SFT احتیاج دارد. به عبارت دیگر، نتایج مختصری از تأثیر بالینی SFT و کارایی نتایج موجود که باید در سایر گروه‌های فرهنگی گسترش یابند، حمایت کرده است.

خانواده‌درمانی چندبعدی

خانواده‌درمانی چندبعدی (MDFT)^۲ (لیدل، ۱۹۹۵)، مداخله تجربی و چند بخشی است که برای درمان جوانان مصرف‌کننده مواد به وجود آمده است. اصل زیر بنایی خانواده‌درمانی چندبعدی این است که تغییر رفتار افراد، در نتیجه تغییر در نظام خانواده به وجود می‌آید. مشکلات رفتاری جوان، به عنوان انحرافات رشدی یا رفتارهایی که از رویدادهای مناسب رشدی جوان جلوگیری می‌کنند، تعریف می‌شود. مفهوم‌سازی این مشکل، به تعامل چندین زمینه اجتماعی در شکل‌گیری و حل مشکل تاکید می‌کند.

MDFT، فعالیت موضوع-مدار^۳ است که روی موضوعات توافق طرفین^۴ یا مسائلی که در کار برای جوان و خانواده معنای خصوصی دارند، تاکید می‌کند. درگیری و تعهد خانواده، جوان و همه خرده‌سازمان‌هایی که به عنوان پایه‌های موفقیت در درمان در نظر گرفته می‌شوند، مداوم و فعال است. این رابطه درمانی و گسترش سازگاری متقابل، اهداف اصلی تعهدند. هر چند درگیری والدین در فرایند درمان برای تغییر بسیار مهم است، اما این امکان نیز وجود دارد که درمانگران MDFT جوان را به تنهایی برای درگیری در درمان برانگیزانند. برای جوان داروهای لازم فراهم می‌شود و نتایج درمان با تلفن در اداره یا در خانه، اجرا می‌شود. مداخله‌ها در چهار زمینه صورت می‌گیرد: الف) عملکرد بین‌فردی و درون‌فردی جوان (مثل همسالان)، ب) عملکرد بین‌فردی و درون‌فردی والدین (مانند بزرگسالان)، ج) تعامل‌های قابل مشاهده جوان با والدین در جلسات و گزارش این تعامل‌ها توسط والدین و جوان و د) تعامل‌های خانواده با منابع مؤثر بیرون از خانواده (مثل مدرسه) (اسونسون، هنگلر و شوانوالد، ۲۰۰۴).

^۱ . Santisteban

^۲ . Multi-Dimensional Family Therapy

^۳ . theme-driven

^۴ . mutually-agreed-upon

نتایج پژوهش‌ها

لیدل و همکاران ارزش بالقوه درمان‌های چندبعدی را برای جوانان مصرف‌کننده مواد، بیان کرده‌اند. یک آزمون کنترل‌شده بالینی (لیدل و داکوف، ۱۹۹۵) در مقایسه MDFT با درمان گروه همسالان و آموزش خانواده، نشان داد که MDFT در کاهش مصرف دارو بعد از درمان و در تداوم کاهش در یک سال پیگیری، مؤثر است. جوانان دریافت‌کننده MDFT همچنین پیشرفت بیشتری در عملکرد تحصیلی که جوان را به دو شرط دیگر درمان مرتبط می‌کند، نشان دادند. اشمیت^۱ و همکاران (۱۹۹۶)، تجارب والدین را در ۲۹ خانواده که ۱۶ جلسه را در MDFT پشت سر گذاشته بودند، بررسی کردند و پیشرفت‌های بارزی را در ۶۹ درصد والدین یافتند (به معنای کاهش تجارب منفی و مؤثر و افزایش تجارب مثبت و مؤثر). اگرچه بیشتر والدین و نوجوانان به‌طور همزمان بهبود یافتند، در ۲۱ درصد خانواده‌ها، جوانان تحت درمان، بدون تغییر والدین، تغییر کردند و در حدود ۱۰ درصد والدین بدون تغییر جوانان تغییر کردند. در تبیین این الگوها، اشمیت و همکارانش مطرح کردند که اگر مداخله‌های MDFT با اهداف اولیه شکست بخورد (مثل والدین)، درمان باید روی زمینه‌های دیگری متمرکز شود (مثل جوان).

MDFT به این دلیل چشمگیر و قابل توجه است که یک مدل خانواده‌محور جدید را نشان می‌دهد که توسط یک نظریه متقاعدکننده که توسط گروهی از متخصصان ماهر تأیید شده است، حمایت می‌شود. بنابراین این رشته باید با ارزیابی‌های بعدی از خانواده‌درمانی چندبعدی، شکل بگیرد.

درمان چندسیستمی

درمان چندسیستمی (MST)^۲ (هنگلر و همکاران، ۱۹۹۸) به عنوان درمانی برای جوانان متخلف و رویکرد درمانی که کاهش طول مدت بازپروری و زندان را در آزمایش‌های بالینی ثابت می‌کند، در نظر گرفته می‌شود. مبنای نظری MST به نظریه بوم‌شناسی اجتماعی^۳ برانفنبرنر^۴ (۱۹۷۹) و الگوهای عمل‌گرایانه^۵ سیستم‌های خانوادگی (مینوچین، ۱۹۷۴) برمی‌گردد. چون رفتار افراد در سیستم‌های به هم پیوسته، بر یکدیگر تأثیر متقابل دارند و یکدست به نظر می‌رسند، گمان می‌رود که مشکلات رفتاری جوان، با انجام رفتارهای انحرافی در بین افراد یا ترکیبی از این سیستم‌هاست که حفظ

^۱. Schmidt

^۲. Multi-System Therapy

^۳. social ecology

^۴. Bronfenbrenner

^۵. pragmatie

می‌شود. بنابراین مداخله‌ها، در تعامل‌های خانوادگی و در بین خانواده و دیگر سیستم‌ها، در ماهیت خانواده و جوان و در خدماتی چون سلامت ذهنی، بهزیستی کودک و بوم‌شناسی، هدف قرار می‌گیرد (شوین‌والد، بوردوین و هنگلر، ۱۹۹۸).

در این مدل درمانی، ۱۹ اصل درمانی، راهنمای مفهوم‌سازی رفتارهای مشکل‌آفرین است (به این معنی که چگونه نحوه رفتار نوجوان، در زمینه اکولوژی اجتماعی او ایجاد می‌شود) و طراحی و اجرای مداخله‌ها، به صورت جداگانه به برآورده ساختن نیازهای خاص خانواده و جوان می‌پردازد. روش‌های مداخله‌ای خاص، از بهترین رویکردهای روان‌درمانی کودک و عمل‌گرایانه و مسئله‌مدار موجود، گردآوری شده که از برخی حمایت‌های تجربی برخوردارند.

در ارائه بالینی MST، توجه فراوانی به قابلیت کاربردی MST در مراکز سلامت روان عمومی و مجموعه‌های قضایی جوانان می‌شود. به مدت ۳ تا ۵ ماه اجرای درمان در مکان‌هایی که برای خانواده مناسب باشد (خانه، مدرسه، کلیسا)، برای برطرف کردن موانع دسترسی به خدمات، با اهمیت تلقی می‌شود. براساس مدل توزیع خدمات حفاظت خانوادگی، درمان‌های MST خانواده و جوان، شامل تماس‌های مکرر و در دسترس بودن شبانه‌روزی درمانگر می‌شود. درمانگران، مراجعات محدود (۴ تا ۶ خانواده) و همچنین حمایت‌های نظارتی و بالینی منظمی را پیگیری می‌کنند. شواهد تجربی نشان می‌دهند که تداوم درمان‌های MST برای دستیابی به نتایج مثبت، ضروری است. درمانگران، آموزش و نظارت وسیع و مکانیزم‌های مدامی را برای افزایش کیفیت ضمانت، ایجاد می‌کنند.

نتایج پژوهش‌ها

به دنبال حمایت چندین مطالعه اولیه بالینی، از تأثیر کوتاه‌مدت MST در نوجوانان بخش فقیرنشین شهر (هنگلر و همکاران، ۱۹۸۶)، خانواده‌های بدرفتار (سوء رفتار) (برونک^۱، هنگلر و ولان^۲، ۱۹۸۷) و نمونه کوچکی از مجرمان جنسی نوجوان (بوردوین و همکاران، ۱۹۹۰)، چندین آزمون تصادفی دیگر نیز روی نوجوانان با رفتارهای ضداجتماعی راه‌اندازی شد.

در مطالعه‌ای که توسط مرکز سلامت روان عمومی^۳ انجام شد (هنگلر و همکاران، ۱۹۹۲)، ۸۴ مجرم نوجوان خشن سابقه‌دار که در معرض ارتکاب اعمال خطرناک بیرون از خانه قرار داشتند، به‌طور تصادفی در گروه MST و خدمات دستگاه قضایی نوجوانان قرار گرفتند. خدمات دستگاه قضایی شامل خدماتی مثل سفارش دادگاه به منع عبور و مرور و ارجاع به سازمان‌های دیگر اجتماعی

^۱. Brunk

^۲. Whelan

^۳. community mental health center

می‌شود. نتایج نشان داد که MST در مقایسه با خدمات معمول اجتماعی در کاهش رفتار خلاف آنها در بیرون از منزل، مؤثرتر است. بعد از ۵۹ هفته، جوانانی که در MST شرکت کرده بودند، به‌طور معناداری کمتر دستگیر شدند (متوسط ۱/۵۲ در برابر ۰/۸۷) و مدت زمان زندانی‌شدنشان هم کاهش یافت. در مقایسه با خانواده‌هایی که خدمات معمولی دریافت کرده بودند، خانواده‌هایی که MST دریافت کردند، افزایش انسجام و کاهش پرخاشگری جوانان با همسالانشان را گزارش کردند. تأثیرات درمانی MST تا حدود ۲/۴ سال باقی ماند و پایداری این تأثیرات در برخی از مجرمان ادامه یافت.

بوردوین و همکارانش (۱۹۹۵)، خانواده ۱۷۶ نوجوان خلافکار باسابقه را به صورت تصادفی در درمان فردی و MST وارد کردند. به دنبال درمان، نوجوانانی که خانواده‌هایشان MST دریافت کردند، به‌طور معناداری، مشکلات رفتاری کمتری نشان دادند و والدین آنها انسجام و سازگاری بیشتری را در گزارش‌های خانوادگی بیان کردند که به‌واسطه اطلاعات قابل مشاهده حمایت می‌شد. در طول چهار سال پیگیری، شرکت‌کنندگانی که دوباره دستگیر شدند، جرم‌های کم‌خطرتری را مرتکب شده بودند.

در مطالعه سوم (هنگلر و همکاران، ۱۹۹۷)، MST روی خلافکاران نوجوان و با سابقه صورت گرفت که در آن خدمات از طریق درمان جامعه‌مدار به ۱۵۵ نوجوان و خانواده‌هایشان ارائه شد. جنبه مهم این مطالعه، بررسی وفاداری برای تداوم درمان بود که قبل از مداخله با توافق‌نامه تعهد درمان این موضوع از آنها خواسته شده بود. اگرچه MST نشانه‌های رفتاری گذشته نوجوان را بهبود بخشید و در مدت ۱/۷ سال، ۴۷ درصد از زندانی‌شدن آنها را کاهش داد. تحلیل‌ها در گزارش‌های والدین، نوجوانان و درمانگر از درمان MST هم نشان داد که نتایج در مواردی که نرخ وفاداری^۱ به درمان بیشتر بوده، اساساً بهتر بوده است. این نتایج زمانی برجسته بود که درمان برای جوانانی که رفتارهای ضد اجتماعی شدید داشتند و به خانواده‌هایشان ارائه می‌شد، اهمیت وفاداری به درمان بیشتر خود را نشان می‌داد.

پژوهش اخیر MST (هنگلر و همکاران، ۲۰۰۴)، با مجرمان خشن و باسابقه و خانواده‌هایشان و مقایسه آن با خدمات اجتماعی، روی ۱۱۸ مصرف‌کننده مواد یا مجرمان نوجوان وابسته، اجرا شد. شرکت‌کنندگان MST، پس از درمان، کمتر به مصرف مواد روی آوردند و حدود ۱۲ ماه پس از ارجاع جوانان، در شرایط MST روزهای کمتری زندانی یا بیرون از خانه بودند. به علاوه ۹۸ درصد خانواده‌هایی که برای پشت سر گذاشتن یک دوره کامل درمانی به موقعیت MST ارجاع شدند، تأثیر

^۱ . adherence

MST را در درگیر کردن وفاداری به روش‌ها نشان دادند. با یک سال پیگیری مجرمان و تحلیل هزینه‌ها، مشخص شد که هزینه‌های غیرجنایی MST با رهایی از وابستگی کاهش می‌یابد. در مجموع، چندین پژوهش با تصادفی‌سازی بر روی جوانانی که رفتارهای ضد اجتماعی شدیدی را بروز می‌دادند، اثر بخشی کوتاه‌مدت MST را برای پیشرفت روابط خانوایی و اثر بخشی طولانی‌مدت MST را برای کاهش نرخ بازگشت و سکونت بیرون از منزل، نشان دادند. آنچه اهمیت دارد، اینکه تعدادی از این پژوهش‌ها در دنیای واقعی و زمینه‌های اجتماعی اجرا شده بودند.

رهنمون‌های آینده درمان خانواده‌مدار

مدل‌های خانواده‌درمانی توصیف‌شده در این بخش، پیشرفت‌های مهمی را در درمان مجرمان جوان، جوانان مصرف‌کننده مواد و خانواده‌های آنها نشان دادند. نتایج خوشبینانه کوتاه‌مدت و بلندمدت این پژوهش‌ها، به‌ویژه پس از مدت‌ها، نتایجی از مدل‌های درمانی متمرکز بر فرد را ترویج کردند. در کل، نتایج مطالعات خانواده‌درمانی، یک سری از آموزه‌ها را برای در نظر گرفتن ویژگی‌های تعامل‌های مؤثر در جوانان ضد اجتماع، فراهم می‌کند (اسوینسون و همکاران، ۲۰۰۴):

۱. درمان باید در محیط طبیعی برای خانواده و جوان اجرا شود. در موقعیت بیماران سرپایی، وفاداری به خدماتی که اغلب توسط جمعیت‌های بالینی کودک استفاده می‌شود، به ۵۰ تا ۷۰ درصد می‌رسد. در مطالعات MST، که خدمات ارائه‌شده به جوانان ضد اجتماع و خانواده‌هایشان در خانه و اجتماع فراهم می‌شود، نرخ انجام و تکمیل درمان بالای ۹۸ درصد قرار می‌گیرد (هنگلر و همکاران، ۱۹۹۶). درمان در خانه، موانع کم‌رسانی را که اغلب در مواجهه با نیازهای چندگانه خانواده ایجاد می‌شود، کاهش می‌دهد (برای مثال، فقدان حمل و نقل یا مراقبت از کودک). به‌علاوه فرصت‌هایی برای درمانگر فراهم می‌شود که به صورت مستقیم، تعامل‌های خانواده و جامعه را مشاهده کند. به علاوه، خانواده‌ها شانس تمرین رفتارهای جدیدی در جلساتی را که باید با آن سازگار می‌شدند، به دست می‌آورند و این، احتمال پایداری مهارت‌های به دست آمده را افزایش می‌دهد.

۲. درمان باید شامل مراقبت‌کننده‌های اولیه و مراجعان اصلی در سیستم‌های متنوعی باشد که جوان را اجتماعی کرده است. تعامل‌ها در سیستم و بین سیستم‌هایی که برای جوان و خانواده مهم‌اند، ممکن است منجر به تداوم یا کاهش مشکلات رفتاری شود. برای مثال، جوان به واسطه شکست در تحصیل، ممکن است مدرسه را ترک کند و کسی که بی‌سرپرست باشد، در فعالیت‌های مجرمانه درگیر می‌شود. مدل‌های خانواده‌درمانی سنتی، این نظام خانوادگی را

در بر می‌گیرند، اما اغلب در نسبت دادن عوامل فراتر از خانواده که برای بازگشایی مشکلات مشخص لازم‌اند، شکست می‌خورند.

۳. درمان باید به همبسته‌های شناخته‌شده رفتار ضد/اجتماعی توجه کند. توجه به همبسته‌های

رفتار مشکل‌دار مستلزم این است که خدمات، بر مبنای نیازهای جوان و خانواده وی در متن بوم‌شناختی آنها باشد نه بر مبنای خط‌مشی و برنامه‌ریزی سازمان یا سلیقه شخصی تهیه‌کننده (تولان^۱، ۱۹۹۶). همان‌طور که اشاره شد، مدل‌های علی نشان می‌دهند که رفتارهای ضد اجتماعی جوان با چندین عامل در سیستم‌های چندگانه ارتباط دارد. شاید، نتایج ضعیف درمان‌های فردمدار، به علت شکست آنها در هدف‌گیری عوامل اصلی که منجر به حفظ رفتار جوان می‌شوند، باشد. برای مثال مصرف مواد توسط والدین، مانعی برای کنترل رفتار سوءمصرف جوان است. پس درمان جوان به تنهایی ممکن است تأثیر کمی روی عوامل اصلی که مشکلات رفتاری جوان را تداوم می‌بخشند، داشته باشد.

۴. مداخله‌ها باید شامل روش‌هایی باشند که مؤثر و به صورت تجربی حمایت شده باشند.

زمانی که شیوه‌های درمانی که تغییر ایجاد نمی‌کنند، در خانواده‌ها مورد استفاده قرار گیرد، ممکن است مشکل را افزایش دهند. در کمک به متخصصان برای ارزیابی مطالعات خانواده‌مدار، محققان ممکن است به همکاری دقیق‌تر ارائه‌دهندگان خدمات نیاز داشته باشند.

۵. مداخله‌ها باید حساس و ظریف باشند و با آگاهی از باورها و بافت فرهنگی جوان و خانواده

وی شکل بگیرند. برای سهولت ورود خانواده در جریان درمان، درمانگران باید قابلیت‌های فرهنگی خود را گسترش دهند. با افزایش آگاهی از اعتقادات مؤثر در فرهنگ خانواده‌ها، درمانگران ممکن است به تمایز بین ویژگی‌های خانوادگی همسان با فرهنگ پی ببرند (تولان، ۱۹۹۶).

برنامه‌ریزی مهارت‌های شناختی: برنامه توانبخشی و مهارت استدلال

از آنجا که مطالعات اخیر (لیپسی، ۱۹۹۲؛ آندروز و همکاران، ۱۹۹۰) نشان داده‌اند بهترین شیوه برای مداخله با افراد زندانی شیوه‌های شناختی - رفتاری بوده است، بدین دلیل در سال‌های اخیر توسعه سریعی در برنامه‌های رفتار - تخلفی در زندان‌ها و سیستم آزادی مشروط به‌وجود آمده است. این چنین برنامه‌ای مانند مهارت‌های تفکر بهبود یافته (ETS)^۲، بازپروری و استدلال (R&R)^۳، برنامه درمانی متخلفان جنسی (SOTP)^۴، کنترل خشم و یادگیری مدیریت بر آن (CALM)^۵ و تغییر شناختی

^۱ . Tolan

^۲ . Enhanced thinking skills

^۳ . Reasoning and Rehabilitation

^۴ . Sex – offender treatment programme

^۵ . Controlling Anger and Learning to Manage It

خود (CSCP)^۱ (ویلیموت، ۲۰۰۳) را شامل می‌شود که در مطالعات، تأثیرات معنادار بر کاهش تخلف بین زندانیانی که این دوره‌ها را به‌طور کامل به اتمام رسانیده‌اند، نشان داده است. در کشوری مثل انگلستان، آنچنان اعتقادی بر این شیوه‌ها وجود دارد که هزینه‌های بسیار زیادی برای تدوین و اجرای برنامه‌های مداخله‌ای صرف می‌شود. در این کشور سالانه در حدود ۱۰ میلیون پوند صرف ارائه خدمات روان‌شناختی در زندان‌ها می‌شود (تاول، ۲۰۰۳^۲).

برنامه توانبخشی و مهارت استدلال^۳ که از آن با نام (R&R) یا مهارت‌های شناختی یاد می‌شود، به مداخله درمانی اصلاحی فراگیری تبدیل شده است که کشورهای چندی در موقعیت‌ها و شرایط گوناگونی ارائه می‌کنند. از اواسط دهه ۱۹۸۰ این برنامه به شکلی گسترده در سراسر کانادا و ایالات متحده، انگلستان، اسکاتلند، کشورهای اسکاندیناوی، اسپانیا، جزایر قناری، آلمان، استرالیا و نیوزلند به اجرا درآمد. در این قسمت به معرفی مفاهیم و اصول این برنامه‌ها که شامل الگوی نظری و مفهومی که R&R بر مبنای آن پایه‌ریزی شده است و همچنین روش‌های مداخله‌ای که مجریان این برنامه به کار می‌برند، می‌پردازیم. در پایان نیز به بررسی اجمالی تحقیقاتی که در زمینه تأثیر این برنامه صورت گرفته است، پرداخته می‌شود.

این برنامه اولین بار توسط راس، فابیانو، اولس^۴ (۱۹۸۸) در کانادا مطرح شد و مورد آزمایش قرار گرفت. R&R برنامه‌ای شناختی- رفتاری و سازمان‌یافته‌ای است که تغییر رفتار مجرم را آسان می‌کند. در این روش مهارت‌های اندیشیدن که رفتار متخلفان را هدایت می‌کند (یا نمی‌توانند درست هدایت کند)، کانون توجه قرار می‌گیرند. R&R در تلاش است تا مهارت‌های شناختی را که منجر به افزایش گزینه‌های رفتار اجتماعی مطلوب می‌شوند، جایگزین الگوهای فکری ناسازگار و تثبیت شده کند. در این روش تأکید بر این است که به متخلفان آموخته شود که چگونه بیشتر فکور باشند تا واکنشی. در واکنش به مسائل، برنامه‌ریز و آینده‌نگر باشند و به‌طور کلی افرادی انعطاف‌پذیر، روشنفکر، منطقی و صاحب تفکری آگاهانه^۵ باشند.

با بهره‌گیری از آموزش (گام به گام) و تکرار هدفمند، همزمان با پیشرفت برنامه، مهارت‌ها صورت گرفته یا اصلاح می‌شود. همچنین کاربرد مهارت‌ها با نمونه‌هایی عینی از زندگی فرد یکپارچه و هماهنگ می‌گردد. کاربرد مهارت‌ها به‌واسطه استفاده مستمر از روش‌های تقویت و الگوبرداری مورد تشویق قرار می‌گیرد.

^۱ . Cognitive self – change programme

^۲ . Towel

^۳ . Resoning and Rehabililition Program

^۴ . Ross, Fabiano & Ewles

^۵ . deliberate

فلسفه بنیادین این برنامه، ایجاد فرصت برای متخلفان به منظور به کار بستن مهارت‌هایی است که فراگرفته‌اند. به آنها گفته می‌شود تصور کنند یکی از جیب‌هایشان پر از مهارت‌های سابقشان است و برنامه تلاش می‌کند تا جیب دیگرشان را با مهارت‌های جدید پر کند. پس از آن خود آنها می‌توانند انتخاب کنند که در رویارویی با مسائل یا مشکلات زندگی، از محتویات کدام جیب استفاده کنند. برنامه نیز در این زمان سعی می‌کند به جای رویارویی و تشویق مستقیم، به شکل زیرکانه و غیرمستقیم به ترغیب افراد بپردازد.

R&R بر «نحوه» تفکر (اندیشیدن) تاکید می‌کند. یکی از مفاهیم مرتبط با این برنامه این است که به همه متخلفان بیاموزند «چگونه» بیندیشند نه به «چه چیز» بیندیشند. به عبارت بهتر، قبل از تلاش برای جهت دهی به محتویات تفکرشان، فرایند تفکر را می‌آموزند. در این حوزه واژه «مهارت» برای اشاره به اندیشیدن به کار می‌رود. روند فراگرفتن فنون نوین تفکر، که بیش از همه در مهارت‌های رشدیافته حل مسئله بروز می‌کند، زمینه‌ای را فراهم می‌سازد تا این مهارت‌ها به گستره وسیعی از موقعیت‌های زندگی که می‌توانند به انتخاب‌ها و تصمیماتی منجر شوند که به پیامدهای ضد اجتماعی و مناسب ختم می‌شود، تعمیم داده شود (فابیانو، رابینسون^۱ و پورپورینو^۲، ۱۹۹۰).

این فرضیه که مجرمان، فاقد برخی مهارت‌های فکری لازم برای سازگاری اجتماعی‌اند، بر مبنای مجموعه‌ای از شواهدی تجربی به دست آمده از نمونه‌های متخلفان نوجوان و بزرگسال به وجود آمده است. برای مثال، راس و فابیانو (۱۹۸۵) در بررسی تحقیقات موجود دریافتند که در برخی پژوهش‌ها نشان داده شده که شیوه‌های تفکر بر ادراک اجتماعی تأثیر می‌گذارند و روابط میان فردی بین افراد مجرم و غیرمجرم متفاوت است. برای مثال، شواهد ارائه شده حاکی از آن است که بسیاری مجرمان تمایل دارند قبل از اندیشیدن وارد عمل شوند و با این کار نمی‌توانند شرایط و احساسات دیگران را در مقابل تصمیماتشان در نظر بگیرند و در روش‌های حل مشکل نوعی عدم انعطاف بروز می‌دهند.

یکی از ضعف‌های انسانی در متخلفان، توجه به مقاصد و اعمال دیگر افراد است. داگ و فرام^۳ (۱۹۸۲) در تحقیق خود به خوبی به بررسی این پدیده پرداختند. آنها نشان دادند پسرهای پرخاشگر بر خلاف پسرهای آرام تمایل دارند برای رفتار مبهم دیگران مقاصد خصمانه فرض کنند. زامبل^۴ و پورپورینو (۱۹۸۸) در زمینه ضعف‌ها و ناتوانی‌های حل مسئله عمومی تری که می‌توانند به مهارت‌های فکری مربوط باشند، به توضیح ناتوانی‌های متعددی پرداختند که در شیوه‌های حل مشکلات روزمره زندانیان مورد مطالعه آنها وجود داشت. از ویژگی‌های افراد مجرم در حل مشکلاتشان می‌توان استفاده

1. Robinson

2. Porporino

3. Dodge & Frame

4. Zamble

از روش‌های غیرنظام‌مندی که گاهی موجب تشدید مشکل می‌شود، به‌کار بردن روش‌های موقتی رویارویی برای برطرف کردن مشکلات به جای رویارویی مسئله‌محور و فقدان رفتار نظام‌مند و مؤثر (مبتکرانه) اشاره کرد.

براساس پایه نظری R&R، نقص در مهارت‌ها، در شروع به ارتکاب جرم و حفظ رفتار مشکل‌آفرین بسیار مؤثر است. علاوه بر آن، زمانی که پای استفاده از مداخله‌های مبتنی بر یادگیری اجتماعی به میان می‌آید، این ناتوانی‌ها اهداف اصلاح‌پذیر برای ایجاد تغییر در این افراد محسوب می‌شوند. این الگو بر اساس نظریه یادگیری اجتماعی بیان می‌کند که بسیاری از متخلفان، مهارت‌های شناختی لازم برای سازگاری اجتماعی را به عنوان بخشی از فرایند اجتماعی شدن در کودکی کسب نمی‌کنند. خصیصه‌های منشی^۱ که می‌تواند به اختلال رفتاری تعمیم‌یافته منجر شود و بروز زودهنگام پرخاشگری این افراد را در معرض خطر قرار دهد. به احتمال زیاد، گستره وسیعی از ناتوانی‌های مهارتی در نتیجه فقدان الگوهای شایسته بزرگسال یا روش‌های ناکارآمد والدین در زمینه تقویت مهارت‌های اجتماعی در دوران کودکی و نوجوانی به وجود می‌آیند. این برنامه به متخلفان آموزش می‌دهد چگونه مهارت‌های خود را به موقعیت‌های متعدد تعمیم دهند. موقعیت‌هایی که در صورت عدم به‌کار بستن این مهارت‌ها ممکن است به صورت بالقوه منشأ رفتار بزهکارانه باشد.

محتوای برنامه

اهداف اصلی برنامه استدلال و توانبخشی (R&R) عبارتند از: خویش‌داری^۲ (اندیشیدن قبل از وارد عمل شدن)، مهارت‌های حل مسئله درون‌فردی (تشخیص زودهنگام مشکل، توانایی بررسی راه‌حل‌ها، ارزیابی پیامدها و اهداف درون‌فردی و در نهایت واکنش مناسب)، برگزیدن دیدگاهی اجتماعی (آگاهی از این مطلب که رفتار دیگران بر ما تأثیر می‌گذارد، همچنین انتخاب‌های فرد دارای پیامدهایی برای دیگران است)، تفکر انتقادی (ارزشیابی عینی نظرها و توجه به گستردگی منابع اطلاعاتی در فرایند تصمیم‌گیری)، سبک‌شناختی (کاهش انعطاف‌ناپذیری و کوتاه‌بینی در تفکر و مهارت انتقادهای آشکار بیرونی) و ارزش‌ها (آگاهی از ارزش‌هایی که رفتار فرد را کنترل می‌کنند و یادگیری شناسایی عدم تناسب میان باور و چگونگی رفتار). برنامه R&R در ۳۶ جلسه ۲ ساعته ارائه می‌شود و به منظور پایه‌ریزی و ایجاد مهارت‌های تفکر یا شناختی به شیوه‌ای تصاعدی (افزایشی) طراحی شده‌اند (رابینسون و پورپورینو، ۲۰۰۴).

^۱ . temperamental

^۲ . self-control

از دیگر اهداف طراحی این جلسات، هدایت مجرمان در مراحل تغییر و تحول با شروع از مرحله پذیرش مشکلات، تصمیم‌گیری میان گزینه‌های موجود، وارد عمل شدن، حفظ رفتار جدید و جلوگیری از بازگشت از طریق فراگیری تفکر خود اصلاحی و خود کنترلی در شرایط جدید است. به‌طور طبیعی، اجرای این برنامه برای گروه‌های انتخابی با ۶ تا ۱۲ شرکت‌کننده مناسب است.

در طول جدول آموزش ۳۶ جلسه‌ای، تمرکزی ثابت و مداوم بر فراگیری مهارت‌ها مشاهده می‌شود. مسئولان اجرای برنامه، مربیان یا آموزش‌دهندگانی هستند که مهارت‌های مورد نیاز را به متخلفان آموزش می‌دهند. این برنامه، برنامه‌ای چندبعدی است، چرا که برای یادگیری مهارت‌ها، مجرمان را در معرض تعداد گسترده‌ای از فنون قرار می‌دهد. از جمله این فنون می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: ایفای نقش، بازی‌های معماگونه^۱، تمرین‌های شناختی (مثل جورچین‌ها)، بازی‌های نمایشی با هدف تمرین ارزش‌ها و دیگر روش‌ها با هدف جلب و حفظ توجه و تمرکز شرکت‌کنندگان.

مجریان آموزش از چیدمان گروه به گروه‌های ۲ نفری و ۳ نفری بسیار بهره می‌برند. علاوه بر آن، برای پوشش دادن محتویات نظری برنامه آموزشی، فنون بصری متعددی را با یکدیگر ترکیب می‌کنند، از جمله عکس‌ها، پوسترها، اسلایدهای آموزشی، نمودارها و تخته‌ها.

از دیگر موضوعات مهم روند آموزش مهارت، برنامه تکرار و تمرین است. شرکت‌کنندگان، بسیاری از مهارت‌های اجتماعی را فرا می‌گیرند که بر مبنای تحقیق گلدشتاین^۲ (۱۹۸۸) طراحی شده‌اند. برای تکمیل عملکرد مهارتی خود با تکرارهای مداوم از بازخوردهای ضبط‌شده استفاده می‌کنند.

محتوای موارد ارائه‌شده در برنامه مرتب تکرار می‌شود و قبل از معرفی عنوان جدید به شرکت‌کننده‌ها، اغلب به بررسی مختصر و اجمالی مطالب قبلی می‌پردازند. به علاوه در برنامه R&R، نوع آموزش مهارت‌ها گام به گام است و شرکت‌کنندگان برای به خاطر سپردن این مراحل و گام‌ها ترغیب می‌شوند، به نحوی که در صورت قرار گرفتن در شرایط مختلف که نیازمند به‌کارگیری مهارت‌ها می‌شوند، بتوانند به راحتی رفتار مورد نظر را از خود بروز دهند. به‌طور کلی حافظه در این برنامه اهمیت زیادی دارد. برای کمک به افراد در زمینه پرورش، ابزارهای حافظه فنون بسیاری را به کار می‌گیرند. برای نمونه در خلال برنامه برای کمک به متخلفان در حل مشکل از مهارت‌های تفکر خلاق دبنو^۳ (۱۹۸۲) استفاده می‌کنند. هر مهارت واژه اختصاری دارد که موجب می‌شود

1. dilemma

2. Goldstein

3. DeBono

شرکت‌کنندگان در مواقع نیاز، به راحتی آن مهارت را به یاد بیاورند (برای مثال "CAE (consider all factors)" همه عوامل را در نظر می‌گیرد).

هدف استفاده از این روش در طراحی برنامه، فعال و با انگیزه نگه‌داشتن فراگیران مهارت‌ها در طول برنامه است. بدین وسیله اطمینان حاصل می‌کند که می‌توان سبک‌های موضوع یادگیری را در افراد متخلف ایجاد کرد.

قصد بر این است که برنامه با سرعتی ثابت و به نسبت سریع ارائه شود. مریدان مجاز به سخنرانی و آموزش نیستند (معلمان باید از سخنرانی و ارائه دستورالعمل و آموزش مستقیم خودداری کنند)، بلکه باید به شیوه «سقراطی» آموزش بدهند، یعنی به جای صحبت کردن با طرح پرسش‌هایی خود فرد را در مسیر پاسخگویی قرار دهند و موجب شوند فرد خود به سؤال پاسخ دهد.

مهارت بسیار زیاد در ارائه R&R، نشان می‌دهد که مریدان باید پیوسته به شیوه‌های متفاوت یادگیری توجه و اطمینان حاصل کنند که از این راه هر شرکت‌کننده‌ای ترغیب شده و توانسته است مطلب را درک کند. با بررسی دقیق متوجه می‌شویم این برنامه فقط آموزش نیست، بلکه اصول و روش‌های درک هدایت‌شده را با یکدیگر در می‌آمیزند که شرکت‌کنندگان پس از تسلط کامل به محتوا از طریق این اصول می‌توانند سؤال طرح کنند و به سؤال پاسخ دهند.

در این برنامه زمان قابل توجهی به مهارت‌های حل مسئله^۱ اختصاص داده شده است. شرکت‌کنندگان در مسیر فراگیری مهارت‌های اندیشیدن باید شیوه طرح سؤال به صورت انتخابی را یاد بگیرند. همچنین باید با ابزارهای تحلیل آشنا شوند، ابزارهایی که می‌توانند در زمینه سنجیدن بخش‌های مختلف اطلاعات و انتخاب بهترین مسیر اقدام در لحظه تصمیم‌گیری از آن بهره بگیرند. مریدان R&R در آموزش حل مسئله، اطلاعات مورد نیاز برای اخذ تصمیم را قبل از تصمیم‌گیری به صورت گام به گام ارائه می‌کنند و می‌توانند در برخی مراحل حل مسئله نیز از روش‌هایی که خود متخلفان ارائه می‌دهند، استفاده کنند (برای مثال موقعیت‌های مشکل). مریدان طی دوره آموزش می‌آموزند که برای جلوگیری از اغوا شدن در برابر تفکرات وسوسه‌انگیز، باید راه‌حل‌های صحیح مشکل را گوشزد کنند، آنها با کمک به متخلفان در به‌کار بستن مهارت‌های ادراکی موجود در جدول آموزشی، مسیر جهت‌یابی به بهترین راه‌حل را برای این افراد هموار می‌کنند.

^۱ . problem solving skills

ویژگی های ارائه کنندگان برنامه

با اینکه مربیان گاهی از مثال‌های خود در آموزش حل مسئله استفاده می‌کنند و در برخی موارد نیز شرکت کنندگان را ترغیب می‌کنند تا در این زمینه راه‌حل‌هایی ارائه دهند، ولی به‌طور کلی برنامه، ساختاری کاملاً نظام‌مند دارد. طی جلسات مختلف راهنمای جامع برنامه، مربیان را به‌طور مرتب و با نظمی بسیار دقیق مورد راهنمایی قرار می‌دهد. این برنامه به گونه‌ای طراحی نشده است که فقط توسط درمانگران حرفه‌ای دارای آموزش عالی ارائه شود.

در واقع مربیان از میان ماموران اصلاح و تربیت^۱، ماموران آزادی مشروط^۲ و مأموران مدیریت موردی^۳ انتخاب می‌شوند که همگی در حوزه‌های قضایی مربوط به اصلاح و تربیت، صاحب تجربه‌اند. یکی از معیارهای کلیدی در انتخاب مربیان، برخورداری از مهارت‌های شناختی سطح بالاست. علاوه بر این ملاک، برقراری رابطه تفاهم‌آمیز با مجرم، توانایی مدیریت شرایط گروه و درجه‌ای از انضباط، انعطاف‌پذیری، دقت و روحیه شاد، از دیگر خصیصه‌های مربی موفق است. استفاده از کارمندان حوزه اصلاح و تربیت یا سطوح بالاتر، روش آگاهانه اجرای برنامه برای بسیاری از حوزه‌های قضایی محسوب می‌شود. مزیت این روش آن است که وقتی کارمندان همه سطوح اصلاح و تربیت به خوبی از اصول و روش برنامه آگاهی کافی دارند، اطمینان بیشتری در زمینه برآورده شدن اهداف برنامه حاصل می‌شود. از این نظر، کارمندان سطح بالا می‌توانند دیگر کارمندان همسطح خود را در جهت حمایت و تقویت پیشرفت مجرمان در زمینه فراگیری مهارت‌های موجود در برنامه تشویق کنند.

R&R بیشتر برنامه‌ای آموزشی محسوب می‌شود تا درمانی. دوره آموزش مربی در برگیرنده حداقل یک هفته آموزش رسمی است و موارد زیر را در خود می‌گنجاند؛ تمرین روش‌ها و فنون آموزش برنامه در حضور مربیان و دیگر کارآموزان، بازخورد و نتیجه شیوه ارائه و تسلط بر محتویات و مطالب برنامه پس از آموزش. مربیان جدید می‌توانند با استفاده از نوار ضبط‌شده مربوط به جلسات خود به ارزیابی و بازنگری خود پردازد و طی برنامه‌ای تکمیلی به آنها کمک می‌شود تا ضعف‌های خود را اصلاح کنند.

R&R اهمیت بسیاری برای آموزش مربی، به کاربستن دقیق اصول برنامه و انسجام مداوم در ارائه برنامه قائل است. با وجود سودمند بودن دفترچه راهنما، مربیان موظف‌اند مطالب هر جلسه دو ساعته

^۱ . correctional officer

^۲ . probation officer

^۳ . case management offices

را پیشاپیش آماده کنند تا اطمینان حاصل شود که با همهٔ تمرین‌های آن جلسه آشنا هستند و آمادگی جلب اعتماد شرکت‌کنندگان در مورد محتوای برنامه را دارند.

آماده‌سازی در برگیرندهٔ تنظیم مطالب و تهیه مثال‌ها و توضیحات مناسب با گروه خاص مورد آموزش است. این برنامه بدون آگاهی از ترتیب‌بندی مهارت‌ها، پیوند تنگاتنگ مطالب و بدون سازماندهی انجام نمی‌پذیرد. در طول آموزش مربیان تازه‌کار طی یک جدول آموزش ۳۶ ساعته برای هر جلسه آموزش می‌بینند، آنها نحوهٔ پاسخگویی به هر پرسشی را که برای شرکت‌کنندگان در حوزه‌های اصلی برنامه پیش می‌آیند، فرا می‌گیرند.

از آغاز شکل‌گیری R&R، طرفداران آن بر ضرورت دانش مبتنی بر تحقیق در شکل‌گیری برنامهٔ اصلاحات تاکید کرده‌اند. همان‌طور که در بالا اشاره شد، انتخاب هدف‌های اصلی برنامه براساس بررسی همبسته‌های شناختی رفتار مجرمانه است (راس و فابیانو، ۱۹۸۵). بر اساس چند فراتحلیل، برنامه‌های مبتنی بر اصول رفتاری شناختی در درمان مجرمان جنایی امیدبخش‌ترند (آندروس^۱ و همکاران، ۱۹۹۰؛ ایزو^۲ و راس، ۱۹۹۰؛ لپسی^۳، ۱۹۹۵؛ لوزل^۴، ۱۹۹۵). رویکردهای شناختی امروزه به سرعت در حال رواج یافتن در سیستم‌های قضایی و اصلاحی‌اند. البته این نوع طرح و چگونگی ارائهٔ مداخله‌های شناختی است که مؤثر بودن آن را تعیین می‌کند.

طرفداران R&R سعی بر آن داشته‌اند تا برنامه را براساس یافته‌های تحقیقات مورد اصلاح قرار دهند. در این زمینه به‌طور خاص، ارزشیابی تأثیر R&R روی رفتارهای جنایی شرکت‌کنندگان پس از برنامه در دستور کار آنها قرار داشته است. در این بخش به توصیف برخی از تحقیقاتی که بازده‌های برنامه را در گروه‌های مختلف مجرمان مورد ارزیابی قرار داده‌اند، می‌پردازیم.

مجرمان بزرگسال

اولین پژوهش در مورد برنامهٔ توانبخشی و استدلال (R&R)، توسط راس و همکاران (۱۹۸۸) گزارش شد. آنها اظهار کردند که این تحقیق، پروژهٔ آزمایشی ارزیابی سودمندی مداخله در مجرمان بزرگسالی بود که به‌طور مشروط آزاد شده، ولی پرخطر بودند. این پژوهش بازده مجرمانی را که به‌طور مشروط آزاد شده و در معرض R&R قرار گرفته بودند، با بازده گروهی از مجرمان که مهارت‌های زندگی را آموزش دیده بودند و گروه سومی از مجرمان عادی مقایسه کرد. مجرمان (n=۶۲) همگی به‌طور تصادفی برای مقایسه در سه گروه قرار داده شدند. گروه R&R نسبت به دو

^۱. Andrews

^۲. Iosel

^۳. Lipsey

^۴. Lozel

گروه دیگر در مورد رفتار جنایی، بازده بیشتری نشان دادند. تنها ۱۸/۱ درصد از مجرمان تحت R&R در مقایسه با ۴۷/۵ درصد از گروه دوم و ۶۹/۵ درصد از گروه عادی دست به جنایت زدند. به علاوه هیچ یک از تبهکاران R&R در مقایسه با ۱۱ درصد گروه‌های مهارت‌های زندگی و ۳۰ درصد گروه‌های معمولی به زندان نیفتادند. بنابراین اگرچه اندازه نمونه متوسط بود، اولین ارزیابی آزمایش تأثیر برنامه R&R بسیار مثبت بود.

پژوهش‌های گسترده‌تری در مورد تأثیر R&R برای مجرمان بزرگسال توسط محققانی در کانادا (خدمات اصلاحی کانادا) (CSC) انجام شد. این برنامه به صورت ملی و با مجرمان ایالتی کانادایی اجرا شد. در سیستم فدرال کانادایی، این برنامه به آموزش مهارت‌های شناختی^۱ معروف است. این پژوهش‌ها توسط فابیانو، رابینسون و پورپورینو (۱۹۹۰)؛ پورپورینو و رابینسون (۱۹۹۵)؛ رابینسون (۱۹۹۵) و رابینسون، گروسمن و پورپورینو (۱۹۹۱) انجام شد. آشنایی مجرمان فدرال کانادایی با برنامه R&R یک راهبرد وسیع اجرا را ارائه کرد. از بسیاری لحاظ، این راهبرد به عنوان مدلی برای مداخله‌های قانونی دیگر استفاده شده است. اجرا شامل قبول تعهد برای فراهم کردن منابع برای ارائه برنامه در سراسر کشور، هم در سایت‌های موسسه‌ای و هم در سایت‌های اجتماعی می‌شود. به علاوه، به کارمند مربوط آگاهی داده شده بود تا بتواند از اجرای برنامه حمایت کنند. ملاک انتخاب دقیق مجرمان، نقص‌های شناختی مورد هدف برنامه بود.

اولین تحقیق گزارش شده در مورد اجرای برنامه در CSC شامل اطلاعات پژوهش سری‌های اول برنامه می‌شد که در سال ۱۹۸۹ در چهار سایت اجرا شدند. بر اساس نمونه‌ای از ۵۰ مجرم معالجه شده و ۲۶ مجرم در فهرست انتظار، نتایج حاکی از دستیابی به اهداف برنامه در مورد مجرمان پرخطر بود. به علاوه، پس از پیگیری ۱۹ ماهه، این نتیجه به دست آمد که گروه معالجه شده نسبت به گروه مقایسه با احتمال کمتری دوباره مجرم شناخته شدند. در کل، ۵۵ درصد گروه مقایسه در طول دوره پیگیری در مقایسه با ۳۵ درصد مجرمانی که برنامه R&R را کاملاً طی کرده بودند، دوباره محکوم شدند. این تفاوت نشان‌دهنده کاهش ۳۶/۴ درصدی در اقدام به جرم برای گروه R&R است. در مجموع در زمینه اهداف برنامه، موفقیت‌های چشمگیری به دست آمد. این موفقیت‌ها، شامل کسب چشم‌انداز اجتماعی مناسب، پیدا کردن راه حل‌های مناسب برای منازعات بین فردی، نگرش مثبت نسبت به قانون، دادگاه و پلیس است که بیانگر ارزشیابی مطلوب توانایی برنامه برای کمک به مجرمان است. این کار با آموزش مهارت‌های حل مسئله، روابط بین فردی، کنترل خشم و استرس صورت می‌گیرد.

^۱ . cognitive skills training

بلندپروازانه‌ترین 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). یک نمونه از مجرمان آزاد شده، دست‌کم یک‌سال تحت تعقیب قرار گرفتند. این افراد شامل ۱۴۴۴ نفر در گروه آزمایش و ۳۷۹ مجرم در فهرست انتظار بودند. همان‌طور که اجرای برنامه ادامه می‌یافت، حفظ تعهد عملی در مورد قرار دادن مجرمان به صورت تصادفی در گروه کنترل (فهرست انتظار) به‌طور فزاینده‌ای برای محققان مشکل شد. به این دلیل گروه کنترل نتوانست به اندازه‌ای برسد که با گروه آزمایش قابل مقایسه باشد. با وجود این، گروه کنترل به حد کافی بزرگ بود که به تعدادی از متغیرهای تعدیل‌کننده اجازه دهد تا مشخصات مجرمانی را مشخص کند که امکان بیشتری برای پیش‌بینی بازده مثبت درمان بود.

گروه کنترل هنگام مقایسه با مجرمان معالجه‌شده، با وجود تفاوت کم ویژگی‌های آنها، از لحاظ روش شناختی برای هدایت مقایسه کنترل شده بازده‌ها مناسب بودند. به دلیل اندازه نمونه، این امکان وجود داشت تا تفاوت‌های کوچک بین دو گروه را به صورت آماری در بیشتر تحلیل‌ها کنترل کرد تا این اطمینان حاصل شود که تأثیر معالجه در نتیجه نابرابری گروه‌ها نبود. میزان اصلی و کلی جرم گروه کنترل بالا ماند. در میان اعضای گروه کنترل، ۵۰/۱ درصد در مقایسه با ۴۴/۵ درصد مجرمانی که R&R گذرانده بودند، دوباره به زندان افتادند. بازگشت دوباره به زندان برای کسانی که از برنامه انصراف داده بودند، بیشتر بود.

همان‌طور که در بالا اشاره شد، نمونه CSC به اندازه کافی بزرگ بود که مجموعه‌ای از متغیرهای تعدیل‌کننده پژوهش را آزمایش کند. مدل اجرای برنامه مشخص کرد که هدف R&R مجرمانی بودند که ناتوانی‌های شناختی داشتند و شرکت‌کنندگان باید همگی از بین مجرمانی که در معرض خطر بیشتری در زمان پس از آزادی بودند، بیرون کشیده شوند.

در پژوهش‌ها نمونه‌های R&R را به گروه‌های «پر خطر» و «کم خطر» تقسیم می‌کنند. نتایج نشان می‌دهد که برنامه تا حدی ناخواسته، در مورد شرکت‌کنندگان کم‌خطرتر تأثیر بیشتری داشته است. برای مثال در محکومیت مجدد مربوط به شرکت‌کنندگان در R&R، در بین مجرمان کم‌خطر، ۳۴/۲ درصد کاهش مشاهده شد، در حالی که در محکومیت مجدد مجرمان پر خطر کاهش محسوسی مشاهده نشد.

یافته مهم دیگر از پژوهش CSC (۱۹۹۵) این بود که مجرمانی که پس از آزادی و در خارج از زندان در معرض برنامه R&R قرار گرفته بودند، بیشتر از کسانی که در حین زندانی بودن مورد معالجه قرار گرفتند از مداخله سود بردند. همچنین معلوم شد که افراد وارد شده در مطالعه CSC که ریسک بیشتری داشتند، هم هنگام برخورد با برنامه در اجتماع، بیشتر از شرکت در این برنامه در

داخل مؤسسه‌ها و سازمان‌ها از آن سود می‌جویند. به‌علاوه یافته‌ها نشان می‌دهد که افراد مقاوم‌تر ممکن است به هنگام مواجه شدن با R&R حمایت شده از سوی نظارت اجتماعی، سود ببرند. در بررسی مقایسه‌ای، متخلفانی که مرتکب هر یک از تخلفات مواد مخدر، جنسی و خشونت شده بودند، به مقدار بیشتری نسبت به متخلفان مالی (کلاهبرداران مالی و دزدها) از مشارکت در برنامه بهره‌مند شدند. این تأثیر تا حدی به این دلیل بود که افراد در معرض خطر زیاد، به این مداخله‌ها کمتر پاسخگو بودند (واکنش کمتری از خود نشان می‌داند). به‌ویژه گروه متخلفان مالی در مقایسه با متخلفان گروه‌های دیگر گرایش بیشتری به جرم داشتند.

گزارشی هم درباره مقایسه نتایج بررسی مجرمان بزرگسالی که برنامه R&R را طی یک دوره آموزشی در انگلیس دریافت کرده‌اند ارائه شده است (رینور و وانستون^۱، ۱۹۹۶). رینور و وانستون در بررسی پیش‌بینی بازگشت دوباره، بعد از ۱۲ ماه پیگیری، مقادیر کمتری را نسبت به مقادیر پیش‌بین شده بازگشت‌ها پیدا کردند. متخلفانی که در مورد آنها اقدام‌های دیگری انجام شده بود (دوره آموزشی دیگر)، وقتی که مقادیر واقعی آنها با مقادیر پیش‌بینی شده مقایسه شد، به همان مقدار یا بیشتر بازگشت داشتند. در مقایسه با نمونه ترکیب شده مجرمانی که محکومیت‌های بازداشتی دریافت کرده بودند، آنهایی که مداخله‌های R&R را در یک دوره آموزشی به پایان رسانده بودند، احتمال کمتری برای ارتکاب تخلفی جدی نسبت به آنهایی که بازداشت شده بودند، داشتند.

مجرمان جوان

تأثیر برنامه R&R با استفاده از تعدادی از مجرمان نوجوان در اسپانیا هم آزمایش شد (گاریدو و سانچز^۲، ۱۹۹۱). اگر چه اندازه نمونه کوچک بود (گروه R&R = ۱۴ نفر و گروه کنترل = ۱۷ نفر)، اما این تحقیق شواهدی مقدماتی را ارائه داد که حاکی از این بود که برنامه می‌تواند تأثیرهای سودمندی بر نوجوانان بازداشت شده داشته باشد. مولفان اشاره کردند که گروه کنترلی که از مراکز بازداشتی دیگر انتخاب شده بودند، ریسک کلی کمتری را نسبت به گروهی که برنامه را دریافت کرده بودند، از خود نشان دادند. با این حال گروه آزمایش R&R در برخی زمینه‌ها (مانند اتخاذ نقش^۳ و حل مسئله) بهبود بیشتری یافتند. همچنین مولفان بیان کردند که رفتارهای گروه آزمایشی در ارزیابی رفتاری به‌عمل آمده توسط کارکنان مراکز در برخی موارد (مثل اجتناب اجتماعی، وسواس بی‌اختیاری، خودتخریبی، عدم توجه و روابط خشونت‌آمیز خانوادگی) در مقایسه با گروه کنترل بهبود نشان داد.

^۱ . Raynor & Vanstone

^۲ . Garrido & Sanchis

^۳ . role taking

تحقیق دیگری که اساس آن نمونه‌ای از مجرمان جوان بازداشت شده بود، در ایالت جورجیا در آمریکا گزارش شد (مورفی و بوئر^۱، ۱۹۹۶). پیگیری میزان جرم برمبنای نمونه‌ای از ۳۳ بزهکار که برنامه R&R را دریافت کرده بودند و ۱۶ بزهکار گروه کنترل بود. نویسندگان اظهار کردند که گروه درمان گرایش به مشخصات خطر بیشتری نسبت به گروه کنترل داشتند. بعد از یک دوره پیگیری متوسط سه ماهه، ۳۹ درصد متخلفان گروه R&R دستگیر شدند که در مقایسه با آن تعداد دستگیر شدگان گروه کنترل ۷۵ درصد بود. فقط ۶۷ درصد از نوجوانان آموزش دیده‌ای که دوباره دستگیر شده بودند، محکوم شدند، درحالی‌که ۸۳ درصد از گروه کنترل محکوم شدند. همچنین این تحقیق دربرگیرنده سنجش پیش‌آزمون- پس‌آزمون برخی از اهداف مرتبط با برنامه بود. به‌طور کلی، نتایج، حاکی از عملکرد بهتر گروه آزمایش بود.

تحقیق دیگری نیز بر روی مجرمان جوان توسط پولن^۲ (۱۹۹۶) گزارش شد که مداخله درمورد نوجوانان در ایالت کلرادو را توصیف می‌کرد. متاسفانه ارزیابی فرایند برنامه R&R نشان می‌داد که روش‌های اجرایی در بسیاری از جوانب کارایی نداشته است. نویسنده خاطر نشان کرد که بسیاری از کارکنان اجرای برنامه در آمادگی برای ارائه تعلیمات، تا حدی شکست خوردند. این محقق نتایج پیش‌آزمون- پس‌آزمون را برای یک گروه آزمایشی نوجوان ۲۰ ساله که به‌طور تصادفی برای R&R انتخاب شده بودند، با نوجوانان ۲۰ ساله‌ای که به‌طور تصادفی برای گروه کنترل انتخاب شده بودند مقایسه کرد. شواهد محدودی از بهبود نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون در سنجش‌های شناختی مختلف ارائه شد.

مجرمان مبتلا به سوء مصرف مواد

نتایج پژوهش در مورد دو نمونه از مجرمان مبتلا به سوء استفاده مواد نشان داد که برنامه R&R هنگام ترکیب شدن با دیگر آموزش‌های سوء استفاده مواد تأثیرات سودمندی را در کاهش جرم در پی دارد.

انجمن ملی بزهکاری و جنایت (NCCD)^۳ اجرای برنامه R&R را همزمان با درمان دارویی چندجانبه (n=۶۵) مورد ارزیابی قرار داد. این برنامه که به آن برنامه بعد از مراقبت دارویی^۴ (DAC) گفته می‌شود، شامل آزمایش ادرار، ارزیابی اجتماعی- روانی، مشاوره دارویی و برنامه‌ریزی درمان^۵

^۱ . Murphy & Bauer

^۲ . Pullen

^۳ . National Council on Crime and Delinquency

^۴ . Drug – After Care(DAC)

^۵ . treatment planing

بود. تأثیر این دو روش با در نظر گرفتن اجرای برنامه^۱ و نتیجه و با استفاده از یک طرح تصادفی مورد مقایسه واقع شد. NCCD، منتقد شیوه اجرایی بود که در برنامه R&R مورد استفاده قرار می‌گرفتند. در نتیجه کارکنان ارائه‌دهنده به‌طور دائم از شیوه‌های ارائه برنامه تبعیت نمی‌کردند و حمایت اجرایی کافی از برنامه در محیط اجرایی نیز وجود نداشت، با این حال نتایج نشان داد که شرکت‌کنندگان برنامه R&R با احتمال کمتری (۲۵/۳ درصد) نسبت به کسانی که مداخله‌های DAC را دریافت می‌کردند (۳۳/۳)، دستگیری داشتند. به‌علاوه گزارش نشان داد که برنامه R&R در جاهایی که هزینه سرانه ارائه مداخله‌ها کمتر از هزینه‌های مربوط به راهکار درمان دارویی دیگر بود، به‌صرفه‌تر بود.

تمرکز یکی از تحقیق‌های دیگر بر روی ارزیابی تأثیر برنامه‌های R&R بر مجرمان سوءاستفاده مواد با استفاده از روش آزمایشی انتخاب تصادفی در کلرادو بود (جانسون^۲ و هانتر^۳، ۱۹۹۵). این تحقیق سه گروه را مقایسه می‌کرد: گروه خدمات آزادی مشروط معمول^۴ (n=۳۶)، گروه برنامه ویژه مجرمان دارویی^۵ (SDOP) (n=۵۱) و گروه برنامه‌های SDOP + R&R (n=۴۷). SDOP + و SDOP سبب کاهش چشمگیر در مقایسه با شرایط آزادی مشروط معمول بود. در مجموع، ۴۱/۷ درصد آزادشدگان مشروط در مقایسه با ۲۹/۴ درصد از آموزش‌دیدگان SDOP و ۲۵/۵ درصد آموزش‌دیدگان SDOP + R&R، بازگشت داشتند. به نظر می‌رسد مجرمانی که مشکلات دارویی (اعتیاد) و الکلی شدیدتری داشتند، به میزان بیشتری به هنگام مواجهه با R&R و SDOP سود می‌بردند. فقط ۱۸ درصد این گروه در مقایسه با ۴۳ درصد از آموزش‌دیدگان SDOP و ۶۰ درصد از آموزش‌دیدگان خدمات معمول، دستگیر شده بودند. همچنین شواهدی وجود داشت که نشان می‌داد آموزش‌دیدگانی که برنامه R&R را دریافت کرده بودند، نتایج بهتری را در اندازه‌گیری‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون مانند قبیل همدلی، حل مسئله، تفکرات ضد بزهکاری و دیگر اهداف برنامه آموزش مهارت شناختی داشتند.

مجرمان با اختلال‌های روانی

برای استفاده از R&R برای درمان مجرمان با اختلال‌های روانی، تمایلاتی وجود داشته است. در ایالت نیویورک آمریکا و آلمان، این برنامه درمورد چنین افرادی انجام شد. تحقیقی درباره میزان رضایت مراجعان بعد از برنامه در ساختمان روان‌پزشکی در شهر نیویورک آمریکا انجام شد تا

^۱. programme implementation

^۲. Jahson

^۳. Hunter

^۴. Regulus Probation Service

^۵. Specialized Drug Offender Programme

اطلاعاتی در مورد نظر مجرمان دربارهٔ انسجام چنین برنامه‌هایی به دست آید. اندازهٔ نمونه کوچک بود، با این حال بیماران دربارهٔ تجربه‌شان در کامل کردن و به پایان رساندن برنامه R&R بسیار خوش‌بین بودند. بیشتر بیماران معتقد بودند که این برنامه لذت‌بخش و فهمیدنش آسان است و آنها برنامه را به بیماران دیگر نیز توصیه می‌کردند. تأثیر برنامه با این نوع متخلفان نیاز به تحقیقات تجربی بیشتری دارد (رابینسون و پورپورینو، ۲۰۰۴).

مجرمان با اختلال‌های روانی اساسی

اختلال‌های روانی اساسی

اختلالات روانی اساسی^۱ شامل اسکیزوفرنیا، افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی، اختلال هذیانی و روان‌پریشی‌های نامتعارف (آتیپیکال) است. در حالی که دربارهٔ سه مورد اول اطلاعات زیادی وجود دارد، اطلاعات در خصوص دو مورد آخر پیوسته در حال تغییر است. در میان محققان و بالینگران، اجماع به نسبت خوبی دربارهٔ تشخیص اسکیزوفرنیا و اختلال دوقطبی وجود دارد. ملاک‌های موجود جمعیتی از افراد را که در نشانه‌های اصلی، مشخصه‌های زیست‌شناختی و رفتاری و پیامدها مشترک‌اند، به تصویر می‌کشد. با این حال، تشخیص‌های اخیر افسردگی اساسی، رضایت‌بخش نیست؛ آن، جمعیت ناهمگنی را در قالب نشانه‌شناسی، مشخصه‌های شخصیتی و پیامدها به تصویر می‌کشد (هودگینز، ۱۹۹۶).

اسکیزوفرنیا تنها کمتر از یک درصد مردان و زنان بزرگسال و اختلال دوقطبی نزدیک به ۱/۶ درصد را تحت تأثیر می‌دهد. در حالی که به نظر می‌رسد شیوع اسکیزوفرنیا در شروع قرن حاضر ثابت باقی مانده باشد، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد شیوع اختلال دوقطبی در بین خویشاوندان مبتلا در حال افزایش است. افسردگی اساسی، مطابق با جدیدترین بررسی‌های معتبر به لحاظ روش شناختی، ۱۲/۷ درصد از مردان و ۲۱/۳ درصد از زنان را تحت تأثیر قرار داده (کسلر^۲ و همکاران، ۱۹۹۴) و شیوع آن در حال افزایش است، در حالی که سن ابتلا در حال کاهش است. در میان نوجوانان، بیشترین میزان ۲۱ درصد گزارش شده است (کلرمن و وسیمن، ۱۹۹۲؛ لوینسون، رهد، سیلی و فیشر، ۱۹۹۳). در بیشتر موارد، شروع اختلالات روانی اساسی اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی و به صورت مزمن است.

^۱. Major mental disorders

^۲. Kessler

این اختلالات رنجی غیرقابل اندازه‌گیری را بر افراد مبتلا و بر خانواده‌هایشان و دوستان نزدیک وارد می‌کنند. آنها همه جنبه‌های کنش‌وری فردی را محدود می‌کنند. دوره‌های خالص با نشانه‌های جدی روان‌پریشی، شیدایی یا افسردگی مشخص شده که دوره‌هایی با نشانه‌های کمتر در آن ظاهر می‌شود، اما کنش‌وری روان‌شناختی آسیب‌دیده باقی می‌ماند. این اختلالات با خطر فزاینده مرگ پیش‌رس همبسته‌اند، هم از طریق بیماری و خودکشی، برای اختلالات شخصیتی مشخص، و هم برای اختلال سوء مصرف الکل و دارو (هودگینز، ۱۹۹۶).

شیوع جنایت در میان اشخاص با اختلال‌های روانی اساسی

اشخاصی که اختلالات ذهنی اساسی را پرورش می‌دهند، نسبت به اشخاص غیرمبتلا با احتمال بیشتری مرتکب تخلف‌های مجرمانه می‌شوند. سه دسته از پژوهش‌ها این نتیجه را حمایت می‌کنند. اول، بررسی‌های انجام شده بر تولدهای همزمان است که پیگیری شده از حاملگی تا بزرگسالی و در آن جرم‌های ثبت‌شده اشخاصی که اختلالات ذهنی اساسی داشته‌اند و در بیمارستان بستری شده‌اند با آنهایی که هیچ یک از ملاک‌های اختلال روانی اساسی را ندارند، مقایسه شده است. در این مطالعات، اشخاص با انواع دیگر اختلالات روانی و با کندی ذهنی به صورت جداگانه بررسی شده‌اند. پنج پژوهش از این نوع که دوقلوهای همزمان را بین سال‌های ۱۹۴۴ و ۱۹۶۶ استفاده کرده‌اند، انجام شده‌اند و همگی نتایج مشابهی را به دست آورده‌اند (هودگینز، ۱۹۹۸). بیشتر اشخاصی که یک اختلال روانی اساسی را پرورش داده‌اند، در مقایسه با غیرمبتلایان، مرتکب جرم شده‌اند. تفاوت‌های بین گروه مبتلا و غیرمبتلا از نظر جرم‌های خشونت‌آمیز در مقایسه با جرم‌های غیرخشونت‌آمیز بزرگ‌تر بود و همبستگی‌های بین اختلال روانی و جنایت و جنایت خشونت‌آمیز برای زنان نسبت به مردان قوی‌تر بود.

دومین دسته از پژوهش‌هایی که نشان می‌دهد اشخاص مبتلا به اختلال روانی اساسی در خطر بیشتری برای ارتکاب جرم قرار دارند، پیگیری مطالعاتی هستند که فعالیت‌های مجرمانه اشخاص ترخیص‌شده از بخش روان‌پزشکی را با اشخاص بدون اختلال اساسی که در همان جمعیت زندگی می‌کنند، مقایسه از اواخر نیمه ۱۹۶۰، بررسی‌های اشخاص با اختلال روانی اساسی حاضر در چنین جمعیت‌هایی همسو با هم ارتکاب جرم بیشتر آنها نسبت به هم‌تایان غیرمبتلایشان را گزارش کرده‌اند. همچون مطالعات متولدان همزمان، نتایج بیشتر این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که همبستگی بین اختلالات روانی اساسی و خشونت قوی‌تر از همبستگی مابین اختلالات روانی اساسی و جرایم غیرخشونت‌آمیز است (هودگینز، ۱۹۹۳).

سوم، مطالعات انجام شده در آمریکای شمالی است که میزان شیوع بالاتری از اختلالات روانی اساسی را در بین مجرمان مرتکب شده نسبت به سن و جنس نمونه هم‌تا شده برای جنایت عمومی یافته‌اند (بریندد، استیونز، مولدر، فیملی، ملکلم و ولز، ۱۹۹۹؛ برینک، دوهرتی و بور، ۲۰۰۱؛ بروک، تیلور، گان و مدن، ۱۹۹۶؛ هودگینز و کت؛ ۱۹۹۰). علاوه بر این، در میان نمونه غیرسودار^۱ مجرمان قاتل، شیوع اختلالات روانی اساسی فراتر از جمعیت عمومی بود (هودگینز، ۱۹۹۴).

عوامل مؤثر بر شیوع جرم در میان اشخاص مبتلا به اختلال‌های روانی اساسی

عوامل فردی

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، کت^۲ و توپین^۳، ۱۹۹۸؛ هودگینز، ۱۹۹۸). فرضیه‌ما 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 (هودگینز، ۲۰۰۰). 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 زود^۴ (زودرس) 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 دیر^۵ (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

^۱. Unbiased

^۲. Cote

^۳. Toupin

^۴. Early-starters

^۵. Late-starters

روانی اساسی بیشتر از اشخاص غیرمبتلا در قبال دیگران مرتکب رفتار پرخاشگرانه می‌شوند (لینک^۱، آندریو و کولن، ۱۹۹۲؛ استدمن و فلسون، ۱۹۸۴؛ سوانسون، هولزر، گانجو و جونو، ۱۹۹۰). برای مثال در نمونه اشخاصی که در ۳ شهر ایالات متحد از بخش روان‌پزشکی مرخص شده بودند، ۳۵ درصد زنان و ۳۹ درصد مردان رفتار پرخاشگرانه را در دوره دوماهه گزارش کردند (استدمن و همکاران، ۱۹۹۳). این ۲۶ درصد افزایش یافت، هنگامی که گزارش‌های آزادشوندگان با وثیقه با گزارش‌های آزمودنی‌ها ترکیب شد (استدمن و همکاران، ۱۹۹۴).

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 شده اند (لاپالم، جوکل، هودگینز و مولر- ایزبرنر، فرستاده شده برای چاپ؛ 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. هم اختلال‌ها (سوء مصرف و وابستگی) و هم مستی‌ها با خطر افزایش رفتارهای غیرقانونی همبسته‌اند. درحالی‌که وجود یا سابقه مصرف الکل و دارو احتمال رفتار غیرقانونی به‌خصوص از نوع خشونت‌ها را افزایش می‌دهد (ارونن، تیهونن و هاگولا، ۱۹۹۶). چنین اختلالاتی همه مجرمان مبتلا به بیماری روانی را پوشش نمی‌دهند (لیند کویست، ۱۹۸۶). همه مجرمان با اختلال روانی، هنگام ارتکاب جرم مست نیستند. مطالعات منظمی نشان داده‌اند که الکل و داروها با انجام تخلف در برخی اشخاص با اختلال روانی اساسی، اما نه همه آنها، همبسته‌اند. روندی که مصرف الکل و دارو احتمال رفتارهای غیرقانونی به‌ویژه رفتارهای پرخاشگرانه را افزایش می‌دهد، چندگانه و پیچیده است. هم برای اشخاص با و بدون اختلالات روانی اساسی این یک واقعیت است، اما این امکان وجود دارد که دارندگان اختلالات ذهنی اساسی برای سوء مصرف و وابستگی مواد، آسیب‌پذیری ویژه‌ای داشته باشند. اشخاص با اختلالات روانی اساسی نسبت به غیر مبتلایان به احتمال بیشتری در اجتماعات بسترساز اختلال مصرف دارو و الکل زندگی کنند (هلزر^۲ و پرزیبک^۳، ۱۹۸۸؛ هودگینز، ۱۹۹۴)، و محتمل‌تر است در کودکی یا اوایل نوجوانی درگیر سوء مصرف مواد شوند (هودگینز و جانسون، ۲۰۰۲). فرضیه ما این است که همبستگی الکل و دارو با جنایت برای مجرمان با اختلالات روانی اساسی زودرس و دیررس متفاوت است. آن در میان زودرس‌ها در

^۱. Link

^۲. Helzer

^۳. Przybeck

نوجوانی شروع می‌شود و بخش منسجمی از سبک زندگی ضداجتماعی است. در میان دیررس‌ها، سوء مصرف و وابستگی مواد ممکن است کمتر از مستی مهم باشد (هودگینز، ۱۹۹۸). 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^۱ برچسب می‌خورد (لینک و استوو، ۱۹۹۴؛ سوانسون، بروم و سوارتز و موناها، 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 (تنگستروم، هودگینز، گرن، لانگسترم و کولگرن، زیر چاپ). برخی مطالعات نشان داده‌اند که در واقع چنین نشانه‌هایی طی ارتکاب جرم گروه کوچکی از مجرمان با اختلالات روانی اساسی بروز می‌کنند (هودگینز و جانسون، ۲۰۰۲).

عوامل زمینه‌ای

در آغاز، هنگامی که داده‌های زیادی میزان شیوع جنایت در میان افراد با اختلالات روانی اساسی را در مقایسه با بدون اختلالات روانی اساسی نشان می‌دهد، اغلب به نظر می‌رسد که طی حالتی ناشی از تبعیض بیماران روانی توسط پلیس و نظام قضایی است. درحالی که بررسی‌های امریکایی نشان داده‌اند که پلیس با احتمال بیشتری بیمار روانی را نسبت به یک مظنون غیر بیمار روانی توصیف می‌کند (تپلین، ۱۹۸۴). دیگر یافته‌ها همگی نشان داده‌اند که در اغلب کشورها تلاش زیادی در حال انجام است تا اشخاص با بیماری روانی از نظام قضایی و جنایی خارج شوند. برخی مطالعات حتی مشخص کرده‌اند که اشخاص با بیماری روانی در معرض تبعیض‌های مثبت قرار دارند، بر این مبنا که رفتارهای پرخاشگرانه آنها اغلب کمتر از رفتارهای مشابه غیر مبتلایان منجر به پیگرد قانونی می‌شود (لینک و همکاران، ۱۹۹۲؛ استدمن و فلسون، ۱۹۸۴).

درحالی که تبعیض، میزان بالای جنایت در میان اشخاص با اختلال‌های ذهنی اساسی را تبیین نمی‌کند، عواملی اجتماعی، وجود دارند که آشکارا بر این میزان‌ها موثرند. برخی از این عوامل در میان هر دو قشر مبتلا و غیرمبتلا با جرم همبسته است (هودگینز، ۱۹۹۸)، درحالی که موارد دیگری به‌طور اختصاصی در میان اشخاص با اختلال ذهنی اساسی بر جرم تاثیرگذار است. داده‌های موجود نشان می‌دهد که شیوع جرم از میانه دهه ۱۹۶۰ در میان اشخاص با اختلال ذهنی اساسی به‌شدت در حال

^۱. Threat-control/override

افزایش است (هودگینز و لالوند^۱، ۱۹۹۹). طی این دوره در بیشتر کشورهای صنعتی شده غرب روند بهداشت روانی بسیار تغییر کرده است. بهداشت روانی میل دارد اختلالات ذهنی طولانی نشود، به طوری که یک دوره زندگی بیمارستانی حذف شود، اما در عوض در تعداد زیادی از موردهایی که محدودیت در ارزیابی درمان داشته‌اند، به صورت کوتاهی در بیمارستان باشد و در کلینیک‌های سرپایی ملاقات بشوند. طی این دوره مشابه در بیشتر کشورها ملاک‌ها برای بیمارستانی شدن داوطلبانه قوت گرفت و بیماران مطابق حقوقشان از درمان امتناع کردند. در گذشته، بدیهی بود که مانع روند بیمارستان‌زدایی مراقبت از سلامت روانی است و اصلاحات قوانین پذیرفته شده محدودکننده قدرت‌های قانونی حرفه‌های سلامت روانی برای تحمیل درمان برخلاف خواست مراجعان، با افزایش یا شیوع جنایت در میان اشخاص مبتلا به اختلال روانی اساسی همبسته بوده است. این نتیجه نشان می‌دهد که جنایت در این جمعیت تحت تأثیر کیفیت، نوع و شدت درمان و خدماتی که آنها دریافت می‌کنند، قرار می‌گیرد. همان طور که در بخش‌های بعدی این فصل خواهیم دید، این نتیجه در نتایج مطالعات ارزیابانه برنامه‌های درمانی جوامع اختصاصی برای مجرمان با اختلال ذهنی اساسی حمایت شده است.

اهداف درمان

نخستین هدف درمانی اشخاص با اختلال روانی اساسی، پایان بخشیدن یا دست‌کم کاهش رنج آنهاست. ویژه‌ترین هدف، مقابله و حل مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی چندگانه است که این افراد نشان می‌دهند، با انسانی‌ترین و حداقل راه‌های محدودکننده ممکن. خودکشی، یکی از مسائلی است که اشخاص با اختلال روانی اساسی نشان می‌دهند. از این رو، فرض می‌شود که حرفه‌ای‌های سلامت روان و در بیشتر کشورها قدرت‌های قانونی ویژه، مسئولیت ویژه‌ای برای جلوگیری از خودکشی دارند. همان‌طور که ذکر شد، مسئله دیگری که بیشتر اشخاص با اختلال روانی اساسی نشان می‌دهند، رفتار پرخاشگرانه مکرر آنها نسبت به دیگران و فعالیت مجرمانه غیرخوشونت‌آمیز است. در واقع، نتایج بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهد میزان رفتار پرخاشگرانه و میزان خودکشی بالاتر است. می‌توان استدلال آورد که حرفه‌های سلامت روان، افزون بر نقششان در درمان نشانه‌های اختلال روانی اساسی، مسئولیتی نیز برای ارزیابی خطر رفتار پرخاشگرانه نسبت به دیگران دارند. بلکه آن را به خوبی بیان کرده است:

^۱. Lalonde

هدف بازتوانی آرمانی، افزایش اثربخش شخصی است، اجتناب از تخلف‌های بعدی فقط یکی از مولفه‌های آن است. این اشاره دارد به اینکه هدف مداخله، ناتوانی‌های شناختی، هیجانی و مشکلات بین شخصی آنهاست که مانعی اساسی برای اجتماعی نمودن مجدد آنهاست. بنابراین در این خصوص تکرار کاهش یافته یک ضرورت است، اما ملاک کافی برای اثربخشی مداخله نیست (۱۹۹۶)، ص (۱۳۳).

به منظور موفقیت در نیل به این اهداف، برنامه‌های درمانی برای مجرمان با اختلال روانی اساسی باید پیگیری را در خود گنجانده باشد. اول، آنها باید درازمدت باشند، زیرا اختلال روانی اساسی مزمن و در بیشتر موارد شامل نقص‌های شناختی رفتاری و هیجانی است که می‌تواند کاهش یابد، اما از بین نمی‌رود؛ دوم، آنها باید شامل مؤلفه‌های چندگانه باشند، زیرا مجرمان با اختلال روانی اساسی اختلالات چندگانه‌ای را نشان می‌دهند که هم کمبود مهارت مناسب ضروری برای زندگی مستقل و هم وجود رفتارها و شناخت‌های غیرمتناب را دارا می‌باشند؛ سوم، آنها باید با خدمات اجتماعی هماهنگ باشند، زیرا تعداد زیادی از این اشخاص برای استقلال مالی کمبود مهارت دارند و برخی نیز کمبود مهارت‌های ضروری برای تغذیه مناسب و حتی انتخاب پوشش متناسب با آب و هوا را دارند؛ چهارم، آنها باید امکان اعمال‌های قانونی و مراقبت‌های بستری و سرپایی را برای تضمین همخوانی با جنبه‌های دیگر درمان را که ضروری دانسته می‌شوند، برای جلوگیری از جنایت‌های خشونت‌آمیز یا غیرخشونت‌آمیز شامل شوند (برای بحث‌های تکمیل شده، نگاه کنید به هود گینز و مولر-ایزبرنر، ۲۰۰۰).

سازماندهی و هماهنگی خدمات

همان‌طور که در بخش‌های قبلی این فصل ذکر شد، حجم وسیعی از شواهد انباشته شده از میانه دهه ۱۹۶۰، بیانگر وجود اشخاص مبتلای زیادی به اختلال روانی اساسی است که درگیر فعالیت‌های مجرمانه‌اند. از این رو، جمعیت‌های معروف به روان‌پزشکی قانونی و جمعیت‌های روانپزشکی سستی زیاد از هم متمایز نیستند. برای مثال در کشورهای زیادی نسبت بزرگی از بیماران با اختلال روانی اساسی که ثبت جرم دارند، به صورت اورژانس، بستری و خدمات سرپایی بیمارستان‌های عمومی و روان‌پزشکی درمان می‌شوند. در برخی کشورها، تعداد زیادی از این اشخاص سوء‌مصرف‌کنندگان بی‌خانمان مواد هستند که فقط برای استفاده خدمات اتاق‌های اورژانس پزشکی تماس می‌گیرند (کت و هودگینز، ۱۹۹۶).

بدون توجه به اینکه کجا و چه زمانی آنها شناسایی می‌شوند، اشخاص با اختلال روانی اساسی، به‌ویژه آنهایی که سابقه رفتار مجرمانه دارند، مشکلات چندگانه‌ای را نشان می‌دهند که نیازمند درمان و خدمات چندساله است، برای محدود کردن موفقیت‌آمیز رنجی که آنها می‌برند، اجتناب از ارتکاب جرم و اجازه دادن به آنها به زندگی کردن در حداقل شرایط درحالی‌که هزینه‌های بیمارستان و زندانشان حداقل باشد، یک برنامه باثبات چند مولفه‌ای درازمدت نیاز است که سلامت روان و خدمات اجتماعی را هماهنگ کند و به شرایط طراحی شده توسط قوانین جنایی و اجتماعی توجه داشته باشد. اهداف مزبور می‌تواند پیش برده شود، چنانچه چشم‌انداز درازمدتی در کار باشد و پاسخگویی حرفه‌های سلامت روان برای درمان می‌تواند قابل حصول باشد در صورتی‌که انواع متفاوتی از خدمات را برای پاسخ‌دهی به نیازهای فردی مراجعان، که در طول زمان تغییر خواهد کرد را فراهم نماید. درحالی‌که بیشتر درمان‌ها چنانچه در جمعیت‌ها به صورت امنی فراهم آورده شود؛ می‌تواند اثربخش باشد، در بسیاری از موارد هم مراقبت‌های درازمدت بستری در بخش روان‌پزشکی با درجات متغیر ایمنی و هم بیمارستانی کردن سریع کوتاه مدت ضروری است.

هیچ مطالعه تجربی وجود ندارد که نشان دهد کدام‌یک از انواع بیماران از کدام‌یک از انواع مراقبت‌های بستری فایده بیشتری می‌برند. این به‌طور نسبی این واقعیت را منعکس می‌کند که بسیاری از مراقبت‌های بستری ترتیب یافته از سوی دادگاه‌های جنایی، پیگیری موضوعات جنایی است. برخی قوانین حقوقی، مراقبت بستری در بیمارستان‌های عمومی را فراهم می‌آورند، درحالی‌که برخی نیز بیمارستان‌های قانونی را با سطوح متفاوت از ایمنی تعیین می‌کنند (برای نمونه موضوع ویژه را در «مجله بین‌المللی قانون و روان‌پزشکی، ۱۶ (۱/۲) ۱۹۹۳ و ۲۳ (۱۵/۶)، ۲۰۰۰». در برخی موارد، چنین بیمارستان‌هایی در یک روند حقوقی واقع‌اند. هیچ پژوهش تجربی نیز هنوز مشاهده نشده که فراهم آورد داده‌هایی در مورد استفاده اثربخش انواع گوناگونی از وضعیت بستری - بخش‌های روان‌پزشکی عمومی، بالا، متوسط و بیمارستان‌های امنیتی قانونی - را داشته باشد (برای نمونه نگاه کنید به تیلور، مدن و جانسون، ۱۹۹۶).

وضع همکاری‌های زمانگیر بین مسئولان مربوطه مختلف - سلامت، اجتماعی، قضایی - مشکلاتی را در تعداد زیادی از حوزه‌های قانونی آشکار ساخته است (برای نمونه نگاه کنید به پیچ، ۱۹۹۶؛ ورمیت^۱ و مک کیگ^۲). در مورد پیوستگی درمان اساسی اتفاق نظر وجود دارد (هلیرن و گریفین، ۱۹۹۳؛ مک گریوی، استدمن، دوسکین و دلارد، ۱۹۹۱؛ استدمن، مک کارتی و موریسی، ۱۹۸۹؛

^۱. Wormith

^۲. McKeague

ویدرآندرز و چات، ۱۹۹۴). یک الگوی برنامه‌ای وضع شده در ونکوور^۱ نشان می‌دهد چنین هماهنگی توصیف‌شده‌ای وجود دارد (کورادو، دوهرتی و گلکمن^۲، ۱۹۸۹) و ارزیابی شده است (ویلسون، تین و ایوانز، ۱۹۹۵). در بسیاری از کشورها، مجرمان با اختلال روانی اساسی مرتکب جرم می‌شوند و طی یک رویه حقوقی به زندان محکوم می‌شوند که نیازمند شروع و ادامه درمان می‌باشند. الگوی درمانی چنین روندهایی توصیف شده است (کوهن و دوسکین، ۱۹۹۲؛ متزنر، ۱۹۹۳). اهمیت پیوستگی در تدارک درمان درازمدت برای اشخاص با اختلال روانی اساسی در ارزیابی مطالعات مدیریت موردی نشان داده شده است (برک، لانگ، نزییت و سویل، ۱۹۹۷؛ رایان، شرمن و بوگارت، ۱۹۹۷؛ ولف و همکاران، ۱۹۹۷).

نه تنها این بررسی‌ها هنوز موفق به شناسایی برنامه‌های اثربخش برای همه خرده‌گروه‌های افراد با اختلال روانی اساسی نشده‌اند، بلکه در شناسایی ملاک‌ها برای هم‌تا کردن مراجعان برای برنامه‌ها- همچون همه درمان‌های بهداشت روانی- نیز توفیق نداشته‌اند، برخی از این برنامه‌ها نتایج مثبتی داشته‌اند، برخی نتیجه‌ای نداشته و بقیه نیز نتایج منفی داشته‌اند (رایان و همکاران، ۱۹۹۷).

ارزیابی و شناسایی^۳

مجرمان با اختلالات روانی اساسی با حرفه‌های سلامت روان به اشکال متفاوت و در زمان‌های متفاوتی از سیر اختلالشان، که به مقدار زیادی به دامنه قوانین، رویه‌ها و سلسله مراتب کشورها یا ایالاتی که در آن زندگی می‌کنند وابسته است، درگیر می‌شوند. باوجود این تفاوت‌های ملیتی، دو موقعیت حالت مشترکی دارند؛ اول، افرادی که در یک دوره خاص روان‌پریشی، شیدایی یا افسردگی قرار دارند، به بخش اورژانس بیمارستان آورده می‌شوند. کاهش نشانه‌های مغز و حمایت افراد در کاهش رنج، دغدغه فوری است. اگر افراد در ساعات یا روزهای گذشته مرتکب جرم خشونت‌آمیز شده‌اند، خطر خودکشی‌شان به‌طور ویژه‌ای زیاد است (هیل برند^۴، کریستال، شارپ و فوستر، ۱۹۹۴). دیگر موقعیت مشترکی که مجرمان اختلال روانی اساسی را با حرفه‌های سلامت روان درگیر می‌کند، بازداشت و زندانی شدن است. در این موقعیت مشکلات دویبخشی‌اند؛ اول، شناسایی بیماری روانی شخص و دوم، دستیابی به درمان کارا و متناسب برای آنها. در بیشتر کشورها، حرفه‌های سلامت روان همه اشخاصی را که توصیفشان گذشت، مورد سنجش قرار نمی‌دهند. از این‌رو توسعه یک روند غربالگری هزینه- اثربخشی^۵ برای شناسایی نیاز درمانی آنها ضروری است. چنین روندی به‌گونه‌ای بنا

^۱. Vancouver

^۲. Glackmen

^۳. identification

^۴. Hillbrand

^۵. Cost-effective screening

می‌شود که در آغاز همه پذیرش‌های جدید توسط غیر بالینگران یا پرسشنامه‌ها مورد سنجش قرار گیرند و فقط کسانی که به‌عنوان نامزد نشانه‌های مشخص قضاوت شده‌اند، تحت مصاحبه تشخیص قرار گیرند. چالش توسعه چنین روند غربالگری به این منظور است که از دست ندادن هیچ یک از اختلال‌های جدی در گام ابتدایی را تضمین نماید، همین‌طور این امکان وجود داشته باشد تا افراد بدون چنین اختلالاتی برای ارزیابی‌های بعدی شناسایی شوند. شناسایی اختلالات روانی اساسی به‌ویژه برای غیربالینگران مشکل است. حتی بهترین ابزارهای تشخیصی مورد استفاده مصاحبه‌گران در پژوهش‌های همه‌گیرشناسی برای شناسایی معنی‌دار تعداد موارد با اختلالات روانی اساسی شکست می‌خورند (هودگینز، ۱۹۹۵). تعجب‌آور نیست که تلاش برای توسعه چنین روندهای غربالگری به منظور کاربرد در زندان موفقیت‌های غیریکنواختی داشته است (هارت، رش، کورادو و کوگس، ۱۹۹۳؛ تپلین و سوارتز، ۱۹۸۹). حتی هنگامی که بازداشت‌شدگان با اختلالات روانی اساسی شناسایی می‌شوند، دستیابی به درمان متناسب و کارا نیازمند همکاری بین محاکم جنایی و مسئولان و خدمات بهداشت است. الگوهای چنین همکاری‌هایی توصیف شده است (اگلف^۱، تین، رش و ایوانز، ۱۹۹۱؛ رولندز^۲، اینچ، راجر و سلیمان، ۱۹۹۶؛ سولومون و دراین، ۱۹۹۵، والش و بریکورت، ۱۹۹۶).

سه مرحله تشخیص

اختلال اولیه

ارزیابی افرادی که از اختلال‌های روانی اساسی رنج می‌برند، شامل چند مرحله است. این مراحل بسته به حالت ذهنی فرد و بافتی که ارزیابی در آن جریان می‌یابد، ممکن است در چند روز، هفته یا ماه کامل شود. بدیهی است که اولین گام، تشخیص دقیق اختلال اساسی است. در بیشتر موارد، این تشخیص برای متخصص بالینی با تجربه چنانچه زمان کافی برای مصاحبه و مشاهده فرد داشته باشد، مشکل نخواهد بود. اما به هر حال در میان اشخاصی که مبتلا به این اختلال‌ها هستند و کسانی که تخلف می‌کنند، موانعی برای تشخیص دقیق اختلال اساسی وجود دارد. اولین مانع برای تشخیص درست اختلال اساسی، وجود اختلال‌های دیگر است. تحقیقات نشان می‌دهد که بیشتر افرادی که اختلال‌های روانی اساسی دارند و مرتکب جرم می‌شوند، چندین اختلال توأمان^۳ از خود نشان می‌دهند.

مانع دوم برای تشخیص درست اختلال روانی اساسی، به‌ویژه در میان مجرمان، بی‌میلی آنها در پذیرش وجود نشانه‌هاست. مردانی که سبک زندگی ضد اجتماعی جافتاده‌ای دارند و اغلب بخشی از

^۱. Ogloff

^۲. Rowlands

^۳. Co-morbid

خرده‌فرهنگ جنایی باقیمانده نوجوانی است، بیم آن دارند که برچسب «دیوانه» یا بیمار روانی بخورند. در واقع، در دنیای آنان، چه در روندهای اصلاحی و چه در جمع‌هایشان، پیامدهای بسیار منفی واقعی همبسته با چنین برچسب‌هایی وجود دارد، مثل سوء استفاده جسمی و قرار گرفتن در سلول انفرادی (هودگینز و کت، ۱۹۹۱). این امتناع از پذیرش وجود نشانه‌ها، در یکی از مطالعاتی که توسط هودگینز (۲۰۰۴) در کانادا انجام شد، مشاهده گردید. آنان نمونه معرفی از زندانی‌های یک بازداشتگاه را انتخاب و قول دادند اگر آنها در مصاحبه تشخیصی شرکت کردند، نتایج به صورت محرمانه باشد (مگر اینکه آنها این مسئله را تهدیدی برای خودشان یا افراد دیگر ببینند). با کمال تعجب پی بردند نیمی از آنهايي که یک تشخیص از یک اختلال روانی اساسی را دریافت کرده بودند، هیچ‌گاه در مورد نشانه‌هایشان با دیگران صحبت نکرده بودند، باوجود این حقیقت که اختلال به مدت چندین سال بود که وجود داشت.

نشانه‌های پارانوئیی مانع دیگری برای تشخیص دقیق افرادی است که اختلال روانی اساسی داشته و در معرض خطر ارتکاب جرم و خشونت قرار دارند. درحالی‌که مدت‌ها این باور وجود داشت که نشانه‌های پارانوئیی با خشونت همبستگی دارند. هم در مورد این همبستگی و هم در مورد اختلال هدیانی اطلاعات کمی وجود دارد. زیرا فرد با این نشانه‌ها در گفت‌وگو با متخصص بالینی یا محققان کم صحبت است. همچنین در خرده فرهنگ‌ها و بافت‌های خاص مثل زندان و زندانی‌ها، اغلب برای حرفه‌های بهداشت روانی تشخیص درست یا نادرست داستان‌های متجاوزان، تهدیدکننده‌ها، تعقیب‌کننده‌ها، استراق سمع‌کننده‌ها و غیره دشوار است.

مانع دیگر برای تشخیص درست اختلال‌های روانی اساسی در میان مجرمان یا اشخاصی که پیشینه رفتارهای ضداجتماعی دارند، این است که آنها هنگامی که اولین بار با حرفه‌های بهداشت روانی مواجه می‌شوند، اغلب در حال مستی‌اند. همان‌طور که اشاره شد، استفاده از دارو و الکل در میان اخلاگرانی که خلاف می‌کنند، نسبت به آنانی که این کار را نمی‌کنند، محتمل‌تر است.

اختلالات توأمان و مشکلات شایع

گام دوم در ارزیابی شامل تشخیص اختلالات توأمان است و زمانی انجام می‌شود که نشانه‌های مشخص دوره‌های خاص بیماری، کاهش پیدا کند یا اینکه حذف شود. در حال حاضر در بیشتر کشورها با توجه به تمهیداتی که برای سلامتی روانی در نظر گرفته می‌شود، اغلب بستری کردن فردی با اختلال روانی اساسی، برای انجام این مسئله، آن هم در مدت زمان کافی مشکل است. اما تشخیص درست اختلالات توأمان اشخاصی که از اختلالات روانی اساسی رنج می‌برند، ضروری است. نتایج

تحقیقات نشان می‌دهد که تشخیص درست مشکلات دارو و الکل (بریانت، رونساوایل، اسپیتزر و ویلیامز، ۱۹۹۲) و بدون شک اختلالات شخصیت، فقط زمانی می‌تواند انجام شود که نشانه‌های شدید کاهش پیدا کند یا اینکه سم‌زدایی کامل شود.

این مرحله از ارزیابی شامل به‌دست آوردن پیشینه کامل و دقیق رفتارهای پرخاشگرانه و همه موارد غیرقانونی دیگر است. برای گرفتن چنین پیشینه‌ای، مهم است که:

۱. رفتار پرخاشگرانه از ارتکاب به جرم غیر پرخاشگرانه تمیز داده شود؛
۲. سنی که این رفتارها برای اولین بار رخ داده، ذکر شود و به آغاز نشانه‌های اختلال اساسی ارتباط داده شود؛
۳. موقعیت‌هایی که در آن این رفتارهای غیرقانونی رخ می‌دهد، ذکر شود. برای مثال زمان نشانه‌های شدید اختلال، هنگام مستی، زمان اختلاف نظر با فرد دیگر، زمان احساس نادانی و خجالت از این نادانی؛
۴. انگیزه‌های رفتار ذکر شود؛
۵. سطح تکانش‌وری همبسته با این رفتارها ذکر شود.

لازم است که اطلاعات نه فقط از فرد مورد ارزیابی، بلکه از منابع ممکن دیگر نیز جمع‌آوری شود. اعضای خانواده و دوستان می‌توانند منبع بسیار ارزشمند اطلاعات از این نظر باشند. بایستی توجه داشت که در مطالعه مذکور، رفتارهای پرخاشگرانه توسط بیماران که در اجتماع زندگی می‌کردند، ۲۵ درصد افزایش یافت. زمانی که اطلاعات منبع دیگری به خودگزارشی شخص اضافه شد (استدمن و همکاران، ۱۹۹۴)، اما در بیشتر موارد، خانواده و دوستان رفتارهای پرخاشگرانه فرد را کامل توضیح نمی‌دادند، زیرا اغلب این کار را خیانت به فرد دوست‌داشتنی می‌دانستند که می‌پنداشتند او بیمار است. حرفه‌های سلامت روان باید زمانی را صرف دیدن این اشخاص می‌کردند و به آنها اطمینان می‌دادند که توضیح رفتار دوستانشان یا عضو خانواده‌شان، اهمیت حیاتی برای درمان وی و خوشبختی نهایی وی دارد. ثبت ارزیابی‌های قبلی سلامت روان، درمان بیمار بستری‌شده و بیمار غیربستری، ارزیابی‌هایی که برای دادگاه صورت گرفته، فعالیت‌های جنایی، ثبت عملکردهای تحصیلی و رفتاری در مدرسه، ثبت استخدام می‌تواند اطلاعاتی را اضافه کند که برای شفاف‌سازی گزارش‌های درمان‌جو و برنامه درمان اهمیت دارد.

دقت و گستردگی اطلاعات جمع‌آوری‌شده در مرحله ارزیابی، به مقدار زیاد مؤثر بودن برنامه درمانی که باید برای درمان‌جو طراحی شود، بنابراین در بعضی موارد ایمنی دیگران را تأمین می‌کند. این نکته را می‌توان خیلی خوب با مثال ناراحت‌کننده نشان داد که بازگو کردن خیلی از موارد دیگر هم نسبت به ویژگی‌ها و هم پیشینه بیمار و پاسخ سیستم‌های دادگاه جنایی و سلامتی روانی وی

است. آقای کریستوفر کلایس چند سالی به بیماری اسکیزوفرنی مبتلا بود. زمانی که او فردی را در یکی از سکوها‌های مترو انگلیس به قتل رساند، مرجع سلامتی منطقه‌ای جنوب شرقی تامز و شمال شرقی تامز، تحقیق و بازرسی برای درمان و مراقبت وی انجام دادند که او قبل از قتل دریافت کرده بود. کنار هم چیدن پیشینه این شخص، کمیسیون تحقیق و بازرسی نشان داد که اطلاعات مربوط به روی دادن رفتار پرخاشگرایانه، حتی اتفاقاتی که در حضور حرفه‌های سلامت روانی رخ داد، از یک درمانگر به درمانگر دیگر پذیرفته نشد. اما در عین حال از زاویه دیگر، یک رفتار پرخاشگرایانه که شدت و تکرار آن رو به افزایش بود، ظاهر شده بود که این اطلاعات قبل از قتل برای کسانی که مسئولیت نگهداری از آقای کلایس را داشتند، ناشناخته بود. جمع‌آوری چنین اطلاعاتی زمان‌بر و در پاره‌ای اوقات خسته‌کننده و سخت است. اما درمان مؤثر این قشر و جلوگیری از رفتارهای جنایی و خشن در میان آنها، حیاتی است.

شرایط درمان بهینه

گام نهایی در ارزیابی، شامل اندازه‌گیری قابلیت درمان و تعریف اینکه شرایط بهینه برای درمان مؤثر این فرد خاص چگونه است، می‌باشد. برای مثال، بیشتر افرادی که به اختلالات روانی اساسی دچارند، نیاز به دوره دارویی بلندمدت دارند. بنابراین نه تنها باید دوره دارویی این شخص تعریف شود، بلکه باید موارد زیر را نیز تعریف کرد مقدار و نوع، سرپرستی که باید ادامه مصرف دارو را کنترل کند، تخمین تمهیدات لازم برای نشان دادن عوارض و اثرهای جانبی، ارزیابی علائم بازگوکننده لزوم قطع دارو، و در صورت نیاز آگاهی از چگونگی ارتباط سریع با پزشک مناسب. دارو، تنها یک قسمت از درمانی است که برای مجرمان دارای اختلالات روانی اساسی لازم است. در این مرحله ممکن است تشخیص استفاده از مدل دارویی برای بیماران دارای اختلالات توامان مفید نباشد. برای مثال در مورد اختلال شخصیت ضد اجتماعی که تعداد زیادی از این افراد را مشخص می‌کند، منجر به شکاکیت بی‌جا در مورد شروع درمان می‌شود. یک رویکرد رفتاری-شناختی یا رفتاری می‌تواند بیشتر استفاده شود. چنین رویکردی توصیفی نظام‌دار از مشکلات موجود فرد را که مانع زندگی خودمختار او می‌شود، ارائه می‌کند. علاوه بر این توصیفات از مشکلات چندگانه که مشخص‌کننده مجرمان با اختلال روانی است، ارزیابی ظرفیت فرد برای تغییر و تحمل درمان‌های مختلف نیز ضروری است. بسیاری از درمان‌های ممکن، درمان مهارت‌هاست که نیازمند تمرکز، حافظه، میزان معینی از هوش و توانایی تحمل حضور دیگران است. بعضی از برنامه‌ها برای مثال آنهایی که برای پایان دادن به سوء مصرف مواد طراحی شده‌اند، ممکن است نیازمند توانایی غلبه بر شرایط استرس‌زا

و ناکام‌کننده و فکر کردن انتزاعی باشد. اغلب این برنامه‌ها در بافت گروهی پیشنهاد می‌شوند و نیازمند تحمل توسط درمان‌جوست. بنابراین ارزیابی مشکلاتی که نیاز است به وسیله اجزای مختلف برنامه‌های درمان و منابع شخصی مراجع پیگیری شود، برای اطمینان از واقعی بودن اهداف درمانی ضروری است. به علاوه این اطلاعات به درمانگر اجازه می‌دهد که بعضی از تجربه‌های موفق را ایجاد کند.

گام نهایی در ارزیابی، شامل ارزیابی نیاز برای سرپرستی است که به منظور اطمینان از پیگیری برنامه‌های درمان است و اگر این اقدام‌ها آثار مفید داشته باشد، جرم به وقوع نمی‌پیوندد. برای درمان‌جوی مشابه، سطوح سرپرستی نیازمند مشکلات مختلف است و اگر درمان مؤثر باشد، طول زمان کاهش پیدا می‌کند. برای مثال فردی که مبتلا به اسکیزوفرنی است و پیوسته برای غذا و آب‌جو پول می‌دزدد، وقتی به انتهای ماه می‌رسد، نیازمند سرپرستی است تا اینکه یاد بگیرد چگونه درآمد ماهانه خود را مدیریت کند. یک فرد مبتلا به اختلال دوقطبی (بایپولار) برای مشاهده شروع دوره شیدایی (مانیک) نیازمند سرپرستی است که به‌طور معمول شامل نشانه‌های پارانوئیدی است و با رفتارهای پرخاشگرایانه نسبت به همسر و فرزندان همراه است. درمان‌جو با پیشینه افسردگی اساسی و سوءاستفاده از الکل نیازمند سرپرستی است تا اینکه از نوشیدن و می‌گساری که در گذشته با درگیری همبسته بوده، جلوگیری کند.

درمان

مجرمان با اختلال‌های روانی اساسی علاوه بر تمامی درمان‌ها و خدماتی که به غیرمجرمان دچار این اختلالات ارائه می‌شود، اجزای درمانی دیگری که به آنها مهارت‌های لازم برای زندگی خودمختار بدهد و مهارت‌های لازم برای جلوگیری از رفتار پرخاشگرانه دیگر یا جنایتکاری بدون خشونت را آموزش بدهد، نیز نیاز دارند. با توجه به کمبود مطالعات ارزیابی از چنین برنامه‌های درمانی چندمؤلفه‌ای، تنوع درمان‌جویان و دامنه گسترده مشکلات که آنها ارائه می‌کنند، تنها یک طرح کلی و مختصر از این برنامه‌ها و اجزا لازم است که باید بحث شود.

مراقبت تخصصی بیماران بستری

مطالعات ارزیابانه از مراقبت درون-بیمارستانی برای مجرمان با اختلال‌های روانی اساسی موجود نیست. همان‌طور که در بالا به آن اشاره شد، هیچ مطالعه‌ای اطلاعات لازم برای مجرمان با اختلال روانی اساسی نیازمند درمان درون-بیمارستانی را فراهم نکرده است. یک سهم اساسی در این راستا

توسط یک گروه محقق کانادایی انجام شده است (ریس، هریس، کوینزی و کایر، ۱۹۹۰). آنها مشکلاتی را که توسط بیماران بیان شده است، در دو بیمارستان روان‌پزشکی زمینه‌یابی کردند. سپس ادبیات تجربی را بازبینی و درمان‌هایی را که به‌طور مستقیم هر نوع مشکل را هدف قرار می‌دهد، مشخص کردند. آنها نتیجه گرفتند مداخلاتی که صورت پذیرفت، مناسب با همه انواع مشکلاتی بود که در میان بیماران شایع بود. درجه‌ای که تا این درمان‌ها مورد ارزیابی قرار گرفتند، متفاوت بود، اما حداقل بعضی از شواهد تشویق‌کننده برای سودمندی تمام اقداماتی که ما پیشنهاد شده بود، وجود داشت (ص ۲۱۵).

این مطالعات پیشرو چارچوب و روش‌شناسی برای پیشرفت در این عرصه فراهم ساخت. از آنجا که فلسفه درمان عمومی که توسط رایس و همکارش ارائه شد، در جاهای دیگر نیز تطبیق داده شده بود (برای مثال، مولر ایسبرنر، ۱۹۹۳، ۱۹۹۸ را ببینید)، مطالعه‌های ارزیابی واقعاً وجود نداشت.

مراقبت مخصوص اجتماع

برخلاف مشکلات چندگانه و پیچیده‌ای که مجرمان با اختلال‌های روانی اساسی نشان می‌دهند و لزوم مداخلات هماهنگ از سوی حرفه‌های بهداشت روانی، خدمات اجتماعی و دادگاه جنایی در طول دوره زمانی، شواهد تجربی از برنامه‌های اجتماعی موفق موجود است که مانع تکرار دوره‌های بیماری شده‌اند، حتی درباره بیماران با ریسک بالا. در سال ۱۹۹۳، هیل بران و گریفین، مطالعاتی را که در آمریکا توسط درمان‌های اجتماع-مدار برای تیره‌شدگان روان‌پزشکی مورد ارزیابی قرار گرفته بود، ارزیابی کردند. درحالی‌که طول دوره‌های پیگیری، ترکیب اجزای معالجه‌ای، خدمات اجتماعی و بافت قانونی بسیار با مطالعات فرق می‌کند، نتیجه اغلب مثبت است. به‌طور مشابه خدمات و نظارت را برای تیره‌شدگان مجنون در کالیفرنیا ارزیابی و آنها را با برنامه‌هایی که در ایالت نیویورک مقایسه شده است، دوباره نتایج مثبت بودند و اثر جلوگیری از جرم را ثابت کرده‌اند. برنامه در وانکوور، که به مذکور مرتبط است، درمان‌جو‌هایی را در یک مؤسسه تأدیبی پذیرفته و آنها را که از برنامه موجود راضی بودند را با کسانی که مشکلات و تاریخچه مشابه داشتند ولی برنامه را نپذیرفته بودند، مقایسه نمودند؛ برای آنها که جای خالی برای آنها وجود نداشت یا آنها را که از شهر رانده شده بودند، برنامه دیگری در آلمان و یکی در ایالت‌های کانادا مجرمان را با کسانی که اختلال‌های روانی دارند، مقایسه کرد. این بیماران در برنامه پس‌درمانی دادگاهی مخصوص و کلینیک‌های روان‌پزشکی عمومی درمان می‌شوند. دوباره، برنامه مخصوص برای مجرمان با اختلال‌های روانی اساسی تمامی آثار جلوگیری از جرم مثبتی از خود نشان دادند. این برنامه‌ها نه تنها از تکرار جرم جلوگیری کردند،

بلکه بسیار مقرون به صرفه بودند. برنامه اجتماعی مدار در ارگان^۱ که به وسیله یک مدل اثربخشی برای مجرمان با اختلال روانی اساسی تعریف شد (بوکلی، ۱۹۹۴)، ۱۴ درصد بیشتر از درمان‌های بیمارستانی تخمین زده شد (بیگلو، بلوم و ویلیامز، ۱۹۹۰). هزینه برنامه اجتماعی دادگاهی خاص آلمان که در بالا توضیح داده شد، ۳۷ درصد درمان بیماری که در بیمارستان می‌خوابد، است (مولر-ایسبرنر، ارتباط شخصی).

ارزشیابی مداخله و درمان در زندان

ارزشیابی برنامه‌های رفتار - خلاف^۲ در زندان‌ها به‌عنوان اصل مهمی برای کار مؤثر در ادبیات پژوهش «چه چیزی مؤثر است»^۳ در نظر گرفته می‌شود. ارزشیابی مداوم، یکی از ملاک‌های اعتباربخشی^۴ برنامه‌های در حال اجرا در خدمات زندان‌ها و آزادی مشروط^۵ در انگلستان و دیگر کشورهای جهان است. هدف اولیه برنامه‌های رفتار-خلاف کاهش تخلف مجدد^۶ و به‌واسطه آن ارزشیابی^۷ اثر درمان^۸ بر میزان محکومیت مجدد^۹ است که شاخص نهایی ارزشیابی^{۱۰} این خدمات است. این نوع ارزشیابی‌ها اغلب به‌عنوان ارزشیابی‌های طولانی‌مدت در نظر گرفته می‌شوند، زیرا بعد از گذشت زمان طولانی و مورد نیاز برای تکمیل دوره برنامه درمانی و سپری شدن حداقل دو سال از آزادی و حضور افراد در جامعه، صورت می‌گیرند. این نوع ارزشیابی‌های برنامه‌ای بر اساس عواملی که در مطالعات، وجود رابطه آنها با ارتکاب مجدد تأیید شده‌اند، پی‌ریزی می‌شوند. بنابراین درمان‌های کاهش تخلف مجدد که درصد کاهش رفتارهای تخلفی‌اند، عوامل مرتبط با ارتکاب مجدد را مورد هدف قرار می‌دهند. در برخی پژوهش‌ها، این عوامل یا اهداف درمانی میانجی^{۱۱} قبل، بعد یا گذشت زمان معینی، از شروع درمان با استفاده از ابزارهای ارزشیابی کلینیکی^{۱۲} مورد پایش^{۱۳} قرار می‌گیرند. این اندازه‌گیری‌ها می‌توانند برای ارزشیابی نگرش‌ها، رفتارها، مهارت‌ها و پایش هرگونه تغییرات قابل اسناد^{۱۴} به درمان صورت گرفته باشند (فرند شپ و فال‌شاو^{۱۵}، ۲۰۰۳). تغییرات کلینیکی

1 . Oregon

2 . offending – behaviour programmes

3 . what works

4 . accreditation

5 . probation service

6 . reoffending

7 . assessing

8 . treatment

9 . reconviction

10 . evaluation

11 . intermediary

12 . clinical assessment measures

13 . monitor

14 . attributable

15 . Friendship, C. & Falshaw, L

ارزشیابی شده، بیانگر اثر کوتاه مدت برنامه‌های درمانی در خلال درمان است. بنابراین در فرایند ارزشیابی برنامه‌ها، دو نوع ارزشیابی از هم تفکیک داده می‌شوند که هدف، زمان و نحوه انجام آنها با هم تاحدودی فرق دارد، ولی در راستای هم و یکی زیرمجموعه دیگری است. ارزشیابی‌های کوتاه مدت می‌توانند در هر مقطع از طول دوره درمان و مداخله صورت بگیرند و اهداف جزئی تر را دنبال کنند، در حالی که ارزشیابی طولانی مدت که هدف نهایی و غایی بسیاری از برنامه‌های درمانی رفتار خلاف است، با لحاظ کردن داده‌های حاصل از ارزشیابی‌های کوتاه مدت و اطلاعاتی دیگر حاصل از پژوهش اقدام به ارزشیابی کلی برنامه می‌کند.

ارزشیابی طولانی مدت

هدف از این نوع ارزشیابی، ارزیابی آثار برنامه‌های رفتار - خلاف در قالب کاهش تخلف مجدد است. در بسیاری از برنامه‌ها و تحقیقات صورت گرفته در انگلستان، محکومیت مجدد ولی در ایالات متحده، ارتکاب مجدد جرم^۱ به عنوان اندازه گیری نهایی منظور می‌شود.

این نکته مهم و اساسی خواهد بود که پژوهشگران و ارزشیابی کنندگان برنامه‌ها از عبارات متداول موجود در این موضوع، درک روشن و متحدی داشته باشند، زیرا در ادبیات جنایی، انتقادهای زیادی برای نحوه استفاده از برخی عبارات و به ویژه به عبارات تخلف مجدد، محکومیت مجدد و ارتکاب مجدد شده است. این عبارات از هم منفک اند و هر کدام تعریف منحصر به فردی دارند و به پژوهشگران توصیه شده که برای وجود هماهنگی و شفافیت بین محتویات مطالعات، این عبارات درست و به جا مورد استفاده قرار گیرند. عبارات محکومیت مجدد، تخلف مجدد و ارتکاب مجدد در متون قضایی بدین صورت تعریف شده اند:

محکومیت مجدد: محکوم شدن برای هر تخلف در دوره زمانی مشخص^۲.

تخلف مجدد: مرتکب فعالیت غیرقانونی شدن در دوره زمانی مشخص، چه رفتاری در پی داشته باشد چه نداشته باشد^۳.

ارتکاب مجدد: مرتکب شدن به رفتارهای مرتبط با تخلف، قانونی یا غیرقانونی، در طول دوره زمانی مشخص^۴.

^۱ . Recidivism

^۲ . Reconviction: Conviction for any offence during a specified time period.

^۳ . Reoffending: perpetrated an illegal act during a specified time period whether caught or not.

^۴ . Recidivism: Committed on offence – related behaviour, legal or illegal, during a specified time period.

ارتکاب مجدد وسیع‌ترین دامنه رفتارها و فعالیت‌های جنایی را زیر پوشش قرار می‌دهد. این عبارت نه تنها تخلف مجدد و محکومیت مجدد را شامل می‌شود، به احتمال شامل الگوهای رفتاری که در زمینه تخلفاتی مثل زیر پا گذاشتن قوانین آزادی مشروط است نیز می‌شود. تخلف مجدد مرتبط با رفتارهایی است که توسط مرجعی برای یک حوزه قضایی مشخص تعریف شده و نه تنها شامل رفتارهای خلافی می‌شود که در سیستم قضاوت جنایی تشخیص، ثبت و محکومیت برای آنها در نظر گرفته می‌شود، بلکه رفتارهای خلافی را نیز در بر می‌گیرد که توسط مراجع مسئول تشخیص یا گزارش نمی‌شوند. محکومیت مجدد دامنه محدودی داشته و فقط به جرایم ثبت‌شده رسمی اشاره دارد و این عبارتی است که بسیاری از نشریات انگلستان از آن استفاده می‌کنند. میزان محکومیت مجددی که برای بیش از دو سال بیان شده‌اند، قابل اعتمادترند، ولی در برخی پژوهش‌ها فاصله‌های زمانی کمتر یا بیشتر نیز دیده می‌شود. در بیشتر کشورها مثل انگلستان و ولز، تقریباً تمام گزارش‌های تحقیقی و آمارها بر اساس میزان محکومیت مجدد بعد از دو سال آزادی ارائه می‌شوند.

وجود زمان پیگیری مشخص و استاندارد، امکان مقایسه مطالعات مختلف را با یکدیگر فراهم می‌آورد. به تازگی نیز دوره‌های زمانی متغیر مورد استفاده قرار می‌گیرد. این نوع پژوهش‌ها استفاده بیشتر و مؤثر از داده‌ها را ممکن ساخته است، به‌خصوص در مواقعی که در نمونه مورد بررسی در زمان‌های مشاهده متفاوت تغییرات محسوس امکان بروز داشته باشند. در این مطالعات، میزان ارتکاب مجدد در چندین فاصله زمانی برای مثال شش ماهه، نه ماهه، یکساله و دوساله گزارش می‌شود که منجر به مقایسه‌های بین پژوهشی و درون پژوهشی غنی‌تر می‌شوند.

طرح مطالعه ارزشیابی

پارادایم ایده‌ال: طرح تجربی ایده‌ال برای مطالعات محکومیت مجدد، مطالعه کنترل‌شده تصادفی است. امتیازهای روش‌شناختی تصادفی‌سازی در مقایسه با دیگر طرح‌های مطالعاتی مثل طرح‌های شبه‌آزمایشی و غیرآزمایشی روشن و واضح است. اما واقعیت‌هایی در سیستم قضایی وجود دارد که به‌کارگیری این نوع طرح‌ها را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد. به‌کارگیری شیوه‌های درمانی در مورد یک گروه و عدم استفاده از این شیوه‌ها در مورد گروه دیگر، محدودیت‌های اخلاقی و عملی بسیاری دارد. در جنبه عملی، بسیاری از زندانیان مایل به همکاری با مطالعات و شرکت در گروه‌های درمانی نیستند. از یک سو چنانچه پیشینه پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد، در تعدادی مطالعات از نمونه‌های تصادفی ساده استفاده شده و در بیشتر موارد از گروه‌های نمونه در دسترس^۱ و داوطلبانه^۲ بهره گرفته

^۱ . Lumpy

^۲ . Volanteer

شده است. از سویی دیگر، نیز نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که انتخاب افراد مناسب برای درمان خاص (جورسازی بین درمان و درمانجو)، یکی از مؤلفه‌های اساسی و موفقیت این نوع مداخله‌هاست. از جنبه اخلاقی نیز، افرادی که در گروه درمان قرار می‌گیرند، از بدو شروع درمان و حین انجام و حتی بعد از آن از مزایایی برخوردار می‌شوند. این افراد ممکن است در مکان‌هایی جدا از دیگر زندانیان نگهداری شوند که امکانات بهتر و بیشتری دارد و در صورت کسب نتیجه از درمان، از تبعات آن یعنی عدم ارتکاب مجدد به جرم و در نهایت عدم بازگشت به زندان بهره‌مند می‌شوند. درحالی‌که افراد گروه کنترل از این مزایا برخوردار نیستند و حتی امکان ارجاع این مسئله به مراکز قضایی و حقوقی نیز برای این دست افراد وجود دارد (فرندشپ و فال‌شاو، ۲۰۰۳).

در عمل، در غیاب امکان انجام تصادفی‌سازی، در بسیاری از پژوهش‌ها محکومیت مجدد در کشورهای گوناگون با بهره‌گیری از یک‌سری متغیر که در مطالعات قبلی رابطه آنها با ارتکاب مجدد تأیید شده، از جورسازی گذشته‌نگر^۱ برای هماهنگ ساختن گروه‌های کنترل و درمان و انجام مقایسه بین آنها استفاده شده است. در این شیوه گروه کنترل بعد از صورت گرفتن مداخله‌ها بر اساس جورسازی متغیرهای مرتبط انتخاب می‌شوند. به عبارت دیگر، پس از پایان یافتن دوره درمان و بر اساس متغیرهایی که در درمان و مداخله مورد دستکاری واقع نشده‌اند یا اصلاً امکان دستکاری بر روی آنها وجود ندارد، جورسازی و انتخاب گروه کنترل صورت می‌گیرد.

از متغیرهایی که تحقیقات نشان داده‌اند با ارتکاب مجدد و محکومیت مجدد ارتباط دارند، می‌توان به ۱۶ متغیر وارد^۲ (۱۹۸۶) که برخی از آنها عبارتند از نوع تخلف شاخص^۳، سن اولین محکومیت مجدد^۴ و تاریخچه جرایم قبلی^۵ یا متغیرهای نام برده شده توسط لیوید^۶ و همکارانش (۱۹۹۴) مثل سن، تعداد حضورهای قبلی در حبس^۷، میزان حبس‌های قبلی^۸، نوع تخلف حاضر^۹، میزان متوسط حبس‌های قبلی^{۱۰}، میزان حبس‌های قطعی قبلی^{۱۱}، تعداد حبس‌های تحت نظارت در دوره جوانی^{۱۲}، جنسیت^{۱۳} اشاره کرد. بزرگ‌ترین مشکلات مطالعات گذشته‌نگر این است که احتمال دارد هم جورسازی فقط در یک سری محدود از متغیرهای بیرونی امکان‌پذیر باشد و هم داده‌های

^۱ . retrospective matching

^۲ . Ward

^۳ . type of index offence

^۴ . age at first reconviction

^۵ . previous criminal history

^۶ . Lioyd

^۷ . number of previous sentencing appearances

^۸ . previous appearance rate

^۹ . current offence type

^{۱۰} . average number of previous appearances.

^{۱۱} . Convictions per appearance

^{۱۲} . Number of youth custodial sentences

^{۱۳} . gender

محدودی پیرامون متغیرهای مورد نظر، از گروه کنترل در دسترس باشد. درحالی که اغلب از گروه درمان، ارزیابی‌های پیش و پس از درمان کامل به عمل می‌آید.

بهبود کار

پیشرفت قابل ذکر در پژوهش‌های اخیر این است که حرکتی از رویکرد جورسازی گذشته‌نگر گروه‌های کنترل و درمان به سوی رویکرد جورسازی آینده‌نگر^۱ در حال صورت گرفتن است. در اصل، آینده‌نگر به این معنا که افراد حاضر در گروه کنترل در همان زمان که افراد گروه درمان مشخص شدند، شناسایی می‌شوند. طرح‌های آینده‌نگر دارای مزایایی چند بر طرح‌های گذشته‌نگرند؛ اولاً اینکه پژوهشگران به‌طور بالقوه از متغیرهایی که احتمالاً برای جورسازی گروه‌ها مهم‌اند، با خبر می‌شوند؛ دوم اینکه پژوهشگران می‌توانند فرصت بیشتری برای ثبت دقیق مجموعه گسترده‌تری از متغیرهای خارجی به‌دست آورند و درنهایت اینکه طرح آینده‌نگر برای پژوهشگران این امکان را نیز فراهم می‌آورد که داده‌های هم‌عرضی از گروه‌های کنترل و درمانی گردآوری کنند. شایان ذکر است که این شیوه تا به حال به‌طور جدی در پژوهش‌های معدودی به کار رفته، زیرا در این رویکرد، به افراد و منابع زیادی برای ارزیابی گروه بزرگی از متخلفان درمان نشده نیاز است.

ایرادی نیز که برای بسیاری از پژوهش‌های صورت‌گرفته با گروه‌های نمونه داوطلبانه وارد است، اینکه این گروه‌های نمونه از افرادی تشکیل می‌شود که انگیزه زیادی برای تغییر دارند و قابل قیاس با گروه‌های غیرداوطلب نیستند و داده‌های حاصل از این گروه‌ها قابلیت تعمیم بر کل جامعه زندان را ندارند. به این معنا که تفاوت‌های انگیزشی گروه‌های نمونه کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد و کنترل می‌شود. شیوه‌ای که برای تفوق بر این مشکل پیشنهاد می‌شود انجام تحقیقات درون گروهی بین افراد داوطلب حاضر در گروه نمونه است، زیرا در این صورت است که می‌توان پذیرفت در اثر تصادفی‌سازی در درون گروه نمونه، تا حدودی توازن بین گروه‌های مورد مقایسه به لحاظ انگیزشی ایجاد می‌شود. این نوع تحقیقات درون گروهی بیشتر مربوط به ارزشیابی‌های کوتاه‌مدت است که در بطن ارزشیابی کلی صورت می‌گیرد. این شیوه را می‌توان برای ارزیابی چگونگی و میزان تغییرات در بین افراد گروه‌ها و بر اساس ابزارهای ارزیابی کلینیکی انجام داد (فرنیشپ و فال‌شاو، ۲۰۰۳).

^۱ . prospective

ارزشیابی آثار کوتاه مدت

گفتیم که ارزشیابی طولانی مدت شیوه مؤثری برای ارزیابی تأثیر برنامه‌های درمانی رفتار - خلاف بر میزان محکومیت مجدد است. طولانی مدت بودن فرایند بدین معناست که در صورت مدنظر قرار دادن این رویکرد، مدارک و دلایل آثار کوتاه مدت برنامه‌ها، چندان مورد توجه قرار نمی‌گیرند. اما بدون مشخص شدن آثار کوتاه مدت درمان، قابلیت اصلاح برنامه در موارد ضروری از دست خواهد رفت. راه حل تقریبی اما بالقوه برای حل این مشکل، استفاده از پژوهش‌های نتایج روان‌درمانی^۱ است. از نظر تاریخی، به علت تنوع مشخصه‌گرهای^۲ گوناگونی که در زمینه مطالعه آثار روان‌درمانی به کار رفته‌اند، مقایسه بین این تحقیقات را تقریباً ناممکن ساخته‌اند. علاوه بر آن، در بین پژوهشگران اتکای بیش از حد^۳ بر استفاده از میانگین‌های گروه‌ها و تفاوت معناداری در اندازه‌گیری آثار درمانی وجود دارد. این ایراد نه تنها در مطالعات درمانی، بلکه بر تمام دیگر انواع مداخله‌ها نیز وارد شده است. متوسط گروه، تغییرات فردی افراد در پاسخگویی به درمان را استتار می‌کند و فقط تغییرات کلی یا جمعی گروه را نشان می‌دهد. تفاوت معنادار آماری^۴ فقط مشخص می‌کند که تفاوت‌های به دست آمده بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون واقعی‌اند و بر اساس شانس به دست نیامده‌اند، اما مشخص نمی‌کنند که آیا این میزان تغییر ایجاد شده به لحاظ کلینیکی نیز معنادار است یا نه؟ بنابراین معناداری آماری گروه الزاماً با معناداری کلینیکی^۵ در تمام موارد پژوهش‌های مداخله‌ای مطابقت ندارد و باید معناداری کلینیکی که هدف آن همراهی و رساندن افراد به سطح سلامت است، مورد دقت نظر قرار گیرد.

در ارزشیابی روان‌شناختی متخلفان، در بسیاری از موارد از شیوه‌هایی بهره گرفته می‌شود که اغلب در مجموعه‌های روان‌شناختی دیگر به کار می‌رود. این روش‌ها شامل آزمون‌های استاندارد شده هوش (وکسلر^۶، ریون^۷، کتل^۸)، آزمون‌های عینی شخصیتی^۹ (NEO-PI،^{۱۰} MCMI،^{۱۱} MMPI،^{۱۲} CPI،^{۱۳} EPQ،

^۱ . Psychotherapy out come research

^۲ . indicators

^۳ . over – reliance

^۴ . statistical significance

^۵ . Clinical significance

^۶ . Wechsler Adult Intelligence Scale – Revised

^۷ . Reven's progressive Matrices (RPM)

^۸ . Cattelle Culture free intelligence test

^۹ . objective personality inventory

^{۱۰} . NEO – personlity inventory

^{۱۱} . Millon clinical Multiaxial inventory

^{۱۲} . Minnesota Multiphasic personality inventory

^{۱۳} . California psychological Inventory

MPI، SHAPS، PCL، آزمون‌های فرافکن شخصیتی^۴ (رورشاخ^۵، اندریافت موضوعی^۶، دهکده راتوس، مک‌اوور^۷، روزنویک^۸، زوندی^۹) و آزمون‌های بالینی و تشخیصی دیگری مثل SCI-90، NAS^{۱۰} و BAI^{۱۱}، TOMM^{۱۲}، VIP^{۱۳}، BHI^{۱۴}، DPRS^{۱۵}، PSE-10^{۱۶}، HAS^{۱۷}، DAS^{۱۸}، GAF^{۱۹}، GHQ^{۲۰}، SOTP^{۲۱}، SMS^{۳۳}، SS^{۳۲}، LC^{۳۱}، DSMD^{۳۰}، FA^{۲۹}، CBCL^{۲۸}، AAPI^{۲۷}، MDSPSS^{۲۶}، RP^{۲۵}، LC^{۲۴}، IRI^{۳۳}، SEQ^{۳۲}، TSES^{۳۴}، AEIII^{۳۵}، BDI^{۳۶}، BDHI^{۳۷}، SO^{۳۸}، GAMA^{۳۹}، PDS^{۴۰}، PCRS^{۴۱}، و آزمون‌های عصب-روان شناختی^{۴۲} (BNCE^{۴۱}، NIS^{۴۳}) است. در برخی موارد نیز از مصاحبه‌های ساختاریافته یا نیمه-ساختاریافته

- 1 . Eysenck personality Questionnaire
- 2 . Maudsly personality Inventory
- 3 . Special Hospital Assessment of personality and socialization
- 4 . Subjective personality inventory
- 5 . Rorschach inkblet test
- 6 . Thematic apperception test (TAT)
- 7 . Machover Draw – A – Person test
- 8 . Rosenzeig picture frastration study (P-E study)
- 9 . Szondi test
- 10 . Novaco Anger Scale
- 11 . Blame Attribution Inventory
- 12 . Test of Memory Malingering
- 13 . Validity Indicator profile
- 14 . Battery for Health Improvement
- 15 . Derogatis Psychiatric Rating Scale
- 16 . Present State Examination
- 17 . Hamilton Anxiety Scale
- 18 . Hamilton Depression Scale
- 19 . Global Assessment Scale
- 20 . General Health Questionire
- 21 . sex offnder treatment programe assessment battery
- 22 . Self – Estem Questiourmire
- 23 . Interpersonal Reactivity Index
- 24 . Locus of Control
- 25 . Relapse prevention
- 26 . Multi – Dimensional Scale of perceived Social Support
- 27 . The Adult Adolescent parenting inventory
- 28 . Child Behaviour checklist
- 29 . Fear Assessment
- 30 . Devereux Scales of Mental Disorder
- 31 . Locus of Control
- 32 . Sensation Seeking
- 33 . Self – Monitoring Scale
- 34 . The Tennessee Self – concept Scale
- 35 . The Assessing Evironments III Scale
- 36 . Beck Depression Inventory
- 37 . The Buss – Durkee Hostility Inventory
- 38 . Socialization from CPI
- 39 . General Ability Measure for Adults
- 40 . posttraumatic Stress Disorder Scale
- 41 . parent child Relationship survey
- 42 . Neuro psychological tests
- 43 . Neuro psychological Impariment Scale

نیمه‌ساختاریافته برای تشخیص اختلال‌های افراد استفاده شده است. از متداول‌ترین شیوه‌های مصاحبه می‌توان به جدول مصاحبه تشخیصی (DIS)^۲ (روبینز، کاتلر، بوچلز، کامپتن،^۳ ۱۹۹۸) یا جدول مصاحبه پایش مصرف مواد (DPAM)^۴ (مؤسسه قضایی ملی،^۵ ۱۹۹۸) اشاره کرد.

در مورد متخلفان بزرگسال در صورت لزوم باید پرونده کامل روان‌شناختی تشکیل شود. در این زمینه اجرای آزمون‌های روان‌شناختی و مشاوره بالینی باید همگام و مکمل یکدیگر باشند و هیچ‌یک از روش‌های اکتشاف شخصیت نباید از نظر دور نگه‌داشته شود. به عبارت دیگر، حفظ وحدت روش روان‌شناختی همواره باید مراعات شود.

بیشتر زندانیان به آزمون‌ها بدبین‌اند و پاسخ‌هایشان با واقعیت مغایرت دارد. پس نه تنها باید اعتماد آنان را جلب کرد، بلکه باید به این نکته نیز توجه داشت که نمی‌توان هر آزمونی را در مورد آنها به کار برد. به عبارت دیگر، انجام آزمایش روان‌شناختی در زندان مستلزم شرایط خاصی است که روان‌شناس باید خود را بر اساس تجربه و دانش بالینی با شرایط منطبق سازد (دادستان، ۱۳۸۲).

متأسفانه با وجود نیاز شدید سیستم زندان‌های کشور به موضوع مداخله روان‌شناختی در زندان‌ها، تاکنون شاهد کار مداخله‌ای درمانی در زندان‌ها نبوده‌ایم. به تنها موردی که می‌توان اشاره کرد، کارهای صورت‌گرفته توسط دکتر جلالی طهرانی در زندان مشهد است که سوابق آن در بخش پژوهش مرکز آموزشی و پژوهشی و سازمان زندان‌ها موجود است. این پژوهش بر اساس نظریه درمان یکپارچه‌گرایی اسلامی و بر روی گروه ۴۲ نفری از زندانیان اجرا شد. در طی دوره شش‌ماهه، احساس ناامنی، احتمال خودکشی، بدبینی و احتمال مجدد جرم در آنها کاهش و احساس هدفمند بودن زندگی نیز به‌طور معناداری افزایش یافت (جلالی طهرانی، ۱۹۹۵).

در پژوهشی دیگر روش درمانی یکپارچه‌گرایی اسلامی بر روی گروهی از زندانیان معتاد به مواد مخدر اجرا شد. این پژوهش ۶۰ آزمودنی داشت. نتایج به‌دست آمده حاکی از آن بود که این روش تأثیر معناداری در رفع وابستگی به مواد مخدر داشته است (قنبری، ۱۳۸۳). در پژوهش احمد برآبادی (۱۳۸۳) نیز با همین روش، مشخص شد که افراد بزهکار معتاد مورد درمان قرار گرفته، بهبودی معنادار در ادراک از خود نشان دادند.

در هر حال، ادبیات تحقیق در روان‌درمانی و مشاوره، حکایت از آن دارد که می‌توان با استفاده از روش‌های مختلف به کنترل و اصلاح رفتار مجرمانه زندانیان اقدام کرد. با این حال، تحقیقات بیشتری لازم است تا این دیدگاه پشتوانه علمی محکم‌تری به‌دست آورد. امید است با صورت گرفتن

^۱ . Brief Neuro Psychological – Cognitive Examination

^۲ . Diagnostic interview scheduals

^۳ . Robins, Cottler, Bucholz & Compton

^۴ . Druge Abuse Monitoring

^۵ . National Institue of justic

پژوهش‌هایی از این دست بستر لازم برای رشد و شکوفایی این حیطه در نظام قضایی کشور فراهم آید.

آنچه از پیشینه پژوهش برمی‌آید، این است که یکی از شیوه‌هایی که در حال حاضر در بسیاری از مجامع و تقریباً در کلیه کشورها بر سودمندی آن اتفاق نظر وجود دارد، درمان شناختی- رفتاری استدلال و توانبخشی (R&R) است. همان‌طور که ذکر شد، این برنامه درمانی، مداخله شناختی- رفتاری گروهی است که در آن موضوعاتی همچون کنترل خشم، کنترل استرس، بهبود روابط بین فردی، بازسازی شناختی و تفکر انتقادی بررسی شده است.

در داخل کشور به علت کمبود پیشینه (و تقریباً نبودن آن) و عدم دسترسی به بسته آموزشی، استدلال و توانبخشی (R&R)، بسته آموزشی مداخله شناختی- رفتاری تدوین و در پژوهش حاضر به کار برده شد تا بدین وسیله قدمی هر چند ناچیز در این حوزه برداشته شود و شروعی برای مطالعات بعدی باشد.

فصل سوم

روش پژوهش

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف جزو مطالعات بنیادی و از نظر شیوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع مطالعات آزمایشی و طرح آن از نوع آزمایشی با گروه کنترل است (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۷۶).

جامعه آماری و حجم نمونه

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 (خرداد ۱۳۸۴)، ۲۸۱۱ نفر بود که از این عده براساس دو معیار اقامت حداقل شش ماه در زندان شروع پژوهش و داشتن حداقل 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 ارائه شده در کلاس‌های آموزشی و توانایی پاسخ‌دهی به ابزارهای پژوهش مدنظر برای ارزیابی‌های لازم بوده است.

روش نمونه‌گیری

نمونه‌گیری انجام شده 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، ۲۰۰ نفر این افراد در فرایند مداخله‌ها درگیر و ۱۰۰ نفر دیگر در فهرست انتظار قرار گرفتند.

برای انتخاب نمونه ۳۰۰ نفری و محاسبه حجم نمونه مورد نظر با توجه به شرایط ذکر شده و در نظر گرفتن فرمول محاسبه حجم نمونه مطالعات آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل با سطح معناداری ($\alpha = 0.05$)، توان آزمون ($\beta = 0.80$) به صورت دو دامنه است که مشخصات آن در زیر آمده است:

^۱ . systematic random sampling

$$n = \left\{ \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{2\bar{P}(1-\bar{P})} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}}{P_1 - P_2} \right\}^2$$

میزان بازگشت به زندان بدون مداخله $P_1 = 0/6$	$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = Z_{1-0/05} = Z_{0/975} = 1/96$ $1-\frac{\alpha}{2}$ نمره استاندارد متناظر با سطح
میزان بازگشت به زندان بعد از مداخله $P_2 = 0/4$	$Z_{1-\beta} = Z_{0/8} = 0/84$ نمره استاندارد متناظر با سطح $1-\beta$
میانگین p_1 و p_2 $\bar{P} = 0/5$	

$$n = \left\{ \frac{1/96 \sqrt{2(0/5)(1-0/5)} + 0/84 \sqrt{0/6(1-0/6) + 0/4(1-0/4)}}{0/6 - 0/4} \right\}^2 \cong 97$$

چون پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند که روان‌درمانگری در جمعیت‌های مختلف به‌طور متوسط سبب کاهش و بهبود شدت علائم روانی در حدود بیست درصد افراد می‌شود (ماتیوس و فرانسیس، ۱۹۹۸ ترجمه اکبری، ۱۳۸۱؛ فرندشیب و همکاران، ۲۰۰۳)، بنا براین براساس محاسبه انجام‌شده حجم نمونه برای یک نوع مداخله حدود ۱۰۰ نفر خواهد بود که با توجه به وجود دو نوع مداخله یعنی ۱) درمان گروهی به همراه درمان فردی (درمان همزمان) و ۲) درمان فردی، ۲۰۰ نفر برای شرکت در این نوع مداخله‌ها انتخاب شدند. این در حالی است که ۱۰۰ نفر از بقیه افراد نمونه نیز به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شدند. 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.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش چهار ابزار به شرح زیر مورد استفاده قرار گرفت:

۱) 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.

۲) 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). پرسشنامه سلامت روان عمومی را می‌توان به عنوان مجموعه پرسش‌هایی در نظر گرفت که از سطوح نشانه‌های مشترک مرضی که در اختلال‌های مختلف روانی وجود دارند، تشکیل شده است. بدین ترتیب می‌تواند افراد دارای اختلال‌های روانی را به عنوان طبقه کلی از آنهایی که خود را سالم می‌پندارند، متمایز کند. بنابراین هدف این پرسشنامه دستیابی به تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست، بلکه منظور اصلی آن ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت است (استورا، ۱۹۹۱، ترجمه دادستان، ۱۳۷۷). پرسشنامه اصلی ۶۰ پرسش دارد، اما فرم‌های کوتاه‌شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی نیز وجود دارد (تقوی، ۱۳۸۰).

مزیت فرم ۲۸ ماده‌ای پرسشنامه سلامت روان عمومی که در این پژوهش مورد استفاده واقع شده، این است که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه به عنوان ابزار سنجش اولیه می‌تواند احتمال وجود یک اختلال روانی را در فرد تعیین کند. این پرسشنامه دارای چهار زیر مقیاس است: نشانه‌های جسمانی (مواد A ۷، ...، A ۱)، اضطراب (مواد B ۷، ...، B ۱)، ناکارآمدی اجتماعی (مواد C ۷، ...، C ۱)، و افسردگی وخیم (مواد D ۷، ...، D ۱). وجود چهار زیرمقیاس براساس تحلیل عاملی پاسخ‌ها ثابت شده است. نمره کلی هر فرد، از حاصل جمع نمره‌های چهار زیرمقیاس به دست می‌آید. محاسبات آماری نشان داده‌اند که اگرچه عامل مورد نظر در هر یک از زیرمقیاس‌ها ۰/۵۹ واریانس آن را تشکیل می‌دهد، اما ۴ زیرمقیاس به‌طور معناداری مستقل از یکدیگر نیستند. درجه همبستگی بین زیرمقیاس‌ها کمتر از درجه همبستگی بین هر زیر مقیاس و مقیاس کلی است (استورا، ۱۹۹۱، ترجمه دادستان، ۱۳۷۷).

^۱ . General Health Questionnaire-28

^۲ . Screening questionnaire

شیوه نمره‌گذاری

نمره‌گذاری این آزمون می‌تواند به دو صورت انجام شود:

الف: در حالت اول به هر پاسخ آزمودنی از راست به چپ ۰، ۱، ۲ یا ۳ نمره تعلق می‌گیرد. شایان ذکر است که سؤال‌های ۱، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ و ۲۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره‌های هر آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌ها به صورت جداگانه محاسبه می‌شود و پس از آن نمره‌های چهار زیرمقیاس را جمع می‌کنیم و نمره کلی را به دست می‌آوریم. نمره‌های بین ۱۴ تا ۲۱ در هر زیرمقیاس وخامت وضع آزمودنی در آن عامل را نشان می‌دهد (استورا، ۱۹۹۱، ترجمه دادستان، ۱۳۷۷). در این شیوه نمره‌گذاری نمره‌های بالاتر نشان‌دهنده سلامت عمومی بدتر و نمره‌های پایین‌تر نشان‌دهنده سلامت عمومی بهتر است. در این پژوهش از شیوه دوم نمره‌گذاری استفاده شد (پیوست ۱- الف).

ب: در حالت دوم از راست به چپ به هر پاسخ آزمودنی به ترتیب نمره‌های ۳، ۲، ۱ یا ۰ داده می‌شود و نمره‌های هر آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌ها به صورت جداگانه محاسبه می‌شود. شایان ذکر است که سؤال‌های ۱، ۱۵، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ و ۲۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. سپس نمره کلی فرد با جمع نمره‌های خرده‌مقیاس‌ها به دست می‌آید. در این شیوه نمره‌گذاری نمره‌های بهتر نشان‌دهنده سلامت عمومی بیشتر و نمره‌های کمتر نشان‌دهنده سلامت عمومی کمتر است (تقوی، ۱۳۸۰). دامنه نمره کلی هر فرد در هر دو شیوه نمره‌گذاری می‌تواند بین ۰ تا ۸۴ در نوسان باشد.

روایی و پایایی

تقوی (۱۳۸۰) در پژوهشی بر روی دانشجویان دانشگاه شیراز، روایی^۱ و پایایی^۲ پرسشنامه سلامت روان عمومی را بررسی کرد. در روش آزمون - آزمون مجدد، ضریب پایایی برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای خرده آزمون‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کژکنشی اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷، و ۰/۵۸ به دست آمد. تمام این ضرایب در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند. ضریب پایایی به روش دونیمه‌ای برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۶۸ و ۰/۷۷ بود. تمام این ضرایب نیز در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند.

روایی این پرسشنامه با اجرای همزمان آن با پرسشنامه میدسکس^۳ (MHQ) انجام گرفت که ضریب همبستگی ۰/۵۵ حاصل آن بود. در روش همبستگی خرده‌آزمون‌ها با یکدیگر و با آزمون اصلی به منظور

1. validity

2. reliability

3. Middlesex Hospital Questionnaire

بررسی روایی این پرسشنامه، نتایج ارائه شده همبستگی بین خرده‌آزمون‌ها با کل پرسشنامه را بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر نشان داد، که در مجموع شواهد موجود روایی و پایایی پرسشنامه سلامت روان عمومی را تأیید می‌کند (تقوی، ۱۳۸۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ و برای خرده‌آزمون‌های علائم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، کژکنشی اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۳، ۰/۶۶ و ۰/۸۵ بود. شایان توضیح است که در مطالعه مقدماتی اجرای ابزارهای پژوهش، گروه پژوهش متوجه وجود مشکلاتی در پاسخگویی به پرسش‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی شدند که لازم می‌نمود برخی از پرسش‌ها به صورتی بازنویسی شوند که قابل فهم برای برخی مددجویان باشد. از این رو برخی از پرسش‌ها براساس متن اصلی پرسشنامه، بازنویسی شد. این ابزار در اجرای اصلی تقریباً بدون مشکل توسط تمام مددجویان پاسخ داده شد. نتایج حاصل از اجرای پرسشنامه بازنویسی شده ضرایب پایایی بهتری را در مقایسه با پرسشنامه تقوی (۱۳۸۰) نشان داد. ضرایب پایایی محاسبه شده در این پژوهش به شرح زیر است.

جدول ۳-۱. ضرایب پایایی زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی در پژوهش حاضر (N=۳۰۰)

زیرمقیاس	آلفای کرونباخ	ضریب دو نیمه کردن
جسمانی‌سازی	۰/۸۳	۰/۸۴
اضطراب	۰/۸۹	۰/۹۵
ناکارآمدی اجتماعی	۰/۷۵	۰/۷۴
افسردگی	۰/۹۱	۰/۹۵
کل	۰/۸۹	۰/۸۱

۳) پرسشنامه فهرست نشانگان بیماری (SCL-90-R)^۱

فهرست نشانگان بیماری، یکی از پرستفاده‌ترین پرسشنامه‌ها در آمریکا است که علاوه بر استفاده برای بیماران روانی و ارزیابی ویژگی‌های روان‌شناختی، در مورد معتادان به الکل و مواد مخدر، ناتوانایی‌های جنسی، بیماران سرطانی، مبتلایان به امراض قلبی و بیماران با اختلال‌های شدید جسمی کاربرد دارد و وسیله خوبی برای تشخیص، تمیز و غربالگری است (میرزایی، ۱۳۵۹).

^۱ . Symptom CheckList-90-R

شیوه نمره‌گذاری

این پرسشنامه شامل ۹۰ پرسش است که برای ارزیابی ویژگی‌های روان‌شناختی به کار می‌رود. پاسخ‌های ارائه‌شده به هر یک از پرسش‌های پرسشنامه در مقیاس پنج درجه‌ای قرار می‌گیرد که در روی پاسخنامه پنج ستون و با یکی از ارقام یا کلمات زیر مشخص است:

صفر یا هیچ: یعنی این موضوع هیچ وقت برای من مسئله نبوده و هرگز مرا ناراحت نکرده است.

۱. کمی: این مشکل یا مسئله به مقدار بسیار کمی برای من وجود داشته و ناراحتی مختصری برای من فراهم ساخته است.

۲. تاحدی: این مسئله در حد متوسطی برای من مطرح بوده و مرا ناراحت کرده است.

۳. زیاد: این مسئله یا مشکل به دفعات متعدد (هر دو سه روز یکبار) و با شدت زیاد برای من اتفاق افتاده و تا حد زیادی موجب ناراحتی من شده است.

۴. خیلی زیاد: این مسئله یا مشکل به‌طور تقریبی هر روز و با شدت بسیار زیاد برای من مطرح بوده و بی‌اندازه مرا ناراحت کرده است.

در مقابل هر پرسش فقط باید یکی از جواب‌ها علامت زده شود. مدت زمان لازم برای اجرای آن در حدود ۱۲ تا ۱۵ دقیقه است، ولی افراد دقیق ممکن است در زمان بیشتری آن را تکمیل کنند، بنابراین محدودیت زمانی ندارد. پرسشنامه مذکور حالات افراد را از یک هفته قبل تا زمان اجرای آزمون مورد ارزشیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه نه بعد از ابعاد روان‌شناختی افراد را که شامل شکایت‌های جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌گسستگی، را ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه به صورت فردی و توسط متخصص کارآموده و یا مصاحبه‌کننده بالینی اجرا می‌شود. فرم اولیه این پرسشنامه توسط دراگوتیس، لیپمن و کووی^۱ در سال ۱۹۷۳ تدوین شد و پس از آن مورد تجدید نظر قرار گرفت و فرم نهایی آن توسط دراگوتیس، رایکلز و راک^۲ در سال ۱۹۷۶ ارائه شد (میرزایی، ۱۳۵۹).

^۱ Deragotis, Lipman & Covi

^۲ Dergatis, Rickels & Rock

روایی و پایایی

میرزایی در سال ۱۳۵۹ این آزمون را در ایران هنجاریابی و عنوان کرد که خرده مقیاس‌های این آزمون از پایایی ۰/۷۰ که با استفاده از روش آلفا به دست آمده بود، برخوردارند. روایی همزمان آزمون با پرسشنامه بیمارستان هیدسکسر^۱ (HHQ) تقریباً ۰/۷۳ و با نمره‌های تایرون^۲ و ویگینز^۳ به ترتیب ۰/۶۱ و ۰/۵۸ و با سیاهه شخصیتی چندوجهی مینه‌سوتا (MMPI)^۴، ۰/۵۱ گزارش شده است. برای بررسی روایی فرم کوتاه ۲۵ ماده‌ای این فهرست، نجاریان و داودی (۱۳۸۰) آن را با چهار ابزار پرسشنامه اضطراب عمومی (ANQ)^۵، فرم کوتاه سیاهه افسردگی بک (BDI)^۶، مقیاس کمال‌گرایی اهواز (APS)^۷، و مقیاس سرسختی اهواز (AHS)^۸ به‌طور همزمان اجرا کردند که ضرایب همبستگی‌های ۰/۶۹، ۰/۴۹، ۰/۵۶- و ۰/۶۶ حاصل شد.

هومن (۱۳۷۶) ضریب همسانی درونی زیرمقیاس این ابزار را در سطح قابل قبول و بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۸ و مقدار این ضریب را برای کل مجموعه برابر با ۰/۷۹ گزارش کرده است. این یافته‌ها حاکی از روایی و پایایی این آزمون است.

ضریب پایایی این آزمون در بین بیماران ایرانی ۰/۸۵ و در بین بیماران آمریکایی ۰/۸۳ گزارش شده است. بنابراین پرسشنامه از روایی و پایایی زیادی برای ارزیابی اختلال‌ها برخوردار است (میرزایی، ۱۳۵۹). در پژوهش حاضر برای ارزیابی پایایی آزمون از دو روش الف- آلفای کرونباخ^۹ و ب- تنصیف (دو نیمه کردن)^{۱۰} استفاده شد.

الف- روش آلفای کرونباخ: این روش برای محاسبه هماهنگی درونی ابزار اندازه‌گیری از جمله پرسشنامه که خصیصه‌های مختلفی را اندازه‌گیری می‌کند، به کار می‌رود (سرمد و همکاران، ۱۳۷۶). ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های نه بعدی ویژگی‌های روان‌شناختی آزمون SCL-90-R و برای کل پرسش‌ها محاسبه شد که در جدول ۲-۳ آمده است.

1 . Headskecer Hospital Questionnaire

2 . Tyron

3 . Wiggins

4 . Minnesota Multiphasic Personality Inventory

5 . Anxiety Questionnaire

6 . Beck Depression Inventory

7 . Ahwaz Perfectionism Scale

8 . Ahwaz Hardiness Scale

9 . Cronbach,s alpha

10 . split - half

جدول ۳-۲. ضرایب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی فهرست نشانگان بیماری (N=۳۰۰)

ضرایب آلفا	زیرمقیاس
۰/۸۶	شکایت‌های جسمانی
۰/۸۰	وسواس
۰/۷۸	حساسیت در روابط متقابل
۰/۸۶	افسردگی
۰/۸۷	اضطراب
۰/۷۷	پرخاشگری
۰/۷۵	ترس مرضی
۰/۷۶	افکار پارانوئیدی
۰/۷۴	روان‌گسستگی
۰/۹۷	کل

همان‌طور که در جدول ۳-۲ ملاحظه می‌شود، بیشترین ضریب پایایی در بعد اضطراب و سپس به ترتیب در ابعاد افسردگی و شکایت‌های جسمانی، وسواس، حساسیت در روابط متقابل، پرخاشگری، افکار پارانوئیدی، ترس مرضی و روان‌گسستگی مشاهده می‌شود. آلفای کرونباخ کل آزمون ۰/۹۷ است. بنابراین آزمون از ضریب پایایی خیلی بالایی برخوردار است.

ب - روش دو نیمه کردن (تصیف): این روش برای تعیین هماهنگی درونی یک آزمون به کار می‌رود. برای محاسبه ضریب در این روش، پرسش‌های آزمون را به دو نیمه تقسیم می‌کنند و همبستگی بین نمره‌های دو نیمه محاسبه می‌شود. ضریب همبستگی به دست آمده برای محاسبه قابلیت اعتماد (ضریب پایایی) به کار می‌رود (سرمد و همکاران، ۱۳۷۶).

ضریب پایایی دو نیمه آزمون که توسط رایانه محاسبه شد، در جدول ۳-۳ گزارش شده است.

جدول ۳-۳. نتایج روش دو نیمه کردن برای ارزیابی پایایی

نمره احتسابی	روش آماری
۰/۸۹	همبستگی بین دو نیمه
۰/۹۴	اسپیرمن - براون ^۱ (ضریب پایایی)
۰/۹۴	روش دو نیمه کردن گاتمن ^۲
۰/۹۴	نیمه اول آزمون
۰/۹۵	نیمه دوم آزمون
۰/۹۵	ضریب پایایی کلی

همان طور که ملاحظه می شود، ضریب همبستگی بین دو نیمه آزمون ۰/۸۹ و تقریباً بالاست. برای بررسی ضریب اعتماد (پایایی) آزمون از فرمول های خاص اسپیرمن - براون و گاتمن استفاده شد. سپس پایایی هر نیمه آزمون محاسبه شد و پایایی کلی آزمون هم که ۰/۹۵ بود و نشان دهنده ضریب پایایی بالایی است، ارائه شد. بنابراین ملاحظه می شود که آزمون اجرا شده بر روی نمونه های پژوهشی از ضریب پایایی خیلی زیادی برخوردار است (پیوست ۲-ب).

مصاحبه بالینی روان پزشکی

علاوه بر استفاده از ابزارهای پیش گفته، آزمودنی ها توسط روان پزشک، تحت مصاحبه بالینی روان پزشکی قرار گرفتند و بر اساس پرسشنامه ساختار یافته DSM-IV-TR اختلال های روانی آنها تشخیص داده شد. میزان توافق بین نتایج آزمون ها و مصاحبه بالینی روان پزشکی در تشخیص اختلال ها حدود ۰/۸۴ بود.

روش اجرای پژوهش

برای جمع آوری داده ها در مرحله پیش آزمون، پس از انتخاب گروه نمونه و هماهنگی لازم با مسئولان و بخش بهداشت و درمان زندان، مددجویان قرار گرفته در گروه نمونه - با واسطه رابطان بهداری هر یک از سالن ها - در ششم تیر ماه ۱۳۸۴ (۸۴/۴/۶) برای تکمیل ابزارهای پژوهش در دارالقرآن زندان جمع شدند. پس از توضیح در مورد طرح توسط مجری و تبیین اهداف و شیوه مداخله توسط اعضای گروه پژوهش، از

^۱ . Srearnan - Brown

^۲ . Guttman

مددجویان خواسته شد به ترتیب به پرسشنامه دموگرافیکی، پرسشنامه سلامت روان عمومی و فهرست نشانگان بیماری پاسخی دهند.

پس از مرحله پیش‌آزمون، انجام مداخله‌های طراحی شده شروع شد. درمان‌های همزمان توسط چهار درمانگر دارای مدرک دکتری تخصصی روان‌شناسی بالینی و هیأت علمی دانشگاه و 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 بین‌فردی و مهارت‌های اجتماعی مطلوب، کنترل خشم و غیره است. بسته آموزشی مداخله شناختی- رفتاری گروهی با تأکید بر آموزه‌های دینی دربرگیرنده مباحث ذکر شده و با رویکرد دینی و بیان مواردی از قرآن، حدیث و دیگر منابع اسلامی است. این بسته‌های 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 که آخرین گروه کار خود را به اتمام رساند، ادامه داشت. بسته‌های آموزشی شناختی- رفتاری گروهی و شناختی- رفتاری فردی با تأکید بر آموزه‌های دینی در پیوست ۲ ارائه شده است.

درمان‌های فردی نیز توسط ۶ درمانگر (۴ درمانگر دارای مدرک دکتری تخصصی و دو درمانگر دارای مدرک کارشناسی‌ارشد و روان‌شناسی بالینی) 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 پاسخی 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.

روش‌های آماری به‌کار رفته در تحلیل فرضیه‌ها

۱. برای تحلیل فرضیه‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) استفاده می‌شود، بدین علت که چندین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون با هم مقایسه می‌شود.

فصل چهارم

نتایج و یافته‌ها

در بخش روش پژوهش ذکر شد که در پژوهش حاضر سه گروه از آزمودنی‌ها حضور داشتند که طی پژوهش شرایط متفاوتی از مداخله روان‌شناختی را تجربه کردند. در گروه اول، تعدادی از مددجویان حضور داشتند که در قالب گروه‌های ۱۰ تا ۲۰ نفری شرایط درمان‌های شناختی- رفتاری گروهی و همزمان با آن درمان‌های فردی را تجربه می‌کردند (درمان همزمان). در گروه دوم، عده‌ای از مددجویان بودند که در جریان پژوهش فقط امکان استفاده از درمان‌های فردی شناختی- رفتاری برای ایشان فراهم شده بود و امکان دریافت مشاوره‌ها و درمان‌های فردی به فرد از درمانگران را داشتند (درمان فردی). گروه سوم نیز شامل مددجویانی بود که در جریان پژوهش خدماتی دریافت نکردند و در فهرست انتظار مداخله قرار داشتند (گروه کنترل). ارائه یافته‌ها و نتایج حاصل از این مددجویان در دو سطح صورت می‌گیرد؛ در سطح اول یافته‌های توصیفی حاصل از این گروه‌های سه‌گانه و در سطح دوم یافته‌های استنباطی حاصل از مقایسه‌های بین این سه گروه گزارش می‌شود.

یافته‌های توصیفی

در زمان شروع پژوهش، هر یک از مددجویانی که شرایط حضور در گروه نمونه را داشتند، پرسشنامه جمعیت‌شناختی را برای تکمیل در اختیار داشتند. برخی از مواردی که در این پرسشنامه گنجانیده شده بود عبارت بودند از سن، جنسیت، وضعیت تاهل، تحصیلات، سن اولین محکومیت، مدت محکومیت فعلی، محل سکونت، منبع امرارمعاش قبل از آخرین محکومیت، تعداد محکومیت‌های قبلی، سابقه مصرف مواد و الکل و سابقه مشکلات روانی. همراه با این پرسشنامه جمعیت‌شناختی، دو ابزار روان‌شناختی دیگر پرسشنامه سلامت روان عمومی (GHQ) و فهرست نشانگان بیماری (SCL-90-R) نیز در اختیار این آزمودنی‌ها قرار گرفت. این ابزارهای روان‌شناختی در دو نوبت توسط این افراد تکمیل شد؛ یکبار در ابتدای پژوهش و قبل از هر گونه مداخله (پیش‌آزمون) و بار دوم در زمان اتمام مداخله (پس‌آزمون). بدین معنا که پس‌آزمون توسط افراد حاضر در گروه درمان همزمان در پایان دوره آموزش گروهی و خدمات درمانی فردی همزمان و برای افرادی که از خدمات درمان‌های فردی بهره می‌گرفتند، همزمان با اتمام جلسات مشاوره و درمان فردی تکمیل می‌شد. تکمیل پس‌آزمون توسط گروه کنترل نیز، به صورت موازی و با نسبت برابر با موارد تکمیل‌شده توسط افراد حاضر در دو گروه دیگر صورت گرفت.

یافته‌های توصیفی جمعیت‌شناختی

از آنجا که برخی از پرسش‌های جمعیت‌شناختی در مقیاس فاصله‌ای و بعضی دیگر براساس مقیاس‌های اسمی نمره‌گذاری شد، از این‌رو برای خلاصه‌گویی، گزارش یافته‌های حاصل از مقیاس‌های فاصله‌ای در جدول ۴-۱ و یافته‌های حاصل از مقیاس‌های اسمی در جدول ۴-۲ ارائه شده است.

جدول ۴-۱. خلاصه یافته‌های توصیفی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مددجویان (N=۳۰۰)

متغیر	شاخص	میانگین	انحراف معیار	بیشینه	کمینه	میانه
سن	سن	۴۷/۰۴	۷/۸۹	۵۶	۲۴	۳۵
سن اولین محکومیت	سن اولین محکومیت	۲۴/۴۲	۹/۳۰	۵۲	۱۷	۲۲
مدت محکومیت	مدت محکومیت	۱۰/۲۱	۴/۷۲	۱۸	۴	۱۲
تعداد محکومیت‌های قبلی	تعداد محکومیت‌های قبلی	۱/۸۷	۲/۶۱	۸	۰	۳

همان‌طور که جدول ۴-۱ نشان می‌دهد، میانگین سنی مددجویان گروه نمونه ۴۷/۰۴ و سن اولین محکومیت ۲۵/۲۸ (اوایل جوانی) و مدت محکومیت فعلی آنها ۱۰/۲۱ سال بود که بیانگر محکومیت‌های سنگین است. تعداد محکومیت‌ها که ۱/۸۷ است، نشان‌دهنده تکرار زیاد جرم در این افراد است.

جدول ۴-۲. خلاصه یافته‌های توصیفی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مددجویان (N=۳۰۰)

درصد تراکمی	درصد فراوانی	فراوانی	شاخص	
			متغیر	
۱۰	۱۰	۳۰	زن	جنسیت
۱۰۰	۹۰	۲۷۰	مرد	
۴۱/۲	۴۱/۲	۱۲۴	راهنمایی	تحصیلات
۵۴/۹	۱۳/۷	۴۱	دبیرستان	
۹۲/۲	۳۷/۳	۱۱۳	دیپلم	
۱۰۰	۷/۸	۲۳	کارشناسی	
	۰	۰	کارشناسی ارشد	
	۰	۰	حوزوی	
۴۱/۵	۴۱/۵	۱۲۴	مجرد	وضعیت تأهل
۸۱/۱	۳۹/۶	۱۱۹	متاهل	
۱۰۰	۱۸/۹	۵۷	جداشده	
	۰	۰	همسر فوت شده	
۳۹/۶	۳۹/۶	۱۱۹	شهر	محل سکونت
۱۰۰	۶۰/۴	۱۸۱	روستا	
۹/۶	۹/۶	۲۹	حقوق کارمندی	امرار معاش قبل از محکومیت
۷۵	۶۵/۴	۱۹۶	کار آزاد	
۷۶/۹	۱/۹	۶	حقوق بازنشستگی	
۸۲/۷	۵/۸	۱۷	خانواده	
۸۲/۷	۰	۰	دوستان	
۹۸/۱	۱۵/۴	۴۶	کارهای خلاف	
۱۰۰	۱/۹	۶	سایر موارد	
۷/۷	۷/۷	۲۳	مالی	نوع محکومیت فعلی
۲۶/۹	۱۹/۲	۵۷	قتل	
۳۲/۷	۵/۸	۱۷	خرید و فروش مواد	
۶۵/۴	۳۲/۷	۹۸	سرقت	
۱۰۰	۳۴/۶	۱۰۵	سایر	
۴۸/۱	۴۸/۱	۱۴۴	بلی	سابقه مصرف مواد
۱۰۰	۵۱/۹	۱۵۶	خیر	
۱۱/۳	۳۵/۸	۱۰۷	بلی	مشکلات روانی
۱۰۰	۶۴/۲	۱۹۳	خیر	
۱۱/۳	۱۱/۳	۳۴	بلی	استفاده از خدمات روان‌شناختی
۱۰۰	۸۸/۷	۲۶۶	خیر	

جدول ۴-۲ نشان می‌دهد که ۱۰ درصد گروه نمونه را زنان و ۹۰ درصد آن را مردان تشکیل می‌دهند. بیش از نیمی از مددجویان گروه نمونه تحصیلات کمتر از دیپلم دارند (۵۵ درصد)، تقریباً نیمی از آنها مجرد (۴۲ درصد)، بیشتر آنها متولد روستا (۶۰/۰۴ درصد)، شیوهٔ امرارمعاش آنها قبل از محکومیت از کار آزاد (۶۵ درصد) و کار خلاف (۱۵/۴ درصد) بوده است. بیشتر این افراد به‌واسطهٔ انجام سرقت (۳۳ درصد) در زندان به سر می‌بردند. به‌طور تقریبی نیمی از آنها سابقهٔ مصرف مواد (۴۸ درصد) داشته و یک سوم (۳۶ درصد) آنها قبل از محکومیت دچار مشکلات روانی بوده‌اند. درحالی‌که فقط در حدود یک دهم (۱ درصد) ایشان از خدمات روان‌شناختی و روان‌پزشکی استفاده کرده‌اند.

یافته‌های توصیفی ابزارهای پرسشنامهٔ سلامت روان عمومی و فهرست نشانگان بیماری

پرسشنامهٔ سلامت روان عمومی که در برگیرندهٔ ۲۸ ماده است، ۴ زیرمقیاس جسمانی‌سازی، اضطراب، ناکارآمدی اجتماعی و افسردگی دارد. البته برای این پرسشنامهٔ نمرهٔ شاخص کلی (GSI) نیز محاسبه می‌شود که میانگین نمره‌های زیرمقیاس‌ها برای هر فرد است. یافته‌های توصیفی حاصل از این پرسشنامه در مرحلهٔ پیش‌آزمون پژوهش در جدول ۴-۳ ارائه شده است.

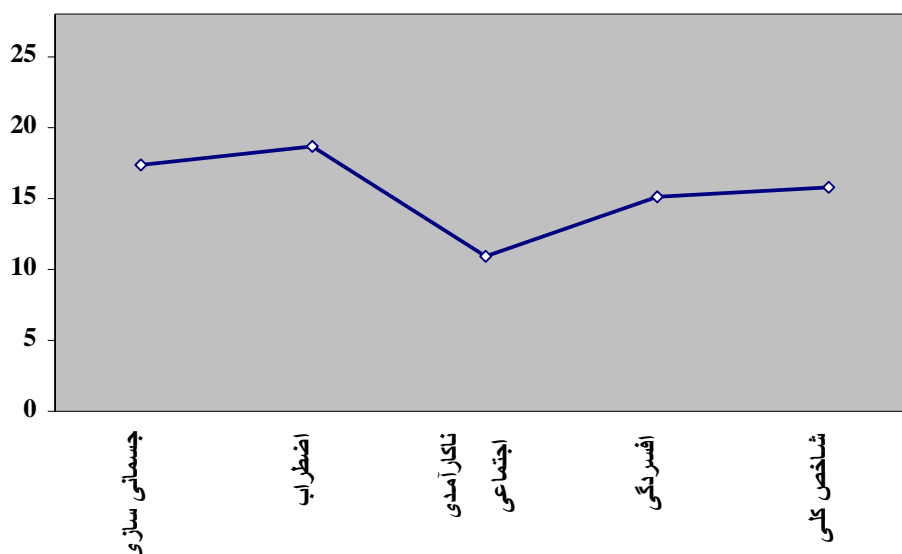
جدول ۴-۳. خلاصهٔ یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون پرسشنامهٔ سلامت روان عمومی (N=۳۰۰)

زیرمقیاس	میانگین	خطای معیار ^۱ میانگین	انحراف معیار
جسمانی‌سازی	۱۷/۴۰	۰/۲۸	۴/۷۴
اضطراب	۱۸/۷۱	۰/۳۱	۵/۳۰
ناکارآمدی اجتماعی	۱۰/۹۴	۰/۲۰	۳/۴۰
افسردگی	۱۵/۸۱	۰/۴۰	۶/۶۹
شاخص کلی	۱۵/۷۲	۰/۲۴	۴/۰۸

جدول ۴-۳ نشان می‌دهد که در مرحلهٔ پیش‌آزمون بیشتر میانگین‌های زیرمقیاس‌ها بالاتر از حد آستانهٔ توجه بالینی (نمرهٔ ۱۴) است. این موضوع بیانگر وخامت وضعیت سلامت روان عمومی در مددجویان مورد بررسی است. نیمرخ^۲ این گروه در نمودار ۴-۱ ارائه شده است.

۱. توضیح این که در سراسر این فصل خطای معیار و انحراف معیار به ترتیب معادل‌های عبارت standard deviation, standard error در نظر گرفته شده‌اند.

۲. profile



نمودار ۴-۱. میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی کل گروه نمونه

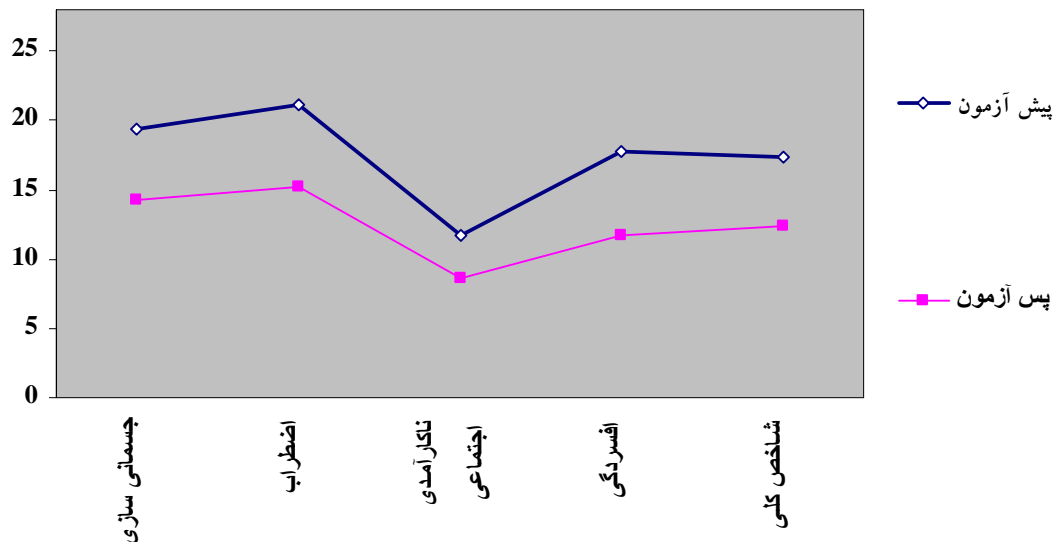
همان‌طور که می‌دانیم، در جریان پژوهش ۳۰۰ نفر در سه گروه (همزمان و کنترل) به تعداد مساوی (۱۰۰ نفر) قرار گرفتند. پس از مداخله در نظر گرفته برای هر گروه و پایان دوره آموزش و درمان، از این گروه‌ها پس‌آزمون گرفته شد که نتایج توصیفی آنها در جداول ۴-۴ تا ۴-۶ آمده است. شایان ذکر است که در مرحله پس‌آزمون به دلیل عدم دسترسی به برخی از مددجویان، تعدادی از آنها از مطالعه خارج شدند.

جدول ۴-۴. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه درمان همزمان (N=۷۴)

پس‌آزمون			پیش‌آزمون			شاخص زیرمقیاس
انحراف معیار	خطای معیار	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	میانگین	
۴/۵۸	۰/۶۳	۱۴/۲۳	۴/۴۳	۰/۶۱	۱۹/۰۴	جسمانی سازی
۴/۷۴	۰/۶۵	۱۵/۱۵	۴/۸۱	۰/۶۶	۲۱/۰۸	اضطراب
۴/۰۸	۰/۵۶	۸/۶۰	۲/۲۶	۰/۳۱	۱۱/۷۷	ناکارآمدی اجتماعی
۵/۳۹	۰/۷۴	۱۱/۷۲	۶/۲۹	۰/۸۶	۱۷/۷۴	افسردگی
۲/۹۳	۰/۵۴	۱۲/۴۲	۳/۶۰	۰/۵۰	۱۷/۴۱	شاخص کلی

جدول ۴-۴ دربرگیرنده یافته‌های ۷۴ نفر از ۱۰۰ نفر گروه درمان همزمان است، زیرا ۲۶ نفر از مددجویان قرار گرفته در این گروه، به دلایلی همچون آزاد شدن، انتقال به زندان دیگر یا نداشتن

تمایل به ادامه درمان از شرکت در کلاس‌ها امتناع کردند. آنچه از مقایسه میانگین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر یک از زیرمقیاس‌ها یا شاخص کلی حاصل می‌شود، این است که بدون استثنا تمام میانگین‌ها در مرحله پس‌آزمون کاهش نشان می‌دهند. بنابراین می‌توان گفت که این گروه از افراد در اثر مداخله همزمان، در مشکلات سلامت روان عمومی کاهش نشان می‌دهند. نیمرخ کلی افراد این گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در نمودار ۴-۲ ارائه شده است.



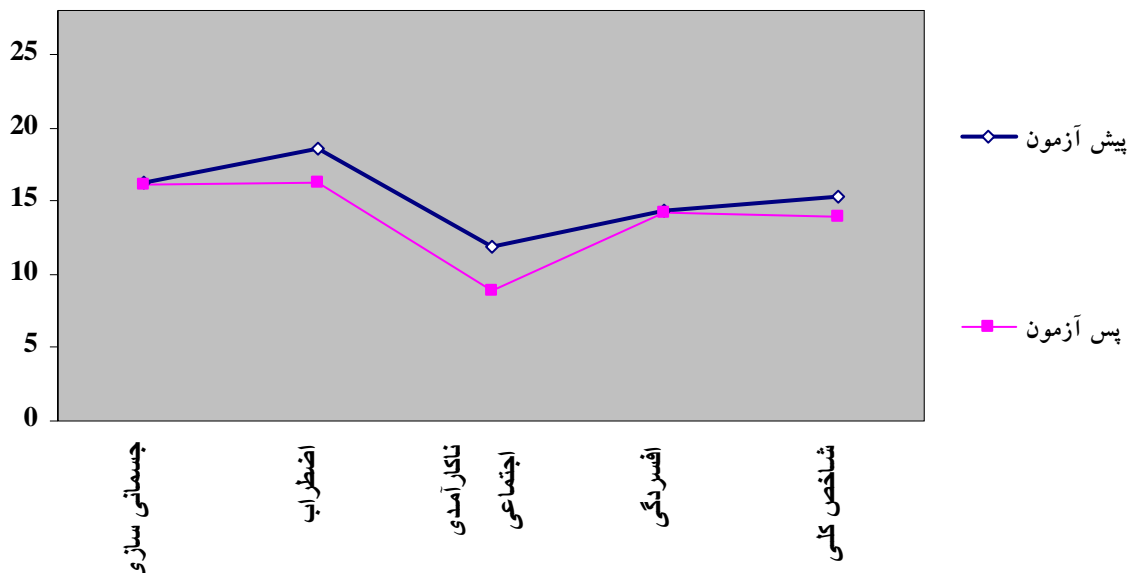
نمودار ۴-۲. میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی گروه درمان همزمان

جدول ۴-۵. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه درمان فردی (N=۷۰)

پس‌آزمون		پیش‌آزمون			شاخص زیرمقیاس	
انحراف معیار	خطای معیار	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار		میانگین
۴/۵۸	۰/۸۴	۱۶/۱۳	۵/۳۸	۰/۹۸	۱۶/۲۷	جسمانی سازی
۵/۶۰	۱/۰۲	۱۶/۲۰	۶/۲۵	۱/۱۴	۱۸/۵۷	اضطراب
۴/۴۷	۰/۸۲	۸/۹۰	۶/۵۷	۱/۲۰	۱۱/۸۷	ناکارآمدی اجتماعی
۶/۴۸	۱/۱۸	۱۴/۲۷	۶/۹۶	۱/۲۷	۱۴/۳۳	افسردگی
۴/۵۰	۰/۱۲	۱۳/۸۸	۵/۴۵	۰/۹۹	۱۵/۳۱	شاخص کلی

جدول ۴-۵ دربرگیرنده یافته‌های توصیفی ۷۰ نفر از گروه درمان فردی است. ۳۰ نفر از این گروه نیز از شرکت در درمان‌ها و آموزش‌ها امتناع کردند. مقایسه بین میانگین‌های مرحله پیش‌آزمون و

پس‌آزمون نشان می‌دهد که میانگین زیرمقیاس‌ها نیز کاهش یافته است. در بین زیرمقیاس‌ها نیز ناکارآمدی اجتماعی بیشتر کاهش در میانگین را نشان می‌دهد. نیمرخ این گروه از افراد در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در نمودار ۳-۴ ارائه شده است.



نمودار ۳-۴. میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی گروه درمان فردی

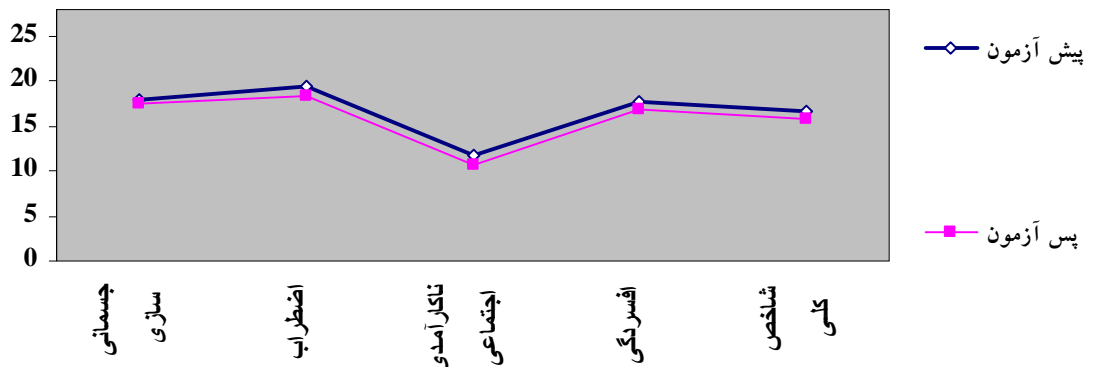
جدول ۴-۶. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه

کنترل (N=۶۴)

پس آزمون			پیش آزمون			شاخص زیرمقیاس
انحراف معیار	خطای معیار	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	میانگین	
۴/۷۶	۰/۸۰	۱۷/۶۳	۳/۷۱	۰/۶۳	۱۸/۰۳	جسمانی سازی
۶/۰۱	۱/۰۲	۱۸/۳۱	۴/۵۶	۰/۷۷	۱۹/۴۰	اضطراب
۳/۸۵	۰/۶۵	۱۰/۶۶	۲/۸۱	۰/۴۸	۱۱/۷۷	ناکارآمدی اجتماعی
۷/۴۵	۱/۲۶	۱۶/۹۴	۶/۸۴	۱/۱۶	۱۷/۷۷	افسردگی
۴/۸۷	۰/۸۲	۱۵/۸۹	۳/۵۷	۰/۶۰	۱۶/۶۹	شاخص کلی

جدول ۴-۶ نیز دربرگیرنده یافته‌های توصیفی از ۶۴ نفر گروه کنترل است. ۳۶ نفر از این گروه نیز به دلایل مشابه با موارد پیش‌گفته در پس‌آزمون حضور نیافتند. مقایسه میانگین زیرمقیاس‌ها در مراحل پیش و پس‌آزمون نشان می‌دهد که در میانگین‌های مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون، کاهش جزئی ایجاد شد، ولی تغییرات آنچنان زیاد نبود و تغییرات نامحسوس در افراد

این گروه در پی نخواهد داشت. نمودار ۴-۴ نیمرخ گروه کنترل را در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.



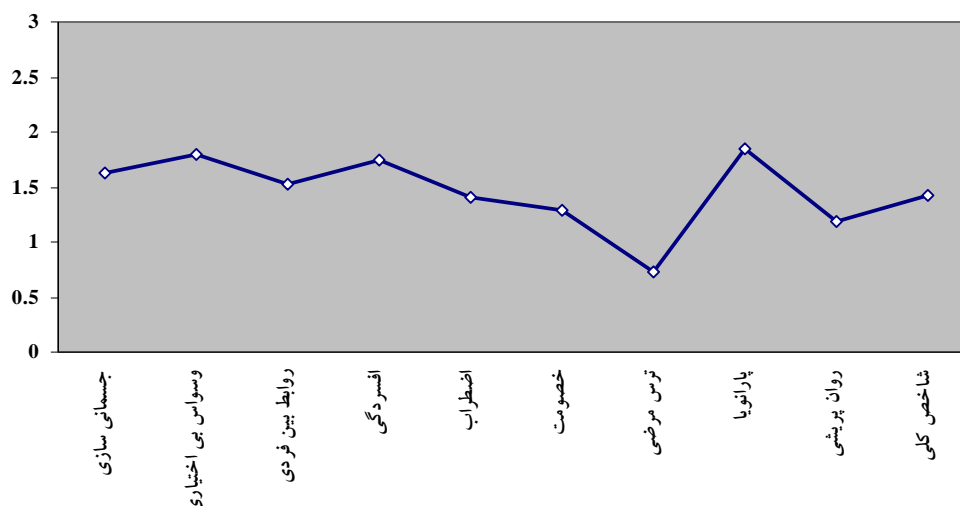
نمودار ۴-۴. میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی گروه کنترل

فهرست نشانگان بیماری (SCL-90-R) دربرگیرنده ۹ زیرمقیاس جسمانی، و سواس بی‌اختیاری، روابط بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، پارانوئیا و روان‌پریشی است و یک شاخص کلی (GSI) نیز می‌توان محاسبه کرد که میانگین نمره‌های فرد برای ماده‌های فهرست است. یافته‌های توصیفی از این فهرست برای مرحله پیش‌آزمون کل گروه نمونه (N=۳۰۰) به شرح زیر است.

جدول ۴-۷. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری گروه نمونه (N=۳۰۰)

شاخص	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار
جسمانی‌سازی	۱/۶۲	۱	۰/۰۶۱
وسواس بی‌اختیاری	۱/۷۹	۰/۸۹	۰/۰۵۴
روابط بین فردی	۱/۵۳	۰/۸۶	۰/۰۵۲
افسردگی	۱/۷۴	۰/۹۷	۰/۰۵۹
اضطراب	۱/۴۱	۰/۹۶	۰/۰۵۸
خصومت	۱/۲۸	۰/۹۸	۰/۰۵۹
ترس مرضی	۰/۷۳	۰/۷۱	۰/۰۴۳
پارانویا	۱/۸۵	۰/۸۷	۰/۰۵۲
روان‌پریشی	۱/۱۸	۰/۷۹	۰/۰۴۷
شاخص کلی	۱/۴۳	۰/۷۷	۰/۰۵

جدول ۴-۷ نشان می‌دهد که به‌طور تقریبی همه میانگین‌های زیرمقیاس‌ها در بالای آستانه توجه بالینی (نمره ۱) قرار دارند که نشان‌دهنده نیاز به توجه به مشکلات و علائم روانی در مددجویان است. نیمرخ این گروه از افراد در نمودار ۴-۵ ارائه شده است.



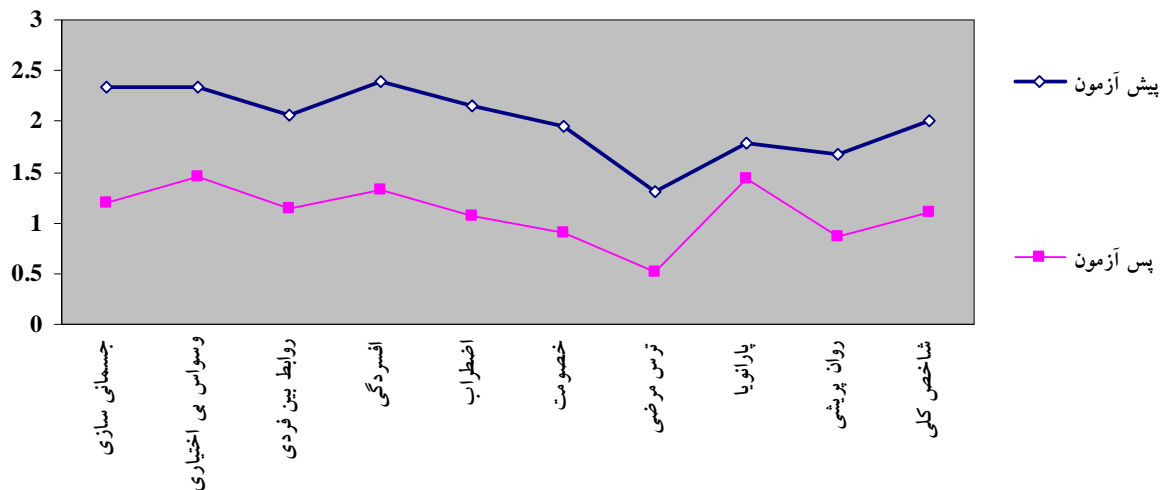
نمودار ۴-۵. میانگین زیرمقیاس‌های پیش‌آزمون فهرست نشانگان بیماری کل گروه نمونه

جدول ۴-۸ خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری گروه

درمان همزمان (N=۷۴)

پس‌آزمون			پیش‌آزمون			شاخص زیرمقیاس
انحراف معیار	خطای معیار	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	میانگین	
۰/۸۶	۰/۱۲	۱/۱۹	۰/۸۱	۰/۱۱	۲/۳۴	جسمانی سازی
۰/۷۹	۰/۱۱	۱/۴۵	۰/۶۸	۰/۰۹	۲/۳۳	وسواس بی اختیاری
۰/۷۲	۰/۱۰	۱/۱۴	۰/۷۶	۰/۱۰	۲/۰۷	روابط بین فردی
۰/۹۴	۰/۱۳	۱/۳۳	۰/۸۳	۰/۱۱	۲/۳۹	افسردگی
۰/۸۷	۰/۱۲	۱/۰۶	۰/۰۹	۰/۱۲	۲/۱۵	اضطراب
۰/۸۵	۰/۱۲	۰/۹۰	۰/۹۶	۰/۱۳	۱/۹۵	خصومت
۰/۵۵	۰/۰۸	۰/۵۱	۰/۸۳	۰/۱۱	۱/۳۰	ترس مرضی
۰/۸۲	۰/۱۱	۱/۴۳	۰/۶۷	۰/۰۹	۱/۷۹	پارانویا
۰/۷۰	۰/۰۹	۰/۸۷	۰/۰۸	۰/۱۱	۱/۶۸	روان پریشی
۰/۷۰	۰/۰۹	۱/۱۱	۰/۶۱	۰/۰۸	۲	شاخص کلی

جدول ۴-۸ نشان می‌دهد که میانگین گروه درمان همزمان در کلیه زیرمقیاس‌ها نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته که نشان‌دهنده کاهش نشانگان بیماری این گروه در مرحله پس‌آزمون است. نمودار ۴-۶، وضعیت این گروه را در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

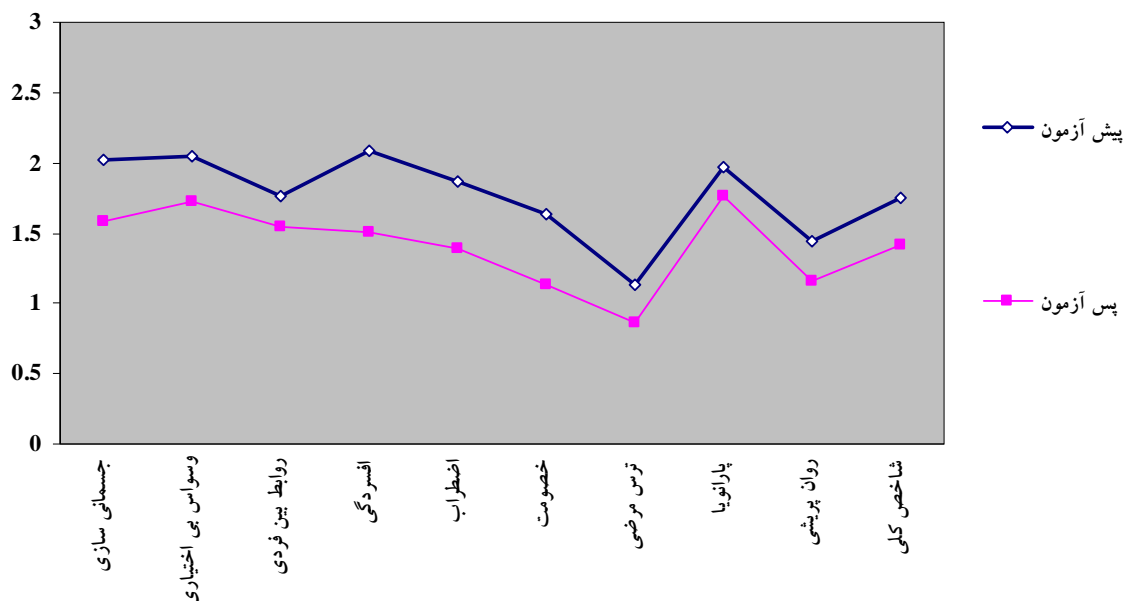


نمودار ۴-۶. میانگین زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری گروه درمان همزمان

جدول ۴-۹. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری گروه درمان فردی (N=70)

پس‌آزمون			پیش‌آزمون			شاخص زیرمقیاس
انحراف معیار	خطای معیار	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	میانگین	
۰/۹۶	۰/۲۱	۱/۵۹	۰/۸۶	۰/۱۶	۲/۰۲	جسمانی سازی
۰/۸۴	۰/۱۷	۱/۷۳	۰/۷۷	۰/۱۴	۲/۰۵	وسواس بی‌اختیاری
۰/۹۹	۰/۱۵	۱/۵۴	۰/۷۱	۰/۱۳	۱/۷۷	روابط بین فردی
۱/۰۱	۰/۱۸	۱/۵۱	۰/۸۰	۰/۱۵	۲/۰۹	افسردگی
۱/۰۶	۰/۱۸	۱/۳۹	۰/۸۳	۰/۱۵	۱/۸۷	اضطراب
۰/۸۲	۰/۱۹	۱/۱۳	۰/۸۶	۰/۱۶	۱/۶۴	خصوصیت
۰/۸۲	۰/۱۵	۰/۸۶	۰/۷۰	۰/۱۳	۱/۱۳	ترس مرضی
۰/۷۹	۰/۱۵	۱/۷۷	۰/۶۹	۰/۱۳	۱/۹۷	پارانویا
۰/۸۹	۰/۱۶	۱/۱۶	۰/۵۹	۰/۱۲	۱/۴۴	روان‌پریشی
۰/۸۰	۰/۱۵	۱/۴۱	۱/۱۳	۰/۱۱	۱/۷۵	شاخص کلی

یافته‌های ارائه شده در جدول ۴-۹ نشان می‌دهد که گروه درمان فردی پس از مداخله‌های فردی و در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون در تمام زیرمقیاس‌ها، شاهد کاهش میانگین و بنابراین کاهش نشانگان بیماری بوده است. نمودار ۴-۷، وضعیت این گروه را در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.



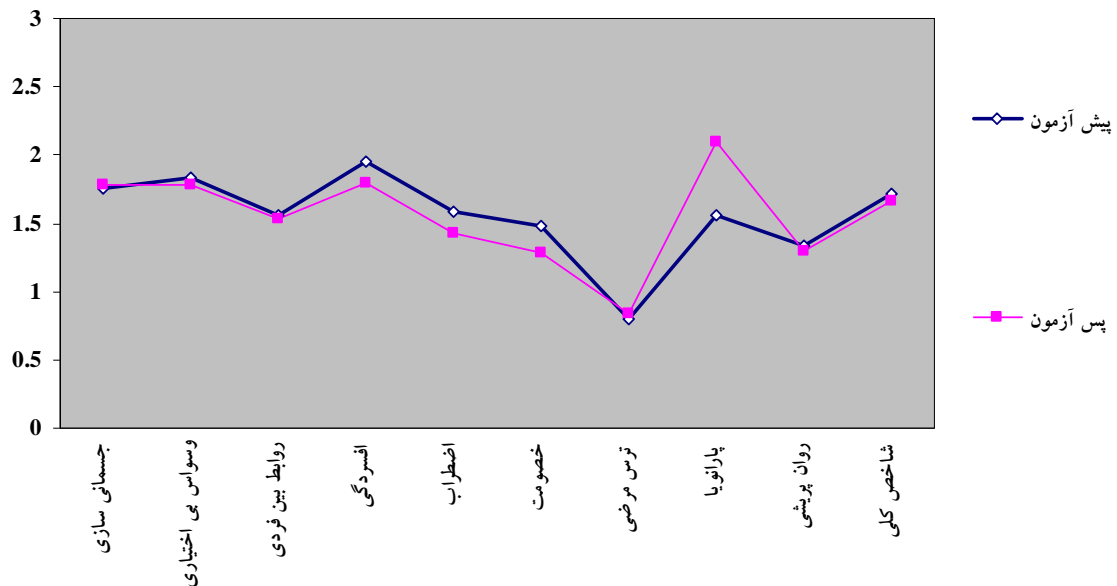
نمودار ۴-۷. میانگین زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری گروه درمان فردی

جدول ۴-۱۰. خلاصه یافته‌های توصیفی نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری

گروه کنترل (N=۶۴)

پس‌آزمون			پیش‌آزمون			شاخص زیرمقیاس
انحراف معیار	خطای معیار	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	میانگین	
۰/۹۸	۰/۱۷	۱/۷۸	۰/۸۶	۰/۱۵	۱/۷۶	جسمانی سازی
۰/۹۴	۰/۱۶	۱/۷۸	۰/۷۵	۰/۱۳	۱/۸۴	وسواس بی‌اختیاری
۰/۸۴	۰/۱۴	۱/۵۳	۰/۸۱	۰/۱۴	۱/۵۶	روابط بین فردی
۱/۰۱	۰/۱۷	۱/۷۹	۰/۷۵	۰/۱۳	۱/۹۵	افسردگی
۰/۹۹	۰/۱۷	۱/۴۳	۰/۸۹	۰/۱۵	۱/۵۸	اضطراب
۰/۹۳	۰/۱۶	۱/۲۸	۰/۹۹	۰/۱۷	۱/۴۸	خصومت
۰/۸۷	۰/۱۵	۰/۸۴	۰/۶۵	۰/۱۱	۰/۸۰	ترس مرضی
۱/۵۳	۰/۳۰	۲/۱۰	۰/۶۱	۰/۱۰	۱/۵۶	پارانویا
۰/۹۷	۰/۱۶	۱/۳۱	۰/۷۷	۰/۱۳	۱/۳۴	روان‌پریشی
۰/۹۷	۰/۱۶	۱/۶۷	۰/۷۰	۰/۱۲	۱/۷۲	شاخص کلی

یافته‌های ارائه‌شده در جدول ۴-۱۰ نشان می‌دهد که میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری در گروه کنترل و بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نه تنها کاهش محسوسی نیافته، بلکه در برخی زیرمقیاس‌ها نیز میانگین بیشتر شده است که بیانگر افزایش نشانگان بیماری گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون است. نمودار ۴-۸ وضعیت این گروه را در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.



نمودار ۴-۸. میانگین زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری گروه کنترل

یافته‌های استنباطی

قبل از وارد شدن به بررسی تفاوت‌های ایجادشده در گروه‌های مختلف (مرحله پس‌آزمون)، لازم است عدم وجود تفاوت (ها) در مرحله قبل از مداخله (پیش‌آزمون) مورد دقت واقع شود، یعنی مشخص شود که آیا بین گروه‌های ۱۰۰ نفری (همزمان، فردی و کنترل) در مرحله پیش‌آزمون تفاوت وجود داشته است یا نه؟

مقایسه این سه گروه براساس شاخص‌های کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی و فهرست نشانگان در جداول ۴-۱۱ و ۴-۱۴ ارائه شده است.

جدول ۴-۱۱. خلاصه یافته‌های توصیفی گروه‌های مددجویان قرار گرفته در شرایط سه‌گانه پژوهش در شاخص کلی

پرسشنامه سلامت روان عمومی مرحله پیش‌آزمون (N=۲۰۸)

شاخص / گروه	میانگین	خطای معیار	انحراف معیار
درمان همزمان	۱۷/۴۰	۰/۴۹	۳/۶۰
درمان فردی	۱۵/۳۱	۰/۹۹	۴/۴۵
کنترل	۱۶/۶۹	۰/۶۱	۳/۵۸

جدول ۴-۱۲. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس یک‌راهه گروه‌های مددجویان قرار گرفته در شرایط سه‌گانه پژوهش براساس

شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مرحله پیش‌آزمون (N=۲۰۸)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجات آزادی	نسبت F	سطح معناداری
شاخص کلی سلامت روان عمومی	بین گروهی	۸۴/۰۳	۲	۲/۸	۰/۱۳
	درون گروهی	۲۹۷۰/۴۱	۲۰۵		

یافته‌های جدول ۴-۱۲ نشان می‌دهد که بین گروه‌های سه‌گانه مددجویان (گروه‌های درمان همزمان، فردی و کنترل) از نظر شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مرحله پیش‌آزمون تفاوتی وجود ندارد، از این رو می‌توان آنها را از این حیث معادل در نظر گرفت.

جدول ۴-۱۳. خلاصه یافته‌های توصیفی گروه‌های مددجویان قرار گرفته در شرایط سه‌گانه پژوهش در شاخص کلی

فهرست نشانگان بیماری در مرحله پیش‌آزمون (N=۲۰۸)

شاخص / گروه	میانگین	خطای معیار	انحراف معیار
درمان همزمان	۱۲	۰/۰۸	۰/۶۱
درمان فردی	۱/۷۵	۰/۱۱	۰/۵۹
کنترل	۱/۷۲	۰/۱۲	۰/۷۰

جدول ۴-۱۴. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس گروه‌های مددجویان قرار گرفته در شرایط سه‌گانه پژوهش براساس شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مرحله پیش‌آزمون (N=۲۰۸)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجات آزادی	نسبت F	سطح معناداری
شاخص کلی سلامت روان عمومی	بین گروهی	۳/۲۸	۱۲	۲/۶۴	۰/۲۱
	درون گروهی	۱۲۷/۹۴	۲۰۵		

یافته‌های جداول ۴-۱۳ و ۴-۱۴ نشان می‌دهد که سه گروه درمان همزمان، فردی و کنترل از حیث شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مرحله پیش‌آزمون با هم تفاوت معناداری ندارند، پس می‌توان این سه گروه را از این نظر یکسان و مشابه هم دانست. بنابراین در مجموع می‌توان سه گروه درمان همزمان، فردی و کنترل را قبل از مداخله و براساس ابزارهای پژوهش معادل و مشابه هم دانست و مقایسه آماری صحیح این سه گروه را در میزان تغییرات میانگین امکان‌پذیر دانست.

در زمان اجرای پژوهش، برای ارائه خدمات به مددجویان، گروه درمان همزمان، به پنج گروه ۲۰ نفری تقسیم شد. از این پنج گروه، یک گروه مددجویان زن را در خود جای داده بود که توسط درمانگر زن، مداخله شناختی- رفتاری به این افراد ارائه می‌شد. در چهار گروه دیگر آزمودنی‌های مرد جای داده شده بودند و هر یک از گروه‌ها توسط درمانگر مرد هدایت می‌شدند. سه گروه از این چهار گروه به واسطه مداخله شناختی- رفتاری و یک گروه نیز به واسطه مداخله شناختی- رفتاری با تأکید بر آموزه‌های دینی خدمات‌دهی می‌شدند.

گروه‌های درمان شناختی- رفتاری همزمان مددجویان مرد

برای گزارش نتایج، در ابتدا مقایسه‌ای درمورد میزان اثربخشی مداخله بین سه گروه مددجویان مرد که از خدمات شناختی- رفتاری همزمان بهره گرفته بودند، براساس شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی و فهرست نشانگان بیماری‌ها صورت گرفت تا مشخص شود که آیا این گروه‌ها از این مداخله اثربخشی متفاوتی حاصل کرده‌اند یا نه؟

جدول ۴-۱۵. خلاصه یافته‌های توصیفی سه گروه مددجویان مرد بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان براساس

تغییر شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی (N=۴۶)

شاخص متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطار معیار
گروه ۱	۱۲	-۳/۵	۲/۶۵	۰/۷۷
گروه ۲	۲۰	-۵/۵۱	۳/۱۷	۰/۶۹
گروه ۳	۱۴	-۵/۳۹	۲/۹۸	۱/۱۳

جدول ۴-۱۵ نشان می‌دهد که کلیه تغییرات میانگین که از تفاضل میانگین پیش‌آزمون از پس‌آزمون در شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی به دست آمده، منفی است. بنابراین می‌توان گفت که مداخله شناختی- رفتاری در گروه مددجویان بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان منجر به تغییرات میانگین در جهت کاهش شاخص در پس‌آزمون شده است. انجام تحلیل واریانس یک‌راهه براساس میزان تغییرات شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی نشان خواهد داد که آیا این سه گروه از مداخله شناختی- رفتاری همزمان به یک اندازه دستخوش اثربخشی شده‌اند یا نه؟ خلاصه نتایج تحلیل یافته‌ها در جدول ۴-۱۶ ارائه شده است.

جدول ۴-۱۶. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس یک‌راهه سه گروه مددجویان مرد بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری

همزمان براساس تغییر شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی (N=۴۶)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	نسبت F	سطح معناداری
تغییر شاخص کلی سلامت روان عمومی	بین گروهی	۳۳/۰۸	۲	۱/۸۴	۰/۱۸
	درون گروهی	۳۳۱/۷۹	۴۳		

جدول ۴-۱۶، نشان می‌دهد که سه گروه مددجویان مرد بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان براساس تغییر شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی در سطح $p < ۰/۰۵$ از یکدیگر تفاوت ندارند و می‌توان این سه گروه را به‌عنوان یک گروه بزرگ‌تر به لحاظ تغییر شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی در نظر گرفت.

به منظور مشخص کردن اینکه تغییرات به‌وجود آمده در شاخص کلی و زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی این سه گروه از مقدار صفر تفاوت معناداری دارد یا نه، مقایسه نیمرخ تغییرات این سه گروه با نیمرخ صفر به‌واسطه تحلیل واریانس چندمتغیری صورت گرفت که یافته‌های آن در جدول ۴-۱۷ ارائه شده است.

جدول ۴-۱۷. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه مردان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان (N=۴۶)

شاخص	متغیر	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار
جسمانی‌سازی		-۴/۵۵	۴/۱۰	۰/۶۵
اضطراب		-۵/۸۵	۳/۸۷	۰/۶۱
ناکارآمدی اجتماعی		-۳/۹۸	۳/۱۴	۰/۵۰
افسردگی		-۵/۷	۵/۰۲	۰/۷۹
شاخص کلی		-۴/۸۹	۳/۰۶	۰/۴۸

تغییرات میانگین ارائه‌شده در جدول ۴-۱۷ نشان‌دهنده کاهش مشکلات و اختلال‌های مربوط به سلامت عمومی مددجویان گروه درمان همزمان است. علامت منفی در ستون میانگین نشان‌دهنده کاهش مشکلات سلامت روان عمومی مددجویان در مرحله پس‌آزمون است.

جدول ۴-۱۸. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص‌های کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه مردان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی رفتاری همزمان (N=۴۶)

متغیر	نوع آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
نیمرخ تغییرات سلامت روان عمومی	پیلانی	۰/۸۳	۳۴/۸۹	۵	۴۱	۰/۰۰۱
	ویلکز	۰/۱۷	۳۴/۸۹	۵	۴۱	۰/۰۰۱
	هتلینگ	۴/۹۹	۳۴/۸۹	۵	۴۱	۰/۰۰۱
	روی	۴/۹۹	۳۴/۸۹	۵	۴۱	۰/۰۰۱

جدول ۴-۱۸، نشان می‌دهد که نیمرخ تغییرات زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان با نیمرخ صفر تفاوت معناداری در سطح $p < ۰/۰۰۱$ دارد و می‌توان گفت که مداخله شناختی- رفتاری همزمان توانسته است نیمرخ سلامت روان عمومی مددجویان حاضر در این گروه را تغییر دهد. از این رو از آنجا که در جدول ۴-۱۷ نیز تمام تغییرات در جهت کاهش مشکلات این مددجویان بوده، می‌توان پذیرفت که این مداخله توانسته است سلامت روان عمومی این گروه را بهبود بخشد. پس از آنکه مشخص شد نیمرخ کل مددجویان گروه شناختی- رفتاری همزمان تغییراتی در جهت بهبود سلامت روانی آنها نشان دهد، ادامه تحلیل برای مشخص ساختن اینکه تغییرات میانگین کدام زیرمقیاس‌ها یا شاخص کلی تفاوت معناداری با مقدار صفر داشته است، می‌تواند یافته‌های

ارزشمندی را تولید کند. انجام این تحلیل نیز یافته‌هایی به دنبال داشت که در جدول ۴-۱۹ ارائه شده است.

جدول ۴-۱۹. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه مردان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی رفتاری همزمان (N=۴۶)

متغیر	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۸۲۸/۱۰	۱	۸۲۸/۱۰	۴۹/۳۹	۰/۰۱
اضطراب	۱۳۶۸/۹۰	۱	۱۳۶۸/۹۰	۹۱/۵۶	۰/۰۰۱
ناکارآمدی اجتماعی	۶۳۲/۰۳	۱	۶۳۲/۰۳	۶۴/۰۳	۰/۰۰۱
افسردگی	۱۲۹۹/۶۰	۱	۱۲۹۹/۶۰	۵۱/۵۹	۰/۰۰۱
شاخص کلی	۹۵۵/۵۱	۱	۹۵۵/۵۱	۱۰۲/۱۳	۰/۰۰۱

یافته‌های گزارش شده در جدول ۴-۱۹ نشان می‌دهد که در کلیه میانگین‌های زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان این گروه از مددجویان تغییر معناداری در جهت بهبود ایجاد شده است. به عبارت دیگر، مشکلات مرتبط با سلامت روان عمومی این افراد به‌طور معناداری کاهش داشته است.

مقایسه میزان اثربخشی مداخله در سه گروه شناختی- رفتاری همزمان براساس فهرست نشانگان بیماری نیز نتایج مشابه با نتایج پرسشنامه سلامت روان عمومی ایجاد کرد، بدین معنا که در بین سه گروه تفاوتی از نظر شاخص کلی این ابزار مشاهده نشد و نشان داد که این سه گروه تقریباً به یک اندازه اثربخشی را طی این مداخله کسب کرده‌اند. یافته‌های مؤید این نتایج در جداول ۴-۲۰ و ۴-۲۳ ارائه شده است.

جدول ۴-۲۰. خلاصه یافته‌های توصیفی سه گروه مددجویان مرد بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان براساس

تغییر شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری (N=۴۶)

خطای معیار	انحراف معیار	میانگین	تعداد	شاخص / زیرمقیاس
۰/۱۸	۰/۶۲	-۰/۸۹	۱۲	گروه ۱
۰/۱۴	۰/۶۶	-۰/۸۲	۲۰	گروه ۲
۰/۱۸	۰/۴۷	-۱/۲۵	۱۴	گروه ۳

جدول ۴-۲۰ نشان می‌دهد که میانگین تغییرات شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون منفی است و چون این میانگین از تفاضل میانگین پس‌آزمون از پیش‌آزمون به دست آمده، بنابراین می‌توان گفت که این مداخله توانسته است میانگین این گروه را کاهش دهد. تحلیل واریانس یک‌راهه بین این سه گروه می‌تواند مشخص کند که آیا میانگین تغییرات این سه گروه در شاخص کلی فهرست متفاوت است یا نه. این گونه تحلیل نتایجی را برای این سه گروه در پی داشت.

جدول ۴-۲۱. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس یک‌راهه سه گروه مدجویان بهره‌گیرنده از خدمات شناختی- رفتاری همزمان براساس تغییرات شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری (N=۴۶)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	نسبت F	سطح معناداری
شاخص کلی	بین گروهی	۴	۲	۳/۵۱	۰/۱۰
فهرست نشانگان بیماری	درون گروهی	۲۴/۶۸	۴۳		

جدول ۴-۲۱ نشان می‌دهد که در بین سه گروه به لحاظ تغییرات میانگین شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری تفاوتی وجود ندارد و می‌توان تغییرات متوسط این سه گروه را در این شاخص یکسان در نظر گرفت.

در این مرحله برای پی بردن به اینکه آیا نیمرخ تغییرات حاصل شده از زیرمقیاس‌ها یا شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری در مجموع این سه گروه با نیمرخ صفر تفاوتی وجود دارد یا نه، انجام تحلیل واریانس چندمتغیری و مقایسه این دو نیمرخ ضروری به نظر رسید. قبل از این تحلیل باید یافته‌های توصیفی مجموع این سه گروه در زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی این فهرست ارائه شود. این یافته‌ها در جدول ۴-۲۲ ارائه شده‌اند.

جدول ۴-۲۲. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین و زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه

مردان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان (N=۴۶)

شاخص	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار
جسمانی سازی	-۱/۲۵	۰/۸۸	۰/۱۴
وسواس بی‌اختیاری	-۰/۹۴	۰/۸۱	۰/۱۳
روابط بین فردی	-۱/۰۸	۰/۷۹	۰/۱۳
افسردگی	-۱/۱۴	۱/۰۳	۰/۱۶
اضطراب	-۱/۱۳	۰/۹۸	۰/۱۵
خصوصیت	-۱/۰۸	۰/۹۷	۰/۱۵
ترس مرضی	-۰/۹۱	۰/۸۷	۰/۱۴
پارانویا	-۰/۲۹	۰/۸۵	۰/۱۳
روان‌پریشی	-۰/۹۸	۰/۸۴	۰/۱۳
شاخص کلی	-۰/۹۶	۰/۶۹	۰/۱۱

میزان تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری در جدول ۴-۲۲ نشان می‌دهد که تغییرات میانگین‌ها بدون استثنا منفی بوده و بیانگر بالاتر بودن میانگین‌های پیش‌آزمون این زیرمقیاس‌ها از میانگین‌های پس‌آزمون آنهاست.

جدول ۴-۲۳. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین و زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست

نشانگان بیماری گروه مردان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان (N=۴۶)

متغیر	نوع آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
نیمرخ تغییرات فهرست نشانگان بیماری	پیلانی	۰/۸۱	۱۲/۸۷	۱۰	۳۶	۰/۰۰۱
	ویلکز	۰/۱۹	۱۲/۸۷	۱۰	۳۶	۰/۰۰۱
	هتلینگ	۴/۲۹	۱۲/۸۷	۱۰	۳۶	۰/۰۰۱
	روی	۴/۲۹	۱۲/۸۷	۱۰	۳۶	۰/۰۰۱

جدول ۴-۲۳ نشان می‌دهد که نیمرخ تغییرات میانگین زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری این گروه معنادار است و می‌توان گفت که مداخله شناختی- رفتاری همزمان بر این گروه از

مددجویان مؤثر است و توانسته نیمرخ فهرست نشانگان بیماری افراد این گروه را تغییر دهد و این تغییرات در جهت کاهش ناراحتی و اختلال این گروه از افراد بوده است. برای مشخص کردن اینکه تغییر در نیمرخ این افراد در اثر تغییرات کدام مقیاس‌هاست، ادامه تحلیل نشان داد که کلیه تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی در این گروه با مقدار صفر تفاوت معنادار دارد. یافته‌های حاصل در جدول ۴-۲۴ ارائه شده است.

جدول ۴-۲۴. خلاصه یافته‌های آزمون از بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌ها و شاخص کل فهرست نشانگان بیماری گروه مددجویان مرد بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان (N=۴۶)

متغیر	نوع سوم درجات مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۶۳/۰۳	۱	۶۳/۰۳	۸۱/۴۳	۰/۰۰۱
وسواس بی‌اختیاری	۳۵/۹۱	۱	۳۵/۹۱	۵۴/۷۹	۰/۰۰۱
روابط بین فردی	۴۶/۶۹	۱	۴۶/۶۹	۷۳/۸۲	۰/۰۰۱
افسردگی	۵۲/۰۲	۱	۵۲/۰۲	۴۸/۵۱	۰/۰۰۱
اضطراب	۵۱/۷۱	۱	۵۱/۷۱	۵۴/۰۷	۰/۰۰۱
خصوصیت	۴۶/۷۳	۱	۴۶/۷۳	۵۰/۰۶	۰/۰۰۱
ترس مرضی	۳۲/۸۸	۱	۳۲/۸۸	۴۳/۵۷	۰/۰۳
پارانویا	۳/۳۶	۱	۳/۳۶	۴/۶۵	۰/۰۱
روان‌پریشی	۳۸/۰۵	۱	۳۸/۰۵	۵۴/۲۱	۰/۰۰۱
شاخص کلی	۳۶/۹۱	۱	۳۶/۹۱	۷۸/۵۹	۰/۰۰۱

در کل می‌توان گفت که اولاً میزان اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری همزمان بر روی گروه مرد بهره‌گیرنده از این نوع مداخله یکسان بوده و مجموع این سه گروه در قالب گروه بزرگ‌تر هم براساس پرسشنامه سلامت روان عمومی و هم فهرست نشانگان بیماری کاهش در مشکلات روانی و سلامتی نشان می‌دهند و اثربخشی این مداخله بر تمام ابعاد این دو ابزار نشان داده شد.

گروه درمان شناختی- رفتاری همزمان با تأکید بر آموزه‌های دینی

در این بخش به بررسی تغییرات در گروه مردان مددجویی که از مداخله شناختی- رفتاری همزمان با تأکید بر آموزه‌های دینی بهره گرفته‌اند، می‌پردازیم.

یافته‌های حاصل از تغییرات میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی این گروه در جدول ۴-۲۵ ارائه شده است.

جدول ۴-۲۵. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه مردان بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان با تأکید بر آموزه‌های دینی (N=۱۳)

شاخص	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار
جسمانی‌سازی	-۵/۶۲	۵/۱۱	۱/۴۲
اضطراب	-۶/۱۵	۴/۹۱	۱/۳۶
ناکارآمدی اجتماعی	-۲/۳۱	۴/۵۹	۱/۲۷
افسردگی	-۷	۷/۶۹	۲/۱۳
شاخص کلی	-۵/۲۷	۴/۱۰	۱/۱۴

میزان تغییرات میانگین مقیاس‌ها نشان‌دهنده کاهش مشکلات این افراد پس از دریافت مداخله شناختی- رفتاری همزمان با تأکید بر آموزه‌های دینی و بهبود وضعیت سلامت روان عمومی افراد این گروه است.

جدول ۴-۲۶. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه مردان بهره‌گیرنده از مداخله شناختی رفتاری همزمان با تأکید بر آموزه‌های دینی (N=۱۳)

متغیر	نوع آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
روان عمومی سلامت تغییرات نیمرخ	پیلایی	۰/۶۵	۴/۲۲	۴	۹	۰/۰۳
	ویلکز	۰/۳۵	۴/۲۲	۴	۹	۰/۰۳
	هتلینگ	۱/۸۸	۴/۲۲	۴	۹	۰/۰۳
	روی	۱/۸۸	۴/۲۱	۴	۹	۰/۰۳

جدول ۴-۲۶ نشان می‌دهد که میزان نیمرخ تغییرات زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روانی این گروه با نیمرخ تغییرات صفر تفاوت معناداری دارد، از این رو می‌توان گفت که این نوع مداخله توانسته تغییرات معناداری در نیمرخ افراد این گروه ایجاد کند. به‌منظور مشخص کردن اینکه تغییر در نیمرخ این افراد در اثر تغییرات کدام زیرمقیاس است، ادامه تحلیل و انجام آزمون اثر آزمودنی‌ها نشان داد که کلیه زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی با مقدار صفر تفاوت معناداری دارد. یافته‌های حاصل در جدول ۴-۲۷ ارائه شده است.

جدول ۴-۲۷. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی گروه مردان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی رفتاری همزمان با تأکید بر آموزه‌های دینی (N=۱۳)

متغیر	شاخص	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی سازی	۴۰۹/۹۲	۱	۴۰۹/۹۲	۶/۲۱	۰/۰۰۲	
اضطراب	۴۹۲/۳۱	۱	۴۹۲/۳۱	۴/۵۴	۰/۰۰۱	
ناکارآمدی اجتماعی	۸۹/۲۳	۱	۸۹/۲۳	۰/۰۵	۰/۰۴	
افسردگی	۶۳۷/۰۰	۱	۶۳۷/۰۰	۴/۸۷	۰/۰۰۷	
شاخص کلی	۳۶۰/۹۴	۱	۳۶۰/۹۴	۵/۲۴	۰/۰۰۱	

جدول ۴-۲۷ نشان می‌دهد که میانگین کلیه زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی این گروه در اثر مداخله روان‌شناختی تغییر معناداری در سطح $p < ۰/۰۵$ داشته است. یافته‌های توصیفی از تغییرات میانگین این گروه از افراد نمونه در زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری در جدول ۴-۲۸ ارائه شده است.

جدول ۴-۲۸. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه مردان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان با تأکید بر آموزه‌های دینی (N=۱۳)

متغیر	شاخص	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار
جسمانی سازی	-۰/۸۱	۱/۴۵	۰/۴۰	
وسواس بی‌اختیاری	-۰/۶۴	۰/۷۳	۰/۲۰	
روابط بین فردی	-۰/۴۴	۰/۹۴	۰/۲۶	
افسردگی	-۰/۸۶	۱/۳۴	۰/۳۷	
اضطراب	-۰/۹۴	۱/۲۶	۰/۳۵	
خصوصیت	-۰/۹۶	۱/۷۹	۰/۵۰	
ترس مرضی	-۰/۴۲	۰/۷۹	۰/۲۲	
پارانویا	-۰/۶۲	۱/۱۱	۰/۳۱	
روان‌پریشی	-۰/۳۴	۱/۰۶	۰/۲۹	
شاخص کلی	-۰/۶۷	۰/۹۹	۰/۲۷	

یافته‌های توصیفی جدول ۴-۲۸ نشان می‌دهد که ۹ زیرمقیاس و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری افراد حاضر در این گروه کاهش یافتند. تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه نیمرخ

تغییرات این گروه با نیمرخ صفر نشان خواهد داد که آیا در اثر مداخله تغییری در نیمرخ این گروه ایجاد شده است یا نه؟ این تحلیل نتایج جدول ۴-۲۹ را در پی داشت.

جدول ۴-۲۹. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیری میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه مردان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان با تأکید بر آموزه‌های دینی (N=۱۳)

متغیر	نوع آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
نیمرخ فهرست نشانگان بیماری	پیلانی	۰/۸۳	۲/۲۱	۹	۴	۰/۲۳
	ویلکز	۰/۱۴	۲/۲۱	۹	۴	۰/۲۳
	هتلینگ	۴/۹۸	۲/۲۱	۹	۴	۰/۲۳
	روی	۴/۹۸	۲/۲۱	۹	۴	۰/۲۳

جدول ۴-۲۹ نشان می‌دهد که نیمرخ تغییرات میانگین گروه تقریباً موازی با محور افقی است، بنابراین مقدار تغییرات زیرمقیاس‌ها تقریباً مساوی هم است. این موضوع با بررسی مقادیر ذکر شده در جدول ۴-۲۸ مورد تأیید قرار می‌گیرد. در ادامه برای مشخص کردن اینکه تغییرات کدام یک از زیرمقیاس‌ها با مقدار صفر تفاوت دارد، آزمون اثر بین آزمودنی‌ها صورت گرفت که یافته‌های جدول ۴-۳۰ را به دنبال داشت.

نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که نیمرخ تغییرات این گروه با نیمرخ صفر تفاوت معناداری در سطح $p < 0/05$ ندارد و می‌توان گفت که نیمرخ این گروه در مرحله پیش‌آزمون معادل و مشابه نیمرخ این گروه در مرحله پس‌آزمون است. ادامه این تحلیل برای مشخص کردن تفاوت‌های معناداری احتمالی در زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی این ابزار نتایج جدول ۴-۳۰ را در پی داشت.

جدول ۴-۳۰. خلاصه یافته‌های اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های زیرمقیاس و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه مددجویان مرد بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان (N=۱۳)

متغیر	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۸/۶۲	۱	۸/۶۲	۴/۱۲	۰/۰۶
وسواس بی‌اختیاری	۵/۳۵	۱	۵/۳۵	۱۰/۲۳	۰/۰۰۸
روابط بین فردی	۲/۵۷	۱	۲/۵۷	۲/۹۰	۰/۱۲
افسردگی	۹/۷۰	۱	۹/۷۰	۵/۴۳	۰/۰۳
اضطراب	۱۱/۶۳	۱	۱۱/۶۳	۷/۳۲	۰/۰۲
خصوصیت	۱۲/۰۲	۱	۱۲/۰۲	۳/۷۴	۰/۰۷
ترس مرضی	۲/۲۷	۱	۲/۲۷	۳/۶۱	۰/۰۸
پارانویا	۴/۹۲	۱	۴/۹۲	۴	۰/۰۷
روان‌پریشی	۱/۴۹	۱	۱/۴۹	۱/۳۳	۰/۲۷
شاخص کلی	۵/۸۶	۱	۵/۸۶	۶/۰۱	۰/۰۳

یافته‌های جدول ۴-۳۰ نشان می‌دهد که مقادیر تغییر میانگین زیرمقیاس‌های وسواس بی‌اختیاری، افسردگی، اضطراب و شاخص کلی در سطح $p < ۰/۰۵$ با مقدار صفر تفاوت معناداری دارند، این در حالی است که تغییر میانگین زیرمقیاس‌های جسمانی‌سازی، خصوصیت، ترس مرضی و پارانویا نیز در حد گرایش به معناداری و در فاصله $۰/۰۱ < p < ۰/۰۵$ قرار دارند.

گروه درمانی شناختی- رفتاری همزمان مددجویان زن

در این بخش به بررسی اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری همزمان بر مددجویان زن می‌پردازیم. این گروه از مددجویان که در پایان دوره درمان و آموزش تعداد آنها ۱۵ نفر بود، به لحاظ داده‌های توصیفی در تغییرات میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی به شرح زیر بوده‌اند.

جدول ۴-۳۱. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین و زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی

گروه زنان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان (N=۱۵)

شاخص	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار
جسمانی سازی	-۵/۷۳	۴/۱۰	۱/۰۶
اضطراب	-۹/۴۰	۷/۴۷	۱/۹۳
ناکارآمدی اجتماعی	-۴/۸۰	۳/۹۸	۱۰/۰۳
افسردگی	-۸/۵۳	۷/۴۲	۱/۹۱
شاخص کلی	-۷/۱۲	۳/۷۵	۰/۹۶

یافته‌های جدول ۴-۳۱ نشان می‌دهد که میانگین تمام زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه در اثر مداخله شناختی- رفتاری در مرحله پس‌آزمون این گروه کاهش یافته است. بنابراین می‌توان گفت که در این گروه، مشکلات سلامت روان عمومی کاهش پیدا کرده است. در ادامه برای روشن شدن این موضوع که تغییر در نیمرخ افراد این گروه، با نیمرخ تغییرات صفر، تفاوت دارد یا نه، آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری صورت گرفت که خلاصه یافته‌های آن در جدول ۴-۳۲ ارائه شده است.

جدول ۴-۳۲. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیری میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان

عمومی گروه زنان مددجوی بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان (N=۱۵)

متغیر	نوع آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
نیمرخ فهرست نشانگان بیماری	پیلانی	۰/۸۴	۱۴/۳۷	۴	۱۱	۰/۰۰۱
	ویلکز	۰/۱۶	۱۴/۳۷	۴	۱۱	۰/۰۰۱
	هتلینگ	۵/۲۳	۱۴/۳۷	۴	۱۱	۰/۰۰۱
	روی	۵/۲۳	۱۴/۳۷	۴	۱۱	۰/۰۰۱

جدول ۴-۳۲ نشان می‌دهد که براساس تمام شاخص‌های آزمون‌های تحلیل واریانس چندمتغیری، تغییرات نیمرخ سلامت روان عمومی برای این گروه از افراد در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار است و می‌توان در مورد این گروه بهبود وضعیت سلامت روان عمومی را مورد قبول قرار داده و اثر بخشی این مداخله را در بهبود سلامت روان عمومی پذیرفت. برای پی بردن به اینکه تغییرات نیمرخ سلامت

عمومی این گروه به علت تغییرات کدام یک از زیرمقیاس‌ها صورت گرفته، ادامه تحلیل و انجام آزمون اثر بین آزمودنی‌ها لازم است که انجام آن یافته‌های جدول ۴-۳۳ را در برداشت.

جدول ۴-۳۳. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه نشانگان بیماری گروه مددجویان زن بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان (N=۱۵)

متغیر	شاخص	نوع سوم مربعات مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۴۹۳/۰۷	۱	۴۹۳/۰۷	۲۹۱/۳۸۳	۰/۰۰۱	
اضطراب	۱۳۲۵/۴۰	۱	۱۳۲۵/۴۰	۲۳/۷۴	۰/۰۰۱	
ناکارآمدی اجتماعی	۳۴۵/۶۰	۱	۳۴۵/۶۰	۲۱/۷۶	۰/۰۰۱	
افسردگی	۱۰۹۲/۲۷	۱	۱۰۹۲/۲۷	۱۹/۸۷	۰/۰۰۱	
شاخص کلی	۷۵۷/۷۰	۱	۷۵۷/۷۰	۵۴/۰۶	۰/۰۰۱	

یافته‌های ارائه‌شده در جدول ۴-۳۳ نشان می‌دهد که تغییرات مشاهده‌شده در نیمرخ کلی این گروه از مددجویان زن در اثر تغییرات ایجادشده در تمام زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی بوده و تغییرات تمام زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی این پرسشنامه در سطح $p < 0/001$ معنادار است. این گروه از مددجویان زن دارای ویژگی‌های توصیفی زیر در فهرست نشانگان بیماری بودند.

جدول ۴-۳۴. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه زنان بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان (N=۱۵)

شاخص متغیر	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار
جسمانی سازی	-۰/۶۷	۰/۸۶	۰/۲۲
وسواس بی‌اختیاری	-۰/۵۲	۰/۷۳	۰/۱۹
روابط بین فردی	-۰/۵۲	۰/۸۱	۰/۲۱
افسردگی	-۰/۴۶	۰/۷۲	۰/۱۹
اضطراب	-۰/۴۰	۰/۷۹	۰/۲۰
خصوصیت	-۰/۵۱	۰/۶۳	۰/۱۶
ترس مرضی	-۰/۴۱	۰/۷۸	۰/۲۰
پارانویا	-۰/۴۰	۰/۶۵	۰/۱۷
روان‌پریشی	-۰/۴۱	۰/۶۹	۰/۱۸
شاخص کلی	-۰/۳۰	۰/۵۵	۰/۱۴

یافته‌های جدول ۴-۳۴ نشان می‌دهد که تغییرات کل میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی، در جهت کاهش مشکلات و نشانگان بیماری این گروه از زنان بوده است. تحلیل داده‌های چندمتغیری و ادامه آن نیز مشخص خواهد کرد که آیا نیمرخ تغییرات این افراد با نیمرخ صفر تفاوت دارد یا نه؟ این گروه در چه زیرمقیاس‌هایی از این فهرست دچار تغییر و تحول معنادار شده است.

جدول ۴-۳۵. خلاصه یافته‌های تحلیل واریانس چندمتغیری میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه زنان بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان (N=۱۵)

متغیر	نوع آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
نیمرخ فهرست نشانگان بیماری	پیلانی	۰/۸۰	۲/۰۵	۱۰	۵	۰/۲۲
	ویلکز	۰/۱۹	۲/۰۵	۱۰	۵	۰/۲۲
	هتلینگ	۴/۰۹	۲/۰۵	۱۰	۵	۰/۲۲
	روی	۴/۰۹	۲/۰۵	۱۰	۵	۰/۲۲

جدول ۴-۳۵ نشان می‌دهد که نیمرخ تغییرات میانگین این گروه موازی با محور افقی است و تغییرات بین میانگین‌های زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی تقریباً مشابه و یکسان است. ادامه تحلیل و بررسی آزمون اثر بین آزمودنی‌ها برای بررسی تغییرات معنادار میانگین زیرمقیاس‌ها نشان داد که تمام زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری در این گروه تغییر کرده است و این تغییرات تفاوت معنی‌داری با مقدار صفر نشان می‌دهند. این یافته‌ها در جدول ۴-۳۶ ارائه شده‌اند.

جدول ۴-۳۶. خلاصه یافته‌های اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه مددجویان زن بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان (N=۱۵)

متغیر	نوع سوم درجات مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۶/۷۸	۱	۶/۷۸	۹/۱۵	۰/۰۰۹
وسواس بی‌اختیاری	۴/۰۶	۱	۴/۰۶	۷/۵۵	۰/۰۲
روابط بین فردی	۲/۹۲	۱	۲/۹۲	۵/۹۴	۰/۰۳
افسردگی	۲/۲۰	۱	۲/۲۰	۶/۲۰	۰/۰۳
اضطراب	۲/۵۵	۱	۲/۵۵	۵/۷۲	۰/۰۳
خصوصیت	۲/۹۲	۱	۲/۹۲	۹/۷۹	۰/۰۰۷
ترس مرضی	۲/۵۲	۱	۲/۵۲	۴/۱۲	۰/۰۶
پارانویا	۲/۴۰	۱	۲/۴۰	۵/۶۶	۰/۰۲
روان‌پریشی	۲/۴۸	۱	۲/۴۸	۵/۲۵	۰/۰۳
شاخص کلی	۲/۲۷	۱	۲/۲۷	۷/۸۲	۰/۰۱

این یافته که نیمرخ تغییرات این گروه تفاوت معنی‌داری با نیمرخ صفر نشان نمی‌دهد، ولی تمام زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی تفاوت معنی‌داری نشان می‌دهند به این معناست که کلیه زیرمقیاس‌ها و شاخص‌ها به‌طور تقریبی تغییرات همسان و هماهنگ با هم حاصل کرده‌اند و این تغییرات تقریباً بر روی خط راست و موازی با محور افقی بوده است.

در مجموع می‌توان گفت که گروه‌های زنان بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان و همچنین گروه زنان بهره‌گیرنده از این نوع مداخله، تأثیرپذیری قابل قبولی را در اثر این مداخله‌ها نشان می‌دهند.

مقایسه اثربخشی شرایط مداخله همزمان با شرایط مداخله فردی و کنترل مددجویان مرد

جهت انجام این مقایسه‌ها در بین مددجویان مرد، دو مقایسه صورت گرفت؛ مقایسه اول بین مددجویانی که از درمان شناختی- رفتاری همزمان بهره‌مند شده بودند، با مددجویان گروه مداخله فردی و کنترل صورت گرفت. مقایسه دوم نیز بین مددجویانی که از درمان‌های شناختی- رفتاری همزمان با تأکید بر آموزه‌های دینی استفاده کرده بودند، با مددجویان شرایط مداخله فردی و کنترل انجام پذیرفت.

جدول ۴-۳۷. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی

مددجویان مرد در شرایط سه‌گانه درمانی (N=۱۶۵)

خطای معیار	انحراف معیار	میانگین	مداخله	زیرمقیاس
۰/۶۰	۴/۳۴	-۴/۸۱	همزمان	جسمانی‌سازی
۰/۸۱	۴/۴۲	-۰/۱۳	فردی	
۰/۷۹	۴/۶۵	-۰/۴	کنترل	
۰/۵۶	۴/۱۰	-۵/۹۲	همزمان	اضطراب
۰/۹۴	۵/۱۴	-۲/۳۷	فردی	
۰/۸۴	۴/۹۸	-۱/۰۹	کنترل	
۰/۴۹	۳/۵۸	-۳/۵۷	همزمان	ناکارآمدی اجتماعی
۰/۹۹	۵/۴۱	-۲/۹۷	فردی	
۰/۷۶	۵/۵۲	-۱/۱۱	کنترل	
۰/۷۹	۵/۷۳	-۶/۰۲	همزمان	افسردگی
۱/۳۸	۷/۵۸	-۰/۰۷	فردی	
۱/۳۵	۷/۹۷	-۰/۸۳	کنترل	
۰/۴۵	۳/۳۰	-۴/۹۸	همزمان	شاخص کلی
۰/۸۱	۴/۴۲	-۱/۴۳	فردی	
۰/۷۵	۴/۴۵	-۰/۸۰	کنترل	

نتایج ارائه شده در جدول ۴-۳۷ نشان می‌دهد که تغییرات میانگین زیرمقیاس‌های گروه نمونه در شرایط درمان همزمان در مقایسه با دو شرایط دیگر بیشتر است. شرایط درمان فردی نیز در برخی موارد تغییراتی بیشتر از گروه کنترل نشان می‌دهد و تغییرات حاصل از آن کمتر از درمان همزمان

است. برای پی بردن به اینکه آیا تفاوتی بین نیمرخ‌های تغییرات میانگین زیرمقیاس این سه شرایط درمانی وجود دارد یا نه، مقایسه این سه گروه به‌واسطه آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری صورت گرفت که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

قبل از انجام واریانس بررسی پیش‌فرض‌ها، انجام این آزمون اهمیت خاصی دارد. دو پیش‌فرض اساسی این تحلیل عبارتند از آزمون M باکس^۱ برای بررسی عدم تفاوت مازیرهای کوواریانس و آزمون لون^۲ برای بررسی فرض برای واریانس خطای نمره‌های وابسته. نتایج این بررسی در جداول ۳۸-۴ و ۳۹-۴ آمده است.

جدول ۴-۳۸. خلاصه نتایج آزمون باکس M در مورد برابری ماتریس کوواریانس تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی

۲۳۹/۲۱	M باکس
۷/۴۴	نسبت F
۳۰	درجه آزادی صورت
۲۹۰۲۹/۹۰	درجه آزادی منخرج
۰/۰۰۱	سطح معناداری

جدول ۴-۳۸ نشان می‌دهد که فرضیه صفر مربوط به عدم تفاوت (یکسانی) ماتریس‌های کوواریانس مشاهده‌شده بین پنج زیرمقیاس پرسشنامه سلامت روان عمومی در تمام گروه‌ها رد می‌شود.

جدول ۴-۳۹. نتایج آزمون‌های لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطای نمره‌های تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی

شاخص	نسبت F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی منخرج	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۰/۴۳	۲	۱۶۲	۰/۶۵
اضطراب	۰/۹۱	۲	۱۶۲	۰/۴۰
ناکارآمدی اجتماعی	۲/۷۳	۲	۱۶۲	۰/۰۷
افسردگی	۱/۰۴	۲	۱۶۲	۰/۳۶
شاخص کلی	۱/۵۶	۲	۱۶۲	۰/۲۱

^۱ . M Box Test of Equality of Covariance Matrices

^۲ . Leven's Test of Equality of Error Variance

جدول ۴-۳۹ نشان می‌دهد که فرضیه‌های صفر مربوط به برابری واریانس‌های خطا نمره‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی رد نشده، زیرا در همه این موارد نسبت‌های F مشاهده در سطح معناداری $p < 0.05$ معنادار نشده است. بنابراین فرض همسانی واریانس‌های این نمره‌ها برقرار بود و استفاده از مدل تحلیل واریانس چندمتغیری این داده‌ها بلامانع است. یافته‌های این تحلیل در جدول ۴-۴۰ آمده است.

جدول ۴-۴۰. خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه

سلامت روان عمومی مددجویان مرد شرایط سه‌گانه مداخله ($N=165$)

متغیر	نوع آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
نیمرخ تغییرات سلامت روان عمومی	پیلانی	۰/۳۸	۳/۹۶	۱۰	۲۶۶	۰/۰۰۱
	ویلکز	۰/۶۲	۴/۰۹	۱۰	۲۶۴	۰/۰۰۱
	هتلینگ	۰/۶۱	۴/۲۲	۱۰	۲۶۲	۰/۰۰۱
	روی	۰/۶۱	۷/۲۷	۱۰	۱۳۳	۰/۰۰۱

یافته‌های جدول ۴-۴۰ نشان می‌دهد که مددجویان قرار گرفته در سه شرایط درمانی از نظر نیمرخ تغییرات زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی از هم متفاوت‌اند. ادامه تحلیل نشان داد علاوه بر اینکه نیمرخ تغییرات زیرمقیاس‌ها در بین این تغییرات متفاوت است، بلکه تغییرات تمام زیرمقیاس‌ها نیز مبین وجود تفاوت در مددجویان این سه شرایط درمانی متفاوت است. این نتایج در جدول ۴-۴۱ ارائه شده است.

جدول ۴-۴۱. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی در میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه

سلامت روان عمومی مددجویان مرد شرایط سه‌گانه مداخله ($N=165$)

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

برای مشخص ساختن اینکه کدام شرایط مداخله در هر یک از تغییرات زیرمقیاس‌ها با هم تفاوت دارند، آزمون تعقیبی بن فرنی بین این شرایط صورت گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۴-۴۲ ارائه شده است.

جدول ۴-۴۲. خلاصه یافته‌های آزمون تعقیبی بن فرنی شرایط سه‌گانه درمانی براساس میانگین تغییرات زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان مرد در شرایط سه‌گانه مداخله‌ای

زیرمقیاس	شرایط درمانی	میانگین	همزمان	فردی
جسمانی‌سازی	همزمان	-۴/۸۱	-	-
	فردی	-۰/۱۳	*	-
	کنترل	-۰/۴	*	-
اضطراب	همزمان	-۵/۹۲	-	-
	فردی	-۲/۳۷	*	-
	کنترل	-۱/۰۹	*	-
ناکارآمدی اجتماعی	همزمان	-۳/۵۷	-	-
	فردی	-۲/۹۷	-	-
	کنترل	-۱/۱۱	*	-
افسردگی	همزمان	-۶/۰۲	-	-
	فردی	-۰/۰۷	*	-
	کنترل	-۰/۸۳	*	-
شاخص کلی	همزمان	-۴/۹۸	-	-
	فردی	-۱/۴۳	*	-
	کنترل	-۰/۸۰	*	-

* $p < 0.05$

جدول ۴-۴۲ نشان می‌دهد که در تمام زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی شرایط، مداخله همزمان با شرایط گروه کنترل تفاوت معناداری دارد. با نگاهی به داده‌های توصیفی این گروه‌ها در جدول ۴-۴۲ نیز درمی‌یابیم که تغییرات میانگین گروه درمان همزمان در تمام موارد بیشتر از گروه کنترل بوده است. بنابراین می‌توان گفت که مداخله در این گروه اثربخشی لازم را داشته و منجر به کاهش مشکلات سلامت روان عمومی مددجویان مرد شده‌اند.

مقایسه شرایط درمان فردی با درمان همزمان نیز نشان می‌دهد که بجز زیرمقیاس ناکارآمدی اجتماعی در اثربخشی این دو روش در زیرمقیاس‌های دیگر تفاوت وجود دارد و این تفاوت به صورتی است که درمان همزمان توانسته است منجر به تغییرات میانگین بیشتر و کاهش بیشتر میانگین‌های این زیرمقیاس شود. در ضمن شایان ذکر است در بین شرایط درمان فردی و گروه کنترل نیز تفاوتی مشاهده نشد، یعنی درمان فردی نتوانسته میانگین‌های گروه مداخله را نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری تغییر دهد.

مقایسه مددجویان این سه شرایط بر پایه فهرست نشانگان بیماری نیز نتایج زیر را در بر داشت.

جدول ۴-۴۳. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مددجویان مرد در شرایط سه گانه درمانی (N=۱۶۵)

متغیر	شرایط درمانی	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار
جسمانی سازی	همزمان	-۱/۱۵	۱/۴۹	۰/۱۴
	فردی	-۰/۴۴	۱/۱۱	۰/۲۰
	کنترل	۰/۳۱	۱/۰۷	۰/۱۸
وسواس بی‌اختیاری	همزمان	-۰/۸۷	۰/۷۹	۰/۱۱
	فردی	-۰/۳۳	۱/۰۵	۰/۱۹
	کنترل	-۰/۰۶	۰/۱۰	۰/۱۷
روابط بین فردی	همزمان	-۰/۹۲	۰/۸۷	۰/۱۲
	فردی	-۰/۲۲	۰/۹۸	۰/۱۸
	کنترل	-۰/۰۳	۰/۸۸	۰/۱۵
افسردگی	همزمان	-۱/۰۷	۱/۱۱	۰/۱۵
	فردی	-۰/۵۸	۱/۱۴	۰/۲۰
	کنترل	۰/۳۹	۱/۰۷	۰/۱۸
اضطراب	همزمان	-۱/۰۹	۱/۰۴	۰/۱۵
	فردی	-۰/۴۸	۰/۹۴	۰/۱۷
	کنترل	۰/۲۵	۱/۱۶	۰/۲۰
خصوصیت	همزمان	-۱/۰۵	۱/۲۰	۰/۱۷
	فردی	-۰/۵۱	۱/۱۳	۰/۲۱
	کنترل	۰/۲۹	۱/۱۴	۰/۲۰
ترس مرضی	همزمان	-۰/۷۹	۰/۸۷	۰/۱۲
	فردی	-۰/۲۷	۰/۸۶	۰/۱۶
	کنترل	۰/۱۹	۰/۸۶	۰/۱۵
پارانویا	همزمان	-۰/۳۷	۰/۹۲	۰/۱۳
	فردی	-۰/۲۰	۱	۰/۱۸
	کنترل	۰/۷۵	۱/۴۵	۰/۲۴
روان‌پریشی	همزمان	-۰/۸۲	۰/۹۳	۰/۱۳
	فردی	-۰/۲۸	۰/۷۲	۰/۱۳
	کنترل	۰/۱۷	۱/۰۳	۰/۱۷
شاخص کلی	همزمان	-۰/۸۹	۰/۷۷	۰/۱۱
	فردی	-۰/۳۱	۰/۷۳	۰/۱۳
	کنترل	۰/۲۵	۰/۶۹	۰/۱۲

یافته‌های جدول ۴-۴۳ نشان می‌دهد که میانگین تغییرات زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری برای مددجویان قرار گرفته در شرایط درمان همزمان و فردی بیشتر از شرایط کنترل است، این یافته بدین معناست که در گروه نمونه، مداخله‌های همزمان و فردی توانسته‌اند میانگین زیرمقیاس را کاهش دهند و به کاهش نشانگان بیماری این مددجویان منجر شوند. مقایسه تغییرات میانگین‌ها بین دو شرایط مداخله همزمان و فردی نیز نشان می‌دهد که مددجویان قرار گرفته در شرایط همزمان تغییرات بیشتری را نشان داده‌اند و در نتیجه بیانگر اثربخشی بیشتر این شیوه مداخله در مقایسه با شرایط فردی در مددجویان گروه نمونه است. برای انجام آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری آزمون M باکس و لون برای بررسی پیش فرض‌های لازم صورت گرفت که نتایج آن در جداول ۴-۴۴ و ۴-۴۵ ارائه شده است.

جدول ۴-۴۴. خلاصه نتایج آزمون باکس M در مورد برابری ماتریس کوواریانس تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های

فهرست نشانگان بیماری

۴۳۶/۲۳	M باکس
۵/۲۳	نسبت F
۳۰	درجه آزادی صورت
۳۵۱۱۰/۷۰	درجه آزادی مخرج
۰/۰۰۱	سطح معناداری

جدول ۴-۴۴ نشان می‌دهد که فرضیه صفر مربوط به یکسانی ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده بین ده زیرمقیاس فهرست نشانگان بیماری در تمام گروه‌ها رد می‌شود.

جدول ۴-۴۵. نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس‌های خطای نمره‌های تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری

متغیر	نسبت F	درجات آزادی صورت	درجات آزادی مخرج	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۰/۰۳	۲	۱۶۲	۰/۹۷
وسواس بی‌اختیاری	۰/۸۸	۲	۱۶۲	۰/۴۲
روابط بین فردی	۰/۳۰	۲	۱۶۲	۰/۷۴
افسردگی	۰/۰۲	۲	۱۶۲	۰/۹۸
اضطراب	۱/۰۷	۲	۱۶۲	۰/۳۵
خصوصیت	۰/۰۶	۲	۱۶۲	۰/۹۴
ترس مرضی	۰/۰۸	۲	۱۶۲	۰/۹۳
پارانویا	۱/۰۳	۲	۱۶۲	۰/۳۶
روان‌پریشی	۲/۹۶	۲	۱۶۲	۰/۰۶
شاخص کلی	۰/۳۳	۲	۱۶۲	۰/۷۲

جدول ۴-۴۵ نشان می‌دهد که فرضیه‌های صفر مربوط به برابری واریانس‌های خطای نمره‌های زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری رد نشده است. بنابراین فرض همسانی واریانس‌های این نمره‌ها برقرار و استفاده از مدل تحلیل واریانس چندمتغیری داده‌ها بلامانع است. نتایج این تحلیل در جدول ۴-۴۶ آمده است.

جدول ۴-۴۶. خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مددجویان در شرایط سه‌گانه مداخله (N=۱۶۵)

متغیر	نوع آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
نیمرخ تغییرات سلامت روان عمومی	پیلانی	۰/۵۰	۳/۵	۲۰	۲۵۴	۰/۰۰۱
	ویلکز	۰/۵۴	۳/۸۴	۲۰	۲۵۴	۰/۰۰۱
	هتلینگ	۰/۸۰	۴/۱۸	۲۰	۲۵۴	۰/۰۰۱
	روی	۰/۷۲	۷/۶۳	۲۰	۲۵۴	۰/۰۰۱

یافته‌های جدول ۴-۴۶ نشان می‌دهد که نیمرخ تغییرات میانگین این شرایط مداخله‌ای با هم تفاوت معناداری دارد، البته ادامه تحلیل نشان داد که این شرایط مداخله‌ای در تمام زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی تفاوت معناداری با هم دارند. این یافته‌ها در جدول ۴-۴۷ ارائه شده است.

جدول ۴-۴۷. خلاصه یافته‌های اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه مددجویان مرد شرایط سه‌گانه مداخله (N=۱۶۵)

متغیر	نوع سوم درجات مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۴۵/۵۹	۲	۲۲/۸۰	۲/۲۵	۰/۰۰۱
وسواس بی‌اختیاری	۱۵/۶۸	۲	۷/۸۴	۹/۵۷	۰/۰۰۵
روابط بین فردی	۱۹/۵۴	۲	۹/۷۶	۱۲/۰۶	۰/۰۰۸
افسردگی	۴۵/۰۸	۲	۲۲/۵۴	۱۸/۸۳	۰/۰۰۱
اضطراب	۳۷/۳۸	۲	۱۸/۶۹	۱۷/۰۰	۰/۰۰۱
خصومت	۳۷/۸۶	۲	۱۸/۹۳	۱۴/۱۵	۰/۰۰۱
ترس مرضی	۲۰/۳۹	۲	۱۰/۲۰	۱۳/۵۱	۰/۰۰۱
پارانویا	۲۷/۵۲	۲	۱۳/۷۶	۱۱/۲۰	۰/۰۰۱
روان‌پریشی	۲۱/۴۸	۲	۱۰/۷۴	۱۳/۲۱	۰/۰۰۱
شاخص کلی	۲۷/۶۰	۲	۱۳/۸۰	۲۵/۴۵	۰/۰۰۱

برای پی بردن به اینکه تفاوت در زیرمقیاس‌ها بین کدام شرایط مداخله‌ای است، آزمون تعقیبی بن فرنی براساس نمره زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی صورت گرفت که نتایج زیر را در پی داشت.

جدول ۴-۴۸. خلاصه یافته‌های آزمون تعقیبی بن فرنی شرایط سه گانه درمانی براساس میانگین تغییرات زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مددجویان مرد در شرایط سه گانه درمانی

زیرمقیاس	شرایط درمانی	میانگین	همزمان	فردی
جسمانی سازی	همزمان	-۱/۱۵	-	
	فردی	-۰/۴۴	*	-
	کنترل	۰/۳۱	*	*
وسواس بی اختیاری	همزمان	-۰/۸۷	-	
	فردی	-۰/۳۳	*	-
	کنترل	-۰/۰۶	*	-
روابط بین فردی	همزمان	-۰/۹۲	-	
	فردی	-۰/۲۲	*	-
	کنترل	-۰/۰۳	*	-
افسردگی	همزمان	-۱/۰۷	-	
	فردی	-۰/۵۸	-	-
	کنترل	۰/۳۹	*	*
اضطراب	همزمان	-۱/۰۹	-	
	فردی	-۰/۴۸	*	-
	کنترل	۰/۲۵	*	*
خصومت	همزمان	-۱/۰۵	-	
	فردی	-۰/۵۱	-	-
	کنترل	۰/۲۹	*	*
ترس مرضی	همزمان	-۰/۷۹	-	
	فردی	-۰/۲۷	*	-
	کنترل	۰/۱۹	*	-
پارانویا	همزمان	-۰/۳۷	-	
	فردی	-۰/۲۰	-	-
	کنترل	۰/۷۵	*	*
روان پریشی	همزمان	-۰/۸۲	-	
	فردی	-۰/۲۸	*	-
	کنترل	۰/۱۷	*	-
شاخص کلی	همزمان	-۰/۸۹	-	
	فردی	-۰/۳۱	*	-
	کنترل	۰/۲۵	*	*

جدول ۴-۴۸ نشان می‌دهد که مداخله‌های همزمان 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 در جدول ۴-۴۴ نشان می‌دهد که این تغییرات برای شرایط همزمان در جهت کاهش نشانگان بیماری مددجویان و کاهش مشکلات سلامت مددجویان بوده است. در ضمن، جدول نشان می‌دهد که شرایط مداخله همزمان و فردی در موارد معدودی (افسردگی، خصومت، پارانویا) تفاوت‌های معناداری را نشان نداده‌اند، ولی بقیه زیرمقیاس‌های میانگین تغییرات ایجاد شده در شرایط درمان همزمان تفاوت معناداری با گروه درمان فردی دارد و این تفاوت طوری است که تغییرات ایجادشده در شرایط درمان همزمان بیشتر است.

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

مقایسه اثربخشی شرایط مداخله شناختی- رفتاری با تاکید بر آموزه‌های دینی با شرایط

مداخله فردی و کنترل مددجویان مرد

برای مقایسه این گروه ۱۳ نفر به‌طور تصادفی از بین مددجویانی که در شرایط درمان‌های فردی و کنترل قرار گرفته بودند، انتخاب و مقایسه‌ها انجام شد. داده‌های توصیفی حاصل از این سه گروه به شرح زیر است.

جدول ۴-۴۹. خلاصه یافته‌های آزمون توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان مرد بهره‌گیرنده از درمان شناختی- رفتاری با تاکید بر آموزه‌های دینی، شرایط درمان‌های فردی و کنترل (N=۳۹)

خطای معیار	انحراف معیار	میانگین	شرایط درمانی	زیرمقیاس
۱/۴۲	۵/۱۱	-۵/۶۲	همزمان با تاکید ...	جسمانی‌سازی
۱/۲۳	۴/۲۷	-۰/۳۳	فردی	
۱/۵۴	۵/۵۵	۰/۱۵	کنترل	
۱/۳۶	۴/۹۱	-۶/۱۵	همزمان با تاکید....	اضطراب
۱/۲۷	۴/۴۰	-۳/۵	فردی	
۱/۶۴	۵/۹۰	-۰/۷۷	کنترل	
۱/۲۷	۴/۵۹	-۲/۳۱	همزمان با تاکید....	ناکارآمدی اجتماعی
۱/۹۴	۶/۷۳	-۴/۳۳	فردی	
۰/۹۲	۳/۳۳	-۱/۹۳	کنترل	
۲/۱۳	۷/۶۹	-۷	همزمان با تاکید....	افسردگی
۱/۹۸	۶/۸۴	۱/۶۲	فردی	
۲/۶۳	۹/۴۶	-۱/۶۹	کنترل	
۱/۱۴	۴/۰۹	-۵/۲۷	همزمان با تاکید....	شاخص کلی
۱/۳۹	۴/۸۲	-۲/۱۷	فردی	
۱/۴۳	۵/۱۵	-۰/۹	کنترل	

قبل از تحلیل چندمتغیری، آزمون M باکس و لون برای بررسی پیش فرض‌های لازم صورت گرفت که نتایج آن در جداول ۴-۵۰ و ۴-۵۱ ارائه شده است.

جدول ۴-۵۰. خلاصه نتایج آزمون M باکس در مورد برابری ماتریس کوواریانس میانگین‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی

۶۱/۹۰	M باکس
۳/۱۴	نسبت F
۱۵	درجه آزادی صورت
۲۰۹۵/۸۹	درجه آزادی منخرج
۰/۰۰۱	سطح معناداری

جدول ۴-۵۱. نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس خطای نمره‌های تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت

روان عمومی

شاخص / زیرمقیاس	نسبت F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۰/۶۸	۲	۳۶	۰/۵۱
اضطراب	۱/۶۷	۲	۳۶	۰/۲۱
ناکارآمدی اجتماعی	۲/۵۷	۲	۳۶	۰/۰۹
افسردگی	۰/۳۶	۲	۳۶	۰/۷۰
شاخص کلی	۰/۶۹	۲	۳۶	۰/۵۱

جدول ۴-۵۰ و ۴-۵۱ بیانگر برقراری پیش‌فرض‌های لازم برای تحلیل واریانس چندمتغیری در این داده‌هاست، از این رو انجام آن بلامانع است (جدول ۴-۵۲). برای مشخص کردن اینکه آیا نیمرخ تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی در این سه گروه متفاوت است یا نه، تحلیل واریانس چندمتغیری صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۴-۵۲ ارائه شده است.

جدول ۴-۵۲. خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان مرد بهره‌گیرنده از درمان شناختی- رفتاری با تاکید بر آموزه‌های دینی و گروه فردی و

کنترل (N=۳۹)

متغیر	نوع آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
نیمرخ تغییرات سلامت روان عمومی	پیلانی	۰/۶۰	۲/۷۶	۱۰	۶۶	۰/۰۰۷
	ویلکز	۰/۵۰	۲/۷۶	۱۰	۶۴	۰/۰۰۷
	هتلینگ	۰/۹۲	۲/۷۶	۱۰	۶۲	۰/۰۰۷
	روی	۰/۶۶	۲/۷۶	۱۰	۳۳	۰/۰۰۵

جدول ۴-۵۲ نشان می‌دهد که نیمرخ تغییرات میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی در بین این سه گروه تفاوت معناداری با هم دارند. برای پی بردن به این که این سه گروه در میزان تغییرات زیرمقیاس‌ها نیز تفاوت دارند یا نه، آزمون اثر بین آزمودنی در بین این سه گروه انجام شد که نتایج زیر را در بر داشت.

جدول ۴-۵۳. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی در میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان مرد بهره‌گیرنده از درمان شناختی- رفتاری با تاکید بر آموزه‌های دینی با گروه فردی و

کنترل (N=۳۹)

متغیر	نوع سوم مجموع مجدورات	درجات آزادی	میانگین مجدورات	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۲۶۳/۵۴	۲	۱۳۱/۷۷	۵/۲۲	۰/۰۱
اضطراب	۱۸۸/۴۷	۲	۹۴/۲۴	۳/۵۸	۰/۰۴
ناکارآمدی اجتماعی	۱۴۱/۱۴	۲	۷۰/۵۷	۲/۷۹	۰/۰۷
افسردگی	۶۱۶/۲۱	۲	۳۰۸/۱۰	۴/۶۹	۰/۰۲
شاخص کلی	۱۲۸/۹۴	۲	۶۴/۴۷	۲/۹۱	۰/۰۵

یافته‌های جدول ۴-۵۳ نشان می‌دهد که این سه گروه به لحاظ تغییرات کلیه زیرمقیاس‌ها بجز زیرمقیاس ناکارآمدی اجتماعی پرسشنامه سلامت روان عمومی با هم تفاوت معناداری دارند. شایان ذکر است که زیرمقیاس ناکارآمدی اجتماعی نیز در مرز معنادار و در منطقه گرایش قرار دارد.

جدول ۴-۵۴. خلاصه یافته‌های آزمون تعقیبی بن فرنی براساس میانگین تغییرات زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان مرد بهره‌گیرنده از درمان همزمان با تاکید بر آموزه‌های دینی با گروه‌های فردی و کنترل

(N=۳۹)

زیرمقیاس	شرایط درمانی	میانگین	همزمان با تاکید بر ...	فردی
جسمانی‌سازی	همزمان با تاکید...	-۵/۶۲	-	
	فردی	-۰/۳۳	*	-
	کنترل	۰/۱۵	*	-
اضطراب	همزمان با تاکید...	-۶/۱۵	-	
	فردی	-۳/۵	-	-
	کنترل	-۰/۷۷	*	-
ناکارآمدی اجتماعی	همزمان با تاکید...	-۲/۳۱	-	
	فردی	-۴/۳۳	-	-
	کنترل	-۱/۹۳	-	-
افسردگی	همزمان با تاکید...	-۷	-	
	فردی	۱/۶۲	*	-
	کنترل	-۱/۶۹	-	-
شاخص کلی	همزمان با تاکید...	-۵/۲۷	-	
	فردی	-۲/۱۷	-	-
	کنترل	-۰/۹	*	-

جدول ۴-۵۴ نشان می‌دهد که در تمام زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی بجز زیرمقیاس ناکارآمدی اجتماعی، گروه درمان همزمان، تاکید بر آموزه‌های دینی تفاوت‌های معناداری با گروه کنترل دارد، یعنی این نوع مداخله توانسته است در مشکلات سلامت روان عمومی مددجویان کاهش ایجاد کند. مقایسه گروه درمان همزمان و گروه درمان فردی نیز وجود تفاوت‌های معنادار در کلیه زیرمقیاس‌ها بجز زیرمقیاس ناکارآمدی اجتماعی نشان می‌دهد. این یافته بدین معناست که درمان فردی نتوانسته است به اندازه درمان همزمان، اثربخشی از خود نشان دهد. این عدم اثربخشی به‌طور تقریبی به عملکرد معادل در این گروه با گروه کنترل منجر شده است.

مقایسه این سه گروه براساس فهرست نشانگان بیماری نیز نتایج زیر را به‌وجود آورد.

جدول ۴-۵۵. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مددجویان مرد بهره‌گیرنده از درمان‌های شناختی- رفتاری با تاکید بر آموزه‌های دینی یا گروه‌های فردی و کنترل (N=۳۹)

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

تحلیل واریانس چندمتغیری برای مشخص ساختن اینکه این سه گروه دارای نیمرخ تغییرات مشابه یا متفاوت‌اند، نتایج جدول ۴-۵۶ را در پی داشت.

جدول ۴-۵۶ خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مددجویان مرد بهره‌گیرنده از درمان شناختی- رفتاری با تاکید بر آموزه‌های دینی و گروه فردی و کنترل (N=۳۹)

متغیر	نوع آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
نیمرخ تغییرات سلامت روان عمومی	پیلانی	۰/۶۳	۱/۴۷	۱۸	۵۸	۰/۱۳
	ویلکز	۰/۴۶	۱/۵۳	۱۸	۵۶	۰/۱۱
	هتلینگ	۱/۰۶	۱/۵۹	۱۸	۵۴	۰/۱۰
	روی	۰/۸۶	۲/۷۸	۹	۱۹	۰/۰۲

جدول ۴-۵۶ نشان می‌دهد که براساس سه شاخص از چهار شاخص معناداری، نیمرخ تغییرات میانگین این سه گروه با هم تفاوت معناداری ندارد، از این رو از این حیث می‌توان آنها را معادل دانست. این یافته بدین معناست که نیمرخ‌های این سه گروه به‌طور تقریبی موازی هم قرار گرفته و همدیگر را قطع کرده‌اند. انجام آزمون بین آزمودنی‌ها مشخص خواهد کرد که در کدام زیرمقیاس‌ها بین میانگین تغییرات این سه گروه تفاوت وجود دارد. نتایج این آزمون در جدول ۴-۵۷ آمده است.

جدول ۴-۵۷. خلاصه یافته‌های اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه مددجویان مرد بهره‌گیرنده از درمان‌های شناختی- رفتاری همزمان با تاکید بر آموزه‌های دینی و گروه فردی و کنترل (N=۳۹)

متغیر	نوع سوم درجات مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی سازی	۱۰/۱۷	۲	۵/۰۹	۳/۴۷	۰/۰۴
وسواس بی‌اختیاری	۲/۴۶	۲	۱/۲۳	۱/۵۰	۰/۲۴
روابط بین فردی	۲/۱۶	۲	۱/۰۸	۱/۰۴	۰/۳۷
افسردگی	۱۷/۸۳	۲	۸/۹۲	۵/۸۳	۰/۰۰۶
اضطراب	۱۰/۳۵	۲	۵/۱۸	۴/۳۱	۰/۰۲
خصومت	۲۰/۳۹	۲	۱۰/۲۰	۵/۱۳	۰/۰۱
ترس مرضی	۳/۲۸	۲	۱/۶۴	۱/۹۱	۰/۱۶
پارانویا	۱۶/۵۹	۲	۸/۲۹	۳/۸۴	۰/۰۳
روان‌پریشی	۱/۲۲	۲	۰/۶۱	۰/۶۰	۰/۵۵
شاخص کلی	۷/۳۰	۲	۳/۶۵	۵/۵۵	۰/۰۰۸

جدول ۴-۵۷ نشان می‌دهد که سه گروه همزمان، فردی و کنترل در زیرمقیاس‌های جسمانی سازی، افسردگی، اضطراب، خصومت، 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 زیر را به دنبال داشت.

جدول ۴-۵۸. خلاصه یافته‌های آزمون بن فرنی براساس میانگین تغییرات زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مددجویان مرد بهره‌گیرنده از درمان‌های شناختی-رفتاری با تاکید بر آموزه‌های دینی و گروه‌های درمان فردی و

کنترل (N=۳۹)

انحراف معیار	میانگین	میانگین	شرایط درمانی	زیرمقیاس
	-	-۰/۸۱	همزمان با تاکید...	جسمانی‌سازی
-	-	-۰/۴۲	فردی	
-	*	-۰/۳۸	کنترل	
	-	-۰/۶۴	همزمان با تاکید...	وسواس بی‌اختیاری
-	-	-۰/۱۷	فردی	
-	-	-۰/۰۷	کنترل	
	-	-۰/۴۵	همزمان با تاکید...	روابط بین فردی
-	-	-۰/۲۳	فردی	
-	-	-۰/۱۸	کنترل	
	-	۰/۱۲	همزمان با تاکید...	افسردگی
-	-	۰/۸۶	فردی	
*	*	۰/۷۵	کنترل	
	-	۰/۶	همزمان با تاکید...	اضطراب
-	-	۰/۹۵	فردی	
-	*	۰/۳۲	کنترل	
	-	۰/۲۹	همزمان با تاکید...	خصومت
-	-	۰/۹۶	فردی	
-	*	۰/۵۶	کنترل	
	-	۰/۷۰	همزمان با تاکید...	ترس مرضی
-	-	۰/۴۲	فردی	
-	-	۰/۱۰	کنترل	
	-	۰/۲۶	همزمان با تاکید...	پارانویا
-	-	۰/۶۲	فردی	
-	*	۰/۴۷	کنترل	
	-	۰/۸۱	همزمان با تاکید...	روان‌پریشی
-	-	۰/۳۴	فردی	
-	-	۰/۰۳	کنترل	
	-	۰/۰۷	همزمان با تاکید...	شاخص کلی
-	-	۰/۶۷	فردی	
-	*	۰/۳۱	کنترل	

جدول ۴-۵۸ نشان می‌دهد که درمان فردی فقط در زیرمقیاس افسردگی با گروه کنترل تفاوت معناداری دارد. همچنین گروه درمان همزمان نیز در زیرمقیاس‌های جسمانی‌سازی، افسردگی، اضطراب، خصومت، پارانویا و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری و گروه کنترل تفاوت نشان می‌دهد. این تفاوت به‌صورتی است که درمان همزمان منجر به کاهش نشانگان و علائم بیماری در این مددجویان شده است.

مقایسه درمان شناختی- رفتاری همزمان مددجویان زن با درمان فردی مددجویان زن

همان‌طور که در فصل سوم ذکر شد، از آنجا که تعداد مددجویان زن واجد معیارهای ورود به گروه نمونه بیشتر از ۳۰ نفر نبود، بدین علت کل این افراد، به دو گروه درمان شناختی- رفتاری همزمان و درمان فردی تقسیم شدند. از این رو مقایسه در این مورد، براساس مقایسه این دو گروه صورت می‌گیرد. مقایسه این دو گروه نتایج زیر را به دنبال داشت.

جدول ۴-۵۹. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی

بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان با مداخله فردی (N=۳۰)

زیرمقیاس	شرایط درمانی	میانگین	انحراف معیار
جسمانی‌سازی	همزمان	-۵/۷۳	۴/۱۰
	فردی	۲	۲/۶۰
اضطراب	همزمان	-۹/۴	۷/۴۷
	فردی	۰/۸۰	۶/۴۷
ناکارآمدی اجتماعی	همزمان	-۴/۸۰	۳/۹۹
	فردی	۲/۴۷	۶/۷۶
افسردگی	همزمان	-۸/۵۳	۷/۴۱
	فردی	۰/۲۷	۲/۹۴
شاخص کلی	همزمان	-۷/۱۲	۳/۷۵
	فردی	۰/۹۳	۳/۹۸

مقایسه این دو گروه برای نیمرخ تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی نشان داد که این دو گروه نیمرخ‌های تغییرات متفاوتی از هم دارند و می‌توان این دو گروه را بر این اساس متفاوت دانست. آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری منتج به این موضوع در جدول ۴-۶۰ ارائه شده است.

قبل از تحلیل چندمتغیری، آزمون M باکس و لون برای بررسی پیش فرض‌های لازم صورت گرفت که نتایج آن در جداول ۴-۶۰ و ۴-۶۱ ارائه شده است.

جدول ۴-۶۰. خلاصه نتایج آزمون M باکس در مورد برابری ماتریس کواریانس میانگین‌های زیرمقیاس‌های

پرسشنامه سلامت روان عمومی

۷۶/۹۰	M باکس
۳/۱۴	نسبت F
۱۰	درجه آزادی صورت
۱۰۸۵/۸۹	درجه آزادی مخرج
۰/۰۰۱	سطح معناداری

جدول ۴-۶۱. نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس خطای نمره‌های تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت

روان عمومی

شاخص	نسبت F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۳/۰۷	۱	۲۸	۰/۰۹
اضطراب	۱۰/۶۱	۱	۲۸	۰/۸۱
ناکارآمدی اجتماعی	۲/۷۷	۱	۲۸	۰/۷۵
افسردگی	۳/۴۵	۱	۲۸	۰/۷۰
شاخص کلی	۰/۳۸	۱	۲۸	۰/۵۴

جدول ۴-۶۰ و ۴-۶۱ نشان‌دهنده برقراری پیش فرض‌های لازم برای تحلیل واریانس چندمتغیری در این داده‌هاست، بنابراین انجام آن بلامانع است. نتایج این تحلیل در جدول ۴-۶۲ آمده است.

جدول ۴-۶۲. خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان زن بهره‌گیرنده از درمان شناختی- رفتاری همزمان با درمان فردی (N=۳۰)

متغیر	نوع آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
نیمرخ تغییرات سلامت روان عمومی	پیلانی	۰/۵۴	۷/۴۳	۴	۲۵	۰/۰۰۱
	ویلکز	۰/۴۶	۷/۴۳	۴	۲۵	۰/۰۰۱
	هتلینگ	۱/۱۹	۷/۴۳	۴	۲۵	۰/۰۰۱
	روی	۱/۱۹	۷/۴۳	۴	۲۵	۰/۰۰۱

برای مشخص شدن اینکه این دو گروه در کدام زیرمقیاس‌ها تفاوت معناداری دارند، به آزمون اثر بین آزمودنی‌ها مراجعه و مشخص شد که این دو گروه در تمام زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی با هم تفاوت دارند (جدول ۴-۶۳).

جدول ۴-۶۳. خلاصه یافته‌های آزمون اثربین آزمودنی بر میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی مددجویان زن بهره‌گیرنده از درمان شناختی- رفتاری با گروه درمانی فردی (N=۳۰)

متغیر	نوع سوم مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی سازی	۲۶۴/۰۳	۱	۲۶۴/۰۳	۲۲/۴۵	۰/۰۰۱
اضطراب	۷۸۰/۳۰	۱	۷۸۰/۳۰	۱۵/۹۷	۰/۰۰۱
ناکارآمدی اجتماعی	۳۹۶/۰۳	۱	۳۹۶/۰۳	۱۲/۸۶	۰/۰۰۱
افسردگی	۵۸۰/۸۰	۱	۵۸۰/۸۰	۱۸/۲۶	۰/۰۰۱
شاخص کلی	۴۸۶/۰۲	۱	۴۸۶/۰۲	۳۲/۵۰	۰/۰۰۱

یافته‌های جدول ۴-۶۳ نشان می‌دهد که این دو گروه در تمام زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی با هم تفاوت دارند. این تفاوت به نحوی است که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری همزمان در مقایسه با اثربخشی درمان فردی بیشتر است و توانسته میانگین زیرمقیاس‌ها را بیشتر تغییر دهد. یافته‌های توصیفی این دو گروه در فهرست نشانگان بیماری در جدول ۴-۶۴ ارائه شده است.

جدول ۴-۶۴. خلاصه یافته‌های توصیفی تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مددجویان زن بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان (N=۳۰)

متغیر	شرایط درمانی	میانگین	انحراف معیار
جسمانی‌سازی	همزمان	-۰/۶۷	۰/۸۶
	فردی	-۰/۲	۰/۶۸
وسواس بی‌اختیاری	همزمان	-۰/۵۲	۰/۷۳
	فردی	-۰/۵۰	۱/۰۴
روابط بین فردی	همزمان	-۰/۵۱	۰/۸۲
	فردی	-۰/۲۷	۱/۰۳
افسردگی	همزمان	-۰/۴۶	۰/۷۲
	فردی	-۰/۰۲	۰/۸۵
اضطراب	همزمان	-۰/۴۸	۰/۷۹
	فردی	-۰/۱۹	۰/۷۵
خصوصیت	همزمان	-۰/۵۱	۰/۶۳
	فردی	-۰/۲۷	۰/۹۲
ترس مرضی	همزمان	-۰/۴۱	۰/۷۸
	فردی	-۰/۱۴	۰/۷۵
پارانویا	همزمان	-۰/۴	۰/۶۵
	فردی	-۰/۱۴	۰/۹۱
روان‌پریشی	همزمان	-۰/۴۱	۰/۶۹
	فردی	-۰/۰۳	۰/۸۳
شاخص کلی	همزمان	-۰/۴۰	۰/۵۵
	فردی	-۰/۰۵	۰/۶۷

قبل از انجام آزمون چندمتغیری، بررسی مفروضه‌های آزمون صورت گرفت که نتایج آن در جداول ۴-۶۵ و ۴-۶۶ آمده است.

جدول ۴-۶۵. نتایج آزمون M باکس در مورد برابری ماتریس کوواریانس تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری

۱۲۵/۳۴	M باکس
۱/۳۸	نسبت F
۵۵	درجه آزادی صورت
۲۵۳۱/۷۸	درجه آزادی مخرج
۰/۰۳	سطح معناداری

جدول ۴-۶۵ نشان می‌دهد که فرضیه صفر مربوط به یکسانی ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده بین ده زیرمقیاس فهرست نشانگان بیماری در تمام گروه‌ها رد می‌شود.

جدول ۴-۶۶ نتایج آزمون لون برای بررسی واریانس‌های خطای نمره‌های تغییرات میانگین‌های زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری

شاخص زیرمقیاس	نسبت F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۳/۰۷	۱	۲۸	۰/۰۹
اضطراب	۱۰/۶۱	۱	۲۸	۰/۸۱
ناکارآمدی اجتماعی	۲/۷۷	۱	۲۸	۰/۷۵
افسردگی	۳/۴۵	۱	۲۸	۰/۷۰
شاخص کلی	۰/۳۸	۱	۲۸	۰/۵۴

جدول ۴-۶۶ نشان می‌دهد که فرضیه‌های صفر مربوط به واریانس‌های خطای نمره‌های زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری رد نشده است. بنابراین فرض همسانی واریانس‌های این نمره‌ها در برقرار است و استفاده از مدل تحلیل واریانس چندمتغیری داده‌ها بلامانع است. نتایج تحلیل یافته‌ها در جدول ۴-۶۷ آمده است.

تحلیل واریانس چندمتغیری مقایسه نیمرخ تغییرات میانگین زیرمقیاس‌های این دو گروه نشان داد که این دو گروه با هم تفاوت معناداری دارند (جدول ۴-۶۷).

جدول ۴-۶۷. خلاصه یافته‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری مددجویان زن بهره‌گیرنده از درمان شناختی- رفتاری همزمان با درمان فردی (N=۳۰)

متغیر	نوع آزمون	ارزش	نسبت F	درجات آزادی فرضیه	درجات آزادی خطا	سطح معناداری
نیمرخ تغییرات فهرست نشانگان بیماری	پیلانی	۰/۷۱	۴/۵۲	۱۰	۱۹	۰/۰۰۲
	ویلکز	۰/۳۰	۴/۵۲	۱۰	۱۹	۰/۰۰۲
	هتلینگ	۲/۳۸	۴/۵۲	۱۰	۱۹	۰/۰۰۲
	روی	۲/۳۸	۴/۵۲	۱۰	۱۹	۰/۰۰۲

پس از مشخص شدن اینکه نیمرخ تغییرات این دو گروه از هم متفاوت است، مشخص کردن اینکه این دو گروه در کدام زیرمقیاس‌ها با هم متفاوت‌اند، به‌واسطه انجام آزمون اثر بین آزمودنی‌ها ممکن شد که نتایج آن در جدول ۴-۶۸ ارائه شده است.

جدول ۴-۶۸. خلاصه یافته‌های آزمون اثر بین آزمودنی‌ها در میزان تغییرات میانگین زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی فهرست نشانگان بیماری گروه مددجویان زن بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان (N=۳۰)

متغیر	نوع سوم درجات مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری
جسمانی‌سازی	۵/۷۱	۱	۵/۷۱	۹/۴۴	۰/۰۵
وسواس بی‌اختیاری	۰/۰۰۳	۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	۰/۹۵
روابط بین فردی	۴/۶۳	۱	۴/۶۳	۵/۳۴	۰/۰۳
افسردگی	۱/۷۵	۱	۱/۷۵	۲/۸۲	۰/۱۰
اضطراب	۳/۳۹	۱	۳/۳۹	۵/۷۳	۰/۰۲
خصوصیت	۴/۵۵	۱	۴/۵۵	۷/۳۱	۰/۱
ترس مرضی	۲/۲۶	۱	۲/۲۶	۳/۸۴	۰/۰۶
پارانویا	۰/۵۱	۱	۰/۵۱	۰/۸۱	۰/۳۸
روان‌پریشی	۱/۴۵	۱	۱/۴۵	۲/۴۹	۰/۱۳
شاخص کلی	۱/۵۲	۱	۱/۵۲	۴/۰۲	۰/۰۶

جدول ۴-۶۸ نشان می‌دهد که این دو گروه بجز تغییرات زیر مقیاس‌های وسواس بی‌اختیاری، افسردگی و ترس مرضی، پارانویا، روان‌پریشی و شاخص کلی در بقیه تغییرات زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری نیز تفاوت معناداری با هم دارند و این تفاوت طوری است که این تغییرات برای گروه مددجویان بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری همزمان بیشتر از گروه دیگر بوده است.

وضعیت گروه‌های درمان همزمان و فردی و گروه کنترل براساس میزان موارد بازگشت به زندان
از آنجا که هدف غایی پژوهش حاضر کاهش ارتکاب جرم مجدد از راه درمان اختلال‌های روانی مددجویان است، از این رو برای بررسی این موضوع، ابتدا تعداد افراد آزاد شده از هر یک از گروه‌ها مشخص و وضعیت بازگشت یا عدم بازگشت آنها به زندان مورد بررسی شد. یافته‌های حاصل از این بررسی در جدول ۴-۶۹ ارائه شده است.

جدول ۴-۶۹. یافته‌های حاصل از گروه‌های درمانی همزمان و فردی و گروه کنترل براساس بازگشت به زندان

گروه	تعداد کل	تعداد آزاد شده	تعداد برگشتی	نسبت برگشتی به آزادی	میانگین زمان آزادی (به ماه)
درمان همزمان	۷۴	۲۹	۰	۰	۸/۸
درمان فردی	۷۰	۳۱	۰	۰	۷/۸
درمان همزمان و فردی	۱۴۴	۶۰	۰	۰	۸/۲۸
کنترل	۶۴	۲۶	۴	۰/۱۵	۸/۳۳

جدول ۴-۶۹ نشان می‌دهد که از مجموع ۷۴ فرد وارد شده در گروه‌های درمانی همزمان، در پایان پژوهش حاضر ۲۹ نفر از زندان آزاد شده بودند. میانگین مدت زمانی این دسته از افراد ۸/۸ ماه بوده و در این مدت بازگشتی از این گروه به هیچ یک از زندان‌های کشور نشده است. این در حالی است که از ۷۰ فرد بهره‌گیرنده از خدمات درمان فردی، ۳۱ فرد آزاد شده که متوسط زمان آزادی آنها در پایان پژوهش ۷/۸ ماه بوده است و در این مدت هیچ یک از افراد به هیچ یک از زندان‌های کشور بازنگشته‌اند. در مجموع، از دو گروه همزمان و فردی، ۶۰ نفر در این مدت آزاد شده‌اند که میانگین آزادی در آنها ۸/۲۸ ماه بوده و در این مدت هیچ بازگشتی از این افراد به هیچ یک از زندان‌های کشور گزارش نشده است.

این در حالی است که از ۶۴ فرد گروه کنترل که ۲۶ نفر آنها با متوسط ۸/۳۳ ماه از گروه نمونه آزاد شده‌اند، ۴۰ نفر به زندان‌ها بازگشت داده شده‌اند، به معنی دیگر اینکه ۱۵ درصد این افراد پس از آزادی بازگشت مجدد به زندان داشته‌اند.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش که با هدف روان‌درمانگری و توانبخشی زندانیان و بررسی اثر بخشی آن در زندان رجایی‌شهر کرج، انجام شد، دربرگیرنده ۳۰۰ آزمودنی (۲۷۰ مرد و ۳۰ زن) است. در راستای دستیابی به اهداف پژوهش، مددجویان به‌طور تصادفی وارد شرایط سه‌گانه درمان همزمان، فردی و گروه کنترل شدند. به این معنا که ۱۰۰ نفر از مددجویان (در قالب ۵ گروه ۲۰ نفری) در عین حال که در جلسات آموزشی و درمان گروهی شرکت کردند، امکان استفاده از جلسات درمان فردی را نیز یافتند. ۱۰۰ نفر دیگر از مددجویان نیز فقط امکان استفاده از جلسات درمان فردی را داشتند و طی ملاقات فردی با درمانگر، به طرح مشکلات موجود احتمالی و دریافت درمان می‌پرداختند. گروه کنترل (که در برگیرنده ۱۰۰ نفر از مددجویان بود) هم در فهرست انتظار دریافت درمان بودند و طی پژوهش هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند.

نوع مداخله تدوین‌شده برای جلسات مداخله، شناختی- رفتاری و شناختی- رفتاری براساس آموزه‌های دینی بود. درمانگران و گردانندگان گروه‌ها و جلسات فردی، در طول مداخله، به بسته مداخله‌ای تدوین‌شده وفادار بودند و مباحث تدوین‌شده در آن را با جزییات اجرا می‌کردند.

بررسی نتایج اجرای گروهی بسته آموزشی و درمانی به‌کار رفته در این پژوهش توسط درمانگران مختلف و در گروه‌های متفاوت، به یک اندازه توانست شاخص کلی ابزارها را تغییر دهد. این یافته به این معناست که بسته آموزشی حاضر وابسته به شخص و درمانگر خاصی نیست و افراد مختلف در مکان‌های متفاوت می‌توانند از این بسته آموزشی استفاده کنند و نتایج (تقریبی) مشابهی به‌دست آورند. این نکته به یکی از محاسن بسته‌های آموزشی اشاره دارد که وجود آن در هر بسته آموزشی بیانگر روشن و کامل بودن آن بسته آموزشی است.

نتایج حاصل از مداخله شناختی- رفتاری همزمان نشان داد که این نوع مداخله در مددجویان مرد وضعیت سلامت روان عمومی مددجویان را بهبود بخشید، یعنی این مداخله توانست موجب کاهش تمام میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی در این مددجویان شود. نتایج مشابهی نیز با این گروه، در میانگین تفاوت نمره‌های زیرمقیاس فهرست نشانگان بیماری مشاهده شد، به این معنا که تمامی تفاوت میانگین‌های زیرمقیاس‌های این ابزار نیز کاهش داشت. این کاهش نشان می‌دهد که نشانگان بیماری در این گروه از افراد کاهش یافته است.

به‌کارگیری بسته آموزشی مداخله شناختی- رفتاری همزمان با تاکید بر آموزه‌های دینی نیز تقریباً مشابه بسته آموزشی مداخله شناختی- رفتاری همزمان بود. این بسته آموزشی نیز توانست میانگین تغییر زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی و فهرست نشانگان بیماری مددجویان مرد

بهره‌گیرنده از این نوع مداخله آموزشی را تغییر دهد. این تغییر نیز در جهت کاهش مشکلات سلامت روان عمومی و نشانگان بیماری این مددجویان بود.

مداخله شناختی- رفتاری همزمان، در گروه مددجویان زن نیز توانست وضعیت سلامت روان عمومی آنان را بهبود بخشد و نشانگان بیماری روانی آنها را کاهش دهد، یعنی این مداخله موجب کاهش تمامی میانگین تغییرات زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی و فهرست نشانگان بیماری در این مددجویان شد.

مقایسه اثربخشی مداخله شناختی- رفتاری همزمان و فردی، با گروه کنترل نشان داد که این مداخله همزمان در تمامی زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی، در مقایسه با گروه کنترل اثربخشی لازم را داشته است. این در حالی است که درمان فردی نتوانست اثربخشی لازم را در همه زیرمقیاس‌ها نشان دهد. بنابراین در مجموع می‌توان گفت که مداخله شناختی رفتاری همزمان در مقایسه با مداخله فردی اثربخشی بیشتری بر بهبود وضعیت سلامت مددجویان داشته است.

مقایسه اثربخشی این سه گروه براساس یافته‌های حاصل از فهرست نشانگان بیماری نیز نشان داد که درمان همزمان در این ابزار نیز اثربخشی لازم را در تمامی زیرمقیاس‌ها (در مقایسه با گروه کنترل) نشان داده و توانست نشانگان بیماری این مددجویان را به‌طور چشمگیری کاهش دهد. مقایسه گروه درمان فردی و کنترل نیز نشان داد که بین تغییرات ایجادشده در این دو در زمان مداخله، فقط در زیرمقیاس‌های جسمانی‌سازی، افسردگی، اضطراب، خصومت، پارانویا و شاخص کلی این فهرست تفاوت وجود دارد و در تغییرات زیرمقیاس‌های وسواس بی‌اختیاری، روابط بین‌فردی، ترس مرضی و روان‌پریشی، این ابزار، بین این شیوه درمانی و گروه کنترل تفاوتی وجود ندارد.

مقایسه دو شیوه درمانی همزمان و فردی نیز براساس این فهرست، نشان داد که اثربخشی درمان همزمان تمام زیرمقیاس‌های این فهرست، بجز زیرمقیاس افسردگی، خصومت و پارانویا به‌تقریب یکسان است، یعنی این دو شیوه در بیشتر زیرمقیاس‌ها اثربخشی درمانی یکسانی بر روی افراد گروه داشته‌اند. ولی در مجموع می‌توان گفت که شیوه درمان همزمان اثر بیشتری داشته است.

مقایسه اثربخشی درمان همزمان با تاکید بر آموزه‌های دینی، با گروه درمان و کنترل براساس تغییرات میانگین زیرمقیاس‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی نشان داد که درمان همزمان با تاکید بر آموزه‌های دینی در زیرمقیاس‌های جسمانی‌سازی، اضطراب اثربخشی لازم را بر مددجویان داشته است، بدین معنا که این گروه از افراد در مقایسه با گروه کنترل، کاهش در مشکلات سلامت روان عمومی را نشان داده‌اند.

مقایسه اثربخشی درمان فردی با گروه کنترل نیز نشان می‌دهد که این شیوه درمان نتوانسته اثربخشی معناداری در هیچ یک از زیرمقیاس‌ها و شاخص کلی پرسشنامه سلامت روان عمومی، ایجاد کند، یعنی این شیوه درمانی اثربخشی معناداری بر روی این گروه نشان نداده است.

مقایسه اثربخشی درمان همزمان با تاکید بر آموزه‌های دینی در گروه درمان فردی نیز نشان داد که درمان همزمان در زیرمقیاس‌های جسمانی‌سازی و افسردگی، با گروه درمان فردی متفاوت است، به این معنا که درمان همزمان بیشتر از درمان فردی اثربخش بوده است.

در مجموع می‌توان گفت که براساس یافته‌های حاصل از تغییرات میانگین‌های پرسشنامه سلامت روان عمومی در گروه مردان بهره‌گیرنده از شیوه درمان همزمان، با تاکید بر آموزه‌های دینی و درمان فردی و گروه کنترل، مشخص شد که درمان فردی در هیچ یک از زیرمقیاس‌ها اثربخشی نداشته است، ولی درمان همزمان در تمامی زیرمقیاس‌ها به جز زیرمقیاس ناکارآمدی اجتماعی، اثربخشی لازم را دارد. تفاوت میزان اثربخشی دو شیوه درمان همزمان و فردی نیز در زیرمقیاس‌های جسمانی‌سازی، افسردگی مشاهده شد. بنابراین در مجموع می‌توان گفت که اثربخشی درمان همزمان، بیشتر از درمان فردی بوده است.

مقایسه شیوه درمان همزمان با تاکید بر آموزه‌های دینی، با گروه کنترل براساس فهرست نشانگان بیماری نیز نشان داد که این شیوه درمانی اثربخشی لازم را در تمامی زیرمقیاس این فهرست به جز زیرمقیاس‌های وسواس بی‌اختیاری، روابط بین فردی، ترس مرضی، روان‌پریشی نشان می‌دهد. این در حالی است که شیوه درمان فردی فقط در زیرمقیاس افسردگی، اثر داشته است. مقایسه دو شیوه درمانی همزمان و فردی نیز مشخص کرد که این دو شیوه در هیچ یک از زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری اثربخشی معنادار و متفاوت از هم نداشته‌اند، یعنی دو شیوه به یک اندازه نتوانسته‌اند اثربخشی لازم را بر زیرمقیاس‌های فهرست نشانگان بیماری اعمال کنند.

در گروه زنان نیز مقایسه مداخله همزمان با مداخله فردی نشان داد که این دو شیوه از نظر اثربخشی بر سلامت روان عمومی، با هم تفاوت دارند و مداخله همزمان نتوانسته از این نظر جایگاه بهتری داشته باشد. بررسی تأثیر این دو شرایط مداخله بر نشانگان بیماری نیز نشان داد که این دو در میزان اثربخشی برخی از زیرمقیاس‌ها، با هم متفاوت بوده و در برخی نیز همسان‌اند. زیرمقیاس‌هایی از فهرست نشانگان بیماری که اثرپذیری متفاوتی از این دو مداخله نشان دادند، عبارتند از جسمانی‌سازی، روابط بین فردی و اضطراب.

در مجموع این یافته‌ها نشان می‌دهد که در بسیاری از موارد درمان‌های شناختی- رفتاری همزمان اثربخشی بیشتری نسبت به درمان فردی داشته‌اند. این یافته، با نتایج تحقیقات فرندشیب و همکاران

(۲۰۰۳)، ایرلند (۲۰۰۴) و اوایرت، کشل و سوون (۲۰۰۳)، رابینسون (۱۹۹۵) و ویلیامز (۲۰۰۵)، فایانو، رابینسون و پورپورینو (۱۹۹۰)، مورفی و بوئر (۱۹۹۶) و زامبل و پورپورینو (۱۹۸۸) همسوست. فرندشیب و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی اثربخشی برنامه‌های شناختی- رفتاری گروهی را در کاهش نشانگان روان‌شناختی و میزان ارتکاب جرم مجدد زندانیان بررسی کردند. آنها 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) نیز طی یک برنامه مداخله گروهی کنترل خشم بر روی نوجوانان، دریافت که این افراد 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. رابینسون (۱۹۹۵) نمونه‌ای از افرادی را که در هنگام گذراندن محکومیت در برنامه شناختی- رفتاری گروهی R&R قرار گرفته بودند، بررسی کرد. یافته‌های وی نشان داد که این افراد 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. ویلیامز (۲۰۰۵) نیز 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 کرد 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^۱ 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^۲ (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.

^۱ . Falshaw

^۲ . Pullen

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان‌های شناختی- رفتاری در کاهش مشکلات سلامت روان مددجویان مؤثر است. این مداخله‌ها 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 همزمان و مداخله فردی در بسیاری از موارد، اثربخشی‌های متفاوتی را در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. از دلایل احتمالی این مسئله می‌توان به دریافت هر دو نوع درمان توسط مددجویان گروه درمان همزمان، 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 دقت‌نظر 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 می‌کرد 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.

مداخله شناختی- رفتاری همزمان با تاکید بر آموزه‌های دینی، مداخله‌ای بود که اثربخشی همانند مداخله شناختی- رفتاری همزمان نشان داد. یافته‌های این مطالعه نیز با نتایج پژوهش‌هایی مانند فرانسیس- ترانتن^۱ (۲۰۰۴)، جلالی تهرانی (۱۹۹۵)، قنبری (۱۳۸۳)، برآبادی (۱۳۸۳) همسوست. فرانسیس- ترانتن (۲۰۰۴) نشان داد رفتارهای مذهبی با سلامت روان و داشتن همدلی در نوجوانان مرتبط است. او نتیجه گرفت ارائه برنامه‌هایی برای انجام رفتارهای مذهبی، موجب افزایش سلامت روان و کاهش رفتارهای بزهکارانه در این گروه از افراد می‌شود و می‌توان از این برنامه‌ها به منظور اصلاح نوجوانان در معرض بزهکاری استفاده کرد.

جلالی تهرانی (۱۹۹۵) نیز با بهره‌گیری از شیوه توحید درمانی توانست احساس هدفمند بودن زندگی را در مددجویان افزایش داده و احساس‌هایی مانند احساس ناامنی، احتمال ارتکاب به خودکشی، بدبینی و احتمال ارتکاب مجدد جرم را در مددجویان زندان مشهد کاهش دهد. در ضمن،

^۱ . Fracis-thronten

برآبادی (۱۳۸۳) و قنبری (۱۳۸۳) از تأثیر درمان‌های مبتنی بر مفاهیم و آموزه‌های دینی بر افراد مبتلا به اختلال سوءمصرف خبیر داده‌اند.

تأثیر مداخله همزمان و فردی بر مددجویان زن نیز همانند مددجویان بهره‌گیرنده از مداخله شناختی- رفتاری است. این یافته نیز با یافته‌های پژوهش موسون^۱ (۲۰۰۳)، کاسادو و بک^۲ (۲۰۰۵) و لو^۳ (۱۹۹۸) همسوست.

موسون (۲۰۰۳) دریافت که اصلاح و بهبود مهارت‌های تفکر (ETS)، استدلال و توانبخشی (R&R)، کنترل خشم و یادگیری مدیریت خشم (CALH) و برنامه‌های شناختی تغییر خود، در شمار آموزش‌ها و کارهای گروهی محسوب می‌شوند که توسط روان‌شناسان در زندان زنان به کار می‌روند و بهبود وضعیت روانی و سازگاری زندانیان زن را به دنبال دارند.

کاسادو و بک (۲۰۰۵) معتقدند که شناخت- رفتار درمانی روشی مناسب برای درمان زندانیانی است که به خود صدمه می‌زنند. از دیدگاه آنان، آسیب رساندن به خود، رفتاری است آموخته‌شده و توسط افکار و باورهای خودتخریب‌گرایانه‌ای^۴ که تقویت مثبت (توجه) و تقویت منفی (رهایی از ناراحتی) ایجاد می‌کنند، شکل می‌گیرد و دوام پیدا می‌کند. بنابراین کاربرد شناخت- رفتار درمانی و اصلاح افکار و باورها می‌تواند به کاهش این رفتارها و بهبود وضعیت روان‌شناختی منجر شود. در مورد مددجویان زن، اثر بخشی مداخله همزمان و فردی به تقریب همسان و مشابه بوده است. بنابراین عدم امکان استفاده مناسب از گروه درمانی توسط مددجویان زن را می‌توان از دلایل احتمالی آن دانست.

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 ۹ ماه 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)، فابیانو (۱۹۹۰)، پورپورینو و رابینسون (۱۹۹۵)، رابینسون (۱۹۹۵) است. این مطالعات همگی نشان از اثر بخشی مداخلات شناختی- رفتاری بر کاهش ارتکاب مجدد دارد.

عدم بازگشت به زندان هیچ یک از افراد گروه‌های درمانی همزمان و فردی نیز، نشان از کارایی و اثر بخشی این نوع مداخله‌ها دارد، یعنی این مداخله‌ها توانسته‌اند با تأثیر 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، رابینسون و پورپورینو (۱۹۹۰)،

^۱ . integrathe psychotherapy

^۲ . Mosson

^۳ . casado & Beck

^۴ . self-destructive

پورپورینو و رابینسون (۱۹۹۵)، رابینسون (۱۹۹۵) و رابینسونو پورپورینو (۲۰۰۴) است، که نشان دادند مداخله‌های شناختی- رفتاری استدلال و توانبخشی از بازگشت مجدد افراد مجرم به زندان، جلوگیری می‌کند.

محدودیت‌ها

۱) 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.

۲) نداشتن فضای مناسب برای برقراری جلسات درمان‌های گروهی و فردی، یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر بود که می‌توانست در نتایج درمان تأثیر بگذارد.

پیشنهادها

۱- آن گونه که نتایج پژوهش نشان داد، مداخله‌های روان‌شناختی و به‌ویژه مداخله‌های همزمان می‌توانند اختلال‌های روانی و مشکلات بهداشت روانی زندانیان را کاهش دهند. از آنجا که پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که یکی از علل ارتکاب جرم و بزه وجود برخی اختلال‌های روانی است، پس پیشنهاد می‌شود که برای بهبود وضعیت سلامت روان زندانیان، در زندان‌ها، بندها یا مکان‌هایی برای مشاوره و روان‌درمانی در نظر گرفته شود و به افرادی که نیازمند این نوع مساعدت‌ها هستند، خدمات‌رسانی صورت بگیرد.

۲- نتایج حاصل از پژوهش حاضر در مرحله پیش‌آزمون و قبل از انجام مداخله‌ها نشان داد به‌تقریب متوسط تمامی شاخص‌های سلامت روان و نشانگان بیماری مددجویان، بیش از حد توجه بالینی است. پس می‌توان وضعیت سلامت روان زندانیان را در حد خطر و وخیم ارزیابی کرد. بنابراین باید توجه خاصی به توانمندی‌های افراد مسئول این موضوع، یعنی روان‌شناسان، مددکاران و اعضای بهداشت و درمان داشت. این افراد باید در حین استخدام از نظر دارا بودن توانمندی‌های لازم ارزیابی شوند و در صورت کفایت‌های لازم، به این امور گمارده شوند و در حین خدمت نیز، از دوره‌های بازآموزی بهره‌مند شوند. در ضمن، پس از استخدام نیز باید از تخصص ایشان در این امور استفاده شود، نه آنکه آنان را در امور دیگری که نه متخصص و نه توانایی‌های لازم را برای انجام آن دارند، درگیر کنند.

در زندان رجایی‌شهر هنگام اجرای پژوهش فقط یک روان‌شناس در بخش بهداشت و درمان مشغول به کار بود، که ایشان نیز فقط درگیر فعالیت‌های دارویی کلینیک مثلثی و ترک

اعتیاد بود و به هیچ عنوان فراغت و فرصت لازم برای پرداختن به کارهای مشاوره و روان‌درمانی را نداشت. این در حالی است که خدمات پزشکی و جراحی‌های مهم و اساسی، در داخل زندان یا با همکاری مطلوب دیگر سازمان‌ها و بیرون از زندان، اجرا می‌شود. پس پیشنهاد می‌شود که سطح ارائه خدمات روان‌شناختی و مشاوره نیز با حضور افراد متخصص و به اندازه کافی، به حد خدمات پزشکی و دارویی ارتقا پیدا کند.

۳- با توجه به این اصل که نتایج پژوهش مشابهت با مطالعات دیگر نشان داد که سطح تحصیلات با ارتکاب جرم رابطه عکس دارد، مجری و همکاران پژوهش با مشاهده حضور مددجویان در کلاس‌های درس، بارقه امید در قلبشان روشن شد. پس ضمن خشنودی از این اقدام‌ها، به گسترش بیشتر آن امیدوارند.

۴- پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اثربخشی و حفظ تغییرات ایجاد شده در اثر روان‌درمانی، با طول مدت ارائه درمان و مدت ارتباط درمانی مددجو و درمانگر، رابطه مستقیم دارد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مراکز پس از مراقبت یا کلینیک‌های روان‌درمانی دیگر، امکان مناسب‌تری برای بهره‌گیری افراد از این خدمات فراهم شود.

۵- چون یکی از اساسی‌ترین و فراوان‌ترین موارد نگرانی که مددجویان در جلسات گروهی و فردی به آن اشاره می‌کردند، موضوع اشتغال به کار (با داشتن سوء سابقه) بوده است، پس پیشنهاد می‌شود افراد مسئول برای حل این مشکل نیز تمهیداتی را اتخاذ کنند، زیرا عدم پرداخت به این مشکل از قوام و پایداری نتایج درمانی پژوهش حاضر و نوع مداخله دیگر، به‌طور چشمگیری خواهد کاست.

۶- هر موجودی و به‌ویژه انسان، متأثر از محیط و خانواده‌ای است که در آن زندگی می‌کند. زندانی نیز از این قاعده و اصل، مستثنا نیست. انجام هر گونه مداخله و درمان در گروه مطلوب بودن محیط خانواده، برای حفظ تغییرات درمانی است. بنابراین لازم است این پیشنهاد نیز لحاظ شود که در صورت امکان برای خانواده‌های مددجویان نیز در محیط زندان یا مراکز داخل شهرها امکاناتی برای بهره‌گیری از مداخله‌های خانواده‌درمانی مهیا شود تا به این شیوه آنها را برای حفظ تغییرات ایجاد شده در مددجویان و کاهش تنش‌های دیگر خانوادگی آماده کنند. انجام این امور علاوه بر کاهش ارتکاب به جرم و ارتکاب مجدد جرم، از آسیب‌های اجتماعی دیگر مانند طلاق و بی‌خانمانی جلوگیری خواهد کرد که آن هم می‌تواند از الگوگیری و همانندسازی نامناسب کودکان و نوجوانان خانواده، جلوگیری به‌عمل

آورد. پس با این کار از جرم‌های احتمالی که در آینده امکان ارتکاب آنها توسط نوجوانان و کودکان وجود دارد، پیشگیری می‌شود.

۷- نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند در خانواده‌هایی که مهارت اساسی و لازم زندگی در سطح پایینی قرار دارند، ارتکاب به انحرافات اجتماعی و بزهکاری بیشتر از دیگر خانواده‌هاست؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای خانواده‌های مددجویان کلاس‌های مهارت‌های زندگی (که دربرگیرنده موضوعاتی همچون روش‌های حل مسئله، ارتباط متقابل، کنترل خشم و مثبت‌نگری است) در مکان‌هایی مناسب دایر شود.

۸- چون زندانبان‌ها (پاسداربندها) بیشترین ارتباط و برخوردها را با زندانیان دارند، پس توجه به توانمندی‌های آنان نیز اهمیت ویژه‌ای دارد. پس پیشنهاد می‌شود علاوه بر اینکه این افراد باید از بین افراد دارای سطح بالای تحصیلات انتخاب شوند، ضمن خدمت نیز از یادگیری و آموزش مهارت‌های روان‌شناختی نیز دور نمانند و دوره‌هایی در این مورد و برای ارتقای آنان در نظر گرفته شود.

۹- همان‌طور که از یافته‌های توصیفی مردم‌شناختی برمی‌آید، 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.

۱۰- از آنجا که پیگیری در این پژوهش محدود به زمان پژوهش بود، پس پیشنهاد می‌شود بعدها نیز گروه نمونه پژوهش حاضر (اسامی در زمینه گزارش آمده است) مورد پیگیری‌های ارتکاب به جرم قرار گیرند.

۱۱- به این دلیل که در پژوهش حاضر مجموع زمان‌های اختصاص داده شده به درمان (در دو گروه درمان همزمان و درمان فردی) به نسبت زیادی 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 اختصاص‌یافته برای این دو نوع درمان تا حدودی یکسان در نظر گرفته شود.

۱۲- پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی ضمن انتخاب گروه نمونه از بین تمامی زندانیان (بدون توجه به سطح تحصیلات و میزان محکومیت آنان)، کارایی رویکردهای مختلف درمانی در کاهش ارتکاب مجدد به جرم نیز بررسی شود. همچنین بهتر است رویکردهای

مختلف درمانی از جمله شناختی- رفتاری، معنوی و روان‌پویشی و رفتاری با یکدیگر مقایسه شوند.

منابع و مأخذ

احمد برآبادی، حسن (۱۳۸۳). بررسی نقش درمان یکپارچه‌نگر بر بهبود ادراک خود بزهکاران معتاد بر اساس ارتقای سطح ادراک خود. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی. منتشر نشده.

استورا، جین بنجامین (۱۳۷۷). تنیدگی 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.

اولاد عبدالهادی، بشری (۱۳۸۲). بررسی فراوانی اختلال‌ها شخصیت در زنان زندانی شهر تهران و کرج در سال ۱۳۸۲. پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

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

بیرشک، بهروز (۱۳۷۹). بررسی اثر زندان بر زندانی. سازمان زندان‌ها و اقدام‌های تأمینی و تربیتی کشور. طرح چاپ نشده.

پالاهنگ، حسن؛ وکیل‌زاده، سیدبهاء‌الدین؛ دریس، فاطمه (۱۳۸۱). بررسی فراوانی اختلال‌ها شخصیت در مجرمان مرد زندانی در زندان شهرکرد. فصلنامه اندیشه و رفتار، دوره ۸، شماره ۳، ص ۵۷ تا ۶۴.

پلاتک، مونیکا (۱۹۹۸). ما هرگز به آنها وعده گل سرخ ندادیم. در راجر و ماتیوس و پیتر فرانسیس. زندان در هزاره سوم، ترجمه لیلا اکبری (۱۳۸۳). تهران: راه تربیت.

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

تامیم، استفن (۱۹۹۸). وضعیت زندان‌ها. در راجر ماتیوس و پیتر فرانسیس. زندان‌ها در هزاره سوم، ترجمه لیلا اکبری (۱۳۸۳). تهران: راه تربیت.

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

حکمت، سعید (۱۳۷۴). روان‌شناسی کیفری، انتشارات گوتنبرگ، چاپ اول.

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

دانش، تاج‌زمان (۱۳۷۴). مجرم کیست، جرم‌شناسی چیست، تهران: انتشارات کیهان، چاپ ششم.

ربیعی، ناصر؛ اسدی غلامی، نصرالله؛ قائمی، احمد؛ صالح صدیق‌پور، بهرام (۱۳۷۴). بررسی ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و درجه‌بندی جرایم مجرمان جوان، گزارش پژوهشی مرکز آموزشی و

- پژوهشی سازمان زندانها و اقدامهای تأمینی و تربیتی کشور. گروه روانشناسی و علوم اجتماعی. منتشر نشده.
- زارب، ژانت (۱۹۹۶). *ارزیابی و شناخت رفتار درمانی نوجوانان*. ترجمه خدایاری فرد، محمد و عابدینی، یاسمین (۱۳۸۶). چاپ دوم، تهران: رشد.
- سپهوند، تورج. (۱۳۸۱). *بررسی رابطه افکار غیرمنطقی و افسردگی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه شیراز*. پایان‌نامه کارشناسی روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، منتشر نشده.
- ستوده، هدایت‌الله؛ میرزائی، بهشته؛ پازند، افسانه (۱۳۷۶) *روان‌شناسی جنایی*، تهران: انتشارات آوای نور، چاپ اول.
- سखाوت، جعفر (۱۳۷۹). *بررسی اثر زندان بر زندانی، گزارش پژوهشی مرکز آموزشی و پژوهشی سازمان زندانها و اقدامهای تأمینی و تربیتی کشور*. منتشر نشده.
- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس، و حجازی، الهه (۱۳۷۶). *روش تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگاه.
- شمس، علی (۱۳۸۲). *حقوق زندانیان در مقررات داخلی و بین‌المللی*، تهران: سازمان زندانها و اقدامهای تأمینی و تربیتی کشور، انتشارات راه تربیت.
- شیخی، سیامک؛ محمدزاده، تورج؛ قوام، منصور؛ نوری، ابوالقاسم (۱۳۷۶). *بررسی خودپنداره مجرمان زندان ارومیه، با استفاده از آزمون خودپنداره راجرز: مقاله ارائه‌شده در دومین کنگره روانپزشکی فرهنگی و اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران*.
- عبدی، عباس (۱۳۷۱). *تأثیر زندان بر زندانی، آسیب‌شناسی اجتماعی*. تهران: مؤسسه تحقیقات و انتشارات نور.
- فرانکل، ویکتور (۱۳۷۷) *خدا در ناخودآگاه*. ترجمه ابراهیم یزدی، مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.
- قنبری هاشم‌آبادی، بهرامعلی (۱۳۸۳). *تهیه یک الگوی مداخله‌ای بر اساس رویکرد یکپارچه‌گرایی روان‌درمانی گروهی*، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علامه طباطبائی.
- 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.
- کی‌نیا، مهدی (۱۳۴۶). *علوم جنایی*، انتشارات دانشگاه تهران.
- گودرزی، محمدرضا و الوندی، مظفر (۱۳۸۲). *حقوق بشر در نظام کیفری در زندانها*، تهران: سازمان زندانها و اقدامهای تأمینی و تربیتی کشور، انتشارات راه تربیت.

- 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.
- مارتینز، رنه (۱۳۸۲). تاریخ حقوق کیفری در اروپا، ترجمه محمدرضا گودرزی، تهران: انتشارات مجد.
- محمدی، عطا... (۱۳۷۶). بررسی برخی عوامل خطر و ویژگی‌های شخصیتی در کودکان و نوجوانان مصرف‌کننده مواد مخدر در کانونهای اصلاح و تربیت. پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- محمدی‌فرو، حمید (۱۳۷۹). بررسی تأثیر زندانی شدن بر خانواده زندانی، گزارش پژوهشی مرکز آموزشی و پژوهشی سازمان زندان‌ها و اقدام‌های تأمینی و تربیتی کشور؛ منتشر نشده.
- مظلومی، رضا (۱۳۵۱). جامعه‌شناسی کیفری، تهران.
- 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.
- وزیری، شیرین (۱۳۷۸). هنجاریابی مقیاس انحراف اجتماعی روانی: خرید تجدیدنظر شده، پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه‌سوتا (*MMPI-2*) بر روی نوجوانان پسر ساکن در کانون اصلاح و تربیت تهران. پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن.
- هومن، عباس (۱۳۷۶). استانداردسازی پرسشنامه عمومی بر روی دانشجویان دوره‌های کارشناسی دانشگاه تربیت معلم، مؤسسه تحقیقات تربیتی، طرح پژوهشی خاتمه یافته.
- یساقی، علی‌اکبر (۱۳۸۳) آمار زندانیان کشور. روزنامه خراسان. دوشنبه ۶ بهمن.

Reference

- Ahlstrom, W., & Havighurst, R. J. (1982). The Kansas city work/ study experiment. In D. J. Safer (Ed.), *School programs for disruptive adolescents* (pp. 259-275). Baltimore, MD: University Park Press.
- Akers, R. L. (1977). *Deviant behavior: A social learning approach* (2nd ed). Belmont, CA: wadsworth.
- Akhtar, N., & Bradley, E. J. (1991). Social information processing deficits of aggressive children: Present findings and implication for social skills training. *Clinical Review*, 11, 621-644.
- Alexander, F. & Healy, w. (1935). *Roots of crime*. New York: Knopf.
- Alexander, F. & Staub, H. (1931). *The criminal, the judge and the public*. New York: Macmillan.
- Alexander, J. F., & Parsons B. V.(1982).*Functional family therapy*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Alexander, J.F., & Parsons, B. V, (1973). Short- term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal psychology*, 81.219-225.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Text Revision 4rd ed.). Washington, DC: Author.
- Andersen, H. S., Sestoft, D. Lillebaek, T., Gabrielsen, G., Kramp, P., & Hemmingsen, R. (2003). *A Longitndinal study of prisoners on remand. Repeated measures of psychopathology in the initial phase of solitary US. Non-solitary confinement*. International Journal of Law and psychiatry.
- Andersen, H. Sestoft, D., Lillebeak, T., Gabrielsem, G., & Kramp, P. (1996). *Pvealemcce of ICD – 10 psychiatric morbidity in random sample of prisoners on remand. International journal of law and psychiatry*, 19, 61-74.
- 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.
- Arbuthnot, J., & Gordon, D, A. (1986), Behavioral and cognitive effects of a moral reasoning development intervention for high- risk behavior- disordered adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 208-216.
- Archer, J. & Haigh, A (1997b). Do beliefs about aggressive feelings and actions predict reported levels of aggression? *British Journal of Social Psychology*, 36, 83-105.
- Archer, J., & Haigh, A. (1997a), Beliefs about aggression among male and female prisoners. *Aggressive Behavior*, 23, 405-415.
- Argyle, M. (1983). *The Psychology of interpersonal behaviour* (4th ed.). Harmondsworth, UK: Penguin Books.
- Argyle, M., & Kendon , A. (1967). The experimental analysis of social performance. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 3). New York: Academic Press.
- Ayllon, T., & Azrin, N. (1968). *The token economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton- Century – Crofts.

- Ayllon, T., & Milan, M. A., with the assistance of Roberts M. D., & Mckee, J. K. (1979). *Correctional rehabilitation and management: a psychological approach*. New York: Wiley.
- Bailey, J., & MacCulloch, M. (1992). Characteristics of 112 cases discharged directly to the community from a new special hospital and some comparisons of performance. *Journal of Forensic Psychiatry*, 3, 91-112.
- Bandura, A. (1983). Psychological mechanisms of aggression. In R. G. Geen & E. I. Donnerstein (Eds), *Aggression: Theoretical and empirical reviews* (pp. 1-40). New York: Academic Press.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 21-79). Chicago, IL: University of Chicago.
- Barton, C., Alexander, J. F., Waldron, H., Turner, C. W., & Warburton, J. (1985). Generalizing treatment effects of functional family therapy: Three replications. *American Journal of Family Therapy*, 13, 16-26.
- Berkowitz, L. (1986). Some varieties of human aggression. In A. Campbell & J. Gibbs (Eds), *Violent transactions*. Oxford: Blackwell.
- Birmingham, L., Mason, D., & Grubin, D. (1996). *Prevalence of mental disorders in remand prisoners: Consecutive case study*. *British Medical Journal*, 313, 1521-1524.
- Blaaw, E., Roesch, R. & Kerkhof, A. (2000). *Mental Disorders in European prison system: Arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 European Countries*. *International journal of Law and psychiatry*, vol. 23, No. 5-6, pp. 649-663.
- Black, L., & Novaco, R.W. (1993). Treatment of anger with a developmentally handicapped man. In R. A. Wells & V. J. Giannetti (Eds), *Casebook of the brief psychotherapies*. New York: Plenum.
- Blackburn, R. (1988). Cognitive behavioural approaches to understanding and treating aggression. In K. Howells & C. R. Hollin (Eds.), *Clinical approaches to aggression and violence* (pp. 6-23). Leicester, UK: The British Psychological Society.
- Blackburn, R. (1993). *The psychology of criminal conduct*. New York: John Wiley.
- Blackburn, R. (1996). *The psychology of criminal conduct*. London: John Wiley.
- Bland, R. C., Newman, S. C., Thompson, A. H. & Dyck, R.Y. (1998). *Psychiatric Disorders in the population and in prisoners*. *International journal of Law and psychiatry*, vol. 21, No 3, pp. 273-279.
- Blumberg, N. H. (1981). *Arson update: A review of the literature on firesetting*. *Bulletin of the American Academy of psychiatry and law*, q.
- Boren J. J., & Colman, A. D. (1970). Some experiments on reinforcement principles within a psychiatric ward for delinquent soldiers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 3, 29-37.
- Bornstein, P. H., Weisser, C. E., & Balleweg, B. J. (1985). Anger and violent behavior. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds), *Handbook of clinical behavior therapy with adults* (pp. 603-629). New York: Plenum.

- Bottomley, K., & Pease, K. (1986). *Crime and punishment: Interpreting the data*. Milton Keynes, UK: Open University Press.
- Bowlby, J. (1944). Forty- four juvenile thieves. *International Journal of psychoanalysis*, 25, 1-57.
- Bowlby, J.(1946). *Forty-four juvenile thieves: Their characters and home-life*. London: Bailliere, Tindall & Cox.
- Brodsky, S.L. (1972). *Psychologists in the criminal justic system*. Carbondale, III: American Associaton of correctional psychologists.
- 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.
- Browne, K, M. & Howells, K. (1996). Violent offenders. In C. R. Hollin (Ed.), *Working with offenders: Psychological practice in offender rehabilitation* (pp. 188-210). Chichester, UK: Wiley.
- Brunk, M., Henggeler, S. W., & Whelan, J. P (1987). A comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and negiect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55,311-318.
- Bry, B. H. (1982). Reducing the incidence of adolescent problems through preventive intervention: One- and five- year follow- up. *American Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 10, 26-276.
- Bry, B. H., & George, F. E. (1985). The preventive effects of early intervention on the attendance and grades of urban adolescents. *Professional Psychology*, 11, 252-260.
- Burchard, J. D. (1967). Systematic socialization: A programmed environment for the habilitation of antisocial retardates. *Psychological Record*,17, 461-476.
- Burchard, J. D., & Barrera, F.(1972).An analysis of timeout and response cost in a programmed environment. *Journal of Applied Behavior Analysis*,5,270.282.
- Burchard, J. D., & Tyler, V. O.(1965).The modification of delinquent behavior through operant conditioning. *Behaviour Research and Therapy*, 2,245-250.
- Burgess, R. L., 7 Akers, R. L. (1966).A differential association-reinforcement theory of criminal behavior. *Social problems*,14,128-147.
- Bush, J. (1995a). *Cognitive self change: A program manual*. Burlington, VA: Vermont Department of Corrections.
- Buss, A., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 21, 342-349.
- Campbell, A., Muncer, S., & Bibel, D. (1985). Taxonomies of aggressive behavior: preliminary report. *Aggressive Behavior*, 11, 217-222.
- Campbell, F. A., & Ramey, C. T. (1995). Cognitive and school outcomes for high- risk African-American students at middle adolescence: Positive effects of early intervention. *American Educational Research Journal*, 32, 743-772.
- Capaldi, D. M., & Patterson. G. R. (1996). Can violent offenders be distinguished form frequent offenders: Prediction form childhood to adolescence. *Journal of research in Crime and Delinquency*, 33, 206-231.
- Cash, T. F. (1984). The irrational beliefs: Its relationship with cognitive – behavior traits and depressions. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1399-1405.

- Chemtob, C. M., Novaco, R. W., Hamada, R. S., & Gross, D. M. (1997). Cognitive behavioral therapy for severe anger in PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 184-189.
- Clarke, S. H., & Campbell, F. A. (1997). *The abecedarian project and youth crime. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child development*, Washington, DC
- Cohan, H (1997) existential thought and therapeutic practice. Sage publication. London.
- Cohen, J. (1977). *statistical power analysis for the behavior sciences* (Rev. ed). New York: academic Press.
- Coid, J. (1984). *How many psychiatric patients in prison?* British journal of psychiatry, 147.
- Coid, J. (1992). DSM-III diagnosis in criminal psychopaths: A way forward. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 2, 78-97.
- Cole, P. G. Chan, L. K. S., & Lytton, L. (1989). Perceived competence of juvenile delinquents and nondelinquents. *Journal of Special Education*, 23, 294-302.
- Coleman, C., & Moynihan, J.(1996). *Understanding crime data; Haunted by dark figure*. Milton Keynes, UK: Open University Press.
- Cooke, D. J. (1995). Psychopathic disturbance in the Scottish prison population: The cross-cultural generalisability of the Hare Psychopathy Checklist, *Crime and Law*, 2, 101-108.
- Cooke, D. Y. (1994). *Psychological disturbance in the scottish prison system: prevalence, precipitants and policy*. Report no. 3. Scottish prison service: occasional papers.
- Copas, J. O'Brien, M., Roberts, J., & Whiteley, S. (1984). Treatment outcome in personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 5, 565-573.
- Copello, A. G., & Tata, P. R.(1990), Violent behavior and interpretative biases: An experimental study of the resolution of ambiguity in violent offenders. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 417-428.
- Corey, G (1991) theory and practice of counseling and psychotherapy Brooks/ cole publishing company.
- Cornell, D, G., Warren, J., Hawk, G., Stafford, E., Oram, G., & pine, D. (1996). Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 783-790.
- Cornish, K.B., & Clarke, R.V.G. (Eds). (1986). *The reasoning criminal :Rational choice perspective on crime*. New York: Spring- Verlag.
- Correctional Service of Canada(1995).*Persistently violent (nonsexual) offenders: A program proposal (Report No.R-42)*. Ottawa, Canada: Author.
- Corsini, R. J (1999) *The Dictionary of psychology*. Taylor & Francis group, philadelphia, USA.
- Corsini, R. J (2001) handbook of innovative therapy. Johnwiley and sons. Inc.Marquart, Y.W., Brewer, V.E., Simon, P. & Morse, E.V. (2001). *Lifestyle factors among female prisoners with hisforiew of psychiatric treatment*. *Journal of Criminal justice*, vol. 29, pp. 316-328.

- Cote, G., & Hodgins, S. (1990). Co - occurring mental disorders among criminal offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 18, 271 - 283.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). Social information- processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67, 993-1002.
- Cullen, F. T., & Gendreau, P.(1989). The effectiveness of correctional rehabilitation- reconsidering the “nothing works” debate. In L. Goodstein & D. L. McKenzie (Eds.), *The American prison: Issues in research policy* (pp.23-44). New York: Plenum.
- Cunliffe, T. (1992). Arresting youth crime: A review of social skills training with young offenders. *Adolescence*, 27, 891-900.
- Daly, A. (1994). An eclectic approach to nursing an angry young man. *Nursing Times*, 90, 50-51.
- Dangel, R. F., Deschner, J. P., & Rasp, R. R. (1989). Anger control training for adolescent in residential treatment. *Behavior Modification*, 13, 447-458.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 113-126.
- DeBono, E. (1982). *DeBono's thinking course*. London: BBC Books.
- Dempster, R. J., Lyon, D. R. Sullivan, L. E., Hart, S. D., Smiley. W.C.,& Mulloy, R. (1996). *Psychopathy and instrumental aggression in violent offenders. Poster session presented at the annual meeting of the American Psychological Association*, Ontario, Canada.
- Dixon, B. G., & Wikaira, R. G. (1988, September). *The violence prevention project: development of residential training programmes for violent offenders*. Poster paper presented at the XXIV International Congress of Psychology, Sydney, Australia.
- Dodge, K. A. & Tomlin, A. M. (1987). Utilization of self- schemas as a mechanism of interpretational bias in aggressive children. *Social Cognition*, 5, 280-300.
- Dodge, K. A. (1993). The future of research of the treatment of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5,311-319.
- Dodge, K. A.,& Frame, C. L. (1982). Social cognitive biases and deficits in aggressive boys. *Child Development*, 53,620-635.
- Dolan, B. (1997). A community based TC: The Henderson Hospital. In E Cullen, L. Jones, & R. Woodward (Eds.), *Therapeutic communities for offenders*. Chichester, UK: Wiley.
- Dolan, B., & Mitchell, E. (1994). Personality disorder and psychological disturbance of female prisoners: a comparison with women referred for NHS treatment of personality disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 4, 130-143.
- Durlak, J. A. (1995). *School- based prevention programs for children and adolescents*. Thousand Oaks. CA: Sage.
- Elliott, D. S. (1994). *Youth violence: An overview*. Boulder, CO: University of Colorado, Institute for Behavioral Sciences, Center for the Study and Prevention of Violence.

- Ellsworth, P. D., & Colman, A. D. (1970). The application of operant conditioning principles: Reinforcement systems to support work behavior. *American Journal of Occupational Therap*, 24, 562-598.
- Elrod, H. P. & Minor, K. I. (1992). Second wave evaluation of a multi- faceted intervention for juvenile court probationers. *International Journal of offender Therapy and Comparative Criminology*, 36, 247-262.
- Eronen, M., Tiihonen, J., & Hakola, P. (1996). Mental disorders and homicidal behavior. *Schizophrenia Bulletin*, 22.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Eysenck, H.J. (1977). *Crime and personality* (3rd ed). London: Paladin.
- Eysenck, H.J. (1981). *A model for personality*. New York: Springer.
- Eysenck, H.J., & Gudjonsson, G. H. (1989). *The causes and cures of criminality*. New York: plenum.
- Eysenck, S., & Eysenck, H. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British Journal of Consulting and Clinical Psychology, Journal of Social and Clinical Psychology*, 16, 57-68.
- Fabiano, E. A., Porporino, F. J., & Robinson, D. (1990). *Rehabilitation through clearer thinking: A cognitive model of correctional intervention*, R-04. Ottawa, Canada: Correctional Service Canada.
- Fabiano, E., Robinson, D., & Porporino, F. (1990). *A preliminary assessment of the cognitive skills training programme: A component of living skills programming. Programme descripton, research findings ad implementation strategy*. Ottawa, Canada: Correctional Service Canada.
- Farrell, A. D., & Meyer, A. L. (1997). The effectiveness of a school- based curriculum for reducing violence among urban sixth- grade students. *American Journal of Public Health*, 87, 979-984.
- Farrington D. P. (1994). Human development and criminal careers. In M. Maguire R. Morgan & R. Reomer (Eds.), *The Oxford handbook of criminology* (pp. 511-584). Oxford: Clarendon Press.
- Farrington, D. P. (1994). Childhood, adolescent, and adult features of violent males. In L. R. Huesmann (Ed.), *Aggressive behavior: Current perspectives* (pp. 215-240). New York Plenum.
- Farrow, F. (1991, May). Services to families: The view from the states. *Families in Society: the Journal of Contemporary Human Services*, 168-275.
- Feindler, E. L., Ecton, R. B., Kingsley, R. B., & Dubey, D. R. (1986). Group anger control training for institutionalized psychiatric male adolescents. *Behavior Therapy*, 17, 109-123.
- Feindler, E. L., Marriot, A., & Iwata, M. (1984). Group anger control training for junior high school delinquents. *Cognitive Therapy and Research*, 8, 299-311.
- Feldman, L. H. (1991). Evaluating the impact of intensive family preservation services in New Jersey. In K. Wells & D. E. Biegel (Eds.), *Family preservation services: Research and evaluation* (pp.33-47). Newbury park, CA: Sage.

- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer R. L., Williams. J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured clinical interview for DSM- IV Axis II personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fitzharding, S. (1997). Anger management groupwork with women prisoners. *Forensic Update*, 48, 3-7.
- Fraser, M. W., Nelson, K. E., & Rivard, J. C. (1997). The effectiveness of family preservation services. *Social Work Research*, 21,138-153.
- Freedman, B. J., Rosenthal, L., Donahoe, C. P., Schlundt, D. G., & McFall, R. M. (1978). A social- behavioral analysis of skills deficits in delinquent and non-delinquent adolescent boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,46,1448-1462.
- Friedman, A. S., Tomko, L. A., & Utada, A. (1991). Client and family characteristics that predict better family therapy outcome for adolescent drug users. *Family Dynamics Addiction Quarterly*, 1,77-93.
- 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*.
- Gaffney, L. R., & McFall, R.M. (1981). A comparison of social skills in delinquent and nondelinquent adolescent girls using a behavioral role- playing inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,49, 959-967.
- 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.
- Gendreau, P. and Ross, R. R. (1980) *Effective correctional treatment: Bibliotherapy for cynics*. In Ross, R. R. and Gendreau, P. (1980).
- Gendreau, P., Goggin, C., & Papanozzi M. (1996). Principles of effective assessment for community corrections. *Federal Probation*, 60(3), 64-70.
- Gibbs, J. C., Potter, G. B., Barriga, A. Q., & Liau. A. K. (1996). Developing the helping skills and prosocial motivation of aggressive adolescents in group programs. *Aggression and Violent Behavior*, 1, 283-305.
- Gibbs, J. C., Potter, G., & Goldstein, A. P. (1995). *The EQUIP program: Teaching youth to think and act responsibly through a peer- helping approach*. Champaign. IL: Research Press.
- Goldstein, a, P., Glick, B., & Gibbs, J. C. (1998). *Aggression Replacement Training* (Rev .ed). Champaign, IL: research Press.
- Goldstein, A. (1988). *The prepare curriculum: Teaching prosocial competencies*. Champaign, IL: Research Press.
- Goldstein, A. P., & Glick, B. (1994). *The prosocial gang: Implementing aggression replacement training*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Goldstein, A. P.m & Killer, H. (1987). *Aggressive behavior: Assessment and intervention*. New York: Pergamon.
- Gordon, R. (1987). An operational classification of disease prevention. In J. A. Steinberg & M. M. Silverman (Eds.), *Preventing mental disorders: A research perspective* (pp. 20-26). Rockville, MD: Department of Health and Human Services.

- Gottfredson, D. C., & Gottfredson, G. D. (1992). Theory- guided investigation: Three field experiments. In J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence* (pp. 311-329). New York: Guilford.
- Graurbard, P. S. (1968). *Use of indigenous groupings as the reinforcing agent in teaching disturbed to learn. Proceedings of the 6th annual Convention of the American Psychological Association.* 613-614.
- Graves, R., Openshaw, D. K., & Adams, G. R. (1992). Adolescent sex offenders and social skills training. *International Journal of offender Therapy and comparative criminology*, 36, 139-153.
- Green, C. M. (1981). *Matricide by sons. Medicine, Science and the law*, 21.
- Grodon, D. A., Arbuthnot, J., Gustafson, K., & McGreen, P. (1988). Home- based behavioral- systems family therapy with disadvantaged juvenile delinquents. *American Journal of Family Therapy.* 16, 243-255.
- Grodon, DD. A., Graves, K., & Arbuthnot, J. (1995). The effect of functional family therapy for delinquents on adult criminal behavior. *Criminal Justice and Behavior*, 22, 60-73.
- Grounds, A. T., Quayle, M. T., Frace, J., Brett, T., Cox, M., & Hamilton, J. R. (1987). A unit for "psychopathic disorder" patients in Broadmoor Hospital. *Medicine, Science and Law*, 27, 21-31.
- Guerra, N. G., Tolan, P.H., & Hammaond, W. R. (1994). Prvention and treatment of adolescent violence. In L. D. Eron, J. H. Gentry, & P. Schlegel(Eds.), *Reason to help: A psychological perspective on violence and youth.* Washington, DC: American Psychological Association.
- Gunn, J. et al (1991). *Treatment needs of prisoners with psychiatric disorders.* British Medical Journal, 203.
- Guze, S.B. (1979). *Criminality and psychiatric Disorders.* New York: oxford university press.
- Haller, R. M., & Deluty, R. H. (1988). Assults on staffs by psychiatric in-patients: A critical review. *British Journal of Psychiatry*, 152, 174-179.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare psychopathy Checklist- Revived.* Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D., Harpur, T. J., Hakstian, A. R., Forth A. E., Hart, S. D, & Newman, J. P. (1990). The revised Psychopathy Checklist: Reliability and factor structure. *Psychological Assessment*, 2, 338-341.
- Harris, G. T., & Rice, M. E. (1997). Mentally disordered offenders: What research says about effective serice. In C. D. Webster & M. A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, assessment and treatment.* New York: Guilford.
- Harrow, M., Goldberg, J.F., Grossman, L., & Meltzer, H. (1990). Outcome in manic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 47, 665 - 671.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R., & Hill, K. G. (1999). Preventing adolescent health- risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153(3). 226-234.

- Hawkins, J. D., Herrenkohl, T., Farrington, D. P., Brewer, D., Catalano, R. F., & Harachi, T. W. (1998). A review of predictors of youth violence. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (pp. 106-146). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hawkins J. D., Doueck, H. J., & Lishner, D. M. (1988). Changing teaching practices in main-stream classrooms to improve bonding and behavior of low achievers. *American Educationnal Research Journal*, 25, 31-50.
- Hazelrigg, M. D., Cooper, H. M., & Borduin, C. M. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapies: An integrative review and analysis. *Psychological Bulletin*, 101, 429-442.
- Helzer, J.E., & Przybeck, T.R. (1988). The co - occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 219 - 224.
- Hemphill, J. F., Hare, R. D., & Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism: A review. *Legal and Criminological Psychology*, 3, 139-170.
- Henderson, M., & Hollin, C. R. (1986). Social skills training and delinquency. In C. R. Hollin & P. Trower (Eds.), *Handbook of social skills training*, Volume 1: Applications across the life span. Oxford: Pergamon Press.
- Henderson, M., & Hollin, C. R. (1983). A critical review of social skills training with young offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 10, 316-341.
- Henggeler, S. W. (1996). The development of effective drug abuse services for youth. In J. A. Egertson, D. M. Fox, & A. I. Leshner (Eds.), *Treating drug abusers effectively* (pp. 253-179). New York: Blackwell.
- Henggeler, S. W. (1997). *Multisystemic therapy with serious juvenile offenders and their families: program design, implementation and outcomes*, Unpublished manuscript.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., & Smith, L. A. (1992). Family preservation using multisystemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 935-961.
- Henggeler, S. W., Melton, G. B., Brondino, D. G., & Hanley, J. H. (1997a). Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821-833.
- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., & Brondino, M. J. (1997b). Multisystemic treatment of substance abusing and dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*.
- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., Brondino, M. J., & Crouch, J. L. (1996). eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through home-based multisystemic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 153, 427-428.
- Henggeler, S. W., Rodick, J. D., Borduin, C. M., Hanson, C. L., Watson, S. M., & Urey, J. R. (1986). Multisystemic treatment of juvenile offenders: Effects on adolescent behavior and family interaction. *Developmental Psychology*, 22, 132-141.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Broduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment for antisocial behavior in youth*. New York: Guilford.

- Henning, K. P., & Frueh, B. C. (1996). Cognitive- behavioral treatment of incarcerated offenders: An evaluation of the Vermont Department of Corrections' cognitive self-change program. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 523-541.
- Hersen, M., Ammerman, R. T., & Sisson, L. A. (1994). Handbook of aggressive and destructive behavior in psychiatric patients. New York: Plenum.
- Hobbs, T. R., & Holt, M.M (1976). The effects of token reinforcement on the behavior of delinquents in cottage settings. *Journal of applied Behavior Analysis*, 9,189-198.
- 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.
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency and crime: Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 49, 476 - 483.
- Hodgins, S. (1993). The criminality of mentally disordered persons. In S. Hodgins (Ed.), *Mental Disorder and Crime* (pp. 1 - 21). Newbury Park, CA: Sage.
- Hodgins, S. (1994a). Schizophrenia and violence: Are new mental health policies needed? *Journal of Forensic Psychiatry*, 5, 473 - 477.
- Hodgins, S. (1994b). Letter to the Editor. *Archives General of Psychiatry*, 51, 71 - 72.
- Hodgins, S. (1995). Major mental disorder and crime: An overview. *Psychology, Crime and Law*, 2, 5 - 17.
- Hodgins, S. (2004). Offenders with Major mental disorders. In C. R. Hollin (Ed), *The Essential Handbook of Offenders Assessment and Treatment* (pp. 219-238). New York: John Wiley.
- Hodgins, S., & Cote, C. (1990). The prevalence of mental disorders among penitentiary inmates. *Canada's Mental Health*, 38, 1 - 5.
- Hodgins, S., & Lalonde, N. (1999). Major mental disorders and crime: Changes over time? In P. Cohen, L. Robins & C. Slomkowski (Eds.), *Where and when: Geographical and historical aspects of psychopathology*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hodgins, S., Toupin, J., & Cote, G. (in press). Schizophrenia and antisocial personality disorder: A criminal combination. In L.B. Schlesinger (Ed.), *Explorations in Criminal Psychopathology: Clinical Syndromes with Forensic Implication*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 33, 307-316.
- Hollin, C. R. (1990). *Cognitive behavioral therapy with young offenders*. New York: Pergamon Press.
- Hollin, C. R. (1990a). Social skills training with delinquents: A look at the evidence and some recommendations for practice. *British Journal of Social Work*, 20, 483-493.
- 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 techniques. 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.
- Hopkins, R. E. (1993). An evaluation of social skills groups for sex offenders. *issues in Criminological and Legal Psychology*, 19, 52-59.
- Howells K.M., Watt, G., & Baldwin. S. (1997). Developing programmes for violent offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 2, 117-128.
- Howells, K. (1989). Anger management methods in relation to the prevention of violent behavior. In J. Archer & K. Browne (Eds), *Human aggression* (pp. 153-181). London: Rutledge.
- Huesmann, L. R. (1988). An information processing model for the development of aggression. *Aggressive Behavior*, 14, 13-24.
- Huesmann, L. R., Eron, L. D., Lefkowitz M. M & Walder, L. O. (1984). Stability of aggression over time and generations. *Developmental Psychology*, 20, 1120-1134.
- Huff. G. (1987). Social skills training. In B. J. McGurk, D. M. Thornton, & M. Williams (Eds.), *Applying psychology to imprisonment: Theory & practice*. London: HMSO.
- Hughes, G. V. (1995). Short and long term outcomes for a cognitive behavioral anger management program. In G. Davis (Ed), *Psychology, law and criminal justice* (pp. 485-494). New York: Walter.
- Hughes, G., Hogue, T., Hollin, C., & Champion, H. (1997). First- stage evaluation of a treatment programme for personality disordered offenders. *Journal of Forensic Psychiatry*, 8, 515-527.
- Indermaur, D. (1995). *Violent property crime*. Sydney, Australia: Federation Press.
- Ingram, G. L., Gerard, R. E., Quay, H. C., & Levinson, R. B. (1970). An experimental program for the psychopathic delinquent: Looking in the "correctional wastebasket". *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 7, 24-30.
- 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.

- J. thehrany, S.M.M (1995) conflict resolution in prison. Ferdowsi university. Mashhad.
- Jenkins, W. O., Witherspoon, A. D. Devine, M. D., edValera, E. K., Muller, J. B., Barton, M. C, & Mckee, J. M. (1974). *The post-prison analysis of criminal behavior and longitudinal follow-up evaluation of institutional*. Elmore, AL: Rehabilitation Research Foundation.
- Jesness, C. F.,& DeRisi, W. M. (1973). Some variations in techniques of contingency management in a school for delinquents. In J. S. Stumphauzer (Ed). *Behavior therapy with delinquents* (pp.196-235). Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Johnson, B. R, et al (1997) Religious programs, institutional adjustment and recidivism among Former inmates in prison Fellowship programs. Academy of criminal justice sciences. Internet.
- Johnson, G., & Hunter, R. M. (1995). Evaluation of the specialized drug offender program. In R. R. Ross & R. D. Ross (Eds.), *Thinking straight: The reasoning and rehabilitation programme for delinquency prevention and offender rehabilitation* (pp.215-235). Ottawa, Canada: AIR.
- Jones, E. J., & McColl, M. A. (1991). Development and evaluation of an interactional life skills group for offenders. *The Occupational Therapy Journal of Research*, 11, 80-92.
- Jordan, B., Schlenger, W., Fairbank, J., & Cadell, J. (1996). *Prevalence of psychiatric disorders among in carcerated woman: felons entering prison*. *Archives of General psychiatry*, 53, 513-519.
- Kaplan, H., Sadock, B. J. Sadock, V. A (2000) comprehensive text book of psychiatry. Lippincottwilliams and wilkins. Philadelphia.
- Karacki, L.,& Levinson, R. B. (1970). A token economy in a correctional institution for youthful offenders. *The Howard Journal of Penology and Crime Prevention*, 13,20-30.
- Karper, L. P., & Krystal, J. H. (1997). Pharmacotherapy of violent behaviour. In D. M. Stoff, J. Brieling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior*, New York: Wiley.
- Kazdin, a. E. (1994). Psychotherapy for children and adolescents. In A . E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior* (pp. 543-594). New York: Wiley.
- Kellam, S. G., Rebok, G. W., Ialongo, N.m & Mayer, L. S. (1994). The course and malleability of aggressive behavior from early first grade into middle school: Results of a developmental epidemiologically- based preventive trial. *Journal of Child Psychology Psychiatry*, 35, 259-281.
- Kessler, R.C., McGonagle, KA., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. - U., Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12 - month prevalence of DSM - III - R psychiatric disorders in the United States, *Archives General of Psychiatry*, 51, 8 - 19.
- Klerman, G.L., & Weissman, M.M. (1992). The Course, Morbidity, and Costs of Depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 831 - 834.
- Kroner, D. G., & Reddon, J. R. (1995). Anger and psychopathology prison inmates. *Personality and Individual Differences*, 18, 783-788.

- Kurtines, W. M., & Szapocznik, J. (1996). Family interaction patterns: Structural family therapy within contexts of cultural diversity. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (pp/ 671-967). Washington, DC: American Psychological association.
- Lapalme, M., Hodgins, S., & LaRoche, C. (1994). Risk of mental disorders among children with a parent who suffers from bipolar disorder. In S. Hodgins (Ed.) *Children at risk for major affective disorders* (pp. 93 - 140). Report commissioned by the Minister of Health, Canada.
- Lawson, W.K. (1984). *Depression and Crime: A discursive approach*. In M. Craft and A. Craft (Eds). *Mentally Abnormal offenders*. London: Bailliere Tindall.
- Planski, K. & Yohanson, R. (1977). *Homicidal aggression in schizophrenic men*. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 55.
- Leeman, L. W., Gibbs, J. C., & Fuller, D. (1993). Evaluation of a multicomponent group treatment program for juvenile delinquents. *Aggressive Behavior*, 19, 281-292.
- Leiber, M. J., & Mawhorr, T. L. (1995). Evaluating the use of social skills training and employment with delinquent youth, *Journal of Criminal Justice*, 23, 127-141.
- LeMarquand, D., & Tremblay, R.E.(2004). Delinquency prevention in schools. In C.R. Hollin(Eds). *The essential handbook of offender Assessment and Treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Lennings, C. J. (1990). *Skills training in a juvenile detention centre. Residential Treatment for children and Youth*, 8 39-54.
- 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.
- Lilienfeld, S. O. (1994). Conceptual problems in the assessment of psychopathy: *Clinical Psychology Review*, 14, 17-38.
- Lindqvist, P. (1986). Criminal homicide in Northern Sweden 1970 - In 1981: Alcohol intoxication, alcohol abuse and mental disease. *International Journal of Law and Psychiatry*, 8, 19 - 37.
- Linehan, M, M. (1993a). *Cognitive- behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M, M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Link, B.G., Andrews, H., & Cullen, F.T. (1992). The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *American Sociological Review*, 57, 275 - 292.
- 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.
- Lipsey, M.W. (1992) juvenile delinquency treatment, a meta – analysis enquiry into the variability of effects, In Cook, T.D., Cooper, H., Cordray, D.S., Hartman, H., Hedges, L.V., Light, R. J., Louis, T. A. & Mosteller, S. (Eds) *Meta – analysis for Explanation: A Case boolz*, New York: Russell Sage foundation Group.
- Lipton, D, N., McDonel, E. C., & McFall, R. M. (1987). Heterosocial perception in rapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 17-21.

- LO, C.C. (2004). *Sociodemographic factors, drug abuse, and other crimes: Howmany they vary among male and femal arrestees*. *Journal of criminal justice*, 32, 399-409.
- Lochman, J. E. (1992). Cognitive- behavioral intervention with aggressive boys: Three-year follow- up and preventive effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 426-432.
- Lochman, J. E., & Dodge, K. A (1994). Social- cognitive processes of severely violent, moderately aggressive and nonaggressive boys, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 366-374.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, p., Channabaasavanna, S. M, Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R. F. W., Ferguson, B., Jacobsberg, L. B. Mombour, W., Pull, C., One, Y., & Regier, D. A. (1994). The International personality disorder examination. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- Loranger, A. W., Susman, V. L., Oldham, J. M., & Russakoff, M. (1987). The personality disorder examination: A preliminary report, *Journal of Personality Disorders*, 11-13.
- Losel, F.(1995b). increasing consensus in thd evaluation of offender rehabilitation? Lessons from recent research syntheses. *Psychology, Crime, & Law*, 2. 19-39.
- Low, G. (1998). *Treatment of mentally disordered women who self- harm. Paper presented at the III European Congress on Personality Disorders*, University of Sheffield Sheffield, UK.
- Loza, W., & Loza- Fanous, A. (1999). Anger and prediction of violent and nonviolent offenders' recidivism. *Journal of Interpersonal Ciolence*, 14, 1014-1029.
- Marshall, W. L., Hudson S. M., Jones, R., & Fernandez, Y. M. (1995). Empathy in sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 15, 99-113.
- Marshall, W. L., Turner, B. A., & Barbaree, H. E. (1989). An evaluation of life skills training for penitentiary inmates, *Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation*, 14, 41-59.
- Mathur, S. R.,& Rutherford, R. B. (1994). Teaching conversational social skills to delinquent youth, *behavioral Disorders*, 19, 294-305.
- Maughan, B, (1993). Childhood precursors of aggressive offending in personality disordered adults. In S. Hodgkin (Ed.). *Mental disorder and crime*. Newbury Park, CA: Sage.
- McCown, W., Johnson J., & Austin, S. (1986). Inability of delinquents to recognize facial affects. *Journal of Social Behavior and Personality*, , 1, 489-496.
- McDougall, C., Boddiss, S., Davison, K., & Hayes, R. (1990). Developments in anger control training. *Issues in Criminological and Legal Psychology*, 15, 39-44.
- McFall, R.M. (1990). The enhancement of social skills: An information- processing analysis. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offender* (pp. 311-330). New York: Plenum.
- McGrath, R. J. (1990). Assessment of sexual aggressors: Practical clinical interviewing staregies. *Journal of Interpersonal Violence*, 5, 507-519.

- McKee, J. M. (1974). The use of contingency management to affect learning performance in adult institutionalized offenders. In R. Ulrich, T. Stachnik, & J. Mabry (Eds.), *Control of human behavior* (Vol. 3, pp.177-186). Glenview, IL: Scott, Foresman.
- McKee, J. M., Jenkins, W. O., & Milan, M. A. (1977). The effects of contingency management procedures on the rate of learning. *Quarterly Journal of Corrections*, 1, 42-44.
- McMurran, M. (2004). Offenders with personality disorder. In C.R. Hollin (Eds). *The essential handbook of offender Assessment and Treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- McMurran, M., Egan, V., & Ahmadi, S. (1988). A retrospective evaluation of a therapeutic community for mentally disordered offenders. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9, 103-113.
- Megargee, E. I. (1995). Assessing and understanding aggressive and violent patients. In J. N. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment: practical approaches* (pp.359-409). New York: Oxford University Press.
- Milan, M. A. (1987a). Basic behavioral procedures in closed institutions. In E. K. Morris & C. J. Braukmann (Eds.). *Behavioral approaches to crime and delinquency* (pp.161-163). New York: Plenum.
- Milan, M. A., & MaKee, J.M, (1976). The cellblock token economy: Token reinforcement procedures in a maximum security correctional institution for adult male felons. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 9, 253-276.
- Milan, M. A., Throckmorton, W. R., McKee, J. M., & Wood, L. F. (1979a). Contingency management in a cellblock token economy: Reducing rule violations and maximizing the effects of token reinforcement. *Criminal Justice and Behavior*, 6, 307-325.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*, New York: Guilford.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1993). *Motivational interviewing*. New York: Guilford.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University press.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University press.
- Monahan, J., & Steadman, H. (1994). *Violent and mental disorders*. Chicago: Chicago University Press.
- Mowat, R.R. (1966). *Morbid jealousy and Murder, London, Tavistock*.
- Müller-Isberner, R. (1993). Managing Insane Offenders: The Practice of Hospital Order Treatment in the Forensic Psychiatric Hospital - State of Hessen/Germany. *International Bulletin of Law & Mental Health*, 4 (1&2), 28-30.
- Müller-Isberner, R. (1996). Forensic psychiatric aftercare following Hospital Order Treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19 (1), 81-86.
- Müller-Isberner, R., Freese, R., Jöckel, D., & Gonzalez Cabeza, S. (2000). Forensic psychiatric assessment and treatment in Germany: Legal framework, recent developments, and current practices. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5/6), 467-480.

- Murphy, R., & Bauer, R. (1996). *Evaluating the effectiveness of a cognitive skills training programme for juvenile delinquents*. (Unpublished Manuscript) Georgia: Valdosta State University.
- Nelson, K. E. (1990). Family based services for juvenile offenders. *Children and Youth Services Review*, XII, 193-212.
- Noble, P. (1997). Violence in psychiatric in-patients. *International Review of Psychiatry*, 9, 207-213.
- Novaco, R. W. (1994b). Anger as a risk factor for violence. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 21-59). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Novaco, R. W. (1975). Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment. Lexington, MA: Lexington Books / D. C. Heath.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: Heath.
- Novaco, R. W. (1977). Stress inoculation: A cognitive therapy for anger. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 600-608.
- Novaco, R. W. (1993). Stress inoculation therapy for anger control. University of California.
- Novaco, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence among mentally disordered. In J. Monahan & H. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder* (pp. 21-59). Chicago: Chicago University Press.
- Novaco, R. W. (1997). Remediating anger and aggression with violent offenders. *Criminological and Legal Psychology*, 2, 77-88.
- Novaco, R. W. (1997). Remediation and aggression with violent offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 2, 77-88.
- Novaco, R. W., & Renwick, S. J. (1998). Anger predictors of the assaultiveness of forensic hospital patients. In E. Sanavio (Ed), *Behavior and Cognitive Therapy Today* (First Edition)(pp. 199-208). New York: Academic Press.
- Novaco, R. W., & Welsh, W. N.(1989). Anger disturbances: Cognitive mediation and clinical prescriptions. In K, Howells & C. R. Hollin (Eds.), *Clinical approaches to violence* (pp. 39-60). Chichester. UK: Wiley:
- 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.
- Novaco, R.W.(1994a). Anger as a risk factor for violence among the mentally mentally disordered. In J. Monahan & H.J. Steadman (Eds), *Violence and mental disorder: Developments*
- Olds, D. L., Eckenrode, J. M., & Luckey, D, (1997). Long- term effects of home visitation on maternal lift course and child abuse and neglect: Fifteen- year follow- up of a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 178, 637-643.
- Oxford (2000). *English Dictionary*. London, UK.
- Pfohl, B., Blum, N., & Zimmerman, M. (1995). *Structured interview for DSM-IV personality disorders (SIDP-IV)*. University of Iowa, Department of Psychiatry.

- Planski, K. & Yohanson, R. (1977). *Homicidal aggression in schizophrenic men*. Acta psychiatric Scandinavica, 55.
- Polaschek, D. L, L., & Collie, R. M., & Walkey, F. H.(2003a). Criminal attitudes to violence: Development and preliminary validation of a scale for male prisoners. *Manuscript under review*.
- Polaschek, D. L, L., & Dixon, B. G. (2001). The violence prevention project: The development and evaluation of a program for violent offenders. *Psychology, Crime, and Law* 7, 1-23.
- 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*.
- Polaschek, D. L, L., Wilson, N., Townsend, M., & Daly, L. (2003). cognitive-behavioral treatment for serious violent offenders: An outcome evaluation of the Violence Prevention Unit, *manuscript under review*.
- Polaschek, D.L.L., & Reynolds, T.R.(2004). Assessment and treatment: Violent offenders. In C.R. Hollin(Eds). *The essential handbook of offender Assessment and Treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Porporino, F. J., & Robinson, D. (1995). An evaluation of the reasoning and rehabilitation programme with Canadian federal offenders. In R. R. Ross & R. D. Ross (Eds.), *Thinking straight: The reasoning and rehabilitation programmes for delinquency prevention and offender rehabilitation* (pp.155-191). Ottawa, Canada: AIR.
- Priestley, P., & McGuire, J. (1985). *Offending behaviour: Skills and stratagems for going straight*, London: Batsford.
- Priestley, P., McGuire, J., Flegg, D., Hemsley. V., Welham, D., & Barnitt, R. (1984). *Social skills in prison and the community*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Prins, H. (1980). *Dangerous Behaviour, The law and Mental disorder*. London: Tavistock.
- 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.
- Quinsey, V. L. & Maguire, A. (1986). Maximum security psychiatric patients: Actuarial and clinical prediction of dangerousness. *Journal of Interpersonal Violence*, 1, 143-171.
- Raine, A. (1993). *The psychopathology of crime*. San Diego, CA: Academic Press.
- Raynor, p., & Vanstone, M. (1996), reasoning and rehabilitation in Britain: *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40,272-284.
- Reckless, W. C., & Dinitz, S. (1972). *The Prediction of juvenile delinquency: an experiment*. Columbus, OH: Ohio Stte University Press.
- Reiss, A. J., & Roth, J. A. (Eds.), (1993). *Understanding and preventing violence*. Washington: National Academy.
- Reiss, D., Grubin, D., & Meux, & (1996). Young “ psychopaths” in special hospital: Treatment and outcome *British Journal of Psychiatry*, 168, 99-104.

- Renwick, S. J., Ramm, m., Black, L., & Novaco, R. W. (1997). Anger treatment with forensic hospital patients. *Criminological and Legal Psychology*, 2, 103-116.
- Rice, M. E., & Harris, G. T.(1997). The treatment of mentally disordered offenders. *Psychology, Public Policy, and Law*, 3, 126-183.
- Rice, M. E., Harris, G. T., Quinsey, V. L., & Cry, M. (1990). Planing treatment programs in secure psychiatric facilities. In D. N. Wesstub (Ed), *Law and mental health*. (pp. 159-187). Hillsdale: Erlbaum.
- Richards, S. Bergin. A (2002) A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. American psychological Association. Washington, DC.
- 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*.
- Robinson, D. Grossman, M., & Proporino, F. J. (1991). *Effectiveness of the cognitive skills training programme. From pilot to national implementation*, B-07. Ottawa, Canada: Correctional Service Canada.
- Ross, R. R., Fabiano, E. A., & Ewles, C. D. (1988). Reasoning and Rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 32,29-36.
- Ross. R. R., & Fabiano, E. A. (1985). *Time to think: A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation*. Johnson City, TN: Institute of Social Sciences and Arts.
- Rutter, M. (1983). School effects on pupil progress: Research findings and policy implications. *Child Development*, 54, 1-19.
- Sadock, B. J. Sadock, V. A (2000) *comperhensive textbook of psychiatry*. Lippincottwilliams and wilkins. Philadelphia.
- Santisteban, D, A., Szapocznik, J., Perez- Vidal, A., Kurtines, W. M., Murray, W. J., & Laperriere, A. (1996). Engaging behavior problem drug abusing youth and their families into treatment: An investigation of the efficacy of specialized engagement interventions and factors that contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology*, 10, 35-44.
- Schmidt, S. E., Liddle, H. A., & Dakof, G. A. (1996). Changes in parenting practices and adolescent drug abuse during multidimensional family therapy. *Journal of Family Psychology*, 10, 12-27.
- Schoenwald, S. K., & Henggeler, S. W. (1997). Combining effective treatment strategies with family preservation models of service delivery: A challenge for mental health. In R. J. Illback, H. Joseph, Jr., & C. Cobb (Eds.), *Integrated services for children and families: Opportunities for psychological practice* (pp. 121-136). Washington, DC: American psychological Association.
- Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., & Henggele, S. W. (1998). Multisystemic therapy: Changing the natural and service ecologies of adolescents and their families. In M. H. Epstein, K. Kutash, & A. Duchnowski (Eds.), *Outcomes for chidren and youth with behavioral and emotional disorders and their families: Programs and evaluation best practices* (pp. 485-511). Austin , TX: PRO. ED.

- Schweinhart, L. L., Barnes, H. V., & Eickart, D. P. (1993). *Significant benefits. The High/Scope Perry School Study through age 7*. Ypsilanti, MI: High/Scope Press.
- Schweinhart, L. L., & Weikart, D. P. (1997). *Lasting differences: The High/Scope Preschool Curriculum Comparison Study through age 23. (Monographs of the High/Scope Educational Research Foundation, 12)*. Ypsilanti, High/Scope press.
- Seguin, J. R., Pihl, R.O., Harden, P. W., Treblay, R. E., & Boulerice, B. (1995). Cognitive and neuropsychological characteristics of physically aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 614-624.
- Serin, R. C., & Kuriyuchuk, M. (1994). Social and cognitive processing deficits in violent offenders: Implications for treatment. *International Journal of Law and Psychiatry, 17*, 431-441.
- Serin, R. C., & Kuriyuchuk, M. (1994). Social and cognitive processing deficits: Implications for treatment. *International Journal of Law and Psychiatry, 17*, 431-441.
- Serin, R., & Brown, S. (1996). Strategies for enhancing the treatment of violent offenders. *Forum on Corrections Research, 8*(3), 45-48.
- Serin, R., & Brown, S. (1997). *Treatment programs for offenders with violent histories: A national survey. Forum on Corrections Research, 9*(2). (Available at <http://198.103.98.139/crd/forum/e092.e092h.htm>).
- Serin, R., & Kennedy, S. (1997). Treatment readiness and responsivity: Contributing to effective correctional. (Report No. R54). Ottawa, Canada: Correctional Service of Canada, *Correctional Research and Development*. (Available at <http://www.csc-scc.gc.ca/crd/reports/r54e.htm>).
- 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.
- Shadish, W. R., Montgomery, L. M., Wilson, P., Wilson M. R., Bright, I., & Okwumabua, T. (1993). Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 992-1002.
- Simon, L. M. J. (1997). Do criminal offenders specialize in crime types? *Applied and Preventative Psychology, 6*, 35-53.
- Simonian, S., Tarnowski K. J., & Gibbs, J. C. (1991). Social skills and antisocial conduct of delinquents. *Child Psychiatry and Human Development, 22*, 17-27.
- Slaby, R. G., & Guerra, N. G. (1988). Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders: I. Assessment. *Developmental Psychology, 24*, 580-588.
- 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
- Smith, L. L., Smith, J. N., & Beckner, B.M. (1994). An anger management workshop for women inmates. *Journal of Contemporary Human Services, 172-175*.
- Soloff, P. H. (1998). Symptom-oriented psychopharmacology for personality disorders. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health, 4*, 3-11.
- Solomon, P. and Draine, J. (1995). Issues in serving the forensic client. *Social Work, 40*, 25-33.
- Spence, D. H. (1981a). Differences in social skills performance between institutionalized juvenile. *Journal of Clinical Psychology, 20*, 163-171.

- Spence, S. H. (1981b). Validation of social skills of adolescent males in an interview conversation with a previously unknown adult. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 159-168.
- Spielberger, C. (1991). State-Trait Anger Expression Inventory. University of South Florida .
- Spielberger, C. D. (1988). State- trait anger expression inventory: Research edition professional manual. Odessa, FL: *Psychological Assessment Resources*.
- Spivack, G., Platt, J. J., & Shure, M. B. (1976). *The problem – solving approach to adjustment: A guide to research and intervention*. San Francisco, CA: Jossey- Bass.
- Spry, W.B. (1984). *Schizophrenia and Crime*, In M. Craft & A. Craft (Eds). Mentally Abnormal offenders, London, Bailliere Tindall.
- Stangl, D., Pfohl. B., Zimmerman, M., Bowers, W., & Corenthal, C. (1985). A structured interview for the DSM-III personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 42, 591-596.
- Steadman, H.J., McCarty, D.W., & Morrissey, J.P. (1989). *The mentally ill in jail: planning for essential services*. New York: Guildford Press
- 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.
- Steels, M., Roney, G., Larkin, E., Jones, P., Croudace, T., & Duggan, C, (1998). Discharged form special under restrictions: A comparison of the fates of psychopaths and the mentally ill. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 8, 39-55.
- Stermac, L. E. (1986). Anger control treatment for forensic patients. *Journal of Interpersonal Violence*, 1, 446-457.
- Stoll, A.L., Tohen, M., Baldessarini, R.J., Goodwin, D.C., Stein, S., Katz, S. Geenens, D., Swinson, R., Goethe, J.W., & Glashan, T. (1993). Shifts in diagnostic frequencies of schizophrenia and major affective disorders at six North American psychiatric hospitals. *American Journal Psychiatry*, 150, 1668 - 1673.
- Stone, M. H. (1993). *Abnormal personalities: Within and beyond the realm of treatment*. New York: W.W. Norton.
- Stuart, B. & Brice – Baker, J. (2004). *Correlates of higher rates of recidivism in female prisoners: an exploratory study*. Journal of psychiatry & law. 32.
- Stuart, B. & Brice – Baker, J. (2004). Correlates of higher rates of recidivism in female prisoners: an exploratory study. Journal of psychiatry & law. 32.
- Stuart, R. B., Jayaratne, S., & Tripodi, T. (1976). Changing adolescent deviant behavior through reprogramming the behavior of parents and teachers: An experimental evaluation. *Canadian Journal of Behavior Science*, 8, 138-144.
- Swanson, J. W., Borum, R., Swartz, M. S., & Monahan, J. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behavior in the community. *Criminal behavior and mental health*, 6, 309-329.
- Szapocznik, J., Perez- vidal, A., Brickman A. L., Foote, F. H., Santisteban, D., Hervis O., & Kurtines, W. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families in

- treatment: A strategic structural systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 552-557.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, E., Perez- Vidal, A., & Hervis, O. E. (1983). Conjoint versus one- person family therapy: Some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 889-899.
- Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, E., Perez- Vidal, A., & Hervis, O. E. (1986). Conjoint versus one- person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 395-397.
- Tate, D. C., Reppucci, N. D., & Mulvey, E. P. (1995). Violent juvenile delinquents: Treatment effectiveness and implications for future action. *American Psychologist*, 50, 777-781.
- Taylor, P. J. (1982). *Schizophrenia and violence*. In Y. Gunn and D.P. Farrington (Eds.). *Abnormal offenders, Delinquency, and the criminal justice system* chichester: Willey.
- Templeton, J. K. (1990). Social training for behavior- problem adolescents: A review. *International Journal of partial Hospitalization*, 6, 49-60.
- Tengström, A. (2004). Schizophrenia and Criminal Offending. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 31, No. 4, 367-391.
- Teplin, L. (1990). *The prevalence of severe mental disorders among male urban jail detainees. Comparison with the epidemiologic catchment Area program*. *American journal of public Health*, 80, 663-664.
- Teplin, L., Abram, K., & McClelland, G. (1996). *Prevalence of psychiatric disorders among incarcerated woman: pretrial jail detainees*. *Archives of General psychiatry*, 53, 505-512.
- Teplin, L.A. and Swartz, J. (1989). Screening for severe mental disorder in jails: the development of the referral decision scale. *Law and Human Behavior*, 13, 1-18.
- Thomas, M., Jackson, S. (2003). *Cognitive – Skills group work*. In C. Towl (Eds). *Psychology in prisons*. British psychological society. Black well publishing.
- Thornberry, T. P., Huizinga, D., & Loeber, R. (1995). *The prevention of serious delinquency and violence: Implications from the program of research on the causes and correlates book: Serious, violent, and chronic juvenile offenders* (pp. 213-237). Newbury Park, CA: Sage.
- Tohen, M., Wateraux, C.M., & Tsuang, M.T. (1990). Outcome in mania: A 4 - year prospective follow - up of 75 patients utilizing survival analysis. *Archives General of Psychiatry*, 47, 1106 – 1111.
- Tolan, P. H.(1996). Characteristics shared by exemplary child clinical interventions for indicated populations. In M. C. Roberts (Ed.), *Model programs in child and family mental health* (pp.91-107). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Tolan, P. H., & Guerra, N. C. (1994). *What works in reducing adolescent violence: An empirical review of the field*. Boulder, CO: University of Colorado, Institute for Behavioral Sciences, Center for the Study and Prevention of Violence.
- Towl, G. (1995). Anger management groupwork. *Issues on Criminological Psychology*, 23, 31-35.

- Towl, G. (2003). Psychological services in HM prison service. In G. Towel (Eds). *Psychology in prison*. British psychological society. Black well publishing.
- Tremblay, R. E., Kurtz, L., Masse, L. G., Vitaro F., & Pihl, R. O. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact through midadolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 560-568.
- Tremblay, R. E., Masse, B., Perron, D., LeBlanc, M., Schwartzman, A.E., Ledingham, J. E. (1992). Early disruptive behavior, poor school achievement, delinquent behavior and personality: Longitudinal analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 64-72.
- Tyler, V. O., & Brown. G. D. (1967). The use of swift, brief isolation as a group control device for institutionalized delinquents. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 1-9.
- Valliant, P. M., Jenson, B., & Raven-Brook, L. (1995). Brief cognitive behavioral therapy with male adolescent offenders. *Psychological reports*, 76, 1056- 1058.
- Valliant. P. M., & Antonowicz, D. H. (1991). Cognitive behaviour therapy and social skills training improves personality and cognition in incarcerated offenders. *Psychological Reports*, 68, 27-33.
- Van Elzen, C. J. M., & Emmelkamp, P. M. G. (1996). The assessment of personality disorders: Implications for cognitive and behavior therapy. *Behavior Research and Therapy*, 34, 655-668.
- Venezian, C., & Veneziano. L. (1988). Knowledge of social skills among institutionalized juvenile delinquents: An assessment. *Criminal Justice and behavior*, 15, 152-171.
- Walters, G. D. (1995a). The psychological inventory of criminal thinking styles, Part I: Reliability and validity. *Criminal Justice and Behavior*, 22, 307-325.
- Walters, G. D. (1995b). The psychological inventory of criminal thinking styles, Part II: Identifying simulated response sets. *Criminal Justice and Behavior*, 22, 437-445.
- Ward, T., Hudson, S. M., & Keenan, T. (1998). A self- regulation model of the sexual offense process. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 10, 141-157.
- Ward, T., Loudon, K., Hudson, S. M., & Marshall, W. L. (1995). A descriptive model of the offence chain in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 452-472.
- Ward, T., McCormack, J., Hudson, S. M., & Polaschek, D. (1997). Rape: Assessment and treatment. In D. R. Lawa & W. O'Donohue (Eds.), *Sexual deviance: Theory, assessment and treatment* (pp.6356-393). New York: Guilford.
- Welsh, W. N., & Gordon, A. (1991). Cognitive mediator of aggression. *Criminal Justice and Behavior*, 18, 125-145.
- West, D. Y. (1982). *Delinquency: Its Roots, Careers and prospects*. Cambridge, Mass: Harvard university press.
- White, J. L. Moffitt, T. E.m Earls, F., Robins, L., & Silva, P. A. (1990). How early can we tell? Predictors of childhood conduct disorder and adolescent delinquency. *Criminology*, 28, 507-533.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (1994). Personality disorders and violence. In Monahan & H. J. Steadman (Eds.). *violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

- Wiederanders, M. R., & Choate, P. A. (1994). Beyond residivism. *Psychological Assessment*, 6, 61-66.
- Wiederanders, M. R., Bromley, D. L., & Choate, P. A. (1997). Forensic conditional release programs and outcomes in three states. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20, 249-257.
- Wilkinson, Ian. (1998). *Child and family assessment*, Uk: Routledge.
- Willmot, P (2003). *Applying the research on reducing recidivism to prison regimes*. In G. Towel (Eds). *Psychology in prison*. British psychological society. Blackwell publishing.
- Wilson, D., Tien, G., & Eaves, D. (1995). Increasing the community tenure of mentally disordered offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18, 61-69.
- Wodarski, J. S. Filipczak, J., McCombs, D., Koustenis, G., & Rusilko, S. (1979). Follow- up on behavioral intervention with troublesome adolescents. *Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 181-188.
- Wodarski. J. S. & Filipczak, (1982). Behavioral intervention in public school: II. Long-term follow- up. In D. J. Safer (Ed.), *School programs for disruptive adolescents* (pp. 201-214). Baltimore, MD: University Park Press.
- Wolff, N., Helminiak, T. W., Morse, G. A., Calsyn, R. J., et al. (1997). Cost-effectiveness evaluation of three approaches to case management for homeless mentally ill clients. *American Journal of Psychiatry*, 154(3), 341-8
- Word, C. I., & Mcfall, R. M (1986). Further validation of the problem inventory for adolescent girls: comparing Caucasian and black delinquents and nondelinquents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 732-733.
- Wormith, J.S. & McKeague, F. (1996). A mental health survey of community correctional clients in Canada. *Criminal behaviour and mental health*, 6, 49-72.
- Wright, N. A. (1995). Social skills training for conduct- disordered boys in residential treatment: A promising approach. *Residential Treatment for Children and Youth*, 12, 15-28.
- Yochelson, S., & Samenow, S. (1977). *The criminal personality*, Vol 2: The change process. New York: Jason Aronsen.
- Zamble, E. (1992). Behavior and adaptayion in long-term prison inmates. *Criminal Justice and Behavior*, 19, 409-425.
- Zamble, E., & Porporino, f. (1988). *Coping behaviour, and adaptation in prison inmates*. New York: Springer- Verlag.
- Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51, 225-245.

پیوست‌ها

پیوست ۱. ابزارهای پژوهش

پرسشنامه سلامت روان عمومی

مددجوی عزیز

با سلام، پرسشنامه‌ای که در اختیار دارید به منظور برنامه‌ریزی ارائه خدمات مشاوره‌ای به مددجویان تهیه شده است. این پرسشنامه از دو بخش تشکیل شده است. لطفاً هر یک از پرسشنامه‌ها را با دقت مطالعه کنید و صادقانه به آنها پاسخ دهید. لازم به یادآوری است که این پرسشنامه صرفاً جهت ارائه خدمات مشاوره‌ای تهیه شده است و اطلاعات آن کاملاً محرمانه خواهد بود. از این که صمیمانه این پرسشنامه را تکمیل می‌کنید، متشکریم.

گروه خدمات مشاوره‌ای دانشگاه تهران

الف- مشخصات فردی

نام: نام خانوادگی: تاریخ تولد: ۱۳ محل تولد:

مذهب: تحصیلات:

اولین بار که محکوم شدید چند ساله بودید؟

وضعیت تأهل: مجرد متاهل جداشده همسر فوت شده

در صورتی که هنوز همسر دارید:

مدت تأهل: سال تعداد فرزندان دختر: و پسر:

شغل همسر: میزان تحصیلات همسر:

شغل (یا شغل‌های) شما قبل از محکومیت:

آیا در یک سال قبل از آخرین محکومیت شغل خود را عوض کرده‌اید؟ بلی خیر

اگر بلی چندبار
.....

وضعیت آخرین محل سکونت شما چگونه بود؟

مسکن شخصی اجاره‌ای اتاق در مسافرخانه یا هتل منزل اقوام یا دوستان

سایر (ذکر کنید):

محل سکونت: شهر روستا:

آیا در مدت یکسال قبل از محکومیت محل سکونت خود را عوض کرده‌اید؟ بلی خیر

در صورت بله چندبار؟

یکبار دوبار سه بار بیش از سه بار

منبع امرارمعاش و درآمد شما قبل از آخرین محکومیت کدام یک از موارد زیر بوده است؟
 حقوق کارمندی کارآزاد حقوق بازنشستگی خانواده دوستان از
 راه کارهای خلاف موارد دیگر توضیح داده شود

تأمین کننده مالی شما:

سایر (ذکر کنید)	نهادهای اجتماعی	دوستان	والدین	همسر	خود	
						قبل از زندان
						بعد از زندان

نوع محکومیت فعلی: مدت محکومیت:
 زمان آزادی: محل اقامت فعلی در زندان:
 تعداد محکومیت‌های قبلی: نوع محکومیت‌های قبلی:

قبل از آخرین محکومیت با چه کسانی زندگی می‌کردید؟

خانواده (همسر و فرزندان) والدین فامیل دوستان به تنهایی
 آیا سابقه مصرف مواد مخدر داشته‌اید؟ بلی خیر در صورت بلی چه مدت؟
 آیا سابقه ترک مواد مخدر داشته‌اید؟ بلی خیر در صورت بلی چه مدت؟
 آیا سابقه مصرف الکل داشته‌اید؟ بلی خیر در صورت بلی چه مدت؟
 آیا در حال حاضر مشکل روحی دارید؟ بلی خیر
 آیا قبلاً مشکل روحی داشته‌اید؟ بلی خیر
 آیا تا به حال از خدمات روان‌شناسی و روان‌پزشکی استفاده کرده‌اید؟ بلی خیر
 به نظر شما آیا خانواده شما نیازمند دریافت خدمات مشاوره و روان‌شناسی هستند؟ بلی خیر

ب: وضعیت سلامتی

در این بخش مایلیم بدانیم که طی چند هفته گذشته وضعیت سلامتی شما چگونه بوده است و آیا علائم پزشکی داشته‌اید یا خیر؟ لطفاً مشخص کنید که هر یک از عبارات ذیل به چه میزان با وضع جسمی و روحی شما مطابقت دارد. یادتان باشد که در نظر است وضع کنونی و اخیر شما مورد بررسی قرار گیرد، نه آن چه که در گذشته وجود داشته است. لطفاً سعی کنید به تمامی سئوالات با دقت و صادقانه پاسخ دهید و جواب خود را در محل مربوط، با علام ضربدر (x) مشخص فرمایید.

اخیراً به چه میزان

الف ۱- احساس کرده‌اید که حالتان بسیار خوب بوده است و از سلامتی کامل برخوردارید؟

هرگز کم زیاد بسیار زیاد

الف ۲- احساس کرده‌اید که به دارو نیاز دارید؟

هرگز کم زیاد بسیار زیاد

الف ۳- احساس کسالت و بی‌حالی کرده‌اید؟

هرگز کم زیاد بسیار زیاد

الف ۴- احساس کرده‌اید که بیمار هستید؟

هرگز کم زیاد بسیار زیاد

الف ۵- سردرد داشته‌اید؟

هرگز کم زیاد بسیار زیاد

الف ۶- احساس حالتی از سنگینی یا فشار در سرتان داشته‌اید؟

هرگز کم زیاد بسیار زیاد

الف ۷- احساس کرده‌اید که بدنتان داغ و یا سرد می‌شود؟

هرگز کم زیاد بسیار زیاد

ب ۱- بر اثر نگرانی دچار بی‌خوابی شده‌اید؟

هرگز کم زیاد بسیار زیاد

ب ۲- شب‌ها از خواب بیدار شده و در ادامه داده به خواب مشکل داشته‌اید؟

هرگز کم زیاد بسیار زیاد

ب ۳- احساس کرده‌اید که تحت فشار (عصبی) هستید؟

هرگز کم زیاد بسیار زیاد

ب ۴- عصبانی و بدخلق بوده‌اید؟

هرگز کم زیاد بسیار زیاد

ب ۵- بدون دلیل هراسان و یا وحشت‌زاده شده‌اید؟

هرگز کم زیاد بسیار زیاد

ب ۶- متوجه شده‌اید که انجام کارها از توانایی شما خارج است؟

هرگز کم زیاد بسیار زیاد

ب ۷- احساس کرده‌اید که عصبی بوده و دلشوره دارید؟

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| هرگز <input type="checkbox"/> | کم <input type="checkbox"/> | زیاد <input type="checkbox"/> | بسیار زیاد <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
- ج ۱- توانسته‌اید خودتان را مشغول و سرگرم نگه دارید؟
- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| هرگز <input type="checkbox"/> | کم <input type="checkbox"/> | زیاد <input type="checkbox"/> | بسیار زیاد <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
- ج ۲- در انجام کارها کندتر شده‌اید؟
- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| هرگز <input type="checkbox"/> | کم <input type="checkbox"/> | زیاد <input type="checkbox"/> | بسیار زیاد <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
- ج ۳- احساس کرده‌اید که روی هم رفته کارها را به خوبی انجام می‌دهید؟
- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| هرگز <input type="checkbox"/> | کم <input type="checkbox"/> | زیاد <input type="checkbox"/> | بسیار زیاد <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
- ج ۴- از نحوه انجام کارهای تان احساس رضایت می‌کنید؟
- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| هرگز <input type="checkbox"/> | کم <input type="checkbox"/> | زیاد <input type="checkbox"/> | بسیار زیاد <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
- ج ۵- احساس کرده‌اید که نقش مؤثری در انجام کارها دارید؟
- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| هرگز <input type="checkbox"/> | کم <input type="checkbox"/> | زیاد <input type="checkbox"/> | بسیار زیاد <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
- ج ۶- توانسته‌اید دربارهٔ مسائل تصمیم بگیرید؟
- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| هرگز <input type="checkbox"/> | کم <input type="checkbox"/> | زیاد <input type="checkbox"/> | بسیار زیاد <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
- ج ۷- توانسته‌اید از فعالیت‌های روزمره لذت ببرید؟
- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| هرگز <input type="checkbox"/> | کم <input type="checkbox"/> | زیاد <input type="checkbox"/> | بسیار زیاد <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
- د ۱- فکر کرده‌اید که شخص بی‌ارزشی هستید؟
- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| هرگز <input type="checkbox"/> | کم <input type="checkbox"/> | زیاد <input type="checkbox"/> | بسیار زیاد <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
- د ۲- احساس کرده‌اید زندگی به کلی ناامید کننده است؟
- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| هرگز <input type="checkbox"/> | کم <input type="checkbox"/> | زیاد <input type="checkbox"/> | بسیار زیاد <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
- د ۳- احساس کرده‌اید که زندگی ارزش زنده بودن را ندارد؟
- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| هرگز <input type="checkbox"/> | کم <input type="checkbox"/> | زیاد <input type="checkbox"/> | بسیار زیاد <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
- د ۴- به خودکشی فکر کرده‌اید؟
- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| هرگز <input type="checkbox"/> | کم <input type="checkbox"/> | زیاد <input type="checkbox"/> | بسیار زیاد <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
- د ۵- به این نتیجه رسیده‌اید که به دلیل عصبی بودن، قادر به انجام هیچ کاری نیستید؟
- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| هرگز <input type="checkbox"/> | کم <input type="checkbox"/> | زیاد <input type="checkbox"/> | بسیار زیاد <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
- د ۶- به این نتیجه رسیده‌اید که ای کاش مرده بودید و کلاً از شر زندگی خلاص می‌شدید؟
- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| هرگز <input type="checkbox"/> | کم <input type="checkbox"/> | زیاد <input type="checkbox"/> | بسیار زیاد <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
- د ۷- این فکر که به زندگی تان خاتمه دهید، به ذهن شما رسیده است؟
- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| هرگز <input type="checkbox"/> | کم <input type="checkbox"/> | زیاد <input type="checkbox"/> | بسیار زیاد <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|

فهرست نشانگان بیماری

فهرستی از مشکلات و مسائلی که مردم گاهی از آنها شکایت می‌کنند در زیر داده شده است. لطفاً هر یک از آنها را به دقت بخوانید و تصمیم بگیرید این مسئله یا مشکل در طی هفته گذشته چقدر باعث ناراحتی شما شده است. آن گاه با گذاشتن علامت x در یکی از پنج ستون جلو شماره مربوط به این شکل در ورقه پاسخنامه جواب خود را اعلام کنید.

همان طور که ملاحظه خواهید کرد هر یک از پنج ستون پاسخنامه با یکی از ارقام و کلمات زیر مشخص شده است:

- ۰- هیچ: یعنی این موضوع هیچ وقت برای من مسئله نبوده و هرگز مرا ناراحت نکرده است
 - ۱- کمی: یعنی این مشکل یا مسئله به مقدار بسیار کمی برای من وجود داشته و ناراحتی مختصری برای من فراهم ساخته است. (مثلاً یک یا دو بار در طول چند ماه گذشته با آن روبرو شده‌ام)
 - ۲- تا حدی: یعنی این مسئله در حد متوسطی برای من مطرح بوده، مرا ناراحت کرده است. مثلاً در طول چند هفته گذشته سه یا چهار بار این مسئله را داشته‌ام.
 - ۳- زیاد: یعنی این مشکل یا مسئله به دفعات متعدد (مثلاً هر دو یا سه روز یک بار) و با شدت زیاد برای من اتفاق افتاده و تا حد زیادی باعث ناراحتی من شده است.
 - ۴- خیلی زیاد: یعنی این مسئله یا مشکل تقریباً "هر روز و با شدت زیاد برای من مطرح بوده و بی‌اندازه مرا ناراحت کرده است.
- لطفاً در مقابل هر مشکل یا مسئله فقط یکی از جواب‌ها را علامت بزنید. هیچ مشکلی را بدون جواب رها نکنید. اگر به دلیلی تصمیمتان عوض شد و خواستید جواب قبلی را تغییر دهید، سعی کنید جواب قبلی را پاک کنید یا به نحوی مشخص سازید که جواب نهایی مورد نظرتان کدام است.

پرسشنامه فهرست نشانگان بیماری

این پرسشنامه شامل ۹۰ سؤال است. خواهشمند است هر یک از سؤالات را به دقت بخوانید و نظر خود را در پاسخنامه با علامت (x) مشخص کنید

- ۱- آیا از هفته گذشته تا به امروز سردردهایی داشته‌اید؟
- ۲- آیا بی‌جهت دلشوره دارید و توی دلتان می‌لرزد؟
- ۳- آیا افکار مزاحمی که دوست ندارید مرتباً وارد سر شما می‌شوند که ولتان نکنند؟ (منظور افکار ناخوشایند تکراری بی‌ربط است).
- ۴- آیا ضعف می‌کنید و سرتان گیج می‌رود؟
- ۵- آیا علاقه خود را نسبت به فعالیت‌ها و لذت‌های جنسی از دست داده‌اید؟
- ۶- آیا ایرادگیر شده‌اید؟
- ۷- آیا فکر می‌کنید که اختیار فکرهای شما به دست دیگران است یعنی اینکه افکار شما را دیگران کنترل می‌کنند یا با دستگاه‌هایی از راه دور مغز یا فکر شما را در اختیار خود دارند؟
- ۸- آیا احساس می‌کنید به خاطر بیشتر گرفتاری‌های شما دیگران را باید سرزنش کرد؟
- ۹- آیا فراموشکار شده‌اید؟
- ۱۰- آیا از ریخت و پاشیدگی‌ها در اطراف و سرسری گرفتن‌های دیگران ناراحت می‌شوید؟
- ۱۱- آیا زود دلخور و عصبانی می‌شوید؟
- ۱۲- در هفته گذشته تا امروز در ناحیه قلب یا سینه احساس دردهایی داشته‌اید؟
- ۱۳- آیا از رفتن به جاهای وسیع و یا کوچه و بازار می‌ترسید؟
- ۱۴- آیا در هفته گذشته تا امروز خودتان را کم قوه حس می‌کنید و یا کند شده‌اید؟
- ۱۵- آیا فکر این که به زندگیتان خاتمه بدهید به سرتان آمده است؟
- ۱۶- آیا صداهایی به گوش شما می‌رسد که دیگران آنها را نمی‌شنوند؟
- ۱۷- آیا لرزش دارید؟
- ۱۸- آیا احساس می‌کنید که به بیشتر مردم نمی‌توان اعتماد کرد؟
- ۱۹- آیا بی‌اشتها شده‌اید؟
- ۲۰- آیا زود به گریه می‌افتید؟
- ۲۱- آیا در برابر جنس مخالف احساس ناراحتی می‌کنید و خجالت می‌کشید؟
- ۲۲- آیا احساس می‌کنید طوری گیر افتاده‌اید که نه راه پس دارید و نه راه پیش؟
- ۲۳- آیا ناگهان و بدون هیچ علتی می‌ترسید؟

- ۲۴- آیا ناگهان آن چنان از کوره در می‌روید که نمی‌توانید جلوی خودتان را بگیرید؟
- ۲۵- آیا می‌ترسید تنها از خانه بیرون بروید؟
- ۲۶- آیا خودتان را برای هر چیزی سرزنش می‌کنید؟
- ۲۷- آیا پشت درد دارید؟
- ۲۸- آیا احساس می‌کنید که کارهایتان پیشرفت نمی‌کند مثل این که گره در کارت‌ها افتاده باشد؟
- ۲۹- آیا احساس تنهایی می‌کنید؟
- ۳۰- آیا احساس غمگینی می‌کنید؟
- ۳۱- آیا برای هر چیز کوچکی زیاد دل‌نگران می‌شوید؟
- ۳۲- آیا نسبت به همه چیز بی‌علاقه شده‌اید؟
- ۳۳- آیا همیشه احساس ترس می‌کنید؟
- ۳۴- آیا زود می‌رنجید؟ آیا حساس و زودریج شده‌اید؟
- ۳۵- آیا دیگران از فکرهای شما بدون این که به آنها بگویند با خبر می‌شوند؟
- ۳۶- آیا فکر می‌کنید که دیگران حرف شما را نمی‌فهمند و یا درد شما را حس نمی‌کنند؟
(با شما همدردی نمی‌کنند؟)
- ۳۷- آیا فکر می‌کنید رفتار مردم نسبت به شما غیردوستانه است، یا آن که شما را دوست ندارند؟
- ۳۸- آیا برای این که کارها را درست انجام بدهید مجبور هستید خیلی آهسته کار کنید؟
- ۳۹- آیا قلبتان تند می‌زند؟ طپش دارد؟
- ۴۰- آیا در هفته گذشته تا امروز حال تهوع یا دل‌آشوبی داشته‌اید؟
- ۴۱- در میان کسانی که مثل شما هستند احساس می‌کنید از آنها کمتر هستید؟
- ۴۲- آیا در عضلاتان احساس کوفتگی می‌کنید؟
- ۴۳- آیا احساس می‌کنید که دیگران شما را زیر نظر دارند و یا درباره شما با دیگران حرف می‌زنند؟
- ۴۴- آیا دیر خوابتان می‌برد؟ خواب رفتن برایتان مشکل است؟
- ۴۵- وقتی کاری را انجام می‌دهید آیا مجبور هستید آن را تکرار کنید تا مطمئن شوید آن را درست انجام داده‌اید؟ (مثلاً در بار چند بار امتحان می‌کنید تا مطمئن شوید که بسته است، یا چند بار به اجاق گاز سر می‌زنید تا مطمئن شوید خاموش است).
- ۴۶- آیا تصمیم گرفتن برایتان مشکل است؟
- ۴۷- آیا از مسافرت با اتوبوس یا قطار یا هر وسیله نقلیه عمومی دیگر می‌ترسید؟
- ۴۸- آیا دچار تنگی نفس می‌شوید (نمی‌توانید راحت نفس بکشید)؟
- ۴۹- آیا ناگهان احساس می‌کنید گر گرفته‌اید (داغ شده‌اید) و یا یخ می‌کنید؟

- ۵۰- آیا مجبور هستید بعضی کارها را نکنید یا بعضی جاها نروید یا دست به بعضی چیزها نزنید برای این که از آنها بی دلیل می ترسید؟
- ۵۱- آیا اتفاق می افتد حس کنید که نمی توانید فکر کنید مثل این که سرتان از فکر خالی است
- ۵۲- آیا قسمت هایی از بدنتان خواب می رود یا گزگز (سوزن سوزن) می شود؟
- ۵۳- آیا گاهی احساس می کنید که چیزی راه گلویتان را گرفته است (مثل این که بغض گلویتان را گرفته باشد؟)
- ۵۴- آیا نسبت به آینده ناامید هستید؟
- ۵۵- آیا وقتی کاری را انجام می دهید برایتان مشکل است که تمام حواستان را جمع آن بکنید؟
- ۵۶- آیا در بعضی از قسمت های بدنتان احساس ضعف می کنید؟
- ۵۷- آیا عصبی (کم تحمل) هستید و زود از جا در می روید؟
- ۵۸- آیا در دست ها و پاها احساس سنگینی می کنید؟
- ۵۹- آیا فکرهای زیادی راجع به مرگ و مردن دارید؟
- ۶۰- آیا پرخوری می کنید؟
- ۶۱- آیا وقتی توجه مردم به شماست یا درباره شما در حضور خودتان حرف می زنند ناراحت می شوید؟
- ۶۲- آیا بعضی وقت ها حس می کنید فکرهایتان مال خودتان نیست یا آنها را توی سرتان گذاشته اند؟
- ۶۳- آیا حس می کنید که میل شدیدی به کتک زدن و آسیب رساندن به دیگران دارید؟
- ۶۴- آیا صبح ها زودتر از آن چه که عادت داشته اید بیدار می شوید و دیگر خوابانان نمی برد؟
- ۶۵- آیا خود را مجبور به تکرار بعضی کارها مانند شستن، شمردن یا دست زدن به چیزهایی می بینید؟
- ۶۶- آیا بد خواب هستید؟ ناراحت می خوابید؟
- ۶۷- آیا گاهی حس می کنید که دلتان خواهد چیزی را پرت کنید، بشکنید؟
- ۶۸- آیا فکر و عقیده های مخصوص به خودتان دارید که هیچ کس دیگری آنها را قبول ندارد؟
- ۶۹- آیا وقتی با دیگران هستید زیاده از حد در فکر و رفتارتان مراقب هستید که مبادا کاری کنید که آبرویتان برود؟ (مبادا خطائی از شما سر بزند).
- ۷۰- آیا وقتی در جمع مردم هستید ناراحتی و غریبگی می کنید مثل این که با آنها فرق دارید یا این که از آنها خجالت می کشید؟
- ۷۱- آیا انجام هر کاری به نظرتان مشکل و پرزحمت می آید؟

- ۷۲- آیا ناگهان دچار هول شدید و وحشت‌زدگی می‌شوید؟
- ۷۳- آیا در بین جمعیت از این که چیزی بخورید یا بیاشامید ناراحت می‌شوید؟
- ۷۴- آیا زیادی درگیر می‌شوید و جرو بحث می‌کنید؟
- ۷۵- آیا وقتی تنها می‌مانید مضطرب می‌شوید؟ می‌ترسید؟
- ۷۶- آیا دیگران قدر و قیمت کارهای شما را نمی‌دانند؟
- ۷۷- آیا در میان جمع هم خود را تنها حس می‌کنید؟
- ۷۸- این روزها طوری بی‌قرار و ناآرام می‌شوید که نمی‌توانید یک جا بنشینید؟
- ۷۹- آیا فکر می‌کنید آدم به دردخور و بی‌ارزشی شده‌اید؟
- ۸۰- آیا احساس می‌کنید چیزهای آشنا (قیافه‌ها- یا مناظر آشنا) به نظرتان یا آشنا است؟
- ۸۱- آیا زود داد و فریاد راه می‌اندازید و چیزها را پرت می‌کنید؟
- ۸۲- آیا می‌ترسید که مبادا در انظار مردم غش کنید و بیفتید؟
- ۸۳- آیا حس می‌کنید که به دیگران زیاد رو بدهید از شما سوء استفاده کنند؟
- ۸۴- آیا افکاری در رابطه با مسائل جنسی دارید که بیش از اندازه شما را ناراحت کند؟
- ۸۵- آیا فکر می‌کنید آن قدر گناهکارید که باید عذاب و عقوبت ببینید؟
- ۸۶- آیا احساس می‌کنید مجبور هستید کارهایی را انجام دهید؟
(آیا فکرها و شکل‌های خیلی ترسناک به سراغ شما می‌آید؟)
- ۸۷- آیا خیال می‌کنید عیب و نقص یا اختلال عمده‌ای در بدنتان پیدا شده است؟
- ۸۸- آیا نزدیک و صمیمی شدن با افراد برایتان خیلی مشکل است؟
- ۸۹- آیا بیشتر اوقات احساس تقصیر و گناه می‌کنید؟
- ۹۰- احساس می‌کنید دارای یک نوع ناراحتی روانی هستید یا چیزی یا ذهن شما را آزار می‌دهد؟

پیوست ۲: برنامه کارگاه‌های آموزشی
مهارت‌های زندگی و گروه‌درمانی
شناختی - رفتاری

جلسه اول^۱: ایجاد ارتباط اولیه، بیان اهداف، روش کار و بررسی مشکلات موجود در بین اعضای گروه (مددجویان)، تعامل و تعیین هدف

مراحل اولین جلسه کارگاه آموزشی گروهی به شرح زیر است:

۱. مرحله آشنایی که همان سلام و استقبال و کمک به احساس راحتی اعضای گروه است؛
۲. مرحله بیان مشکل که طی آن مشکل عنوان شده بررسی می‌شود؛
۳. مرحله تعامل که در آن اعضای گروه به گفت‌وگو با یکدیگر دعوت می‌شوند؛
۴. مرحله تعیین هدف یعنی وقتی از گروه خواسته می‌شود به‌طور تغییرات مورد انتظار خود را تصریح کنند، جلسه با تعیین قرار جلسه بعدی با تمام یا بعضی از اعضای گروه خاتمه می‌یابد.

مرحله آشنایی: تمام اعضای گروه باید در تمام مراحل جلسه و به‌ویژه در مرحله آشنایی شرکت کنند. وقتی افراد گروه وارد کارگاه آموزشی می‌شوند، باید هر جا و هر طور که مایل‌اند، بنشینند. مجری کارگاه باید بعد از معرفی خود، با تک تک اعضای گروه صحبت کند و با آنها آشنا شود. آنچه مهم است، پی بردن به واکنش پاسخ هر یک از اعضا برای مشخص شدن وضعی است که همه آنها در آن دخیل و مهم‌اند. اگر یکی پیش از وقت شروع به صحبت درباره مشکل کرد، مجری باید او را متوقف کند تا اینکه مختصر آشنایی با تک تک اعضای گروه حاصل شود.

مرحله طرح مشکل: جلسه تا اینجا برخورد اجتماعی با گروه است که می‌تواند کاملاً خلاصه باشد و حتی چند دقیقه طول بکشد. مجری کارگاه از اعضای گروه می‌خواهد که به صورت انفرادی نظر خود را به‌طور مستقیم درباره مشکل یا مشکلات خود بگویند. اگر مجری بتواند با تمام اعضای گروه برخورد یکسانی داشته باشد و طوری وانمود کند که انتخاب اولین شخص مورد خطاب تصادفی بوده است، ارائه راه‌حل برای مشکل آسان‌تر خواهد بود.

در این مرحله مجری باید آشکارا بر مشکل یا مشکلات مطرح شده توسط اعضای گروه تمرکز یابد. مجری هنگام گوش دادن به مشکل نباید هیچ تعبیر و تفسیری بکند که موجب شود گوینده «مشکل» را به گونه متفاوتی ببیند. همچنین مجری نباید در این مرحله اندرزی بدهد، حتی اگر از او درخواست شود، برای مثال ممکن است همه یا بیشتر اعضای گروه به مشکلات حقوقی خود یا

۱. تعداد اعضای گروه پانزده نفر و طول مدت هر جلسه ۱/۵ تا ۲ ساعت است.

مشکلاتی که با مراقبان زندان دارند، اشاره کنند و از رفتار و برخورد نامناسب مراقبان با خود گلایه و شکایت کنند. اما مجری فقط به دقت به مشکلات مطرح شده گوش کرده و سعی می کند مشکل یا مشکلات مشترک مددجویان را در ذهن خود نگاه دارد، بدون اینکه واکنشی نشان دهد. اگر فردی از گروه زیاد حرف می زند و صحبت های دیگران را قطع می کند، مجری باید با مداخله امکان ادامه صحبت را به شخص اول برگرداند و همه باید نوبت داشته باشند. همچنین مجری هنگام شنیدن مشکلات باید عمل افراد را نیز مشاهده کند.

مرحله تعامل: پرسش درباره مشکل دو مرحله دارد؛ **مرحله اول** کسب نظر همگان است؛ **مرحله دوم** آن است که اعضای گروه را به گفت و گوی متقابل درمورد مشکل یا مشکلات مشترک خود بکشانیم و برای مثال از آنها بخواهیم در مورد ریشه ها و علل برخورد نامناسب مراقبان زندان درمورد آنها با یکدیگر گفت و گو کرده و سعی کنند راه حل های عملی و منطقی برای حل این مشکل پیدا کنند. در این مرحله، مجری نباید مرکز گفت و گو باشد. مجری به جای اینکه شخصی باشد که تک تک اعضای گروه با او صحبت کنند، باید آنها را به طرف صحبت هرچه بیشتر با هم سوق دهد. وقتی نظر افراد گروه درباره مشکل ابراز شد، اختلافات هم بروز می کند. برای مثال ممکن است یکی از اعضای گروه اعتقاد داشته باشد که باید پرخاشگری کلامی یا فیزیکی مراقب را با پرخاشگری پاسخ داد، درحالی که فرد دیگری بر اساس تجارب قبلی خود اعتقاد دارد که اگر یکی از مراقبان به یک طرف صورت او سیلی بزند، او طرف دیگر صورت خود را جلو می آورد تا مراقب یکی سیلی دیگر به او بزند. از این رو، مجری باید همچنان مسئول و مراقب آنچه واقع می شود باشد. او باید مراقب باشد که قبل از تمام کردن مرحله اول مانع از شروع گفت و گوی متقابل اعضای گروه با یکدیگر شود. زیرا این کار ممکن است موجب گره خوردن مشکل و اختلاف نظر دو فرد خاص از اعضای گروه شود. از طرفی مجری باید در مرحله تعامل و زمانی که دو نفر با هم در حال صحبت کردن هستند، برای وارد کردن شخص سوم در گفت و گو آماده باشد. بهتر این است که همه با همدیگر صحبت کنند.

مرحله تعیین هدف و تغییرات مطلوب: بسیاری از مشکلات اعضای گروه پس از روبه رو شدن آنها با یکدیگر به وضوح روشن می شود. با این حال، در این مرحله مهم است که افراد گروه با بیانی روشن و مستدل تغییرات مورد انتظار خود را از برنامه درمان اظهار کنند. این کار به تک تک افراد کمک می کند که روی موارد مهم تمرکز کنند تا در مجموع خطوط اصلی اهداف کارگاه آموزشی مشخص شود. در این مرحله باید تمرکز روی مشکلات عمومی در گروه باشد، برای مثال ممکن است بیشتر اعضای گروه خواهان رسیدگی به مشکلات قضایی و حقوقی خود و تغییر در نحوه

برخورد مراقبان و مسئولان زندان با خود باشند. گاه یکی از اعضای گروه مشکلی را بیان می‌کند که به‌واقع مشکل نیست، اما او به دلیل نداشتن تجربه کافی فکر می‌کند که مشکل است. بنابراین مجری ناچار است به عوض کار درمانگری به معنای متداول آن فقط نقش ناصح عاقل را بازی کند. پس از تعیین اهداف می‌توان اولین جلسه را با قرار جلسه بعد خاتمه داد.

جلسه دوم: بررسی عوامل مؤثر بر زندگی سالم (عوامل جسمانی، روانی - اجتماعی و معنوی)، عزت نفس و احترام به خود، بحث گروهی

زندگی سالم، ابعاد مختلفی دارد. در این جلسه، زندگی سالم در ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، معنوی و شناسایی موقعیت های پرخطر مطرح می شود.

عوامل جسمانی

آنچه که در ایجاد زندگی سالم نقش دارد، ارتقای سلامت^۱ است. سلامت، عبارت است از حالت کامل بهزیستی جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی، نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی. منظور از ارتقای سلامت، فرایندی است که افراد را قادر می سازد توانایی و فعالیت خود را برای بهبود وضعیت سلامت خود افزایش دهند. ارتقای سلامت نیاز به انجام رفتارهای سالم دارد. منظور از رفتار سالم، رفتارهایی است که سلامت فرد را نگه دارند یا ارتقاء دهند (تیلور، ۱۹۹۵). این رفتارها متعدد و متنوع اند، از جمله تغذیه صحیح، خواب شبانه کافی بین ۷ تا ۸ ساعت، ورزش مرتب، عدم مصرف سیگار و الکل، تنظیم وزن به گونه ای که بیش از ۱۰ درصد اضافه وزن وجود نداشته باشد (همان منبع). عواملی که با سبک زندگی ناسالم رابطه دارند عبارتند از مصرف مواد و الکل، سیگار، پرخوری، روابط جنسی پرخطر و پرداختن به کارهای خطرناک (کسیدی^۲، ۱۹۹۹).

فعالیت گروهی در زمینه عوامل جسمانی زندگی سالم: در این زمینه، مجری باید توجه اعضای

گروه را به اهمیت نقش عوامل جسمانی (خواب، تغذیه، ورزش، وزن متناسب و عدم مصرف سیگار و الکل) جلب کند. در این زمینه مجری از آنها می خواهد که میزان رعایت عوامل بهداشتی را مورد بحث قرار دهند و اعضا را به مشارکت فعال در بحث دعوت می کند.

مجری به هنگام بحث گروهی باید به عواملی که مانع رفتارهای سلامت در افراد می شوند، دقت کند، یکی از این موانع، خوش بینی غیرواقع بینانه^۳ است. خوش بینی غیرواقع بینانه مبنی بر این باور است که فرد هیچ وقت دچار مشکلات جسمانی مهم نمی شود. مجری می تواند زمینه بحث گروهی را به اعتیاد و ایدز و سایر رفتارهای پرخطر بکشانند.

^۱ . health promotion

^۲ . Cassidy

^۳ . unrealistic optimism

توصیه می‌شود در پایان جلسه، مجری کارگاه، گروه را به ایجاد برنامه‌ریزی جسمانی فردی راهنمایی کند.

عوامل روانی-اجتماعی

در کنار عوامل جسمانی مربوط به زندگی سالم، عوامل روانی و اجتماعی قرار دارند. امنیت و رضایت خاطر، یکی از عوامل روانی بسیار مهم در زندگی سالم است که از راه روابط اجتماعی ایجاد می‌شود. ارتباطات و پیوندهای اجتماعی، احساس تعلق و پیوستگی به انسان‌های دیگر، احساس امنیت عمیقی در افراد ایجاد می‌کند. بنابراین، یکی از شرایط زندگی سالم، برقراری روابط انسانی و ارتباطات انسانی است.

تنظیم اهداف زندگی

یکی دیگر از فعالیت‌هایی که به انسان احساس امنیت و رضایت خاطر می‌دهد، تعیین و تنظیم اهداف زندگی است که نیاز به توجه خاص دارد. چنانچه فرد اهداف زندگی خود را نشناسد، دچار بی‌هدفی، کسالت و ناامیدی و درماندگی می‌شود، چنانچه اهداف غیرواقع بینانه‌ای برای زندگی خود تعیین کند، نمی‌تواند به آن اهداف دست یابد و دچار خشم، پرخاشگری، یأس و ناامیدی می‌شود.

فعالیت گروهی در زمینه عوامل روانی زندگی سالم: به منظور تعیین اهداف مناسب، قابل دستیابی و واقع‌بینانه، مجری کارگاه می‌تواند از گروه بخواهد در گروه‌های چند نفری اهداف زندگی خود را بنویسند و در مورد هر یک از آنها با یکدیگر بحث کنند. سپس مجری آنها را به این مطلب راهنمایی کند که اهدافی مثل موفقیت تحصیلی، رضایت خانواده و فرد سالمی برای اجتماع بودن اهداف کلی هستند و اهداف بلندمدت نامیده می‌شوند. نکته مهم دیگر در این مرحله آن است که اهداف غیرواقع‌بینانه مراجعان مشخص شده و دلایل غیرواقع‌بینانه آنها روشن شود، برای مثال ممکن است مددجویی اظهار کند که فقط یک هدف دارد و آن این است که بتواند پس از آزاد شدن جای امنی را برای مصرف مواد مخدر (هروئین) پیدا کند و تمام عمر نشئه باشد. در این گونه موارد مجری اعضای گروه را دعوت می‌کند تا با یکدیگر به بحث درباره علل غیرواقع‌بینانه بودن این هدف بپردازند، طوری که فرد مطرح‌کننده هدف دریابد که به دلیل منطقی او نمی‌تواند به این هدف دست پیدا کند.

برای حصول به اهداف بلندمدت، هر فرد باید اهداف کوتاه مدتی را در داخل آنها تعیین کند. بنابراین مجری، دوباره به اعضای گروه فرصت می دهد تا اهداف کوتاه مدت خود را معین کنند.

مثلاً: **هدف بلندمدت:** ورود به دانشگاه / به دست آوردن شغل مناسب

هدف کوتاه مدت: موفقیت در امتحانات پایان سال یا پایان ترم / آموزش حرفه در زندان و ارائه

رفتار مناسب.

اهداف کوتاه مدت تر

- برنامه ریزی تحصیلی / برنامه ریزی حرفه ای؛

- مشاوره در خصوص برنامه ریزی تحصیلی / مشاوره درباره برنامه ریزی حرفه ای؛

- جدیت و کوشش در مطالعه دروس / تلاش برای مطالعه و کار عملی در حرفه مورد نظر؛

- کمک گرفتن از دیگران.

هدف کوتاه مدت روزانه: مطالعه دروس براساس برنامه تعیین شده و انجام کار عملی در حرفه

مورد نظر.

با در پیش گرفتن اهداف کوتاه مدت، روند زندگی منظم و قابل پیش بینی می شود.

عزت نفس و احترام به خود

یکی از عوامل بسیار مهم در رفتار سالم، عزت نفس است که عبارت از است احساس ارزشمند بودن که از مجموع افکار، احساس ها، عواطف و تجربیات فرد در طول زندگی ناشی می شود. انسان زمانی از عزت نفس زیاد بهره مند می شود که بتواند احساسات مثبتی را به کمک عوامل زیر تجربه کند:

همبستگی: این احساس زمانی تجربه می شود که افراد از پیوندهای مهم زندگی خود راضی باشند.

بی همتایی: این احساس هنگامی به وجود می آید که فرد بتواند صفات یا ویژگی هایی را که موجب

تفاوت و تمایز او از دیگران بشود، بشناسد و به آنها احترام بگذارد.

قدرت: احساس قدرت وقتی به وجود می آید که فرد بداند منابع، فرصت و قابلیت آن را دارد که

بر شرایط زندگی خویش اثر بگذارد.

الگوها: فرد به کمک الگوهای انسانی، فلسفی و عملیاتی، مدل هایی برای خویش فراهم می کند

تا او را در استقرار ارزش های معنادار، هدف ها، آرمان ها و معیارهای شخصی کمک کند.

عوامل مؤثر در عزت نفس قوی عبارتند از:

۱. خودآگاهی و شناسایی خود؛

۲. ارزش گذاردن به هر آنچه که هست،

۳. باور به بی‌همتایی و بی‌نظیر بودن خود.

وظیفه مجری کارگاه در ارتقای عزت نفس آن است که برای اعضای گروه روشن سازد که قضاوت در مورد ارزشمندی خود را از تفاوت‌هایی که با دیگران دارند جدا کنند. در زمینه ارتقای عزت نفس مشاور می‌تواند فعالیت‌های زیر را در دو بخش «ما موجودات ویژه‌ای هستیم» و «چقدر خود را می‌شناسیم» انجام دهد.

ابتدا مجری کارگاه درباره تفاوت‌های فردی بحث می‌کند و برای گروه روشن می‌سازد که همه انسان‌ها با یکدیگر متفاوت‌اند. هیچ‌کس وجود ندارد که شبیه دیگری باشد، هر فرد تک و بی‌نظیر است، انسان‌ها موجوداتی ویژه‌اند. تا به حال کسی در دنیا به وجود نیامده که شبیه دیگری باشد. در آینده هم کسی مثل و مانند دیگری متولد نخواهد شد پس هر فرد تک، ویژه و بی‌نظیر است. مجری کارگاه روشن می‌سازد که متفاوت بودن بد یا خوب نیست.

مجری کارگاه بدین ترتیب بحث ارزشمندی را از بحث تفاوت جدا می‌سازد.

فعالیت گروهی در زمینه تشخیص شباهت‌ها و تفاوت‌ها: مجری کارگاه از افراد گروه می‌خواهد که خوب به یکدیگر نگاه کنند. سپس آنها را به گروه‌های دوتایی تقسیم می‌کند و پس از آن می‌خواهد که هر یک از زوجها خوب به هم نگاه کرده و شباهت‌های همدیگر را یادداشت کنند (۵ یا ۶ شباهت). بعد از تکمیل این قسمت، مجری، از آنها می‌خواهد حالا یک بار دیگر به هم نگاه کنند و این بار تفاوت‌های همدیگر را بنویسند.

سپس هر یک از افراد شباهت‌ها و تفاوت‌های خود با یار خود را با صدای بلند می‌خوانند. پس از آن مجری نتیجه‌گیری می‌کند که همه ما با هم شباهت و تفاوت‌هایی داریم، ولی آیا این شباهت و تفاوت‌ها با خوب یا بد بودن ما ارتباط دارد؟

مجری کارگاه شباهت‌ها و تفاوت‌های افراد گروه را با یکدیگر مقایسه می‌کند و می‌گوید «همان‌طور که در اثر انگشت تک و منحصر به فرد هستیم، در علائقمان نیز بی‌نظیریم».

مجری چنین جمع‌بندی می‌کند که «ما نه تنها ظاهرمان بلکه عقایدمان، علائقمان، سلیقه‌هایمان نیز متفاوت است. آیا عیبی دارد؟ آیا بد است؟ فقط متفاوت است».

احترام

یکی از نیازهای مهم دیگر انسان، نیاز به احترام است. دو کانون و منبع احترام وجود دارد: ۱- احترام دیگران به فرد و ۲- احترام فرد به خودش که عزت نفس نام دارد. نیاز به احترام از سوی دیگران نه تنها ایراد ندارد، بلکه یکی از نیازهای روانی طبیعی انسان است و به دنبال پیروی از قواعد و هنجارهای اجتماعی، پیشرفت، موفقیت، فعالیت های سالم و برخورداری از سبک زندگی سالم به دست می آید.

فعالیت گروهی در زمینه شیوه کسب احترام از سوی دیگران: در اینجا مجری کارگاه می تواند با یک سؤال، ذهن مراجعان را به سوی نحوه کسب احترام از سوی دیگران جلب کند، سپس با سؤال های هدایت کننده ذهن آنها را به طرف فعالیت هایی که احترام دیگران را به فرد افزایش می دهد، نزدیک کند. برای مثال مجری می تواند از مددجویان بپرسد که آنها چگونه می توانند با رفتار خود احترام سایرین را به سوی خود جلب کنند. ممکن است مددجویی اشاره کند که می تواند با بی توجهی به قوانین و مقررات و نمایش قدرت بدنی و قلدری احترام و توجه سایر زندانیان را به خود جلب کند. از این رو در پایان، مجری اعضای گروه را به این مطلب راهنمایی می کند که گاهی افراد با بعضی از رفتارهای ناسالم سعی در به دست آوردن احترام دیگران دارند. سپس از آنها می خواهد نحوه کسب چنین احترامی را بیان کنند. در اینجا مجری باید اعضای گروه را به موضوعات زیر راهنمایی کند و در مورد هر یک از عوامل زیر بحث گروهی کرده و دلایل ناسالم بودن هر یک از آنها را بررسی کنند: جلب احترام دیگران با فعالیت های ناسالمی مانند:

- سیگار کشیدن،

- رفتارهای خطرناک مانند رانندگی های تند و بی ملاحظه، کتک کاری و درگیر شدن با دیگران،

- مصرف مواد،

- مصرف الکل،

- رفتارهای بی بند و بارانه،

- بی توجهی به قوانین و مقررات.

جلسه سوم: آموزش مهارت تحلیل رفتار (A-B-C)، بحث گروهی و ارائه فعالیت‌های تکمیلی

هدف از این مداخله، آموزش به مددجویان است تا بتوانند الگوهای رفتاری ناکارآمد خود را تحلیل کنند. همچنین بتوانند الگوهای رفتاری سازش‌یافته‌تر دیگری را که با سایرین بروز می‌دهند یا مجری کارگاه آنها را پیشنهاد می‌کند، تحلیل کنند. به مددجویان آموزش داده می‌شود تا بتوانند از روش ساده A-B-C برای تحلیل رفتار استفاده کنند. از آنها خواسته می‌شود تا الگوهای پاسخ‌دهی یا رفتارهای سازش‌نیافته خود را به تفصیل شرح دهند. سپس از آنها خواسته می‌شود تا از فرم زیر برای توصیف رفتار شخصی خود و مشخص کردن وقایعی که قبل و بعد از پاسخ‌های آنها ایجاد می‌شود و پیامدهای پاسخ‌هایشان را نیز توصیف و یادداشت کنند.

¹ A	² B	³ C
وقایع فعال‌کننده	رفتار	پیامدها

پیشایندها و پیامدهای گزارش شده، می‌توانند توصیفی از پاسخ‌های افراد مهم، وقایع محیطی یا رفتارهای عاطفی یا شناختی شخصی مددجویان (مانند عصبانیت، نگرانی، افسردگی، یا احساسات خوشایند) باشند، برای مثال ممکن است مددجویی اظهار کند که بی‌دلیل دچار خشم می‌شود و اقدام به خودزنی می‌کند. در چنین مواردی وظیفه مجری این است که به مددجو کمک کند تا از وقایع، افکار یا احساساتی که علت بروز خشم در او بوده‌اند، آگاه شود. ممکن است مددجو کشف کند که بی‌توجهی و قهر یکی از دوستان و حامیان صمیمی‌اش که بسیار به او دلبستگی داشته، علت خشم ناگهانی او و خودزنی‌اش بوده است. در این مرحله مجری با بحث گروهی به بررسی پیامدهای رفتار خودزنی می‌پردازد. از این رو، مددجو به اثرهای منفی کار خود پی می‌برد.

آموزش آگاهی از همبندی‌ها^۴

این روش برای کمک به مددجویان، برای آگاه شدن از نتایج احتمالاً منفی تصمیم‌گیری‌های نابجایی به کار می‌رود که یاد گرفته‌اند یا ممکن است در نظر داشته باشند یاد بگیرند (مانند تصمیم به ایجاد درگیری فیزیکی یا خودزنی). روش مذکور به مددجویان کمک می‌کند تا پیامدهای بالقوه و بالفعل الگوهای رفتاری خود ویرانگر خویش را (مانند سوء مصرف الکل یا مواد مخدر، بی‌بند و باری جنسی، یا دیگر اختلال‌های سلوکی) پیش‌بینی کنند. به علاوه، آگاهی از همبندی‌ها، ممکن است به

¹. antecedents

². behavior

³. consequences

⁴. contingency-awareness

مددجو کمک کند تا از پیامدهای مطلوب و احتمالی تصمیم گیری های جایگزین و الگوهای رفتار جایگزین هم آگاهی یابد. به طور کلی، از مددجو خواسته می شود تا با استفاده از شکل و الگوی زیر، پیامدهای احتمالی کوتاه مدت و بلندمدت تصمیم گیری های رفتاری گوناگون یا سبک های زندگی را فهرست کند.

رفتار	پیامدهای کوتاه مدت	پیامدهای بلندمدت

از آنجا که ممکن است افراد اغلب پیامدهای منفی احتمالی الگوهای رفتاری خودتخریب گرانه^۱ یا خودشکن را، هم در کوتاه مدت و هم در بلندمدت، فراموش کنند، از مددجویان خواسته می شود تا هم پیامدهای آنی و هم درازمدت رفتار خود را تصور کنند. در صورت داشتن فرصت مهارت های گفت و گو هم در اینجا از سوی مجری مطرح شود.

^۱ . Self - defeating

جلسه چهارم **: آموزش حل مسئله، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی

روش حل مسئله^۱: یکی از فنونی که در رویکردهای شناختی-رفتاری استفاده می‌شود، روش حل مسئله است. هدف کلی آموزش حل مسئله، آموزش و کمک به افراد در جهت کسب بینش نسبت به توانایی‌های خود است. با استفاده از این روش فرد می‌تواند از توانایی‌های خود برای مقابله مؤثر با مشکلات و مسائل زندگی روزمره خود بهره‌گیرد. روش حل مسئله شامل پنج مرحله به شرح زیر است:

۱. در مرحله اول، به افراد کمک می‌شود که مشکلات را بخشی از زندگی روزانه تلقی کنند و در مقابل مشکلات، تکانه‌ها و هیجان‌ها، خود را کنترل کنند.
۲. در مرحله دوم، فرد باید مشکل را درک و آن را تعریف عملیاتی کند؛
۳. در مرحله سوم، از فرد خواسته می‌شود تا کلیه راه‌حل‌های بدیعی را که به حل مشکل کمک می‌کنند، مطرح سازد. در این مرحله قضاوتی در مورد راه‌حل‌های ارائه‌شده صورت نمی‌گیرد؛
۴. در مرحله چهارم، فرد هر راه‌حل را به‌طور جداگانه ارزیابی می‌کند، سپس عملی‌ترین و مناسب‌ترین راه‌حل را برمی‌گزیند؛
۵. در مرحله پنجم، فرد به گونه‌ای مؤثر راه‌حل انتخاب‌شده را به‌کار می‌گیرد (دی زاریلا و گلدفرید^۲، ۱۹۷۱؛ به نقل از کندال^۳، ۲۰۰۰).

در این روش، مجری کارگاه طی جلسه‌ای با حضور کلیه مددجویان، ابتدا از آنها می‌خواهد تا یکی از مشکلات روزمره خود را مطرح کنند. سپس مجری به‌طور عملی چگونگی به‌کارگیری روش حل مسئله را به مددجویان آموزش می‌دهد. در اینجا مناسب است که اعضای گروه با تفکر واگرا و تفکر همگرا به زبان ساده آشنا شوند.

** از جلسه چهارم تا جلسه سیزدهم در ابتدای جلسات فعالیت‌های تکمیلی خواسته شده، توسط درمانگر مورد پرسش و بررسی قرار می‌گیرد.

^۱ . . problem - solving

^۲ . D'Zurilla & Goldfried

^۳ . Kendall

آموزش حل مسئله^۱

گونه ساده ای از حل مسئله گروهی نیز، توسط رابین و فاستر^۲ (۱۹۸۴) ارائه شد. این برنامه از چهار مرحله تشکیل شده و به مداخله های حل مسئله در درمان فردی شبیه است:

۱- تعریف مسئله ۲- ارائه راه حل های جایگزین

۳- تصمیم گیری ۴- به کارگیری و اجرای راه حل

در مرحله تعریف مسئله، چند مولفه وجود دارد؛ ابتدا از هر یک از اعضای گروه خواسته می شود تا نگرش و دیدگاه یا تعریف خود را از آن مسئله بیان کند. سپس از سایر اعضای گروه خواسته می شود تا هر یک، فهم و درک خود را از مطالب بگویند و به یکدیگر منعکس سازند. تعریف مشکل به صورت بسنده و رضایت بخش، توصیفی است که نشان می دهد چه چیزی و به چه علت، گوینده را ناراحت کرده است و در عین حال، رفتارها، احساسات و موقعیت ها را به شکلی فارغ از اتهام زدن به این یا آن مشخص می کند. برای مثال ممکن است مددجویی برای طرح مشکل خود بلند شود، بایستد و از افراد گروه بپرسد به نظر شما لباس و قیافه من مناسب است؟ در این گونه موارد مجری سعی می کند با پرسیدن سؤال های مکمل به مددجو کمک کند تا مشکل خود را به صورت واضح و قابل درکی بیان کند، به طوری که مددجو بتواند تعریف دقیقی از مشکل خود ارائه دهد. برای مثال مشکل خود را به صورت زیر مطرح کند: مشکل من این است که بعضی از مددجویان به من می گویند شیوه لباس پوشیدن و قیافه تو نامناسب است و از من انتظار برقراری رابطه جنسی با خود را دارند، بدین ترتیب مجری به اعضای گروه آموزش می دهد که چگونه مشکل را به صورت درست تعریف کنند. در واقع او این کار را از راه الگودهی، ارائه تعریفی گویا و درست از مشکل، و با تصحیح تعریف مشکل به صورتی نادرست و بازتاب های آن، صورت می دهد. بدین صورت که با مقایسه شرایطی که فرد مشکل را به صورت مبهم مطرح کرده و شرایطی که مشکل به صورت دقیق تعریف شده است، مددجویان را از آثار و نتایج هر دو شرایط آگاه می کند و به آنها نشان می دهد که تعریف دقیق مشکل نیمی از حل مشکل است.

در مرحله بعد، اعضای گروه تشویق می شوند تا برای حل مسئله، راه حل های جایگزین ارائه دهند، اما به طور موقت، به ارزیابی این راه حل ها اقدام نکنند. مجری راه حل های دیگری را نیز ممکن است پیشنهاد کند. از یکی از اعضای گروه خواسته می شود تا این راه حل ها را یادداشت کند. ترجیح

^۱ . problem – solving training

^۲ . Robin & Foster

آن است که این فرد، همان فرد مشکل‌دار مورد نظر باشد، زیرا به این ترتیب علاقه خود را به ادامه فعالیت، همچنان حفظ خواهد کرد.

در مرحله ارزیابی، از هر یک از اعضای گروه خواسته می‌شود تا در مورد پیامدهای مثبت و منفی ممکن برای هر کدام از راه‌حل‌های جایگزین، به فرضیه‌سازی بپردازند. سپس از آنها خواسته می‌شود تا با دادن یک امتیاز مثبت یا منفی به راه‌حل‌های مذکور، به ارزیابی هر یک از آنها بپردازند. اگر در مورد راه‌حلی، توافق همگانی حاصل شد، آن راه‌حل به کار برده می‌شود. اگر توافق عمومی حاصل نشد، به اعضای گروه برای مذاکره مصالحه‌آمیز درباره مشکل، آموزش داده می‌شود. اگر راه‌حلی وجود داشت که حداقل یکی از اعضای گروه، به آن یک امتیاز مثبت داده بود، مجری با همان شروع می‌کند. او فهرستی از راه‌حل‌های ممکن را ارائه می‌کند تا اعضای گروه به منظور دستیابی به راه‌حل همگانی، آنها را ارزیابی کنند. در مرحله نهایی، اعضای گروه جزییات را مشخص کرده و مشکلات موجود بر سر راه عملی کردن راه‌حل را معلوم می‌کنند. در این مرحله، سامانه‌ای^۱ به وجود می‌آید که همه اعضای گروه، آن را برای کاربرد و اجرای موفقیت‌آمیز ارزیابی می‌کنند و آن را، مناسب‌ترین گزینه می‌دانند. آنگاه اعضای گروه سعی می‌کنند آن راه‌حل را در موقعیت‌های واقعی به کار گیرند و نتایج آن را در جلسه بعد به مجری گزارش دهند. در صورتی که آن راه‌حل، موفقیت‌آمیز نباشد، روش دیگری مورد مذاکره قرار می‌گیرد.

^۱ . System

جلسه پنجم: آموزش مهارت مقابله با استرس^۱، بحث گروهی، ارائه فعالیت های تکمیلی

مهارت مقابله با استرس: این مهارت شامل شناخت استرس های مختلف زندگی و تأثیر آنها بر فرد است. با شناسایی منابع استرس و نحوه تأثیر آن بر انسان، فرد خود را قادر می سازد تا با اعمال و موضع گیری فشار و استرس را کاهش دهد. دو نوع مقابله با استرس شناخته شده است:

۱- مقابله متمرکز بر حل مساله و

۲- مقابله متمرکز بر هیجان

رویارویی و مقابله با استرس: یکی از عوامل مؤثر بر سلامت روانی در زندگی، برخورد با مشکلات و استرس است. شخصیت های سرسخت (سخت رو) که دارای سه خصوصیت عمده اند، حتی در مقابل استرس شدید مقاومت بیشتری دارند:

الف) احساس تسلط و کنترل بر زندگی: (شرکت کنندگان مثال هایی را مطرح می کنند که در آنها احساس کنترل زندگی وجود دارد)؛

ب) داشتن روحیه چالش و مبارزه جویی: (شرکت کنندگان مثالی را مطرح می کنند که در آنها روحیه چالش وجود ندارد، مثل احساس درماندگی و ناامیدی)؛

ج) داشتن تعهد و مسئولیت: (شرکت کنندگان مثال هایی را مطرح می کنند که بیانگر احساس تعهد و مسئولیت است).

فعالیت: به منظور بحث درباره اینکه «چگونه تعهد و مسئولیت می تواند از بروز رفتارهای پرخطر جلوگیری کند؟» روان شناس پاسخ را به مسائل زیر هدایت می کند: تعهد به اصول مذهبی، اخلاقی و اجتماعی. برای مثال مجری از مددجویی که به شدت افسرده، ناامید و غمگین است، می خواهد تا مشکل خود را برای گروه مطرح کند. ممکن است مددجو اظهار کند که در زندان هیچ چیزی را نمی توان کنترل کرد، به خصوص بی حرمتی هایی که مراقبان نسبت به زندانیان انجام می دهند و با گریه بگوید که هیچ امیدی برای رهایی از زندان وجود ندارد و قصد خودکشی دارد. مجری در چنین موردی با تقاضا از سایر مددجویان برای ارائه اظهار نظر جلسه را هدایت می کند و از سایر اعضای گروه می پرسد که چه چیزی موجب امیدواری و عدم تمایل آنان به خودکشی می شود، در این صورت ممکن است مددجویان به تعهدات شخصی خود نسبت به فرزندان و خانواده خود، تعهدات دینی و نکوهیده خودکشی در دین اسلام اشاره کنند.

¹ . coping with stress

فعالیت: مجری کارگاه موقعیتی را که مشکل خاصی دارد را مطرح می‌کند و از آنها می‌خواهد نخست در گروه چند نفری بحث گروهی کنند و پس از آن انواع راه‌حل مناسب را ارائه دهند، سپس مفاهیم مقابله متمرکز بر مسئله و متمرکز بر هیجان توضیح داده می‌شود، راه‌حل را به دو نوع مقابله تقسیم کرده و آنها را با هم مقایسه می‌کند.

تنش‌زدایی: تنش‌زدایی، مهارتی است که می‌توان آن را به سهولت آموخت. این مهارت ممکن است موجب کاهش تنیدگی و اضطراب در افراد شود و آنها را در جهت کاهش فشارهای درونی یاری دهد. در این روش از مددجو درخواست می‌شود روی صندلی راحتی بنشیند، یا به راحتی روی زمین به پشت دراز بکشد و زیر زانوهای خود بالش‌های کوچکی قرار دهد. لباس‌های تنگ و کمربند خود را شل کند، چند لحظه به آرامی و منظم نفس بکشد و در عین حال هرگاه که نفس خود را بیرون می‌دهد، کلمه "آرام" را بر زبان آورد. سپس باید فکر خود را بر قسمت‌های مختلف بدن خود متمرکز کرده و در حین نفس کشیدن عضلات آن قسمت را سست کند. برای این کار باید از انگشت پا شروع کند و به تدریج به طرف بالا برود و به نوبت بر روی قسمت‌های بعدی بدن تمرکز کند تا به عضلات صورت برسد. فرد باید پس از تمرکز روی هر قسمت با کشیدن نفس عمیق آن را منقبض و سپس آرام رها سازد (بنسون^۱، ۱۹۸۵).

به مددجویانی که با شرکت در فعالیت‌های بهنجار دچار تنش و بی‌قراری می‌شوند، می‌توان از راه آموزش تنش‌زدایی کمک کرد. مجری در حین خواندن دستورالعمل، باید به آرامی و با صدایی یکنواخت و آرامش بخش صحبت کند. مجری برای مددجو شرح می‌دهد که مهارت‌های تنش‌زدایی (همچون یادگیری ورزش جدید) را می‌تواند با تمرین بیاموزد. به مددجو، تکلیفی برای اجرا در محل زندگی خود داده می‌شود، به این صورت که روزی یک بار، مهارت‌های تنش‌زدایی را تمرین کند. همچنین به مددجو آموزش داده می‌شود مهارت‌های تنش‌زدایی را که یاد گرفته، درست قبل از اینکه دچار تنش شود یا درگیر فعالیت‌هایی شود که به‌طور بالقوه ایجاد تنش می‌کنند، به کار گیرد.

^۱ . Benson

جلسه ششم: آموزش مهارت های مقابله ای بین فردی و مهارت های اجتماعی مطلوب، بحث گروهی، ارائه فعالیت های تکمیلی

آموزش مهارت های مقابله ای بین فردی

این مداخله آموزشی، برای آموزش مهارت های مقابله ای بین فردی سازش یافته به مددجو، تهیه شده است تا آنها را به جای الگوهای ناکارآمد در تعامل ها اجتماعی کنونی به کار گیرد. ابتدا، از مددجو خواسته می شود تا مثال هایی از موقعیت های بین فردی ناخوشایند و اضطراب آمیز اخیر را به تفصیل شرح دهد. سپس برای هر مورد، مراحل زیر به کار برده می شود:

۱. تعیین پیشایندها (وقایع برانگیزاننده) و پیامدهای ایجادکننده و نگاه دارنده پاسخ های مقابله ای بین فردی ناکارآمد در مددجو؛

۲. برای اینکه دریافت های شناختی ناکارآمد مربوط مشخص شوند، از مددجو خواسته می شود بگوید چرا به این روش ویژه پاسخ می دهد؛

۳. کمک به مددجو برای یافتن پاسخ های جایگزین ممکن به واقعه برانگیزاننده. ممکن است از مددجو خواسته شود تا درباره افرادی بیندیشد که الگوهای رفتاری جایگزین را در موقعیت های مشابه از خود نشان می دهند. مجری کارگاه نیز بعضی از شیوه های رفتاری جایگزین را پیشنهاد می کند؛

۴. مجری برای الگودهی، از روش های ایفای نقش و سایر سبک های پاسخ دهی سازش یافته تراستفاده می کند تا به مددجو کمک کند تا رفتارهای جدید را، در جلسه مرور و تمرین کند؛

۵. به مددجو تکلیفی شامل آزمودن الگوهای رفتاری جایگزین در موقعیت های واقعی زندگی، و توجه خاص به پیامدهای آن، داده می شود. برای مثال ممکن است مددجویی با حالت افسرده، غمگین و با گریه اظهار کند که در اثر نشان دادن یک رفتار نادرست نسبت به یکی از مراقبان، از برقراری تماس تلفنی با خارج از زندان و با آشنایان خود محروم شده است. مجری ابتدا از مددجو می خواهد تا موقعیت و رفتار مورد نظر را کاملاً شرح دهد. مددجو اظهار می کند که یکی از مراقبان درحالی که من در سالن نشسته بودم و از شنیدن خبر تصادف پدرم در خارج از زندان ناراحت بودم، به من تذکر داد که حجابم را رعایت کنم و من که عصبانی و ناراحت بودم، به او با بی ادبی جواب دادم و از کلمه نادرستی استفاده کردم. او به شدت عصبانی شد و این پاپوش را برای من درست کرد. مجری از مددجو می پرسد که چه مسائلی موجب شده است که او به این شکل خاص و نادرست رفتار کند؟ مددجو اظهار می کند که خشم ناشی از تصادف پدرم همراه با

کینه‌ای که از آن مراقب به دلیل رفتارهای نادرست و توأم با بی‌احترامی قبلی‌اش از او داشتم. از طرفی این مراقب حق ندارد به من دستور دهد و به دلیل کینه و تصویری که در گذشته از من داشت و شنیده بود که من از زندان اوین به دلیل راه انداختن دعوا به اینجا منتقل شده‌ام، با من این طور رفتار کند و تلفن مرا قطع کند. بدین ترتیب هم پیشایندها (خشم ناشی از تصادف پدر) و هم باورهای زیربنایی رفتار مقابله‌ای ناکارآمد مشخص می‌شود. مجری سپس از خود مددجو و از سایر مددجویان می‌خواهد تا راه‌های دیگر برخورد با دستورات مراقبان زندان را ارائه و مطرح کنند. مددجویی اظهار می‌کند: من همیشه از دستورات مراقبان اطاعت می‌کنم و همه آنها با من رفتار خوبی دارند و حتی اگر از کلمات بدی استفاده کنند، جواب آنها را نمی‌دهم، چون یک بار جواب فحش یکی از آنان را دادم و همین‌موجب شد که به انفرادی منتقل شوم. بدین ترتیب نه تنها پیامدهای منفی رفتار مقابله‌ای ناکارآمد برای مددجویان مشخص می‌شود، بلکه شیوه‌های مقابله‌ای کارآمد نیز مشخص می‌شود. بنابراین، شیوه مقابله ناکارآمد کنونی در مددجو تعیین می‌شود و در مورد اینکه این رفتار چگونه می‌تواند فرصت‌های به‌وجود آمده در برقراری روابط رضایت‌آمیز و موفقیت‌آمیز را تخریب کند و از بین ببرد، با مددجو بحث می‌شود. سپس، مجری با طرح سؤال‌هایی درباره اینکه او چرا با سبک‌های پاسخ‌دهی ناکارآمد، سازگاری پیدا کرده است، فهم بیشتر و بهتری در زمینه عقاید و نگرش‌های تأثیرگذار به دست می‌آورد؛ نگرش‌هایی که ممکن است قبل از آنکه مددجو متقاعد شود تا سبک خاص پاسخ‌دهی را تمرین کند، از طریق مداخله‌های بازسازی شناختی، نیازمند اصلاح و تغییر باشند.

پس از آن، مجری رفتارهای سازش‌یافته‌تر را در عمل، الگودهی می‌کند و از مددجو می‌خواهد تا از آنها تقلید کند و با استفاده از موقعیت‌های فرضی و تجسمی و تکنیک ایفای نقش، آنها را تمرین کند. مجری و مددجو ممکن است نقش‌های خود را با هم عوض کنند و هر کدام به نوبت، نقش مددجو و افراد مهم دیگر را برعهده بگیرند. همچنین مجری ممکن است در مورد الگوی رفتار ناکارآمد کنونی مددجو، به ایفای نقش پردازد. هدف او از این کار، تاکید بیشتر بر ابعاد خودتخریب‌گرانه این سبک از مقابله است. سپس از مددجو خواسته می‌شود تا در هفته آینده، رفتارهای جدید را در محیط طبیعی و واقعی خود، تمرین کند، به پیامدهای این رفتارها، به‌خصوص به واکنش‌های دیگران به این رفتارهای جدید، توجه کند و در مورد آنها گزارش دهد.

آموزش مهارت‌های اجتماعی مطلوب

این نوع مداخله آموزشی، شامل آموزش مهارت های مقابله بین فردی مختلفی است که برای مددجویانی که سبک های پاسخ دهی پرخاشگرانه دارند، مناسب است. برنشتاین، بلاک و هرسن (۱۹۸۰)، پنج مرحله متوالی را برای یک برنامه آموزشی مهارت های بین فردی پسندیده اجتماعی به عنوان جایگزین الگوهای پاسخ دهی پرخاشگرانه، پیشنهاد و خلاصه کرده اند.

ابتدا مجری مبنای یادگیری سبک های پاسخ دهی توأم با جرات ورزی را، به جای الگوهای پاسخ دهی پرخاشگرانه موجود، برای مددجو توضیح می دهد. او به مددجو پیامدهای منفی پاسخ های پرخاشگرانه (مانند پرخاشگری متقابل) را توضیح می دهد و نیز در مقابل، بر استفاده از پیامدهای مثبت تاکید بر حقوق خود که به شکلی بیانگر جرات ورزی (نه حالت پرخاشگرانه) هستند، تاکید می کند.

در مرحله دوم، مجری چند سبک پاسخ دهی همراه با جرات ورزی را برای مددجو تشریح می کند. نمونه هایی از این سبک های پاسخ دهی عبارتند از: امتناع و عدم پذیرش تقاضاهای نامناسب (مانند دعوت به دعوا و زد و خورد)، ترک صحنه زد و خورد، تقاضای بحث و گفت و گوی منطقی در مورد موقعیت ها، گوش دادن توأم با توجه به افراد دیگر، پذیرش قسمت هایی از مطالبی که فرد مقابل (طرف دعوا) مطرح می کند، تلاش برای بررسی اینکه با طرف مقابل می توان مستدل و منطقی حرف زد یا نه، و در پیش گرفتن روشی دیگر (در صورتی که رویکرد صحبت و استدلال، فایده نداشته باشد).

در مرحله سوم، درمانگر از مددجو می خواهد درباره چند موقعیت واقعی که در آنها، با دیگران، پرخاشگری کرده است، توضیح دهد. سپس مجری، پاسخ های مناسب تغییر پرخاشگری را برای این موقعیت ها توضیح می دهد و به ایفای نقش این رفتارها می پردازد.

در مرحله چهارم، مجری برای کمک به مددجو در جهت یادآوری و مرور پاسخ های الگو داده شده او را به ایفای نقش وامی دارد. در این مرحله، به ارائه اطوار و حرکات غیر پرخاشگرانه و آهنگ صدای غیر پرخاشگرانه توجه ویژه ای می شود. در مرحله نهایی مجری درباره نحوه عملکرد مددجو به او بازخورد می دهد و از پاسخ های غیر پرخاشگرانه و سازش یافته مددجو تحسین و تمجید می کند و در عین حال، به ابعادی از عملکرد او اشاره می کند که هنوز دارای اجزا و مؤلفه های پرخاشگرانه است.

جلسه هفتم: ارتقای مهارت اجتماعی قاطعیت (جرات‌ورزی)

مهارت‌های اجتماعی عبارت است از توانایی ایجاد ارتباط متقابل با دیگران در زمینه اجتماعی خاص و به شیوه خاص که در عرف جامعه قابل قبول یا ارزشمند باشد و در عین حال برای شخص سودمند افتد و بهره‌ای دوجانبه داشته باشد. مهارت قاطعیت یکی از انواع ارتباطات اجتماعی و روابط بین‌فردی است که شامل ایستادگی بر نظرهای شخصی و بیان افکار، احساسات و باورها است. جرات‌ورزی یا رفتار قاطعانه سه خصوصیت دارد:

الف) رفتار قاطعانه، بیان صادقانه و مستقیم افکار و احساسات است؛

ب) رفتار قاطعانه، از نظر اجتماعی پسندیده است؛

ج) هنگام انجام رفتار قاطعانه، حقوق و احساسات و آرامش دیگران مدنظر قرار می‌گیرد.

رفتار قاطعانه را به شرح زیر می‌توان تقسیم کرد:

الف) **رد قاطعانه:** در این رفتار، فرد به صورتی که اجتماع‌پسندانه باشد، درخواست‌های تحمیلی دیگران را مانع می‌شود یا رد می‌کند؛

ب) **بیان قاطعانه:** این رفتار توانایی بیان احساسات مثبت مثل قدردانی از دیگران، ابراز محبت و علاقه و بیان تمجید و ستایش است؛

ج) **درخواست قاطعانه:** عبارت است از توانایی بیان و طرح درخواست از دیگران به منظور تسهیل تامین نیازهای فرد یا رسیدن به اهداف خود.

عوامل مؤثر در رفتار قاطعانه

۱. عوامل شناختی شامل باورها، عقاید و شناخت؛

۲. عوامل مربوط به نحوه بیان و رفتار قاطعانه؛

۳. محتوای گفتار قاطعانه؛

۴. عوامل غیر کلامی؛

۵. فرایند مهارت‌های تعاملی

دیده شده است که در موارد افسردگی، عصبانیت و نگرانی، تنفر و اضطراب بین‌فردی، به‌ویژه در شرایطی که افراد آنها را بد ادراک می‌کنند، جرات‌آموزی کارایی دارد. هدف از این کار، آموزش به مددجویان برای بیان احساسات و حقوقشان، و کاستن از دفعات انفعال یا عصبانیت‌های خشونت‌آمیز است. افراد فاقد جرات، فکر می‌کنند که آنها حق بیان عقاید، احساسات و دیدگاه‌هایشان را ندارند. در

نتیجه به دفعات خود را در معرض بهره کشی، بد رفتاری، تحمیل و قهر دیگران می بینند و به دنبال آن، دچار احساس گناه، عصبانیت و نگرانی می شوند. در مقابل، افرادی که قدرت ابراز وجود دارند، بدون آنکه عصبانی یا خشمگین شوند، قادرند به راحتی حق و حقوق و خواسته هایشان را مطرح سازند و مخالفت خود را با دیدگاه ها و درخواست های دیگران بیان کرده و در برابر آنان ایستادگی کنند.

جرأت آموزی، شامل چند مرحله است؛ ابتدا، به مددجو آموزش داده می شود تا بین سه شیوه اساسی در رفتارهای بین فردی، تمایز قایل شود. رفتار پر خاشگروانه (مانند زد و خورد، تهدید کردن)، رفتار انفعالی (مانند عمل کردن به یک گفته، زمانی که مطابق میل فرد نیست)، و رفتار توأم با جرأت ورزی (مانند بیان احساسات واقعی و بر سر حرف خود ایستادن).

فعالیت: رد قاطعانه در مورد رویارویی با موقعیت های پرخطر یا ناسالم. مجری کارگاه موقعیتی را ارائه می دهد و سپس شرکت کنندگان در گروه چند نفری ایفای نقش می کنند و درمانگر عملکرد صحیح شرکت کنندگان را تشویق می کند. برای مثال مجری از اعضای گروه می پرسد اگر یکی از دوستان شما در محیط زندان از شما خواست که از داروهای روان گردان استفاده کنید، چگونه پاسخ می دهید؟ یکی از مددجویان می گوید من با اینکه می دانم تمام بدبختی ها و فلاکت هایی که در زندان و بیرون زندان کشیدم ناشی از مصرف هروئین است، اما با دیدن آن وسوسه می شوم و پیشنهاد او را می پذیرم، یکی دیگر از مددجویان می گوید من به آثار منفی و طولانی مدت آن فکر می کنم و برای دوستم دلیل می آورم و تجارب ناراحت کننده ای را که از مصرف هروئین داشته ام، برایش بازگو می کنم و بدین ترتیب پیشنهاد او را رد می کنم. مددجوی دیگری می گوید، اگرچه از هروئین متنفرم، اما اگر من پیشنهاد دوستم را رد کنم، ممکن است او ناراحت شود و بعدها مرا تحویل نگیرد و از من حمایت نکند، در همین حال مددجوی دیگری می گوید اصلاً هم این طور نیست، من با اینکه سابقه مصرف هروئین دارم، اما چند شب قبل وارد اتاق دوستان شدم و دیدم که در حال مصرف هروئین اند، دوستم مرا دعوت به کشیدن هروئین کرد، اما من از او عذرخواهی کردم و گفتم که نمی خواهم هروئین مصرف کنم و خیلی سریع اتاق را ترک کردم و دو سه ساعت بعد پیش آنها برگشتم، ولی هیچ کدام از آنها از من ناراحت نشده بودند. مجری شیوه برخورد مددجوی اخیر را مورد تشویق قرار می دهد و از سایرین می خواهد به سایر روش هایی که می توان یک پیشنهاد دوستانه اما خطرآفرین را رد کرد، فکر کرده و راه حل های خود را به جمع ارائه کنند.

برخی از شیوه‌های کلامی رد قاطعانه عبارتند از:

- ۱- نه گفتن: انواع شیوه‌های نه گفتن عبارتند از: نه متشکرم، من علاقه ندارم، من اهل مواد نیستم.
 - ۲- دلیل آوردن: مواد به بدنم صدمه می‌زند، در جمع افراد ناشناس رفتن خطرناک است.
 - ۳- مطرح کردن پیشنهادی دیگر که مورد نظر هر دو طرف باشد: من مواد مصرف نمی‌کنم، ولی چطوره با هم یک برنامه تفریحی داشته باشیم؟
 - ۴- عوض کردن موضوع صحبت: راستی نظر تو درباره فیلم دیشب چیست؟
 - ۵- استفاده از شوخی: به اندازه کافی مشکل دارم، به اندازه کافی گرفتاری دارم.
 - ۶- دادن این احساس به فرد مقابل که او موضوع را بهتر می‌داند: من تو را باهوش‌تر از این می‌دانم که طرف مواد بروی. من انتظار پیشنهاد بهتری از تو داشتم.
 - ۷- مطرح کردن گروه‌بندی متفاوت: ما با غریبه‌ها رفت و آمد نمی‌کنیم، ما این موضوع را بد می‌دانیم، در بین ما رسم نیست.
- فعالیت: مهارت قاطعیت در موقعیت‌های پرخطر، دشوارتر و پرفشارتر**
- ۱- صفحه گرامافون خط افتاده (تکرار یک جمله در اصرار یک دوست برای انجام کار ناپسند با عبارات متفاوت).
 - ۲- پافشاری و اصرار در رد پیشنهاد (من فکر می‌کردم تو دوست منی).
 - ۳- اجتناب و دور شدن از موقعیت (من کار دارم).
- فعالیت: در مواردی که رفتار جنبه منفی و خطرناکی ندارد (مثل پیشنهاد رفتن به هواخوری، ولی فرد نمی‌تواند در این برنامه شرکت کند از محتواهای دیگری نیز می‌توان استفاده کرد):**
- ۱- بیان همدلانه موقعیت (من امروز نمی‌توانم بیایم و می‌فهمم که خیلی برنامه‌ات خراب شد).
 - ۲- تعریف و قدردانی (خیلی محبت کردی که این برنامه را پیشنهاد کردی، ولی من واقعا نمی‌توانم امروز بیایم).
 - ۳- معذرت‌خواهی از وضعیت موجود (من نمی‌توانم امروز بیایم و خیلی متاسفم که خودت باید تنها بروی).
 - ۴- سعی در پیدا کردن راه‌حل دیگری که مورد قبول دوطرف باشد (من امروز نمی‌توانم به هواخوری بیایم، ولی چطوره با هم گپی در اینجا بزنیم؟).

فعالیت: به منظور تمرین بیشتر و تسلط شرکت کنندگان، مجری کارگاه از آنها می خواهد در گروه های دوتایی هر یک از گروه ها یکی از محتواهای رد قاطعانه را با توجه به تمام عوامل مربوط به نحوه بیان و اظهار قاطعیت ایفای نقش کرده، سپس آنها را برای گروه اجرا کنند.

فعالیت: برای تبیین نقش حالت غیرکلامی در رفتار و گفتار قاطعانه به انواع رفتارهای غیرکلامی اشاره می شود: تماس چشمی، تظاهرات عاطفی صورت، وضعیت بدنی و تناسب حرکات. به منظور تسلط بیشتر شرکت کنندگان بر عوامل غیر کلامی رفتار قاطعانه موقعیتی به آنها ارائه می شود تا کلیه عوامل مربوط به رفتار قاطعانه به خصوص عوامل غیرکلامی را رعایت کنند و به ایفای نقش پردازند.

جلسه هشتم: آموزش مثبت‌نگری و کشف نقاط قوت، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی

فعالیت گروهی در زمینه مثبت‌نگری و کشف نقاط قوت: شناخت قوت‌های افراد، مجموعه نظام‌داری از شیوه‌هایی است که به منظور تسهیل ایجاد نگرش مثبت نسبت به خویشان و دیگران طراحی شده است. در این روش مددجو تشویق می‌شود تا تجربه‌های مثبت و خوب خود را بازناسد و نقش آنها را در افزایش و ارتقای احترام به خود و عزت نفس بازناسی کند، در عین حال توانایی شناخت جنبه‌های مثبت دیگران را نیز کسب کند.

روش مثبت‌نگری در پنج مرحله انجام می‌گیرد:

در مرحله نخست، از اعضای گروه خواسته می‌شود قوت‌های خود را نام ببرند. عده‌ای از افراد به علت عزت نفس ضعیف یا به دلیل احساس حقارت یا افسردگی شدید یا بنا به سایر دلایل روانی توانایی بیان نقاط قوت خود را ندارند یا هیچ نقطه قوتی را در خود نمی‌یابند. از این افراد خواسته می‌شود قوت‌های خود را از دیدگاه دیگران بیان کنند، یعنی بگویند به نظر خودشان دیگران چه نقاط مثبتی را در آنها می‌بینند.

در مرحله دوم، از مراجعان خواسته می‌شود حداقل پنج تجربه خوب خود را نام ببرند، مواردی مانند انجام کار خوبی که از آن لذت برده‌اند و از انجامش احساس شادی و غرور می‌کنند. سپس به هر یک از اعضای گروه فرصت داده می‌شود که درباره خاطرات خوب خود صحبت کنند و به توصیف و تشریح بسیاری از تجربیات مثبت و خوب خود برای سایر اعضای گروه پردازند. بقیه اعضا سعی می‌کنند پس از شنیدن مطالب، قوت‌های گوینده را به دقت شناسایی و از آنها فهرست‌برداری کنند.

در مرحله سوم، هر فردی نوبت می‌گیرد تا نکات مثبتی را که درباره دیگری تشخیص داده است، به او بگوید. فهرست مربوط به هر فرد را به خود او می‌دهد. این عمل را همه اعضای گروه درباره یکدیگر انجام می‌دهند.

در مرحله چهارم، بر تمرین‌هایی تاکید می‌شود که طی آن شخص بتواند اهمیت نسبی نقاط قوت مطرح شده در مراحل اول، دوم و سوم را به ترتیب اولویتشان مشخص سازد. بنابراین در این مرحله از آنها خواسته می‌شود که به نقاط قوت قابل اتکایی اشاره کنند که در این تجارب خوشایند از آنها استفاده کرده‌اند. افراد گستره وسیعی از قضاوت‌های شخصی خود را نسبت به خویشان بیان می‌کنند که نقاط قوت خوانده می‌شود.

سپس، اعضا نقاط قوت مشخص شده خود را به ترتیب اولویت معین می کنند و با توجه به مراحل قبلی که ذکر شد، پنج تا هشت توانمندی را که نقاط قوت قابل اتکا خوانده می شوند، انتخاب می کنند.

در آخرین مرحله، به آنها گفته می شود شواهد و معیارهایی ارائه کنند دال بر اینکه با ارزش ترین و معتبرترین نقاط قوت آنها قابل اتکا هستند. افراد برای سنجش واقعیت این توانمندی ها به توصیف بسیاری از حوادث گذشته می پردازند که طی آن، وجود این نقاط قوت برای آنها به اثبات رسیده و به کار گرفته شده اند.

به پیوست، فرم کارگاه آموزشی که برای تمرین به اعضای گروه داده می شود، آمده است.

بسمه تعالی

کارگاه آموزشی تمرکز بر نقاط قوت خویشتن و دیگران

دکتر محمد خدایاری فرد

دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

تمرینی که امروز انجام می‌دهید، شما را تشویق می‌کند تا بر ویژگی‌های مثبت خود تمرکز کنید. امید است این تمرین به شما کمک کند تا نسبت به ویژگی‌های مثبت خود آگاه شوید، همچنین بتوانید به نکات مثبت دیگران توجه کنید. برای شروع کار روی صفحه کاغذی همه نقاط قوت خود را یادداشت کنید.

حالا دست‌کم پنج تجربه مثبت خود را به خاطر بیاورید. هر یک از تجربه‌های مثبت باید ویژگی‌های زیر را دارا باشند:

۱. احساس کاملاً خوبی نسبت به آن تجربه داشته باشید؛
 ۲. به خودتان یا عملتان در آن تجربه افتخار کنید؛
 ۳. احساس کنید شما در ایجاد آن تجربه مثبت، نقش یا مشارکتی داشته‌اید؛
 ۴. مایل باشید مانند این‌گونه تجربیات و خاطره‌ها را بیشتر داشته باشید؛
- اینک به اختصار عناوین این پنج خاطره و تجربه مثبت و خوب را در زیر بنویسید:

۱-
۲-
۳-
۴-
۵-

بعد از اینکه حداقل پنج تجربه مثبت خود را یادآوری کردید، درباره هر یک از آنها در گروه‌های چهار نفری صحبت کنید. هر یک از شما چهار نفر به نوبت برای سایرین تجربیات مثبت خود را بیان می‌کند. در حالی که شما تجربه مثبت خود را تعریف می‌کنید، بقیه اعضای گروه که به حرف شما گوش می‌دهند، سعی می‌کنند ویژگی‌های مثبت شما را یکی یکی شناسایی و بلافاصله با یک کلمه یا جمله آن را روی کاغذ یادداشت کنند. بنابراین هر کس در گروه باید برای هر یک از افراد گروه برگه جداگانه‌ای در اختیار داشته باشد.

به هر یک از چهار عضو گروه فرصت داده خواهد شد که دربارهٔ خاطرات خوب خود در گروه صحبت کند. وقتی همهٔ اعضای گروه اولین خاطرهٔ خود را تعریف کردند، جریان گفت و گو ادامه می یابد. به این ترتیب که دوباره نفر اول خاطرهٔ دوم خود را تعریف می کند و به همین ترتیب ادامه می دهند تا همهٔ اعضای گروه هر پنج خاطرهٔ مثبت خود را تعریف کنند تا اینکه زمانی که برای این قسمت در نظر گرفته شده است، به پایان برسد. همان طور که نوبت می چرخد، هر کس باید به فهرست نکات مثبت هر عضو موارد تازه ای اضافه کند.

در مرحلهٔ بعد، هر فردی نوبت می گیرد تا نکات مثبتی را که دربارهٔ دیگری تشخیص داده است، به او بگوید. بعد از اینکه هر سه نفر ویژگی های مثبت فرد گویندهٔ خاطره را به او گفتند، ورقه های مربوط به فرد مزبور را نیز به او تحویل می دهند. این عمل را همه اعضای گروه دربارهٔ یکدیگر انجام می دهند. این عمل برای هر نفر تقریباً پنج دقیقه به طول می انجامد. همچنین این زمان می تواند فرصتی باشد برای شخصی که تجربیات مثبت خود را بیان کرده است تا اگر خودش نیز دربارهٔ آن ویژگی های مثبت عقایدی دارد اظهار کند.

خلاصه

۱. هر فردی روی صفحهٔ کاغذی همهٔ نقاط قوت خود را یادداشت می کند (۵ دقیقه).
 ۲. هر فردی حداقل دربارهٔ پنج تجربه یا خاطره خوب خود فکر کرده و عناوین آنها را یادداشت می کند (۱۰ دقیقه).
 ۳. گروه چهار نفری تشکیل می شود و هر یک از آنها به نوبت اولین خاطره یا تجربه مثبت خود را بازگو می کند.
 ۴. هنگامی که یکی از اعضای گروه به بیان خاطره و تجربهٔ مثبت خود می پردازد، بقیهٔ اعضای گروه ویژگی های مثبت گوینده را در شرح آن تجربه به دقت یادداشت کرده و آنها را فهرست می کنند.
 ۵. سپس هر گوینده ویژگی های مثبتی را که گروه در او تشخیص داده است، از زبان خود آنها می شنود (مراحل سوم و چهارم حداقل ۶۰ دقیقه طول می کشد).
 ۶. در مرحلهٔ بعد شنوندگان، فهرست نکات مثبت مربوط به هر فرد را به خود او می دهند (مراحل پنجم و ششم، ۲۰ دقیقه به طول می انجامد).
- در سطور زیر بعضی از نکات مثبتی که گوینده ای در این گونه تمرین ها در نزد دیگران داشته است به عنوان نمونه آمده است:

دوستی صادق و وفادار، سلیس و شفاف سخن می‌گوید، فردی مستقل، ایمان راسخ دارد، هماهنگ‌کننده‌ای خوب، مشوق، از نظر بدنی قوی، توکل قوی دارد، رهبری خوب، خلاق، کمک‌کننده، منعطف و سازگار، نماز خواندن و دعا کردن، به سادگی یک چیز تازه را یاد می‌گیرد، صداقت دارد، باهوش، در مقابل درد شدید به خوبی مقاومت می‌کند، خوب گوش می‌دهد، خوب نقاشی می‌کند، اخلاص در بیان، آرامش دارد، آدم شجاعی است، اثر دعا را به صورت تجربی دیدن.

شرکت‌کننده در «آموزش مثبت‌نگری»:

فردی که در این تمرین شرکت می‌کند، بهتر است ویژگی‌های زیر را دارا باشد:

۱. با افرادی که در این تمرین شرکت دارند، کاملاً راحت باشد و تجربیات و خاطرات را با آنها مبادله کند. رسیدن به چشم‌اندازی جدید در درک خویشتن را ارج نهد و از هر نظری را که از سوی دیگران دریافت می‌کند، قدردانی کند. همچنین ارزش رسیدن به دیدگاه مثبت‌نگری را بفهمد و دیدی تازه در مورد خود پیدا می‌کند.
۲. خاطرات خود را که آمیزه‌ای از احساسات خوب، افتخارآمیز و تحسین‌برانگیز در نزد اوست، مرور کند و با ارزش‌ترین آنها را برگزیند.
۳. ویژگی‌های مثبت خود را از دل تجربه‌های خوب استخراج کرده و با کلمات و جملات روی صفحه‌ای کاغذ یادداشت کند.
۴. نقاط قوتی را که از دیگران درباره خود دریافت می‌کند، برای روشن‌تر ساختن و تقسیم‌بندی کردن این نکات قوت استفاده می‌کند.
۵. بسیاری از این ویژگی‌های مثبت را که تقسیم‌بندی کرده است، در دسته‌های منظم سازمان دهد. سپس تشخیص دهد که دسته‌ها ممکن است به صورت ترکیبی طبقه‌بندی شوند و بعد مهم‌ترین نقاط قوت را نام‌گذاری کند.
۶. با فهرست کردن مثال‌ها زمانی که با موفقیت آنها را توضیح و تشریح می‌کند، مهم‌ترین نکات قوت و ارزش آنها را در نظر گیرد. با تشخیص این ویژگی‌های مثبت، در برنامه‌ها و اهداف آینده خود اعتبار آنها را تأیید کند.
۷. شخص هویتی جدید و یکپارچه، از راه توصیف خود در ارتباط با دیگران به دست می‌آورد و آن را سازماندهی می‌کند. در جلسات سازمان‌یافته یا سازمان‌نیافته با کمک افراد حمایت‌کننده، این هویت یکپارچه را تحول و توسعه می‌بخشد و به تقویت آن ادامه می‌دهد.

جلسه نهم: بازسازی شناختی با جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی، بحث گروهی، ارائه فعالیت های تکمیلی

مهم ترین کنش روش های بازسازی شناختی، آموزش الگوهای تفکر سازش یافته تر به مددجویان است تا بتوانند به کمک آنها، به کشف الگوهای فکری منفی و تحریف شده در خود پردازند و بدین وسیله تأثیرات آسیب رسان این الگوهای فکری را تشخیص دهند و به جای دریافت های شناختی ناکارآمد خود، الگوهای فکری سازش یافته تر و درست تری را جایگزین سازند. دریافت های شناختی زمانی ناکارآمد محسوب می شوند که به صورتی مزمن، غیر واقعی و نادرست به نظر برسند و در پاسخ های عاطفی و رفتاری ناخواسته نقش داشته باشند. مجری کارگاه از روش های بازسازی شناختی برای تغییر باورها، نگرش ها و مفروضه های نادرست مددجویان استفاده می کند. این روش ها بر این فرض استوارند که اگر مددجویان در زمینه بازشناسی و اصلاح تحریف هایی که از واقعیت به عمل می آورند، آموزش ببینند، می توانند برای تغییر پاسخ های عاطفی و رفتاری ناکارآمد مرتبط با خود، در موقعیت بهتری قرار بگیرند. نشانه های شناختی ای که می توانند شامل باورها، تعبیر و تفسیرها، خودگویی های^۱ مددجو و فرایندهای شناختی تحریف شده باشند، به عنوان هدف مداخله های بازسازی شناختی تعیین می شوند.

مجری کارگاه از ابتدا، با درخواست از مددجو برای شرح موقعیت های آشفته ساز خاص و افکار ملازم آنها، مشخص کردن دریافت های شناختی ناکارآمد را در او آغاز می کند. مجری به مددجو توضیح می دهد که هر گاه شخص دریابد که این افکار چگونه ممکن است در بروز احساسات و واکنش های رفتاری ناخواسته سهیم باشند، علل رفتار خود را بهتر می فهمد. این موضوع فرد را قادر می سازد تا در موقعیت مذکور، به فعالیت های سازنده ای دست بزند. هدف از این توضیح کوتاه، ارائه استدلالی قانع کننده برای مشارکت مددجو با مجری، در تحلیل شناختی است. مجریان باید با استخراج اطلاعات بیشتر درباره اسنادها، مفروضه ها و باورهای مراجع، دریافت های شناختی ناکارآمد او را از بین ببرند. آنان باید به حد کافی شرکت کنندگان را راهنمایی کنند تا آنها بتوانند باورها و مفروضه های ناکارآمد خود را واریسی کنند. البته، مجری نباید فرضیه های آزمون نشده خود را، مفروضه های زیربنایی مراجع تلقی کند.

مجری باید به بعضی جمله ها و گفته های افراطی مراجع که همیشه با کلمات «باید»، «بایستی»، «مجبورم» و «همیشه» شروع می شوند، توجهی ویژه مبذول کند، زیرا این کلمات اغلب نشان دهنده

^۱ . self - statements

طرح‌ها و الگوهای شناختی فاقد انعطاف‌اند. به مجریان توصیه می‌شود به گفته‌های مراجع دربارهٔ خود^۱ توجه کنند. همچنین باید به سنخیت انواع موقعیت‌هایی که مددجو آنها را ناخوشایند می‌داند و به دریافت‌های شناختی سرشار از بار عاطفی^۲ و نیز به دریافت‌های شناختی‌ای که به دلیل آن‌که در کنه دیدگاه‌های مددجو قرار گرفته‌اند، نسبت به تغییر مقاوم‌ترند، توجه ویژه‌ای بکند.

مجری همچنین در گفته‌های مددجویان به پیگیری و کشف نمونه‌هایی از مقوله‌ها و طبقه‌هایی می‌پردازد که بک در مورد سبک‌های پردازشی تحریف‌شده مطرح کرده است؛ مانند «شانس موجب پیشرفت میشه، نه کار و تلاش سخت!» (استنتاج مبتنی بر شانس)؛ انتزاع انتخابی و گرینشی؛ بیش تعمیم‌دهی؛ تفکر دومقوله‌ای.

مراحل بازسازی شناختی عبارتند از:

۱. استخراج اطلاعات شناختی ضروری، برای کشف الگوهای افکار خودکار، باورهای غیرواقع‌گرایانه و پردازش اطلاعات به صورت تحریف شده؛
۲. کمک به مددجو برای تحلیل محتوای دریافت‌های شناختی‌اش؛
۳. چالش با دریافت‌های شناختی ناکارآمد و سبک‌های ناقص در پردازش اطلاعات، و کشف مفروضه‌ها، باورها و سایر تبیین‌های علی؛
۴. مقرر کردن تمرین‌هایی برای مددجو تا او مفروضه‌ها و باورهای ناکارآمد خود را که شناسایی شده‌اند، بیازماید.

شیوه‌های بازسازی شناختی

مرحلهٔ اول: روش‌های خاص استخراج اطلاعات شناختی

مجری از روش‌هایی که در سطور زیر می‌آیند، به منظور استخراج اطلاعات شناختی که حاوی ادراکات و تصورات، انتظارات، اسنادها، فرض‌ها و باورهای تحریف‌شده در مراجع هستند، استفاده می‌کند و همزمان، آگاهی مددجو را از گفت‌وگوهای درونی^۳ با خودش افزایش می‌دهد. این گفت‌وگوهای درونی را، الیس و هارپر (۱۹۷۵)، «خودگویی»^۴ و بک (۱۹۷۹) «افکار خودکار» نامیده‌اند. به مددجویان گفته می‌شود که به آنها آموزش می‌دهند تا آگاهی بیشتری دربارهٔ افکار خودکار خویش

^۱ . self - referrant

^۲ . emotionally – laden cognitions

^۳ . internal dialogue

^۴ . self - talk

به دست آورند. همچنین توضیح داده می شود که افکار خودکار اغلب به تفسیر، قضاوت و نامگذاری وقایعی که در زندگی روزانه شخص اتفاق می افتند، ارتباط دارند و اینکه بعضی از افکار خودکار منفی، با عواطف ناخوشایند و شدید و رفتارهای ناخواسته، مرتبط اند. مجری این نکته را نیز شرح می دهد که اگر شخص بتواند آموزش ببیند تا افکار خودکار منفی را در خود تشخیص دهد، آنگاه می توان به او کمک کرد تا این افکار و عواطف ناخوشایند و نامطلوب و رفتارهای خودتخریب گرانه همراه با آنها را کنترل کند.

روش مرور آنی^۱: وقتی مددجویان در جلسه دستخوش احساسات منفی می شوند، اما قادر نیستند افکار خودکار توأم با آنها یا افکار آشکار ساز آنها را مشخص کنند، از آنان خواسته می شود تا محرک های آشفته کننده و پاسخ هایشان به آن محرک ها را در ذهن خود مرور کنند. اگر مددجو چشمانش را در حال انجام این تکلیف ببندد، نتیجه بهتر می شود. پس از اینکه مددجو چشمانش را بست، از او خواسته می شود تا سعی کند تصویر دیداری از واقعه را بازآفرینی، و تصورات و افکار همراه با آن را گزارش کند.

مرحله دوم: روش هایی برای تحلیل دریافت های شناختی

این مرحله، شامل تجزیه و تحلیل مشارکتی مجری _ مددجویان از دریافت های شناختی آنها، برای تشخیص الگوهای خاص افکار خودکار تحریف شده و منفی است. در ابتدا مجری و مددجویان همراه یکدیگر تعیین می کنند که هر یک از مددجویان به چه فکر می کنند، چگونه فکر می کنند، اساس تفکر آنها چیست، و فواید و زیان های نتیجه گیری از این الگوی فکری چیست. علاوه بر مشخص کردن موضوعات تکراری و انواع خطاهای منطقی در افکار خودکار مددجویان، به آنها آموزش داده می شود تا وقایع محیطی را که موجب افکار منفی می شوند، مشخص کنند.

مشخص کردن باورهای منفی و وقایع فعال کننده مرتبط با آنها

به مددجویان آموزش داده می شود تا وقایع فعال کننده ای را که پیش از عقاید و افکار خودکار و منفی آنها به ذهنشان می آیند، مشخص کنند. «برگه ثبت روزانه رفتار و افکار» به این منظور تدوین شده است که به مددجو کمک کند تا وقایع فعال کننده مرتبط با افکار خودکار منفی را که بین جلسه ها روی می دهند، مشخص کنند. از مددجویان خواسته می شود تا موقعیت های آشفته کننده ای را که هر هفته، با آنها مواجه می شوند، به طور مختصر توصیف کرده و افکار منفی و خودکار همراه با این موقعیت ها را نیز ثبت کنند. مددجویان را ابتدا باید از اینکه در حال فکر کردن به افکار منفی اند، آگاه

^۱ . Istant Replay Technique

کرد و بعد، آنها باید واقعه‌ای را که موجب این فکرها شده‌اند، مشخص کنند. از سوی دیگر، ممکن است آنها نخست با یک واقعه یا تعامل آشفته‌کننده مواجه شوند، سپس افکار خودکار توأم با آنها را ثبت و مشخص کنند.

مشخص کردن پیامدهای باورهای منفی

به مددجویان آموزش داده می‌شود تا پیامدها و نتایج باورهای منفی خود را که به‌طور کلی ناکارآمد و ناخوشایندند، مشخص سازند. این تمرین اغلب مددجو را برای آزمودن و ارزیابی و تغییر این عقاید، برمی‌انگیزاند.

آموزش به مددجویان برای تمایز بین مشاهدات، تعبیرها و تفسیرها

در زمینه تحلیل موقعیت‌های آشفته‌کننده به‌طور عینی‌تر، به مددجویان آموزش داده می‌شود تا بین مشاهدات عینی و تفسیرهای ذهنی خود از واقعه، موقعیت یا تعاملی معین، تمایز قایل شوند.

آموزش به مددجویان برای مشخص کردن باورها و تعبیرهای غیرمنطقی

مجری تحریف‌های شناختی موجود در گفته‌های مددجو را به عنوان قسمتی از ارزیابی شناختی، مشخص و نامگذاری می‌کند و مداخله‌ای را در زمینه بازسازی شناختی طرح‌ریزی می‌کند تا از آن، برای تغییر تحریف‌های پیش‌گفته بهره‌گیرد. مفاهیم مرتبط با تحریف‌های شناختی، باید به گونه‌ای بسیار ساده ارائه شوند. در این مورد، مجری باید چند نکته را مطرح سازد:

۱. بسیاری از افکار منفی افراد، درعمل تفسیرهایی نادرست و غیر منطقی از موقعیت‌ها هستند که به صورت افکار نادرست و غیر واقعی مطرح می‌شوند.
۲. افکار و موضوعات زیرساز که با عواطف منفی یا رفتارهای خودتخریب‌گرانه مرتبط‌اند یا علت این عواطف و رفتارها هستند، باید به دقت بررسی شوند تا مشخص شود که آیا مددجو، از موقعیت‌ها، تفسیرهای نادرست و غیرمنطقی به عمل آورده است یا خیر (یا برعکس، این تفسیرها، مشاهداتی دقیق از موقعیت‌ها هستند).
۳. تعبیرها و تفسیرهای نادرست و غیر منطقی، به‌طورمعمول قسمتی از باورهای غیر منطقی شخص‌اند. بسیار مهم است که باورهای غیر منطقی پیش‌گفته، پنهان نمانند و آشکار شوند، زیرا آنها به‌احتمال علت احساسات منفی ناخواسته و رفتارهای خودتخریب‌گرانه در مددجویان محسوب می‌شوند.

۴. اگر افراد دریابند که افکار و باورهای آنها غیر منطقی است، این امکان وجود دارد که یاد بگیرند تا افکار منطقی تر، واقع گرایانه تر و مثبت تر را جایگزین آنها کنند.

مرحله سوم: شیوه های تغییر شناختی

پس از اینکه مددجویان آموختند تا افکار خودکار توأم با رفتارها و عواطف ناکارآمد را مشخص کنند و پس از اینکه اطلاعات چندی درباره باورهای زیرساز افکار خودکار به دست آوردند، مجری به آنها کمک می کند تا این باورها را عینی تر مورد بررسی مجدد قرار دهند و آنها را با استفاده از روش های تغییر شناختی، تغییر دهند. روش های تغییر شناختی به منظور چالش با دریافت های شناختی منفی ناکارآمد و سبک های پردازش اطلاعات ناقص و ضعیف، همچنین به منظور کشف مفروضه ها، باورها و توضیحات علی جایگزین از طریق تلاش مشترک مددجو و مجری، تدوین شده اند.

روش «شواهد کدامند؟»^۱

از این روش برای کمک به مددجویان به منظور کشف منطق ناقصی که زیربنای باورها و تفسیرهای تحریف شده آنهاست، استفاده می شود. از مددجویان خواسته می شود تا شواهد موافق یا مخالف باورها و تفسیرهایشان را از وقایع، فراهم کنند. به عنوان شاهد می توان هم از مشاهدات و تجارب گذشته و هم از مشاهدات و تجارب کنونی استفاده کرد. به علاوه، ممکن است برای مددجو، تکالیفی تعیین شود تا او به منظور آزمودن شواهد در فاصله جلسه ها، از آنها استفاده کند. به طور متقابل، تفسیرهای واقع گرایانه تر در مورد موقعیت را می توان با استفاده از «تکنیک جایگزین»^۲ مورد نظر قرار داد.

تکنیک جایگزین

این شیوه مستلزم آموزش مددجو به منظور جست و جو و کاوش در تفسیرهای جایگزین از موقعیت (براساس منطق، استدلال و بررسی شواهد، و نه براساس واکنش های عاطفی) است. به مددجویان کمک می شود تا موضوعات و تحریفات موجود در تفکرشان را ارزیابی کنند؛ تحریفات و موضوعاتی که مانع می شود تا آنها به راه حل های سازش یافته تر جایگزین بپردازند. به علاوه، به مددجویان کمک می شود تا به جست و جوی راه حل های جایگزین در مورد واقعه مشکل آفرین

^۱. "What's the Evidence" Technique

^۲. Alternative Technique

بپردازند و از روی آوردن به راه‌حل‌های «قدیمی» که به صورت عادت درآمده‌اند، امتناع کنند. این روش، به‌ویژه برای مشکلات ناامیدی و مشکلاتی که از نظر مددجو غیرقابل حل تصور می‌شوند، بسیار سودمند است. سپس، ممکن است به منظور آزمودن اعتبار تفسیرهای جایگزین و جدید و در زمینه به‌کارگیری پاسخ‌های رفتاری جایگزین و نو، تکلیف‌هایی عملی برای مددجو تعیین شود.

جلسه دهم: اصلاح تحریف های شناختی و روش های شناختی کنترل خود، بحث گروهی و ارائه فعالیت های تکمیلی

آموزش در زمینه موارد همبسته با سبک های تفکر تحریف شده مک کی و همکاران (۱۹۸۱)، براساس نظریات الیس و بک و همکارانشان، چندین روش اصلاحی را در مورد موارد همبسته با سبک های فکری تحریف شده ارائه کرده اند. آگاهی از این موارد، برای تدوین مربوط به تغییر شناختی در مددجویان سودمند است:

۱. **استنتاج دلخواهی یا مبتنی بر شانس:** آموزش به مددجویان برای گردآوری شواهد قوی برای آزمودن نتیجه گیری هایشان.
۲. **بیش تعمیم دهی:** آموزش به مددجویان تا بررسی کنند چقدر از شواهد، نتیجه گیری هایشان را تأیید می کند. این کار با فهرست کردن: الف) شواهدی که از نتیجه گیری حمایت می کنند؛ ب) شواهدی که برخلاف نتیجه گیری هستند؛ و ج) نتیجه گیری جایگزین، انجام می شود.
۳. **کوچک نمایی یا بزرگ نمایی («فاجعه سازی»):** آموزش به مددجویان تا واقع گرایانه و بر مبنای آمار و درصد، میزان احتمال رویداد واقعه ترسناک را بیان کنند (برای مثال، بگویند احتمال وقوع واقعه ای مشخص ۱۰ یا ۹۰ درصد است).
۴. **تفکر دومقوله ای:** آموزش به مددجویان برای اینکه از خودشان بخواهند که اگر به صورت «همه یا هیچ» می اندیشند، آن را تغییر دهند و موارد مختلف را به صورت درصدهای محتمل، در نظر بگیرند.
۵. **توهم کنترل:** آموزش به مددجویان برای پذیرش اینکه هر فرد در قبال اتفاقی که برایش رخ می دهد، مسئول و مقصر است.
۶. **خطای مربوط به تغییر:** آموزش به مددجویان در مورد اینکه برای ایجاد تغییر باید به خود تکیه کنند نه به دیگران.
۷. **«بایدها»:** به کارگیری روش هایی برای تغییر «بایدها» که شامل موارد زیر است:
 - ۱) بررسی اینکه «بایدها» را چه هنگام باید به کار برد و چه هنگام نباید به کار برد؛
 - ۲) مقایسه «بایدهای» مددجو با «خواسته های» مددجو؛
 - ۳) محاسبه و ثبت «بایدهای» خودکار؛
 - ۴) بررسی پیامدهای در نظر گرفتن قاعده «بایدها».

افزایش افکار و خودگویی‌های مثبت درباره خود

به منظور کاستن از فراوانی افکار منفی، ممکن است به مددجویان شیوه جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت و متضاد با آنها، آموزش داده شود. بعد از اینکه مددجویان یاد گرفتند افکار منفی تکراری خودشان را مشخص کنند، به آنها آموزش داده می‌شود تا برای هر فکر منفی، افکار مثبت و متضادی را در ذهن خود ایجاد کنند. برای آنان شرح داده می‌شود که جایگزین کردن افکار منفی به جای افکار مثبت متضاد، به کنترل احساسات منفی کمک می‌کند. افکار مثبت متضاد، افکار مثبت یا واقع‌گرایانه‌ای درباره هر واقعه یا موقعیت‌اند. مجری با مطرح کردن یک فکر مثبت متضاد در برابر هر یک از افکار منفی مددجویان، این شیوه را در عمل به آنها نشان می‌دهد. سپس مجری و مددجو نقش‌های خود را عوض می‌کنند. مجری می‌گوید: «حالا من یکی از افکار منفی شما را به زبان می‌آورم و شما در برابر آن، یک فکر مثبت به من بگویید».

تغییر تصورات (ادراک‌های) اجتماعی نادرست

تغییر ادراک‌های اجتماعی نادرست، برای آن دسته از مددجویانی که به‌طور مکرر نشانه‌های اجتماعی را به صورت نادرست تعبیر و تفسیر می‌کنند، یکی از مولفه‌های مهم آموزش مهارت‌های اجتماعی است. به مددجویان آموزش داده می‌شود تا بین مشاهدات عینی خود از تعامل‌های اجتماعی و تعبیر و تفسیرهای ذهنی‌شان از نیت و باورهای دیگران (که اغلب هم نادرست است)، تمایز قایل شوند. از مددجویان خواسته می‌شود تا از تعامل‌های اجتماعی آشفته‌کننده در زندگی روزانه خود، مثال‌هایی بزنند و بین «مشاهدات» و «تعبیرها و تفسیرهایشان» از موقعیت‌ها، تمایز قایل شوند. به مددجویان آموزش داده می‌شود تا به‌طور دقیق آن چیزی را که دیگران گفته‌اند یا انجام داده‌اند، شرح دهند و آنها را «مشاهدات» بنامند. سپس به آنها آموزش داده می‌شود تا اسنادها، فرض‌ها، باورها و استنتاج‌های خود را درباره تعامل‌ها، افکار و مقاصد و نیت اشخاص دیگر کشف کنند و آنها را «تعبیر و تفسیر» بنامند. سپس به مددجویان کمک می‌شود تا تعبیر و تفسیرهای غیرواقعی خود را مشخص کنند و آنها را به چالش بکشند و از مقاصد، نیت، باورها و افکار اشخاص دیگر، تفسیرهای جایگزین، متقابل و واقعی‌تری ارائه دهند. امکان دارد مجری با ارائه تفسیرهایی کمتر قضاوت‌گرانه، به مددجو کمک کند.

روش های شناختی کنترل خود^۱

روش های خودآموزی شناختی، رویکردهایی از نوع بازسازی شناختی اند که برای آموزش مددجویان طرح شده اند تا آنها بتوانند با دادن دستورهای درونی به خود، رفتارهای مشکل آفرینی چون عصبانیت شدید، تکانش وری ذهنی^۲ و اضطراب را در خود کنترل کنند. به علاوه، از مداخله های خودآموزی شناختی (که گاهی به آن آموزش خودآموزی^۳ هم گفته می شود)، برای رفع اختلال های رفتاری مانند پرخاشگری، سوء مصرف مواد مخدر، و فعالیت بزهکارانه و نیز حل مشکلات و تعارض های بین فردی استفاده می شود. بیشتر مداخله های خودآموزی شناختی، یک طرح کلی دارند. ابتدا، مجری چارچوب مفهومی این مداخله ها را با استفاده از کلماتی ساده و قابل فهم، برای مددجو توضیح می دهد و مفهوم گفته های خصوصی^۴ و تأثیر آنها را روی رفتار ارائه می کند. سپس اطلاعات مربوط به گفته های خصوصی مددجو یا گفته های او به خود هنگام رفتارهای ناکارآمد، با استفاده از طرح زیر، استخراج می شود:

موقعیت	بیان سازش نیافته	رفتار	پیامد
تهدید شدن از طرف یک نفر	«مجبورم او را بزنم وگرنه به من می گویند ترسید»	ضربه به آن فرد	تنبیه از طرف مراقبان

در مرحله بعد، مجری ماهیت خودتخریب گرانه گفته های مددجو را که با رفتارهای هدف همراهند، برای او توضیح می دهد. گفته های سازش یافته تری را پیشنهاد می کند و شخصاً کاربرد آن را نشان می دهد. سپس از مددجویان خواسته می شود تا این گفته ها را مرور و تمرین کرده و به زبان خودشان مطرح کنند. درحالی که در جلسه، به ایفای نقش در موقعیت های مشکل زا می پردازند، برای مرور گفته های جدید هم آموزش می بینند. این ایفای نقش، شامل اجرای رفتارهای ناکارآمد هدف هم می شود. بعدها از آنها خواسته می شود تا به طور مستقل، گفته های درونی ناکارآمد خود را مشخص کرده و از گفته های سازش یافته تری استفاده کنند. سرانجام از مددجو خواسته می شود تا این مهارت های خودشناختی را در موقعیت های روزانه به کار گیرد و پیامدهای آن را یادداشت کند تا این اطلاعات، در جلسه بعد مورد استفاده قرار بگیرد.

¹ cognitive self - control

² cognitive impulsiveness

³ self - instructional training

⁴ private speech

جلسه یازدهم: آموزش مهارت کنترل خشم

خشم و مهار آن

خشم، پاسخ ما به تفکرات خشمگین‌کننده درونی ماست که به واسطه احساس و رفتار غیرمنصفانه در ما ایجاد می‌شود. برای مثال ممکن است عده‌ای از مددجویان به خود بگویند «مراقب زندان، به من حساس شده است» (یا به اصطلاح عامیانه: به من گیر می‌دهد) یا «چرا من باید همه وقت خود را صرف انجام کار خسته‌کننده‌ای کنم که به من واگذار کرده‌اند؟ درحالی که دیگران در حال خوشگذرانی اند؟».

مددجویان چنین تفکراتی را بدون هیچ دلیل منطقی می‌پذیرند، خود را محق می‌دانند و به خود می‌گویند: «من، چنین حالتی را نمی‌توانم تحمل کنم، این غیر قابل تحمل است.» به این ترتیب آنها خشمگین (عصبانی) می‌شوند و برخوردی عجولانه انجام می‌دهند. گاهی نتایج زودرس خشم تا حدودی رضایت‌بخش است؛ به طوری که به آنها احساس تسلای گذرا و فروکش‌کننده تنش دست می‌دهد. گاه دیده می‌شود افراد از خشمناک شدن خود لذت می‌برند، زیرا این حالت به آنها کمک می‌کند تا بتوانند با موقعیت‌های تنش‌زا مقابله کنند. آنها از خشم به عنوان عامل محرک و نیرودهنده و وسیله اولیه یا اسباب ابراز احساسات خود بهره می‌گیرند. به طور کلی، خشم و عصبانیت به یک وسیله دفاع شخصی تبدیل می‌شود، زیرا بر نحوه برخورد و ابراز احساس و لحن صدا اثر می‌گذارد، موجب بد رفتاری، تجاوز به حقوق دیگران و از دست رفتن تسلط فرد می‌شود. به علاوه، ارتباطات بامعنای او را کاملاً از بین می‌برد و موقعیت حاکم را از مرحله بد به بدتر می‌کشاند. همچنین خشم برای این گونه افراد مساوی با قدرت محسوب می‌شود. وقتی در معرض شکست، تحقیر و تحت فشار اضطراب قرار داشته باشیم، به ظاهر ترجیح می‌دهیم، عصبانی و قدرتمند ظاهر شویم تا نگران، ترسیده و مشوش.

آثار خشم اغلب مخرب است و به ایراد ضربات جسمی یا روانی بر خود و دیگران منجر می‌شود؛ استعدادها و توانایی‌های انسان را ویران می‌سازد و نیز موجب ایجاد احساس پشیمانی، نوعی شرمندگی و عذاب وجدان می‌شود. ریموند نواکو^۱ در دانشگاه کالیفرنیا در بررسی موضوع «خشم»، سهم به‌سزایی دارد. وی و آلبرت الیس^۲ هر دو به این نتیجه رسیدند که احساسات خشم‌آلود همگی با تفکر غیرعقلانی و غیرمنطقی فردی در مورد موضوع و موقعیت خاص در شخص به وجود می‌آید. این تفکرات و یا باورها به‌طور کلی تابع توالی زیرند:

^۱ Reymond Novaco

^۲ Albert Ellis

۱. تو به دلیل برخورد غیرمنصفانهات با من، فرد ناشایسته ای هستی؛
 ۲. من نمی توانم تحمل کنم با من چنین رفتاری شود؛
 ۳. تو اجازه نداری با من چنین رفتاری داشته باشی و من هم تحمل نمی کنم؛
- با چنین تفکری، به دو نتیجه خواهید رسید:

الف) شخصی که با شما بدرفتاری کرده است، انسان بدی است و
ب) با شما غیرمنصفانه رفتار شده است.

این دو باور بدون تردید شما را به عصبانی شدن و برخورد خشم آلود سوق می دهد. در حالت اول، شما رفتار فرد را با تمام وجود او مساوی گرفته اید. وقتی می گوید: فلانی ابله است. در واقع شما برچسب ابله را یکباره و به طور کلی به وی نسبت داده اید و پیش خود چنین برداشت می کنید که هرگز از وی انتظاری غیر از رفتار ابلهانه نخواهید داشت. به طور مشابهی، اگر او را فردی خشن، سخت، پست و متظاهر معرفی کنید، کم و بیش هرچه او در آینده انجام دهد، شما را عصبانی خواهد ساخت، چرا که شما از وی انتظار انسانی احمق، ناخوشایند یا کینه ای و انتقام جو دارید (همان مواردی که یک بار در ذهن خود به او نسبت داده اید). این عدم توانایی و نارسایی در تمایز قایل شدن بین شخصیت کلی یک فرد و رفتار او، به بروز و پیدایش موارد مهارنشده ای از عصبانیت منجر می شود. بی گمان در مواردی برای افراد پیش می آید که رفتاری ابلهانه یا ناشایست داشته باشند. اما این بدان معنا نیست که آنان همیشه افرادی ابله یا ناشایسته اند. با درک و تفکیک رفتار یک شخص از شخصیت کلی وی در موقعیتی، می توان بی طرفانه و بی هیچ غرض ورزی به تجزیه و تحلیل موقعیت پرداخت و واکنش خشم آلود خود را تغییر داد. در حالت دوم، مددجویان اغلب شکایت دارند که برخورد تبعیض آمیز مراقب ها با آنها یا رفتارهای نامطلوب برخی مددجویان دیگر یا هرگونه کاستی در سلامت و یا اهداف و افکارشان غیرقابل تحمل است. این طرز فکر «غیر قابل تحمل دانستن» به اینجا منتهی می شود که دنیا را محیط بی عدالتی و بی انصافی تصور کنند و پندارند که نباید چنین باشد و همین مسئله آنها را عصبانی و متشنج تر سازد. همین طرز تلقی درباره بی عدالتی حاکم بر دنیا پایه غضب و خشم را محکم و ادامه و بقایش را تضمین می کند.

بررسی تفکرات خود

از آنجا که تفکرات شما علت های اصلی احساسات شما هستند، لازم است ابتدا افکار خود را به چالش بگیرید و درباره روش ها جدل کنید. دفعه بعد که مراقب ها و یا سایر مددجویان و یا اعضای خانواده شما حرفی می زنند که نوعی احساس بی عدالتی و بی انصافی در شما یا توهین برای شما به

وجود می‌آید و به خود می‌گویید: «آنها نباید با من چنین کاری می‌کردند، من به حساب آنها خواهم رسید و تلافی خواهم کرد»، این طرز فکر خشم‌آلود می‌تواند فرصتی به شما بدهد تا آن را در جهت عکس، یعنی بیرون آمدن از خشم به کار بگیرید. عجلانه عمل نکنید، بلکه فرایند مبارزه را علیه افکار خود آغاز کنید. می‌توانید از شیوه‌ای استفاده کنید که به آن روش «دوستونی» می‌گویند. به این ترتیب که در یک طرف صفحه تفکرات خشم‌آلود خود و در طرف دیگر آن، جایگزین‌های منطقی‌اش را بنویسید. در نمایه زیر تعدادی از اظهارات خشم‌برانگیز و عکس آنها یعنی فرونشاندن خشم را متذکر می‌شویم.

نمایه ۱. نمونه‌ای از اظهارات خشم‌برانگیز و فرونشاندن خشم

مسکن خشم

این حرف بی‌معناست. همه که با معیارها و طرز تفکر من زندگی نمی‌کنند، پس چطور می‌توانم در مورد آنها و عملکردهایشان حکم کلی صادر کنم؟! در ضمن، مردم اغلب همان رفتاری را با من دارند که من با آنها دارم. شاید همیشه هم این طور نباشد!

محرک خشم

مردم نباید با من چنین کاری بکنند. من چنین کاری با آنها نمی‌کردم.

اگر من با کسی خوب برخورد کردم، او باید از من قدردانی کند. این خیلی خوب است که مردم همیشه قدرشناس باشند، ولی خوب! گاهی هم این اتفاق نمی‌افتد!

اگر برای به‌دست آوردن چیزی تلاش می‌کنم، حتماً باید آن را به دست آورم. من از کسی طلبکار نیستم. چه کسی گفته است من باید همیشه موفق باشم؟!

اگر کسی با من برخوردی غیرمنصفانه کرد، من حق دارم تمام مردم این موقعیت را دارند که عصبانی بشوند، ولی عصبانی بشوم. آیا اینکه من عصبانی بشوم به معنای برتری من است یا اساساً فایده و سودی برای من دارد؟ اصلاً محاسن و معایب عصبانی شدن من چیست؟

این گونه انتقاد از فکر کردن چیزی نیست که موجب بروز تغییرات آنی در زندگی شما بشود، بلکه این مسئله نیازمند نظم و تلاش مداوم است، چراکه در بیشتر ما تمایلات بالقوه‌ای به خشم وجود دارد. با این حال، بدان معنا نیست که ناگزیر به چنان رفتاری باشیم. شما می‌توانید انتخاب

کنید که چنین نباشید، می توانید آزادانه بیندیشید، مباحثه کنید و سرانجام به گونه ای متفاوت عمل کنید. باور مهم دیگری که باید روی آن کار کرد، این است «خود را بی قید و شرط قبول داشته باشید». یعنی برای مثال حتی اگر عصبانیت شما گاهی بروز می کند یا حتی اگر پی در پی این گونه می شوید و این مسئله موجب آزار شما و دیگران می شود، اعتراف کنید که ممکن است رفتار بدی از شما سرزده باشد، ولی این بدان معنی نیست که شما انسان بدی هستید. مفهوم قبول بی قید و شرط خود در غلبه بر عقاید غیرمنطقی مهم است. اگر خود را موجودی بی ارزش و مهارنشده می دانید، معلوم می شود هیچ تمایلی ندارید که رفتار غیرارادی و شکست خود را کنترل کنید.

روش های عاطفی

یک روش سودمند برای کنترل خشم، تصویرسازی ذهنی عاطفی- منطقی^۱ است. این روش بدین صورت است: یک موقعیت یا یک سلسله وقایع را تا آنجا که می توانید، روشن، کامل و فشرده در خیال مجسم کنید؛ واقعه ای که شما را مشوش کرده باشد، برای مثال مشاجره ای که با یکی از مددجویان یا مراقبها داشته اید. ممکن است ابراز خشمتان در مقابل آنها انجام شده باشد یا در زمانی که کسی به شما ناسزایی گفته است یا به ناحق اتهامی به شما زده باشند. بگذارید احساسات شما با شدت هرچه تمام تر از درون شما فوران کند. بگذارید چنین احساساتی به طور کامل چند دقیقه وجود شما را دربرگیرد. حال دوباره همان صحنه ها را تصور کنید. آن لحن ناخوشایند، آن تهدیدها، نگاه های سایر مددجویان که حاکی از بی اعتمادی نسبت به شما بوده است. اما این بار واقعاً بکوشید تا احساسی متفاوت داشته باشید. با تمام توان خود سعی کنید به جای شدت عصبانیت، رنجیدگی و ناامیدی را حس کنید. نگاه دقیقی به آنچه انجام داده اید تا احساساتتان را تغییر دهید، بیندازید. اگر احساسات خشم آلود شما، آن گونه که تلاش کردید تا به گونه ای رضایت بخش تعدیلشان کنید، تغییر نکرد، این تصورات ذهنی را از حوادث ناگوار همچنان ادامه دهید و همین طور روی احساسات خود کار کنید تا این که بتوانید حس خشم را به نوعی حس رنجیدگی تبدیل کنید. حالا توانسته اید احساساتی را در خود خلق کنید. پس می توانید آنها را تغییر دهید. اگر تمرین تصورات منطقی- عاطفی را به مدت چند هفته حداقل ده دقیقه در روز ادامه دهید، درخواهید یافت وقتی در مورد صحنه ای می اندیشید که به طور طبیعی شما را عصبانی خواهد کرد، خود به خود این احساس به جای خشم به نوعی رنجش و ناامیدی تبدیل خواهد شد. چرا که شما خود را برای این کار آموزش داده اید.

¹ . rational emotive imagery

گونه دیگری از این شیوه این است که به خاطره‌ای بسیار خوشایند از فردی بیندیشید که در حال حاضر از او عصبانی هستید. وقتی آن خاطره خوب را تصور می‌کنید؛ در واقع، احساسات خوبی را نسبت به آن شخص به خود القا می‌کنید. همین مراحل را در تصورات خود ادامه دهید و روی آن احساسات خوب مکث کنید تا اینکه آنها بر احساسات خصومت‌آمیز شما غلبه کنند. می‌توانید احساسات خشنی داشته باشید، احساساتی که خشم را نیز دربرمی‌گیرد. وجود این احساسات را تأیید کنید نه اینکه آنها را رد کنید. یک الگوی شناختی- رفتاری به شما نشان خواهد داد که چگونه می‌توان به‌طور مناسب، احساس ناراحتی، ناخوشایندی یا ناخرسندی را جایگزین خشم و تندی کرد. بسیاری از مردم می‌توانند از آگاهی نسبت به تنش و خشم درون خود به نحوی استفاده کنند که همچون علامتی ظاهر شود و موجبات درمان و مقابله آنها را فراهم سازد.

تمرین‌های رفتاری

به غیر از کار کردن روی فکر و احساساتتان، استفاده از شیوه‌های زیر در مواردی که شما به‌ویژه کارهایی را برای کاهش پاسخ خشم و غضب خود انجام می‌دهید، حائز اهمیت است. روش‌های مورد استفاده عبارت بودند از:

مواجهه با موقعیت‌های محرک خشم

در این روش فرد به جست‌وجو و یافتن موقعیت‌هایی می‌پردازد که اطمینان دارد با ایشان غیرمنصفانه رفتار شده است. برای مثال، فرد یا گروه خشمگینی را در نظر می‌گرفتند که چنین رفتاری از آنها قابل پیش‌بینی بود. آنها اغلب منتظر موقعیت‌هایی می‌شدند که فردی به غرض حرف آنها را قطع کند، به آنها تهنه بزند، بی‌نوبت وسط ببرد یا بی‌ادبانه با آنها رفتار کند. آنها در این تمرین بایست در عمل سعی می‌کردند چیزی نگویند. حال آن که در گذشته آنها واکنش مشابه حالت تدافعی قبلی، با خشم و عصبانیت تمام انجام می‌دادند و اکنون به عمد ساکت باقی می‌ماندند. هدف از این رفتار این بود که به محرک‌های عصبانی‌کننده پاسخی کاملاً متفاوت بدهند. البته آنها چنین درس نمی‌گرفتند که همیشه در مقابل برخوردهای برانگیزنده با دیگران این گونه عمل کنند. در چنین موقعیت‌هایی آنها قدرت انتخاب واکنش‌های متفاوت را نیز می‌یافتند.

بازی نقش

این روش با تلاش های مورنو^۱ (مؤسس نمایش اخلاقی) توسعه یافته است. افراد یا اعضای گروه، صحنه هایی را تمرین می کردند که در آن پاسخ طبیعی خشم را نسبت به محرک ها ارائه می دادند. سپس این عمل را در همان موقعیت، ولی با پاسخی بدون ستیزه جویی مرور و تمرین می کردند. برای مثال در جلسه ای، یکی از اعضای گروه پاسخ عصبی و خشم آلودش را به فردی که خود را در صف جلو او انداخته بود، به صورت نقش بازی کردن که مثلاً چگونه عصبانی می شود و بعد عصبانیت او بالا می گیرد، شروع به غرغر کردن پیش خودش می کند و در نهایت خیلی غضبناک می شود. در نقش جایگزین آن هم افکار خشم آلود خود را انکار می کند، و به فروشنده بلیت با متانت و آرامی می گوید: «می بخشید، فکر می کنم نوبت بعد مال من است». آنها دریافتند که با بازی کردن این نقش بهتر می آموزند که چگونه پاسخ های سازنده را به کار برند.

اصول غلبه بر خشم

این اصول بر پایه کارهای نوکو^۲ قرار دارد و به کسانی تقدیم می شود که از برنامه های کنترل خشم استفاده می کنند.

خویشتن پذیری. گاه یا شاید بیشتر اوقات عصبانی شدن با تردید در خود یا عدم اطمینان به خود یا نوعی احساس تهدید از جانب دیگری ارتباط دارد. این موضوع همیشه مهم است: «به یاد داشته باشید که شما فردی ارزشمندید و در شما خصوصیات بسیار خوبی نهفته است».

وظیفه گرایی: گاه شما عصبانی می شوید، چون همه چیز را از دیدگاه خود می بینید، در صورتی که نیاز به چنین برداشتی نیست. حتی وقتی کسی به طور مستقیم به شما اهانت یا حمله می کند می توانید خشم خود را مهار کنید. با وظیفه گرا ماندن و با تمرکز و دقت روی این موضوع که «باید آن طور که صلاح است کارم را انجام دهم و به هدف مورد نظرم برسم»، به کار خود پردازید. این اهانت که فقط به شخص شما شده است، نباید موجب شود از کار عادی خود منحرف و درگیر مبارزه ای غیرضروری شوید. تحریک شخص مقابل خود را خوب شناسایی کنید، اما همچنان وظیفه گرا بمانید و به کار خود ادامه دهید.

انتخاب رفتارهای جایگزین. گاهی شما فقط به این دلیل عصبانی می شوید که همواره در برخورد با نوعی موقعیت از خود خشم نشان داده اید. چنانچه روش های جایگزین دیگری را در واکنش به تحریکات یاد بگیرید، کمتر دست به دامان پاسخگویی با خشم خواهید شد.

^۱. Moreno

^۲. Novaco

شناسایی علائم خشم. یکی از مهم‌ترین کارهایی که می‌توانید در کنترل خشم خود انجام دهید، این است که علائم یا نشانه‌های تحریک در بروز خشم‌تان را هرچه سریع‌تر قبل از بروز آنها شناسایی کنید. هرچه در این تشخیص تندتر و سریع‌تر عمل کنید، می‌توانید با قدرت بیشتر، مدار حرکت خشم را کوتاه‌تر سازید. هرچه درجه خشم شما بالاتر رود، پرخاشگر و آشفته‌تر می‌شوید و آنگاه اعمال خشن و ستیزه‌جویانه، شما را دچار مشکل می‌کند. درعین حال، همان‌گونه که می‌آموزید چگونه به راحتی آرامش خود را به دست آورید، توانایی شما در مهارکردن خشم رشد می‌یابد.

از دست دادن کنترل. گاهی به این دلیل عصبانی می‌شوید که احساس می‌کنید فرصت‌هایی از دست شما می‌روند و می‌خواهید آنها را در اختیار داشته باشید. اما اگر بتوانید به خود آموزش دهید و خشم خود را مهار کنید، موقعیت مطلوب را در اختیار خواهید گرفت. بهترین راه برای تسلط بر یک موقعیت این است که وقتی بیشتر مردم منتظرند یا می‌خواهند شما آرامش و خونسردی خود را از دست بدهید، آرام بمانید.

می‌توانید با وجود تحریکات محیط، مصمم، جدی و معقول به کار خود ادامه دهید. همچنان که می‌آموزید، چگونه موارد تحریک‌کننده را مرحله به مرحله پشت سر بگذارید، بهتر می‌توانید مسائل را حل کنید و این راه دیگری است که می‌تواند به شما در کنترل موقعیت‌ها کمک کند.

دیدگاه صحیح. شما اغلب کارهای خوبی را که انجام داده‌اید فراموش می‌کنید یا به آنها توجه ندارید. اما هرگز خود را از درگیری با اشتباهات و خطاهای خود رها نمی‌کنید. باید به خاطر بسپارید وقتی در مهار خشم خود موفق شدید، به خود تبریک بگویید و اجازه دهید تا اثر خوشایند حاصل از آن را درک کنید.

جلسه دوازدهم: آموزش مهارت های کنترل خود و هوشیاری، بحث گروهی، ارائه فعالیت های تکمیلی

مجری کارگاه می تواند به مددجویان آموزش دهد تا برای کنترل رفتارهای ناکارآمد مختلف، از مهارت های خودهشیاری و دیگر مهارت های مهار خود بهره گیرند. نمونه هایی از رفتارهای ناکارآمد در این زمینه مانند سوء مصرف مواد، الکل و درگیری است. فرد با یادگیری مهارت های کنترل خود، افزون بر کاستن از فراوانی رفتارهای ناخواسته، ممکن است تکرار و فراوانی رفتارهای مطلوب را نیز افزایش دهد. مددجو می تواند با همکاری مجری از مهارت های زیر استفاده کند:

- ۱) به تعویق انداختن عمل نامطلوب؛
- ۲) پرداختن به رفتارهای حرکتی و شناختی جایگزین؛
- ۳) مشخص کردن فعالیت هایی برای خود که مستلزم تلاش اند؛
- ۴) مرور پیامدهای مثبت کنترل خود؛
- ۵) استفاده مشروط از انتقاد از خود^۱ و تشویق خود.

فعالیت: حفظ کنترل درونی

مجری کارگاه پرسشنامه شش سؤالی مربوط به کنترل درونی را در بین اعضا توزیع می کند و از آنها می خواهد پرسشنامه را تکمیل کنند. سپس با تحلیل نتایج بحث گروهی را ادامه می دهد. ببینید با عبارات زیر موافق اید یا مخالف.

کاملاً موافقم موافقم مخالف کاملاً مخالفم

- ۱- کنترل کمی بر روی مسائلی که برایم اتفاق می افتد دارم.
- ۲- واقعاً به هیچ ترتیبی نمی توانم برخی از مشکلات خود را حل کنم.
- ۳- کار زیادی برای تغییر مسائل مهم زندگی ام نمی توانم بکنم.
- ۴- اغلب در برخورد با مشکلات زندگی احساس درماندگی می کنم.
- ۵- اتفاقاتی که برای من می افتند، اغلب نتیجه کارهای خودم است.
- ۶- برای هر کاری که ذهنم آماده باشد، قادر به انجامش هستم.

اگر شما با عبارات های ۴ و ۳ و ۲ و ۱ مخالف و با عبارات ۶ و ۵ موافق اید، بدین معنی است که بر زندگی خود تسلط و کنترل دارید. پژوهشگران دریافته اند که افراد دارای احساس کنترل قوی، در مقایسه با افرادی که احساس می کنند بخش عمده ای از زندگی شان خارج از کنترلشان است، از تنش

¹ self-criticism

روان‌شناختی و فیزیکی کمتری رنج می‌برند (فولکمن، لازاروس، گروین و دلانگیس، ۱۹۸۶؛ پیرلین و اسکولر، ۱۹۷۸).

افراد در برداشت‌هایشان از میزان کنترلی که بر زندگی‌شان دارند، متفاوت‌اند. افرادی که مسئولیت وقایعی را که برایشان اتفاق می‌افتد می‌پذیرند، «درونی‌ها» نامیده می‌شوند، زیرا آنها دارای کانون کنترل درونی‌اند و برعکس کسانی که معتقدند بیشتر مسائلی که برایشان اتفاق می‌افتد، خارج از کنترلشان است، «بیرونی‌ها» نامیده می‌شوند، زیرا آنها دارای کانون کنترل بیرونی‌اند. ذکر این نکته مهم است که ما به عنوان افراد درونی یا بیرونی به دنیا نمی‌آییم. کانون کنترل شما براساس یادگیری و تجارب شما در جریان رشدتان ایجاد می‌شود. مطلب مهم‌تر اینکه چون کانون کنترل مبتنی بر ادراکات فرد از زندگی است، بنابراین می‌توان آن را دوباره ارزیابی کرد و تغییرش داد.

موارد زیادی در زندگی وجود دارد که خوب است کنترل درونی نسبت به آنها داشت. برای مثال درونی‌ها در مقایسه با بیرونی‌ها از پیشرفت زیادی برخوردارند، زیرا آنها در مقابل شکست‌هایشان واکنش منفی کمتری از خود نشان می‌دهند و از موفقیت‌هایشان نیز رضایت شخصی بیشتری کسب می‌کنند. درونی‌ها بیشتر تمایل دارند تا با رویدادهای تنش‌زای زندگی با روش مسئله‌گشایی مقابله کنند، به‌ویژه زمانی که بر روی رویداد تنش‌زا کنترل دارند (پارکز، ۱۹۸۴). بیرونی‌ها احتمال زیادی وجود دارد که به رویدادهای قابل کنترل از طریق تخیل و تفکر آرزومندانه واکنش نشان دهند. همچنین درونی‌ها بیشتر مستقل‌اند. آنها در قبال رویدادهای زندگی و سلامت جسم و روان خود مسئولیت بیشتری می‌پذیرند (لفکورت، ۱۹۷۶؛ فاریس، ۱۹۷۶).

افراد درونی به باورهای زیر بیشتر اعتقاد دارند:

- _ سرانجام، افراد در دنیا احترامی که شایسته‌اند، به دست می‌آورند.
- _ موفقیت نتیجه تلاش زیاد است، شانس، نقش کمتری در موفقیت افراد دارد.
- _ بدبختی‌های افراد نتیجه اشتباهات خودشان است.
- _ کسانی که نمی‌توانند کاری کنند که دیگران آنها را دوست داشته باشند، نمی‌دانند که چگونه با دیگران همراه شوند.

افراد بیرونی بیشتر به باورهای زیر معتقدند:

- _ متأسفانه بیشتر اوقات ارزش فرد هر قدر هم که بکوشد، ناشناخته می‌ماند.
- _ به دست آوردن شغل خوب بیشتر بستگی به شرایط زمانی و مکانی دارد.
- _ بسیاری از رویدادهای ناخوشایند در زندگی مردم تا اندازه‌ای به علت بدشانسی است.

هر قدر هم که سعی خودمان را بکنیم، باز هم بعضی ها از ما خوششان نمی آید.
سعی زیاد از حد برای راضی کردن مردم چندان فایده ای ندارد، اگر قرار است آنها از آدم خوششان بیاید، می آید.

مقابله کردن مستلزم طرح ریزی، مسئله گشایی و یادگیری و به کار بستن مهارت های جدید است. مقابله کردن مبتنی بر نگرش خود مسئولیت پذیری و داشتن تسلطی فعال بر روی مسائل زندگی است. افراد بیرونی اغلب ضعیف مقابله می کنند، زیرا هنگام ارزیابی اولیه رویدادهای زندگی، امید کمتری دارند که بتوانند کاری انجام دهند (لفکورت و دیویدسون _ کاتز ۱۹۹۱). ارزیابی ثانویه افراد بیرونی نیز تنش زاست، زیرا آنها از بازشناسی راه حل ها و امکانات مختلف ناتوانند. بیرونی ها به علت اینکه به زندگی نگرش مقابله ای ندارند، به دشواری می توانند به طور فعال و با اتکا به خود به مشکلات زندگی واکنش نشان دهند.

افراد درونی رویدادهای تنش زا را هنگام ارزیابی اولیه به عنوان چالش های حل شدنی تلقی می کنند تا تهدیدات ناراحت کننده. ارزیابی ثانویه افراد درونی بیشتر امیدبخش است، زیرا آنها می دانند که مهارت های مقابله ای مفیدی در اختیار دارند. با توجه به اینکه افراد درونی رویدادهای بالقوه تنش زا را به جای تهدید به عنوان چالش هایی در زندگی تلقی می کنند، از این رو آنها به اندازه افراد بیرونی مستعد داشتن واکنش هیجانی یا اجتنابی به موقعیت ها نیستند. افراد درونی انرژی خود را صرف به دست آوردن اطلاعاتی می کنند که برای حل مشکلاتشان لازم دارند. آنها می دانند که باید مواظب خودشان باشند و مسئولیت یادگیری آنچه را برای حفظ سلامت جسمی و روانی شان لازم است، می پذیرند.

اگرچه به دست آوردن کانون کنترل درونی هدف مفیدی است، اما نباید خود را مجبور کنید تا واقعیت ها را نادیده بگیرید. رویدادهای زیادی در جهان وجود دارند که شما نمی توانید آنها را کنترل کنید، و اگر غیر از این فکر کنید، احمقانه است. سرزنش کردن خود به دلیل اتفاقات، فجایع یا حتی ناکامی های کوچکی که مسئولشان نیستید، کار درست و مفیدی نیست. اغلب شما با رویدادهایی در زندگی برخورد می کنید که دلتان می خواهد تغییرشان دهید، ولی نمی توانید. وقتی چنین حالتی اتفاق می افتد، بهترین برخورد این است که این رویدادهای زندگی را به عنوان واقعیت بپذیرید و با استفاده از کانون کنترل درونی خود، انطباقی ترین راه ها را برای سازگاری با آنها پیدا کنید.

جلسه سیزدهم: آموزش مهارت‌های ارتباطی، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی

مهارت‌های ارتباطی را می‌توان در جلسه‌های انفرادی و جلسه‌های درمان گروهی، آموزش داد. دو نوع مهارت آموزش داده می‌شود تا افراد آنها را به دفعات، به تنهایی یا در جلسه‌های گروهی تمرین کنند. این مهارت‌ها عبارتند از:

- ۱) سبک پاسخ‌دهی کلامی کارآمد و
- ۲) مهارت‌های گوش کردن فعال.

در زمینه آموزش روش‌های پاسخ‌دهی کلامی کارآمد، گوردون^۱ (۱۹۷۰) پیشنهاد می‌کند افراد ابتدا از انواع پاسخ‌های کلامی که در تعامل با یکدیگر از آنها استفاده می‌کنند، آگاه شوند. می‌توان فهرست سبک‌های زیر را که گوردون تهیه کرده است، به افراد نشان داد و از آنها خواست تا سبک‌های عادی خود را مشخص و تعیین کنند:

- ۱) دستور دادن، فرمان دادن، جهت دادن؛
- ۲) تذکر دادن، هشدار دادن، تهدید کردن؛
- ۳) تشویق و ترغیب کردن، اخلاقی‌سازی، موعظه کردن؛
- ۴) نصیحت کردن، پیشنهاد یا راه‌حل دادن؛
- ۵) سخنرانی کردن، آموزش دادن، ارائه بحث منطقی؛
- ۶) قضاوت کردن، انتقاد کردن، مخالفت، سرزنش کردن؛
- ۷) تحسین و تمجید کردن، موافقت و تأیید کردن؛
- ۸) لقب دادن، مسخره کردن، خجل کردن؛
- ۹) تعبیر و تفسیر کردن، تحلیل کردن، تشخیص‌های (مرضی) دادن؛
- ۱۰) اطمینان دادن، همدلی کردن، مشورت و راهنمایی کردن، حمایت کردن؛
- ۱۱) کاوش و غور کردن، سؤال کردن، تحقیق و استنتاج کردن؛
- ۱۲) کناره‌گیری کردن، حواس خود را به کار دیگر دادن، شوخی کردن، فکر خود را منحرف کردن.

سپس از افراد خواسته می‌شود تا به واکنش دیگران به این سبک‌های پاسخ‌دهی کلامی توجه کنند. سبک‌های خاصی که پاسخ‌های نامطلوب را در افراد ایجاد می‌کنند، به عنوان اهداف تغییر در نظر گرفته می‌شوند. مجری کارگاه ممکن است سبک‌های جدید و کارآمدتر پاسخ‌دهی کلامی را به افراد

¹ Gordon

نشان و آموزش دهد. سپس به آنان آموزش داده می شود تا هنگام تعامل با یکدیگر، هم در خانه و هم در جلسه های درمان، این سبک ها را آزمایش کنند.

در آموزش مهارت های گوش کردن فعال، مجری کارگاه ابتدا شرح می دهد که گوش کردن فعال، چگونه سبب می شود تا افراد به راحتی در مورد مشکلات و نگرانی هایشان بحث کنند. مجری با استفاده از موارد زیر می تواند مهارت گوش دادن فعال را الگودهی کند و سپس مراجعان با ایفای نقش آنها را در جلسه تمرین کنند:

شخص فردی شنونده است.

فرد مشاور است.

فرد می خواهد به دیگران کمک کند.

فرد طرف مشورت است.

فرد به دیگران کمک می کند تا به راه حل هایی که خود انتخاب کرده است، عمل کند.

فرد راه حل های دیگران را می پذیرد.

فرد اساساً به نیازهای دیگران علاقه مند است و به آنها توجه می کند.

فرد منفعل تر و پذیرا تر است.

هدف از آموزش مهارت های ارتباطی حین جلسه های گروهی، آموزش ارتباط شفاف است تا آنکه قواعد و دیدگاه ها، به جای آنکه مبهم و نامشخص باشند، آشکار و واضح بیان شوند. همچنین سعی می شود تا کیفیت رابطه اعضای گروه از راه تسهیل سبک های ارتباطی حمایت کننده (که ویژگی آنها، همدلی و تلاش برای فهم دیدگاه سایرین است) بهبود یابد. مجری در حال مشاهده تعامل های گروهی، تعامل های سازش نایافته ای را که موجب تداوم تعارض های ناخواسته و نامطلوب بین افراد می شود، مشخص می کند. سپس، اعضای گروه را تشویق می کند تا این الگوهای ارتباطی جدید را همان گونه که در مورد آنها در جلسه صحبت می شود، به کار ببندد. بازخورد باید فوری، خاص و مشخص، مختصر و بدون هیچ گونه سرزنش باشد. الگودهی و آموزش باید با سطح آموزشی و زمینه فرهنگی گروه، مطابق و متناسب باشد. مجری، اعضای گروه را تشویق می کند تا اظهارات مثبتی را که باید الگو قرار گیرند، در قالب کلمات مطرح خود بیان کنند.

قرارداد وابستگی

قرارداد وابستگی، یک شیوه درمانی رفتاری است که به موجب آن، به منظور مبادله پاداش برای ابراز رفتارهای مطلوب بین اعضای گروه، توافق هایی صورت می گیرد. اساساً، در این نوع قرارداد، افراد متعهد می شوند تا پس از آنکه فرد تغییرات مقدر شده را در خود به وجود آورد، آنها نیز مواردی

را در خود یا محیط، تغییر دهند. اساس قرارداد وابستگی، یک قرارداد رفتاری است که منظور از آن، برنامه‌ریزی برای مبادله تقویت‌های مثبت بین افراد است. مبادله‌های متقابل با مشخص کردن اینکه چه کسی، باید چه کاری را برای چه کسی و در چه شرایطی انجام دهد، شکل می‌گیرند. تقابل بر آن دلالت دارد که افراد، حقوق و وظایفی دارند و اینکه تقویت‌کننده‌های مثبت را براساس «چیزی در قبال چیز دیگر» به یکدیگر عرضه می‌کنند.

جلسه چهاردهم: آموزش ایمن سازی^۱ در برابر استرس، بحث گروهی و ارائه فعالیت های تکمیلی

در جریان آموزش ایمن سازی در برابر استرس، مددجویان با ماهیت، ساز و کار و پیامدهای استرس آشنا می شوند و یاد می گیرند که برای کنار آمدن با انواع استرس های روزمره زندگی و استرس هایی که یکپارچگی فیزیکی و روان شناختی آنها را تهدید می کند، شیوه های مناسب و واکنش های اثربخش داشته باشند. آموزش ایمن سازی در برابر استرس الگوی پیشگیرانه و درمانی مرکب از برنامه های آموزشی نیمه سازمان یافته و از نظر بالینی حساس اطلاق می شود که دارای سه مرحله اساسی است:

۱- **مرحله اول:** مفهوم سازی مشکل^۲ که محور اصلی در این مرحله، ایجاد رابطه حسنه با مددجویان و کمک به آنها برای فهم و درک بهتر ماهیت و طبیعت استرس و تأثیر آن بر هیجان و عملکرد و مفهوم سازی دوباره آن از دیدگاه تعاملی است. اینکه ماهیت مشکل از دیدگاه مددجویان چیست، شدت استرس ادراک شده چقدر است، استرس چقدر عمومیت پیدا کرده و طول مدت و وسعت آن چقدر است، شرایطی که استرس را شدت می بخشد یا کاهش می دهد، عوامل پیشایند اختصاصی آن کدامند، اطلاعات و داده هایی هستند که مددجویان را به مفهوم سازی و اتخاذ شیوه های مطلوب پاسخ به منابع و عناصر استرس زا مجهز می کنند. مددجویان با تعیین و روشن کردن ماهیت استرس چگونگی تأثیر ایمن سازی در اداره و کنترل استرس را یاد می گیرند.

مرحله مفهوم سازی شامل مصاحبه، یادآوری براساس تصویر ذهنی^۳، خودبازنگری و ارزشیابی رفتاری و اجرای آزمون های روانی است. یادآوری بر اساس تصویر ذهنی، مددجویان را یاری می کند تا به جنبه ها یا جزئیاتی از واکنش های استرسی خود که احتمالاً در شرایطی دیگر آنها را نادیده می گرفتند، یا در ارتباط مستقیم (مثل مصاحبه) تأکید کمتری به آنها می شد، توجه کنند. به این ترتیب، مددجویان می توانند به عنوان بخشی از فرایند تعامل به بیان افکار، احساسات، تصویر ذهنی و رفتارهایی که در احساس و درک آنها از استرس سهیم بوده اند، بپردازند. هدف اساسی از این فعالیت، کمک به مددجویان برای درک این موضوع است که آنها صرفاً قربانی استرس نیستند.

فعالیت: مجری کارگاه از مددجویان می خواهد که به پشت صندلی تکیه دهند و چشمانشان را ببندند. یک یا چند وضعیت استرسی اخیر را تصویر کنند و آن را دوباره در ذهن خویش زنده کنند. مددجویان باید به وضوح تجربه را یادآوری کرده و آن را طوری تصور کنند که گویی در آن لحظه

^۱. Street Inoculation Training (SIT)

^۲. conceptualization

^۳. imagery – based recall

به‌سر می‌برند. اخطار و احساسات پیش از واقعه، هنگام و پس از وقوع آن را در نظر بگیرند تا به شناسایی و مفهوم‌سازی درست ماهیت استرس منجر شود.

درباره خود بازنگری یا خودکنترلی در برنامه جلسه دوازدهم توضیحات کافی داده شده است که مبتنی بر همکاری مددجویان در فرایند مفهوم‌سازی بهتر استرس (مشکل) و شفاف سازی موضوع است که با ارزشیابی الگوهای رفتاری مددجویان و اجرای آزمون‌های روانی مناسب در جریان مشاوره‌های فردی، مفهوم‌سازی مشکل را تکمیل می‌کند.

۲- **مرحله دوم:** دومین مرحله ایمن‌سازی، اکتساب و تمرین مهارت‌هاست که مؤلفه‌های آموزشی و رفتاری ویژه‌ای برای افزایش خزانه مهارت‌های سازشی اعضای شرکت‌کننده در کارگاه آموزشی به‌کار می‌رود. یادگیری راه‌های جدید کنار آمدن با استرس‌ها، هدف اساسی در این مرحله است. از جمله مهارت‌های مقابله یا کنار آمدن با استرس‌ها در زندگی، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد که برخی از آنها در جلسات دیگر کارگاه آموزشی به‌طور مفصل بیان شده است:

- آموزش آرمیدگی عضلانی
- گفت‌وگوی درونی هدایت شده
- نقش‌گزاری
- مسئله‌گشایی
- خودپایی یا خودکنترلی
- مراقبه
- بازسازی شناختی
- حساسیت‌زدایی تدریجی
- تفکر خلاق و انتقادی

برخی از مهارت‌های عملی ایمن‌سازی در برابر استرس به شرح زیر است :

۱. خودتان را تشویق کنید. خیلی وقت‌ها آدم‌ها تحت فشار قرار می‌گیرند، چون خودشان را سرزنش می‌کنند، حتی زمانی که مقصر نیستند، خود را گناهکار می‌دانند. در چنین مواردی بزرگ‌ترین خطای فرد خودگویی‌هایی منفی است، چون استرس‌آفرین است. چقدر خوب است آدم‌ها یاد بگیرند وقتی کاری را به خوبی انجام می‌دهند، با خود بگویند «کارم خوب بود». بهترین راه این است که فرد در ابتدا خودگویی‌های مثبت را جلو آینه با خود تمرین کند تا زمانی که این خودگویی‌ها به یک پاسخ اتوماتیک تبدیل شوند. یک راه دیگر، افزایش خودباوری یا عزت نفس است، تا آنجا که فرد خطاهای خود را بزرگ و فاجعه‌آمیز جلوه ندهد.

۲. برنده‌ها را انتخاب کنید. روابط بین‌فردی محتاج سرمایه‌گذاری عاطفی فراوانی است. افراد منفی‌باف، انتقادگر، یا منزوی بر استرس وارده بر افراد دیگر می‌افزایند و برعکس، افراد خوش‌بین که خودباوری بالاتری دارند، استرس زیادی بر اطرافیان خود وارد نمی‌آورند.

¹ . skills acquisition

۳. به خودتان جایزه بدهید. جایزه، قدردانی، تشکر در قبال انجام کاری، بخش حیاتی مدیریت استرس است، چون اندورفین یا اوپیوئیدهای درون زاد بدن را آزاد می سازد (درست همان مواردی که فرد برای کاهش استرس آنها را به شکل مصنوعی موجود در مواد مخدر مصرف می کند). منظور از جایزه، هر چیزی است که برای فرد لذت بخش است و به لبخند زدن وی منجر می شود. خیلی از این جوایز خرج زیادی هم ندارند. سینما رفتن، تماشای تلویزیون، پرسه زدن در کتاب فروشی ها، وقت گذرانی با دوست خوب، رفتن به پارک، خواندن مجله، تلفن به دوست عزیز ... ، این فهرست بی انتهاست. توصیه اساسی این است که هر فردی لااقل یک کار لذت بخش را برای خودش در طول روز برنامه ریزی کند.
۴. رسم و قاعده ای برای خود مقرر کنید. افراد پرمشغله استرس زیادی را تحمل می کنند. چون سیستم، الگو یا قاعده خاصی را برای زندگی روزمره خود تعیین نمی کنند. درحالی که داشتن رسوم یا عادت های خاص هم صرفه جویی در وقت است (چون لازم نیست هر روز برای زندگی برنامه ریزی شود و هم در شرایط افزایش استرس به فرد کمک می کند، چرا که فرد احساس می کند باوجود استرس فراوان یا پیش بینی ناپذیری، یک چیز هست که در زندگی ثابت است) برنامه منظم، برنامه غیرقابل تغییر هم صرفه جویی در انرژی روانی است.
۵. به زندگی معنوی خود غنا ببخشید. داشتن اعتقاد مذهبی ما را در متن یا زمینه بزرگ تر قرار می دهد، افق دید ما را وسیع می کند، به ما سعه صدر می دهد و در شرایط استرس های عمیق بسیار کمک کننده است. حجم عظیمی از مطالعات نشان می دهند که توکل به منبع عظیم، به یک قادر متعال، به یک سنجیده لطیف، تحمل استرس را افزایش می دهد. شرکت در مراسم و مناسک معنوی دسته جمعی به فرد این احساس را می دهد که به دیگران متصل است.
۶. دفتر یادداشت روزانه داشته باشید. اینکه فرد همه روزه احساسات ناخوشایند خود را در یک دفتر روزانه یادداشت کند (به ویژه کسانی که به سختی می توانند درباره مشکلاتشان صحبت کنند، یا گوش شنونده ای در اختیار ندارند)، به فرد کمک می کند تا هیجان های منفی اش را بیرون بریزد یا به عبارتی از خود دور سازد.
۷. از کمال گرایی روی برگردانید. اگر از جمله افرادی هستید که کارهایشان را به تأخیر می اندازند چون نمی دانند چگونه باید آنها را به عالی ترین شکل ممکن انجام دهند؛ یا اگر از آنهایی هستید که کار انجام شده را چندین و چند بار مرور و ویرایش می کنند، تا اینکه سرانجام از مهلت مقرر می گذرند و کار تمام نمی شود، این توصیه شامل حالتان می شود. کمال گرایی، یکی از مهم ترین استرس زاهای زندگی است و موجب افت عملکرد می شود. چنین فردی از خودباوری اندکی برخوردار است و دغدغه رسیدن به هدف تنها بر

- استرس‌هایش می‌افزاید شاید بهترین راه مدیریت زمان باشد؛ یعنی قبل از شروع کار تعیین کنیم که چقدر وقت داریم و کیفیت محصول نهایی در چه حد قابل قبول است و سپس برنامه‌ریزی کنیم.
۸. بچه شوید. یک راه خیلی خوب مقابله با استرس، انجام کارهای بچگانه است، امتحان کنید. وقتی تحت فشار قرار می‌گیرید، یک مداد شمعی بردارید و نقاشی کنید. آدامس بادکنکی بجوید، کتاب قصه کودکانه بخوانید. به جوک‌های قدیمی بخندید، خود خندیدن اندورفین آزاد می‌کند (همان ماده شیمیایی که آدم‌ها را به طرف مصرف مواد می‌برد).
۹. از سرعت خود بکاهید. کسانی که کار را با آرامش بیشتر و به آهستگی انجام می‌دهند، کمتر تحت فشار استرس قرار می‌گیرند، چگونه؟ پله‌ها را ندوید، سر غذا اول مکث کنید و بعد بخورید، آهسته بخورید و از طعم غذا لذت ببرید. بعد از کار و ورزش دوش بگیرید.
۱۰. همواره برای تغییر آماده باشید. شک و عدم اطمینان را به حداقل برسانید. در شرایط بی‌تصمیمی، هر تصمیمی بهترین تصمیم است. اینکه فرد دقیقاً بداند چه چیزی و با چه وخامتی در انتظارش است، به مراتب بهتر از ناآگاهی و پیش‌بینی ناپذیری است.
- مطالعات نشان می‌دهند که استرس تکرار شونده کمتر فشار آفرین است، چون فرد می‌داند منتظر چه چیزی باشد. راه دیگر این است که وقتی تغییری اجتناب‌ناپذیر است، خودمان تغییرات را طلبانه انجام ندهیم. چون استرس‌ها اثر تجمعی دارند، در شرایطی که اختیار یا انتخاب به دست خود ماست، استرس‌ها را نه با هم بلکه به دنبال هم (شروع یکی بعد از خاتمه دیگری) مدیریت کنیم.
۱۱. برای خودتان سرگرمی درست کنید، یعنی کاری که مزدی برایش نمی‌گیرید، آن کار را انجام می‌دهید، چون از آن لذت می‌برید. از کجا بفهمیم سرگرمی واقعی چیست؟ سرگرمی واقعی این است که وقتی به آن مشغول‌اید، متوجه گذر زمان نمی‌شوید. وقتی آن را انجام می‌دهید، استرس را فراموش می‌کنید و به نهایت آرامش می‌رسید. اگر سرگرمی ندارید، چیزی را انتخاب کنید که ذهنتان را مشغول کند. در سطحی باشد که بر ناکامی‌های شما نیفزاید. سرگرمی‌ها کار دیگری هم می‌کنند و آن افزودن توازن و تنوع زندگی روزمره ماست. به زندگی حرفه‌ای‌تان نگاه کنید و سرگرمی خود را چیزی کاملاً متفاوت انتخاب کنید. برای مثال اگر کار شما به گونه‌ای است که بازده آشکار ملموس و عینی زود هنگام ندارد، سرگرمی‌ای انتخاب کنید که درست برعکس باشد؛ خیاطی، گل‌سازی، نجاری، فوتبال، خواندن رمان‌های کوتاه که پایان خوشی دارد.

۱۲. اگر کارتان ضرب الاجل زمانی دارد، سرگرمی ای انتخاب شود که سقف زمانی نداشته باشد، مثل پیاده روی.

۳- مرحله کاربرد و پیگیری مستمر^۱. هدف اساسی در این مرحله از ایمن سازی در برابر استرس، کمک به مددجویان به منظور تمرین مهارت های سازشی و مقابله ای خویش در جلسات آموزش و شرایط واقعی زندگی است. بنابراین شرکت کنندگان در کارگاه، تغییرات شناختی حاصل از دو مرحله قبلی را تمرین می کنند. به طور کلی با توجه به اهمیت مفهوم پیشگیری از بروز مشکلات و کنترل استرس، افزایش احساس خودکفایی و بالا بردن شایستگی افراد و انعطاف پذیری لازم در مواجهه با مشکلات آموزش ایمن سازی در برابر استرس را ضروری می سازد و مقاومت و عمل افراد را در برابر استرس های زندگی افزایش می دهد.

^۱. rehearsal and follow up or application.

جلسه پانزدهم: پیگیری مداخله‌های صورت گرفته و پرسش و پاسخ مددجویان و درمانگر و بحث گروهی

جلسه شانزدهم: جمع‌بندی بازخوردها و بیان احساسات و بحث اختتامیه

پیوست ۳: برنامه کارگاه‌های آموزشی مهارت‌های
زندگی و گروه‌درمانی شناختی- رفتاری بر اساس
آموزه‌های دینی

جلسه اول^۱: ایجاد ارتباط اولیه، بیان اهداف، روش کار و بررسی مشکلات موجود در بین اعضای گروه (مددجویان)، تعامل و تعیین هدف.

مراحل اولین جلسه کارگاه آموزشی گروهی به شرح زیر است:

۱. مرحله آشنایی که همان سلام و استقبال و کمک به احساس راحتی اعضای گروه است؛
۲. مرحله بیان مشکل که طی آن مشکل عنوان شده بررسی می‌شود؛
۳. مرحله تعامل که در آن اعضای گروه به گفت‌وگو با یکدیگر دعوت می‌شوند؛
۴. مرحله تعیین هدف یعنی وقتی از گروه خواسته می‌شود به‌طور تغییرات مورد انتظار خود را تصریح کنند، جلسه با تعیین قرار جلسه بعدی با تمام یا بعضی از اعضای گروه خاتمه می‌یابد.

مرحله آشنایی: تمام اعضای گروه باید در تمام مراحل جلسه و به‌ویژه در مرحله آشنایی شرکت کنند. وقتی افراد گروه وارد کارگاه آموزشی می‌شوند، باید هر جا و هر طور که مایل‌اند، بنشینند. نشستن در کارگاه نباید به گونه‌ای باشد که یکی بر دیگری برتری داشته باشد و حتی محل استقرار مجری نباید به گونه‌ای باشد که او را از دیگران جدا، متمایز و برتر جلوه دهد. نشست حلقوی مورد تأکید است، همان‌طور که پیامبر اسلام (ص) در آموزش‌های خود چنین عمل می‌کرد^۲. مجری کارگاه باید بعد از معرفی خود، با تک تک اعضای گروه صحبت کند و با آنها آشنا شود. آنچه مهم است، پی بردن به واکنش پاسخ هر یک از اعضا برای مشخص شدن وضعی است که همه آنها در آن دخیل و مهم‌اند. اگر یکی پیش از وقت شروع به صحبت درباره مشکل کرد، مجری باید او را متوقف کند تا اینکه مختصر آشنایی با تک تک اعضای گروه حاصل شود.

مرحله طرح مشکل: جلسه تا اینجا برخورد اجتماعی با گروه است که می‌تواند کاملاً خلاصه باشد و حتی چند دقیقه طول بکشد. مجری کارگاه از اعضای گروه می‌خواهد به صورت انفرادی نظر خود را به‌طور مستقیم درباره مشکل یا مشکلات خود بگویند. اگر مجری بتواند با تمام اعضای گروه برخورد یکسانی داشته باشد و طوری وانمود کند که انتخاب اولین شخص مورد خطاب تصادفی بوده است، ارائه راه‌حل برای مشکل آسان‌تر خواهد بود.

۱. تعداد اعضای گروه ۱۵ نفر و طول مدت هر جلسه ۱/۵ تا ۲ ساعت است.

۲. منیه المرید شهید ثانی، ص ۱۰، چاپ بمبئی.

در این مرحله مجری باید آشکارا بر مشکل یا مشکلات مطرح شده توسط اعضای گروه تمرکز یابد. مجری هنگام گوش دادن به مشکل نباید هیچ تعبیر و تفسیری بنماید که موجب شود گوینده «مشکل» را به گونه متفاوتی ببیند. همچنین مجری نباید در این مرحله اندرزی بدهد، حتی اگر از او درخواست شود، برای مثال ممکن است همه یا اکثریت اعضای گروه به مشکلات حقوقی خود یا مشکلاتی که با مراقبان زندان دارند، اشاره کنند و از رفتار و برخورد نامناسب مراقبان با خود گلایه و شکایت کنند. اما مجری فقط به دقت به مشکلات مطرح شده گوش کرده و سعی می کند مشکل یا مشکلات مشترک مددجویان را در ذهن خود نگاه دارد، بدون اینکه واکنشی نشان دهد. اگر فردی از گروه زیاد حرف می زند و صحبت های دیگران را قطع می کند، مجری باید با مداخله امکان ادامه صحبت را به شخص اول برگرداند و همه باید نوبت داشته باشند. همچنین مجری هنگام شنیدن مشکلات باید عمل افراد را نیز مشاهده کند.

مرحله تعامل: پرسش درباره مشکل دو مرحله دارد. **مرحله اول** کسب نظر همگان است و مرحله دوم آن است که اعضای گروه را به گفت و گوی متقابل درمورد مشکل یا مشکلات مشترک خود بکشانیم، برای مثال از آنها بخواهیم در مورد ریشه ها و علل برخورد نامناسب مراقبان زندان نسبت به آنها با یکدیگر گفت و گو کرده و سعی کنند راه حل های عملی و منطقی برای حل این مشکل پیدا کنند. در اینجا، سعی می شود افراد را به شنیدن سخنان یکدیگر و نیز توجه به راه حل های ارائه شده، ترغیب کرد، همان طور که خداوند در قرآن مجید می فرماید:

«فبشر عباد الذین یستمعون القول فیتبعون احسنه اولئک الذین هدیهم الله و اولئک هم الولوالیالباب»^۱،
«بشارت ده بندگان مرا که سخنان را می شنوند و بهترین آنها را پیروی می کنند، اینان همان کسانی هستند که خدا هدایتشان کرده است و آنان در حقیقت خردمندانند».

در این مرحله مجری نباید مرکز گفت و گو باشد. مجری به عوض اینکه شخصی باشد که تک تک اعضای گروه با او صحبت کنند، باید آنها را به طرف صحبت هرچه بیشتر با هم سوق دهد. وقتی نظر افراد گروه درمورد مشکل ابراز شد، اختلافات هم بروز می کند، برای مثال ممکن است یکی از اعضای گروه اعتقاد داشته باشد که باید پرخاشگری کلامی یا فیزیکی مراقب را با پرخاشگری پاسخ داد، درحالی که فرد دیگری بر اساس تجارب قبلی خود اعتقاد دارد که اگر یکی از مراقبان به یک طرف صورت او سیلی بزند، او طرف دیگر صورت خود را جلو می آورد تا مراقب یک سیلی دیگر به او بزند. از این رو، مجری باید همچنان مسئول و مراقب آنچه واقع می شود، باشد. او باید مراقب باشد که قبل از تمام کردن مرحله اول مانع از شروع گفت و گوی متقابل اعضای گروه با یکدیگر شود، زیرا

این کار ممکن است موجب گره خوردن مشکل و اختلاف نظر دو فرد خاص از اعضای گروه شود. از طرفی مجری باید در مرحله تعامل و زمانی که دو نفر با هم در حال صحبت کردن هستند، برای وارد کردن شخص سوم در گفت‌وگو آماده باشد. بهتر این است که همه با همدیگر صحبت کنند.

مرحله تعیین هدف و تغییرات مطلوب: بسیاری از مشکلات اعضای گروه پس از روبه‌رو شدن آنها با یکدیگر به وضوح روشن می‌شود. با این حال، در این مرحله باید افراد گروه با بیانی روشن و مستدل تغییرات مورد انتظار خود را از برنامه درمان اظهار کنند. این کار به تک تک افراد کمک می‌کند که روی موارد مهم تمرکز کنند تا در مجموع خطوط اصلی اهداف کارگاه آموزشی مشخص شود. در این مرحله باید تمرکز روی مشکلات عمومی در گروه باشد، برای مثال ممکن است اکثریت اعضای گروه خواهان رسیدگی به مشکلات قضایی و حقوقی خود و تغییر در نحوه برخورد مراقبان و مسئولان زندان با خود باشند. گاه یکی از اعضای گروه مشکلی را بیان می‌کند که واقعاً مشکل نیست، اما او به دلیل نداشتن تجربه کافی فکر می‌کند که مشکل است. از این رو مجری ناچار است به عوض کار درمانگری به معنای متداول آن فقط نقش یک ناصح عاقل را بازی کند. پس از تعیین اهداف می‌توان اولین جلسه را با قرار جلسه بعد خاتمه داد.

جلسه دوم: بررسی عوامل مؤثر بر زندگی سالم (عوامل جسمانی، روانی - اجتماعی و

معنوی)، عزت نفس و احترام به خود، بحث گروهی.

براساس آموزه های دینی

زندگی سالم، ابعاد مختلفی دارد. در این جلسه، زندگی سالم در ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، معنوی و شناسایی موقعیت های پرخطر مطرح می شود.

عوامل جسمانی

آنچه در ایجاد زندگی سالم نقش دارد، ارتقای سلامت^۱ است. سلام، عبارت است از حالت کامل بهزیستی جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی. نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی. منظور از ارتقای سلامت، فرایندی است که افراد را قادر می سازد توانایی و فعالیت خود را برای بهبود وضعیت سلامت خود افزایش دهند. ارتقای سلامت نیاز به انجام رفتارهای سالم دارد. منظور از رفتار سالم، رفتارهایی است که سلامت فرد را نگه داشته یا ارتقا دهند (تیلور، ۱۹۹۵). این رفتارها متعدد و متنوع اند، از جمله تغذیه صحیح، خواب شبانه کافی («وجعل الیل سکناً»^۲ خدا شب را مایه آرامش قرار داده است و خواب شب است که موجب سکون و آرامش و تجدید قوای انسانی می شود. از این رو خدا فرموده است «الله الذی جعل لکم الیل لتسکنوا فیه ...»^۳ خدا آن کسی است که شب را برای اینکه شما در آن (با خوابیدن) آرام گیرید، بین ۷ تا ۸ ساعت، ورزش مرتب، عدم مصرف سیگار و الکل، تنظیم وزن به گونه ای که بیش از ۱۰ درصد اضافه وزن وجود نداشته باشد (همان). عواملی که با سبک زندگی ناسالم رابطه دارند عبارتند از مصرف مواد و الکل، سیگار، پرخوری، روابط جنسی پرخطر و پرداختن به کارهای خطرناک (کسیدی^۴، ۱۹۹۹).

فعالیت گروهی در زمینه عوامل جسمانی زندگی سالم: در این زمینه، مجری باید توجه اعضای

گروه را به اهمیت نقش عوامل جسمانی (خواب، تغذیه، ورزش، وزن متناسب و عدم مصرف سیگار و الکل) جلب کند. در این مورد مجری از آنها می خواهد که میزان رعایت عوامل بهداشتی را مورد بحث قرار دهند و اعضا را به مشارکت فعال در بحث دعوت می کند.

^۱ . health promotion

^۲ - انعام ، ۹۶

^۳ - روم ، ۲۱

^۴ . Cassidy

مجری به هنگام بحث گروهی باید به عواملی که مانع رفتارهای سلامت در افراد می‌شوند، دقت کند، یکی از این موانع، خوش‌بینی غیرواقع‌بینانه^۱ است. خوش‌بینی غیرواقع‌بینانه مبنی بر این باور است که فرد هیچ وقت دچار مشکلات جسمانی مهم نمی‌شود. مجری می‌تواند زمینه بحث گروهی را به اعتیاد و ایدز و سایر رفتارهای پرخطر بکشانند.

توصیه می‌شود که در پایان جلسه، مجری کارگاه، گروه را به ایجاد برنامه‌ریزی جسمانی فردی راهنمایی کند.

عوامل روانی - اجتماعی، معنوی

در کنار عوامل جسمانی مربوط به زندگی سالم، عوامل روانی و اجتماعی قرار دارند. امنیت و رضایت خاطر، یکی از عوامل روانی بسیار مهم در زندگی سالم است که از راه روابط اجتماعی ایجاد می‌شود. ارتباطات و پیوندهای اجتماعی، احساس تعلق و پیوستگی به خدا و انسان‌های دیگر، احساس امنیت عمیقی در افراد ایجاد می‌کند. بنابراین، یکی از شرایط زندگی سالم، برقراری رابطه با خدا و روابط انسانی است.

تنظیم اهداف زندگی

یکی دیگر از فعالیت‌هایی که به انسان احساس امنیت و رضایت خاطر می‌دهد، تعیین و تنظیم اهداف زندگی است که نیاز به توجه خاص دارد. چنانچه فرد اهداف زندگی خود را نشناسد، دچار بی‌هدفی، کسالت و ناامیدی و درماندگی می‌شود. چنانچه اهداف غیرواقع‌بینانه‌ای برای زندگی خود تعیین کند، نمی‌تواند به آن اهداف دست یابد و دچار خشم، پرخاشگری، یأس و ناامیدی می‌شود و در عوض، چنانچه اهداف واقع‌بینانه‌ای داشته باشد، با رسیدن به آنها، احساس آرامش خواهد کرد؛ چنانچه امام علی (ع) در حدیثی می‌فرماید: «بیلوغ الآمال یهون رکوب الأهوال»^۲، «با رسیدن به آمال و چیزهای مورد علاقه، می‌توان بر اضطراب‌ها (و ناراحتی‌های روانی) غلبه پیدا کرد».

فعالیت گروهی در زمینه عوامل روانی زندگی سالم: به منظور تعیین اهداف مناسب، قابل دستیابی و واقع‌بینانه، مجری کارگاه می‌تواند از گروه بخواهد که در گروه‌های چند نفری اهداف زندگی خود را بنویسند، در مورد هر یک از آنها با یکدیگر بحث کنند. سپس مجری آنها را به این مطلب راهنمایی کند که اهدافی مثل موفقیت تحصیلی، رضایت خانواده و فرد سالمی برای اجتماع

^۱ unrealistic optimism

^۲ - غرر الحکم، ترجمه خوانساری، ج ۳، ص ۲۴۰.

بودن، اهداف کلی اند و اهداف بلندمدت نامیده می شوند. نکته مهم دیگر در این مرحله آن است که اهداف غیرواقع بینانه مراجعان مشخص شده و دلایل غیرواقع بینانه آنها روشن شود، برای مثال ممکن است مددجویی اظهار کند که فقط یک هدف دارد و آن این است که بتواند پس از آزاد شدن جای امنی را برای مصرف مواد مخدر (هروئین) پیدا کند و تمام عمر نشئه باشد. در این گونه موارد مجری اعضای گروه را دعوت می کند تا با یکدیگر به بحث درباره علل غیرواقع بینانه بودن این هدف بپردازند، طوری که فرد مطرح کننده هدف دریابد که به دلیل منطقی او نمی تواند به این هدف دست یابد.

برای حصول به اهداف بلندمدت، هر فرد باید اهداف کوتاه مدتی را در داخل آنها تعیین کند. بنابراین مجری، دوباره به اعضای گروه فرصت می دهد تا اهداف کوتاه مدت خود را معین کنند.

هدف بلندمدت: ورود به دانشگاه / به دست آوردن شغل مناسب.

هدف کوتاه مدت: موفقیت در امتحانات پایان سال یا پایان ترم / آموزش حرفه در زندان و ارائه رفتار مناسب.

اهداف کوتاه مدت تر:

- برنامه ریزی تحصیلی / برنامه ریزی حرفه ای.

- مشاوره در خصوص برنامه ریزی تحصیلی / مشاوره درباره برنامه ریزی حرفه ای.

- جدیت و کوشش در مطالعه دروس / تلاش برای مطالعه و کار عملی در حرفه مورد نظر

- کمک گرفتن از دیگران.

هدف کوتاه مدت روزانه: مطالعه دروس براساس برنامه تعیین شده و انجام کار عملی در حرفه مورد نظر.

با در پیش گرفتن اهداف کوتاه مدت، روند زندگی منظم و قابل پیش بینی می شود.

عزت نفس و احترام به خود

یکی از عوامل بسیار مهم در رفتار سالم، عزت نفس است که عبارت است از احساس ارزشمند بودن که از مجموع افکار، احساس ها، عواطف و تجربیات فرد در طول زندگی ناشی می شود. کسی که از عزت نفس دارد، خود را با ارزش، قوی، دوست داشتنی می داند و به ذلت و پستی تن نمی دهد و نه در ارتباط با دیگران و نه در ارتباط با هوای نفس، حقارت و پستی را نمی پذیرد. از این روست که امام علی (ع) نشانه عزت نفس را غلبه بر هوای نفسانی می داند و می فرماید: «من یغلب هواه یعز»^۱

"کسی عزت دارد که هواهای نفسانی را در خود تحت کنترل دارد". امام صادق (ع) نیز می‌فرماید «و ما من احد یتیه الا من ذله یجدها فی نفسه»^۱، «هیچ کس به کاری ناپسند روی نمی‌آورد، مگر آنکه ذلت و حقارتی در خود احساس می‌کند». انسان زمانی از عزت نفس زیاد بهره‌مند می‌شود که بتواند احساسات مثبتی را به کمک عوامل زیر تجربه کند.

همبستگی: این احساس زمانی تجربه می‌شود که افراد از پیوندهای مهم زندگی خود راضی باشند. **بی‌همتایی:** این احساس هنگامی به وجود می‌آید که فرد بتواند صفات یا ویژگی‌هایی را که موجب تفاوت و تمایز او از دیگران بشود، بشناسد و به آنها احترام بگذارد.

قدرت: احساس قدرت وقتی به وجود می‌آید که فرد بداند منابع، فرصت و قابلیت آن را دارد که بر شرایط زندگی خویش اثر بگذارد.

الگوها: فرد به کمک الگوهای انسانی، فلسفی و عملیاتی، مدل‌هایی برای خویش فراهم می‌کند تا او را در استقرار ارزش‌های معنادار، هدف‌ها، آرمان‌ها و معیارهای شخصی کمک کند.

عوامل مؤثر در عزت نفس قوی عبارتند از:

۱. خودآگاهی و شناسایی خود؛
۲. ارزش گذاردن به هر آنچه هست،
۳. باور به بی‌همتایی و بی‌نظیر بودن خود.

وظیفه مجری کارگاه در ارتقای عزت نفس آن است که برای اعضای گروه روشن سازد که قضاوت در مورد ارزشمندی خود را از تفاوت‌هایی که با دیگران دارند، جدا کنند. در زمینه ارتقای عزت نفس مشاور می‌تواند فعالیت‌های زیر را در دو بخش «ما موجودات ویژه‌ای هستیم» و «چقدر خود را می‌شناسیم» انجام دهد.

ابتدا مجری کارگاه درباره تفاوت‌های فردی بحث می‌کند و برای گروه روشن می‌سازد که همه انسان‌ها با یکدیگر متفاوت‌اند. هیچ‌کس وجود ندارد که شبیه دیگری باشد. هر فرد تک و بی‌نظیر است، انسان‌ها موجوداتی ویژه‌ای هستند. تا به حال کسی در دنیا به وجود نیامده که شبیه دیگری باشد. در آینده هم کسی مثل و مانند دیگری متولد نخواهد شد. پس هر فرد تک، منحصر به فرد و بی‌نظیر است. مجری کارگاه روشن می‌سازد که متفاوت، بودن بد یا خوب نیست.

مجری کارگاه بدین ترتیب بحث ارزشمندی را از بحث تفاوت جدا می‌سازد.

^۲- اصول کافی، ج ۲، ص ۳۱۲، باب اکبر، ج ۱۷ و بحار الانوار، ج ۷۰، ص ۲۲۵، حدیث ۱۷

فعالیت گروهی در زمینه تشخیص شباهت ها و تفاوت ها: مجری کارگاه از افراد گروه می خواهد که خوب به یکدیگر نگاه کنند. سپس آنها را به گروه های دوتایی تقسیم می کند و پس از آن می خواهد که هر یک از زوجها خوب به هم نگاه کرده و شباهت های همدیگر را یادداشت کنند (۵ یا ۶ شباهت). بعد از تکمیل این قسمت، مجری، از آنها می خواهد حالا یک بار دیگر به هم نگاه کنند و این بار تفاوت های همدیگر را بنویسند. سپس هر یک از افراد شباهت ها و تفاوت های خود با یار خود را با صدای بلند می خوانند. پس از آن مجری نتیجه گیری می کند که همه ما با هم شباهت و تفاوت هایی داریم، ولی آیا این شباهت ها و تفاوت ها با خوب یا بد بودن ما ارتباط دارد؟
مجری کارگاه شباهت ها و تفاوت های افراد گروه را با یکدیگر مقایسه می کند و می گوید «همان طور که در اثر انگشت تک و منحصر به فرد هستیم، در علائقمان نیز بی نظیریم».
مجری جمع بندی می کند که «ما نه تنها ظاهرمان بلکه عقایدمان، علائقمان، سلیقه هایمان نیز متفاوت است. آیا عیبی دارد؟ آیا بد است؟ فقط متفاوت است».

احترام

یکی از نیازهای مهم دیگر انسان، نیاز به احترام است. دو کانون و منبع احترام وجود دارد: ۱- احترام دیگران به فرد و ۲- احترام فرد به خودش که عزت نفس نام دارد.
نیاز به احترام از سوی دیگران، نه تنها ایراد ندارد، بلکه یکی از نیازهای روانی طبیعی انسان است و به دنبال پیروی از قواعد و هنجارهای اجتماعی، پیشرفت، موفقیت، فعالیت های سالم و برخورداری از سبک زندگی سالم به دست می آید و از جمله راه هایی که موجب احترام دیگران به فرد می شود. این است که فرد به دیگران احترام بگذارد و این وظیفه ای ایمانی است که رحمت و توفیقات الهی را برای فرد پدید می آورد. پیامبر اکرم (ص) فرمود: «من اکرم آخاه المؤمن بکلمه یُلطِّفه بها اوقضی له حاجه او فرج عنه کربه، تنزل الرحمه ظلاً علیه»^۱، کسی که با سخنی محبت آمیز به برادر مؤمنش احترام کند یا حاجتی را از او برآورده سازد یا گرفتاری مؤمنی را برطرف کند (که همه اینها مصداق احترام است) پیوسته از سایه رحمت الهی بهره مند خواهد شد.

فعالیت گروهی در زمینه شیوه کسب احترام از سوی دیگران: در اینجا مجری کارگاه می تواند با یک سؤال، ذهن مراجعان را به سوی نحوه کسب احترام از سوی دیگران جلب کند، سپس با سؤال های هدایت کننده ذهن آنها را به طرف فعالیت هایی که احترام دیگران را به فرد افزایش می دهد،

نزدیک کند، برای مثال مجری می‌تواند از مددجویان بپرسد که آنها چگونه می‌توانند با رفتار خود احترام سایرین را به سوی خود جلب کنند. ممکن است مددجویی اشاره کند که می‌تواند با بی‌توجهی به قوانین و مقررات و نمایش قدرت بدنی و قلدری، احترام و توجه سایر زندانیان را به خود جلب کند. از این‌رو در پایان، مجری اعضای گروه را به این مطلب راهنمایی می‌کند که گاهی افراد با بعضی از رفتارهای ناسالم سعی در به‌دست آوردن احترام دیگران دارند. سپس از آنها می‌خواهد نحوه کسب چنین احترامی را بیان کنند. در اینجا مجری باید اعضای گروه را به موضوعات زیر راهنمایی کند و در مورد هر یک از عوامل زیر بحث گروهی کرده و دلایل ناسالم بودن هر یک از آنها را بررسی کنند:

جلب احترام دیگران با فعالیت‌های ناسالمی مانند:

- سیگار کشیدن،

- رفتارهای خطرناک: مانند رانندگی‌های تند و بی‌ملاحظه، کتک‌کاری و درگیر شدن با دیگران،

- مصرف مواد،

- مصرف الکل،

- رفتارهای بی‌بند و بارانه،

- بی‌توجهی به قوانین و مقررات.

جلسه سوم: آموزش مهارت تحلیل رفتار (A-B-C)، بحث گروهی و ارائه فعالیت های تکمیلی، براساس آموزه های دینی

هدف از این مداخله، آموزش به مددجویان است تا بتوانند الگوهای رفتاری ناکارآمد خود را تحلیل کنند. همچنین بتوانند الگوهای رفتاری سازش یافته تر دیگری را که با سایرین بروز می دهند یا مجری کارگاه آنها را پیشنهاد می کند، تحلیل کنند. در زمینه ارتباط شناسایی و عبرت گرفتن از الگوهای رفتاری دیگران و پیدا کردن روش های بهتر در رفتار، امام علی (ع) در روایتی می فرماید: «.. من عَرَفَ العِبْرَةَ، عَرَفَ السَّنَةَ...»^۱؛ «کسی که با عبرت ها و حوادث مایه عبرت، آشنا شود، روش ها و عملکردها را یافته است...». به مددجویان آموزش داده می شود تا بتوانند از روش ساده A-B-C برای تحلیل رفتار استفاده کنند. از آنها خواسته می شود تا الگوهای پاسخ دهی یا رفتارهای سازش نیافته خود را به تفصیل شرح دهند. سپس از آنها خواسته می شود تا از فرم زیر برای توصیف رفتار شخصی خود و مشخص کردن وقایعی که قبل و بعد از پاسخ های آنها ایجاد می کند و پیامدهای پاسخ هایشان را نیز توصیف و یادداشت کنند. در مورد تأثیر اندیشیدن در پیامد رفتارها، امام علی (ع) می فرماید: «الفکر فی العواقب، ینجی من المعاطب»؛ «اندیشه در عواقب امور، انسان را از مهلکه ها می رهاند»^۲.

^۳ A	^۴ B	^۵ C
وقایع فعال کننده	رفتار	پیامدها

پیشایندها و پیامدهای گزارش شده، می توانند توصیفی از پاسخ های افراد مهم، وقایع محیطی یا رفتارهای عاطفی یا شناختی شخصی مددجویان (مانند عصبانیت، نگرانی، افسردگی، یا احساسات خوشایند) باشند برای مثال ممکن است مددجویی اظهار کند که بی دلیل دچار خشم می شود و اقدام به خودزنی می کند. در چنین مواردی وظیفه مجری این است که به مددجو کمک کند تا از وقایع، افکار یا احساساتی که راه انداز خشم در او بوده اند، آگاه شود. ممکن است مددجو کشف کند که بی توجهی و قهر یکی از دوستان و حامیان صمیمی اش که بسیار به او دلبستگی داشته، علت خشم

^۱ بحار الانوار، ج ۶۸، ص ۳۵۱، ح ۱۹
^۲ میزان الحکمه، ج ۱۰، ص ۴۷۰۴، ح ۱۶۱۸۰.

^۳. antecedents
^۴. behavior
^۵. consequences

ناگهانی او و خودزنی‌اش بوده است. در این مرحله مجری با بحث گروهی به بررسی پیامدهای رفتار خودزنی می‌پردازد. از این رو، مددجو به اثرهای منفی کار خود پی می‌برد.

آموزش آگاهی از همایندی‌ها^۱

این روش برای کمک به مددجویان، برای آگاه شدن از نتایج احتمالاً منفی تصمیم‌گیری‌های نابخجایی به کار می‌رود که یاد گرفته‌اند یا ممکن است در نظر داشته باشند یاد بگیرند (مانند تصمیم به ایجاد درگیری فیزیکی یا خودزنی). روش مذکور به مددجویان کمک می‌کند تا پیامدهای بالقوه و بالفعل الگوهای رفتاری خودویرانگر خویش را (مانند سوء مصرف الکل یا مواد مخدر، بی بند و باری جنسی، یا دیگر اختلال‌های سلوکی) پیش‌بینی کنند. به علاوه، آگاهی از همایندی‌ها، ممکن است به مددجو کمک کند تا از پیامدهای مطلوب و احتمالی تصمیم‌گیری‌های جایگزین و الگوهای رفتار جایگزین هم آگاهی یابد. به طور کلی، از مددجو خواسته می‌شود تا با استفاده از شکل و الگوی زیر، پیامدهای احتمالی کوتاه‌مدت و بلندمدت تصمیم‌گیری‌های رفتاری گوناگون یا سبک‌های زندگی را فهرست کند.

رفتار پیامدهای کوتاه‌مدت پیامدهای بلندمدت

از آنجا که ممکن است افراد اغلب پیامدهای منفی احتمالی الگوهای رفتاری خودتخریب‌گرانه^۲ یا خودشکن را، هم در کوتاه‌مدت و هم در بلندمدت، فراموش کنند، از مددجویان خواسته می‌شود تا هم پیامدهای آنی و هم درازمدت رفتار خود را تصور کنند. در صورت داشتن فرصت مهارت‌های گفت‌وگو هم در اینجا از سوی مجری مطرح شود.

^۱ . contingency – awareness

2. . Self - defeating

جلسه چهارم **: آموزش حل مسئله، بحث گروهی، ارائه فعالیت های تکمیلی براساس آموزه های

دینی

روش حل مسئله^۱: یکی از فنونی که در رویکردهای شناختی-رفتاری استفاده می شود، روش حل مسئله است. هدف کلی آموزش حل مسئله، آموزش و کمک به افراد در جهت کسب بینش نسبت به توانایی های خود است. با استفاده از این روش فرد می تواند از توانایی های خود برای مقابله مؤثر با مشکلات و مسائل زندگی روزمره خود بهره گیرد. روش حل مسئله شامل پنج مرحله به شرح زیر است:

۱. در مرحله اول، به افراد کمک می شود که مشکلات را بخشی از زندگی روزانه تلقی کرده و در مقابل مشکلات، تکانها و هیجانها، خود را کنترل کنند؛
۲. در مرحله دوم، فرد باید مشکل را درک و آن را تعریف عملیاتی کند؛
۳. در مرحله سوم، از فرد خواسته می شود تا کلیه راه حل های بدیعی را که به حل مشکل کمک می کنند، مطرح سازد. در این مرحله قضاوتی در مورد راه حل های ارائه شده صورت نمی گیرد؛
۴. در مرحله چهارم، فرد هر راه حل را به طور جداگانه ارزیابی می کند، سپس عملی ترین و مناسب ترین راه حل را برمیگزیند. در زمینه انتخاب بهترین راه حل امام علی (ع) می فرماید: «وسلك أقصَد المسالكِ الى النَّهْجِ المطلوبِ و لم تَفْتِلْهُ فاتلاتُ الغرورِ و لم تَعَمَ عليه مشبهاتُ الامور...»؛ «بنده متقی کسی است که بهترین روش ها را سلوک خود قرار دهد تا به راه مطلوب برسد و فریب راه و روش های نادرست را نخورده و امور مشتبه، او را کور نسازد»؛
۵. در مرحله پنجم، فرد به گونه ای مؤثر راه حل انتخاب شده را به کار می گیرد (دی زاریلا و گلدفرید^۲، ۱۹۷۱؛ به نقل از کندال^۴، ۲۰۰۰).

در این روش، مجری کارگاه طی جلسه ای با حضور کلیه مددجویان، ابتدا از آنها می خواهد تا یکی از مشکلات روزمره خود را مطرح کنند. سپس مجری به طور عملی چگونگی به کارگیری روش حل مسئله را به مددجویان آموزش می دهد. در اینجا مناسب است که اعضای گروه با تفکر واگرا و تفکر همگرا به زبان ساده آشنا شوند.

** از جلسه چهارم تا جلسه سیزدهم در ابتدای جلسات فعالیت های تکمیلی خواسته شده، توسط درمانگر مورد پرسش و بررسی قرار می گیرد.

^۱. problem - solving

^۲- نهج البلاغه فیض الاسلام، خطبة ۸۲.

^۳. D'Zurilla & Goldfried

^۴. Kendall

آموزش حل مسئله^۱

گونه ساده‌ای از حل مسئله گروهی نیز، توسط رابین و فاستر^۲ (۱۹۸۴) ارائه شد. این برنامه از چهار مرحله تشکیل شده و به مداخله‌های حل مسئله در درمان فردی شبیه است:

۱- تعریف مسئله ۲- ارائه راه‌حل‌های جایگزین

۳- تصمیم‌گیری ۴- به کارگیری و اجرای راه‌حل

در مرحله تعریف مسئله، چند مؤلفه وجود دارد. ابتدا از هر یک از اعضای گروه خواسته می‌شود تا نگرش و دیدگاه خود یا تعریفش را از آن مسئله بیان کند. سپس از سایر اعضای گروه خواسته می‌شود تا هر یک، فهم و درک خود را از مطالب بگویند و به یکدیگر منعکس سازند. تعریف مشکل به صورت بسنده و رضایت‌بخش، توصیفی است که نشان می‌دهد چه چیزی و به چه علت، گوینده را ناراحت کرده است، و در عین حال، رفتارها، احساسات و موقعیت‌ها را به شکلی فارغ از اتهام زدن به این یا آن مشخص می‌کند. برای مثال ممکن است مددجویی برای طرح مشکل خود بلند شود، بایستد و از افراد گروه بپرسد به نظر شما لباس و قیافه من مناسب است؟ در این گونه موارد مجری سعی می‌کند با پرسیدن سؤال‌های مکمل به مددجو کمک کند تا مشکل خود را به صورت واضح و قابل درکی بیان کند، به طوری که مددجو بتواند تعریف دقیقی از مشکل خود ارائه دهد. برای مثال مشکل خود را به صورت زیر مطرح کند: مشکل من این است که بعضی از مددجویان به من می‌گویند شیوه لباس پوشیدن و قیافه تو نامناسب است و از من انتظار برقراری رابطه جنسی با خود را دارند. بدین ترتیب مجری به اعضای گروه آموزش می‌دهد که چگونه مشکل را به صورت درست تعریف کنند. در واقع او این کار را از راه الگودهی، ارائه تعریفی گویا و درست از مشکل، و با تصحیح تعریف مشکل به صورتی نادرست و بازتاب‌های آن، صورت می‌دهد. بدین صورت که با مقایسه شرایطی که فرد مشکل را به صورت مبهم مطرح کرده و شرایطی که مشکل به صورت دقیق تعریف شده است، مددجویان را از آثار و نتایج هر دو شرایط آگاه می‌کنند و به آنها نشان می‌دهد که تعریف دقیق مشکل نیمی از حل مشکل است.

در مرحله بعد، اعضای گروه تشویق می‌شوند تا برای حل مسئله، راه‌حل‌های جایگزین ارائه دهند، اما به طور موقت، به ارزیابی این راه‌حل‌ها اقدام نکنند. مجری راه‌حل‌های دیگری را نیز

^۱ problem – solving training

^۲ Robin & Foster

ممکن است پیشنهاد کند. از یکی از اعضای گروه خواسته می شود تا این راه حل ها را یادداشت کند. ترجیح آن است که این فرد، همان فرد مشکل دار مورد نظر باشد، زیرا به این ترتیب علاقه خود را به ادامه فعالیت، همچنان حفظ خواهد کرد.

در مرحله ارزیابی، از هر یک از اعضای گروه خواسته می شود تا در مورد پیامدهای مثبت و منفی ممکن برای هر کدام از راه حل های جایگزین، به فرضیه سازی بپردازند. در ارزیابی، راه حل ها و عملکردها باید به پیامدهای آنها توجه شود و متناسب با مطلوبیت پیامدها، عملکردها و راه حل ها برگزیده شود. در این زمینه امام علی (ع) می فرماید: «چقدر فاصله بین دو نوع عملکرد زیاد و دور است، عملکردی که لذتش زود تمام می شود و پیامد ناخوشایند و کیفر آن باقی می ماند، و عملکردی که رنج و سختی آن می گذرد و پیامدهای خوشایند و لذت بخش آن باقی می ماند.^۱ سپس از آنها خواسته می شود تا با دادن یک امتیاز مثبت یا منفی به راه حل های مذکور، به ارزیابی هر یک از آنها بپردازند. اگر در مورد راه حلی، توافق همگانی حاصل شد، آن راه حل به کار برده می شود. اگر توافق عمومی حاصل نشد، به اعضای گروه برای مذاکره مصالحه آمیز درباره مشکل، آموزش داده می شود. اگر راه حلی وجود داشت که حداقل یکی از اعضای گروه، به آن یک امتیاز مثبت داده بود، مجری با همان شروع می کند. او فهرستی از راه حل های ممکن را ارائه می کند تا اعضای گروه به منظور دستیابی به راه حل همگانی، آنها را ارزیابی کنند. در مرحله نهایی، اعضای گروه جزییات را مشخص می سازند و مشکلات موجود بر سر راه عملی کردن راه حل را معلوم می کنند. در این مرحله، سامانه ای^۲ به وجود می آید که همه اعضای گروه، آن را برای کاربرد و اجرای موفقیت آمیز ارزیابی می کنند و آن را، مناسب ترین گزینه می دانند. آنگاه اعضای گروه سعی می کنند آن راه حل را در موقعیت های واقعی به کار گیرند و نتایج آن را در جلسه بعد به مجری گزارش دهند. در صورتی که آن راه حل، موفقیت آمیز نباشد، روش دیگری مورد مذاکره قرار می گیرد.

^۱ - نهج البلاغه، حکمت ۱۲۱.

^۲ .System

جلسه پنجم: آموزش مهارت مقابله با استرس^۱، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی، براساس آموزه‌های دینی

مهارت مقابله با استرس: این مهارت شامل شناخت استرس‌های مختلف زندگی و تأثیر آنها بر فرد است. با شناسایی منابع استرس و نحوه تأثیر آن بر انسان، فرد را قادر می‌سازد تا با اعمال و موضع‌گیری خود فشار و استرس را کاهش دهد. دو نوع مقابله با استرس شناخته شده است:

۱. مقابله متمرکز بر حل مسئله و

۲. مقابله متمرکز بر هیجان.

رویارویی و مقابله با استرس: یکی از عوامل مؤثر بر سلامت روانی در زندگی، برخورد با مشکلات و استرس است. سختی‌ها و مشکلات زندگی اگرچه انسان را در تنگنا قرار می‌دهند، ولی آثار مثبتی نیز دارند که نباید از نظر دور داشت؛ در این باره امام علی (ع) می‌فرماید: «بالتعب الشدید، تدرك الدرجات الرفیعه و الراحة الدائمه»^۲، «فعالیتی که با سختی زیاد همراه باشد، موجب نیل به درجات و مراتب رفیع و بلند و آسایش و رضایت مستمر می‌شود». شخصیت‌های سرسخت (سخت‌رو) که دارای سه خصوصیت عمده‌اند. حتی در مقابل استرس شدید مقاومت بیشتری دارند:

(الف) احساس تسلط و کنترل بر زندگی: (شرکت‌کنندگان مثال‌هایی را مطرح می‌کنند که در آنها احساس کنترل زندگی وجود دارد)؛

(ب) داشتن روحیه چالش و مبارزه‌جویی: (شرکت‌کنندگان مثالی را مطرح می‌کنند که در آنها روحیه چالش وجود ندارد، مثل احساس درماندگی و ناامیدی)؛

(ج) داشتن تعهد و مسئولیت: (شرکت‌کنندگان مثال‌هایی را مطرح می‌کنند که بیانگر احساس تعهد و مسئولیت است).

فعالیت: به منظور بحث درباره اینکه «چگونه تعهد و مسئولیت می‌تواند از بروز رفتارهای پرخطر جلوگیری کند؟» روان‌شناس پاسخ را به مسائل زیر هدایت می‌کند: تعهد به اصول مذهبی، اخلاقی و اجتماعی. برای مثال مجری از مددجویی که به شدت افسرده، ناامید و غمگین است، می‌خواهد تا مشکل خود را برای گروه مطرح کند. ممکن است مددجو اظهار کند که در زندان هیچ چیزی را

^۱ coping with stress

^۲ غرر الحکم، ترجمه خوانساری، ج ۳، ص ۲۳۸.

نمی توان کنترل کرد، به خصوص بی حرمتی هایی که مراقبان نسبت به زندانیان انجام می دهند و با گریه بگویند که هیچ امیدی برای رهایی از زندان وجود ندارد و قصد خودکشی دارد. مجری در چنین موردی با تقاضا از سایر مددجویان برای ارائه اظهار نظر جلسه را هدایت می کند و از سایر اعضا گروه می پرسد که چه چیزی موجب امیدواری و عدم تمایل آنان به خودکشی می شود، در این صورت ممکن است مددجویان به تعهدات شخصی خود نسبت به فرزندان و خانواده خود، تعهدات دینی و نکوهیده خودکشی در دین اسلام اشاره کنند.

فعالیت: مجری کارگاه موقعیتی را که مشکل خاصی دارد، مطرح می کند و از آنها می خواهد ابتدا در گروه چند نفری بحث گروهی کنند و پس از آن انواع راه حل مناسب را ارائه دهند، سپس مفاهیم مقابله متمرکز بر مسئله و متمرکز بر هیجان توضیح داده می شود، راه حل را به دو نوع مقابله تقسیم کرده و آنها را با هم مقایسه می کند.

تنش زدایی: اولین نکته ای که در این مرحله باید بدان اشاره شود، تقویت ایمان و باور داشتن به یاری خداست که آرامش بخش جسم و روح است. چنانچه امام علی (ع) می فرماید: «أصلُ قوَّةِ القلبِ التَّوَكُّلُ على الله»؛ «ریشه قوت قلب، توکل به خداست». تنش زدایی، مهارتی است که می توان آن را به سهولت آموخت. این مهارت ممکن است موجب کاهش میزان تنیدگی و اضطراب در افراد شود و آنها را در جهت کاهش فشارهای درونی یاری دهد. در این روش از مددجو درخواست می شود روی صندلی راحتی بنشینند، یا اینکه به راحتی روی زمین به پشت دراز بکشد و زیر زانوهای خود بالش های کوچکی قرار دهد. لباس های تنگ و کمربند خود را شل کند، چند لحظه به آرامی و منظم نفس بکشد و در عین حال هرگاه که نفس خود را بیرون می دهد، کلمه «آرام» را بر زبان آورد. سپس باید فکر خود را بر قسمت های مختلف بدن خود متمرکز کند و در حین نفس کشیدن عضلات آن قسمت را سست کند. برای این کار باید از انگشت پا شروع کند و به تدریج به طرف بالا برود و به نوبت بر روی قسمت های بعدی بدن تمرکز کند تا به عضلات صورت برسد. فرد باید پس از تمرکز روی هر قسمت با کشیدن نفس عمیق آن را منقبض و سپس آرام رها سازد (بنسون^۲، ۱۹۸۵).

به مددجویانی که با شرکت در فعالیت های بهنجار دچار تنش و بی قراری می شوند، از راه آموزش تنش زدایی کمک کرد. مجری در حین خواندن دستورالعمل، باید به آرامی و با صدایی یکنواخت و آرامش بخش صحبت کند. مجری برای مددجو شرح می دهد که مهارت های تنش زدایی (همچون یادگیری یک ورزش جدید) را می تواند از راه تمرین بیاموزد. به مددجو، تکلیفی برای اجرا در محل زندگی خود داده می شود، به این صورت که روزی یک بار، مهارت های تنش زدایی را تمرین کند.

^۱ - میزان الحکمه، ج ۸، ص ۲۴۹.

^۲ . Benson

همچنین به مددجو آموزش داده می‌شود مهارت‌های تنش‌زدایی را که یاد گرفته، درست قبل از اینکه دچار تنش شود یا قبل از اینکه درگیر فعالیت‌هایی شود که به‌طور بالقوه ایجاد تنش می‌کنند، به‌کار گیرد.

جلسه ششم: آموزش مهارت های مقابله ای بین فردی و مهارت های اجتماعی مطلوب، بحث گروهی، ارائه فعالیت های تکمیلی، براساس آموزه های دینی

آموزش مهارت های مقابله بین فردی

این مداخله آموزشی، برای آموزش مهارت های مقابله بین فردی سازش یافته به مددجو، تهیه شده است تا آنها را به جای الگوهای ناکارآمد در تعامل ها اجتماعی کنونی به کار گیرد. ابتدا، از مددجو خواسته می شود تا چند مثال از موقعیت های بین فردی ناخوشایند و اضطراب آمیز اخیر را به تفصیل شرح دهد. سپس برای هر مورد، مراحل زیر به کار برده می شود:

۱. تعیین پیشایندها (وقایع برانگیزاننده) و پیامدهای ایجادکننده و نگه دارنده پاسخ های مقابله ای بین فردی ناکارآمد در مددجو؛
 ۲. برای اینکه دریافت های شناختی ناکارآمد مربوط مشخص شوند، از مددجو خواسته می شود که بگوید چرا به این روش ویژه پاسخ می دهد؛
 ۳. کمک به مددجو برای یافتن پاسخ های جایگزین ممکن به واقعه برانگیزاننده. ممکن است از مددجو خواسته شود تا درباره افرادی بیندیشد که الگوهای رفتاری جایگزین را در موقعیت های مشابه از خود نشان می دهند. مجری کارگاه نیز بعضی از شیوه های رفتاری جایگزین را پیشنهاد می کند؛
 ۴. مجری برای الگودهی، از روش های ایفای نقش و سایر سبک های پاسخ دهی سازش یافته تر استفاده می کند تا به مددجو کمک کند تا رفتارهای جدید را، در جلسه مرور و تمرین کند؛
 ۵. به مددجو تکلیفی شامل آزمودن الگوهای رفتاری جایگزین در موقعیت های واقعی زندگی، و توجه خاص به پیامدهای آن، داده می شود.
- برای مثال ممکن است مددجویی با حالت افسرده، غمگین و با گریه اظهار کند که در اثر نشان دادن یک رفتار نادرست نسبت به یکی از مراقبان، از برقراری تماس تلفنی با خارج از زندان و با آشنایان خود محروم شده است. مجری ابتدا از مددجو می خواهد تا موقعیت و رفتار مورد نظر را کاملاً شرح دهد. مددجو اظهار می کند که یکی از مراقبان درحالی که من در سالن نشسته بودم و از شنیدن خبر تصادف پدرم در خارج از زندان ناراحت بودم به من تذکر داد که حجابم را رعایت کنم و من که عصبانی و ناراحت بودم، به او با بی ادبی جواب دادم، از کلمه نادرستی استفاده کردم. او به شدت عصبانی شد و این پاپوش را برای من درست کرد. مجری از مددجو می پرسد که چه مسائلی موجب شده است که او به این شکل خاص و نادرست رفتار کند؟ مددجو اظهار می کند که خشم

ناشی از تصادف پدرم همراه با کینه‌ای که از آن مراقب به دلیل رفتارهای نادرست و توأم با بی‌احترامی قبلی‌اش از او داشتم. از طرفی این مراقب حق ندارد به من دستور دهد و به دلیل کینه و تصویری که قبلاً از من داشت و شنیده بود که من از زندان اوین به دلیل راه انداختن دعوا به اینجا منتقل شده‌ام، با من این طور رفتار کرد و تلفن مرا قطع کرد. بدین ترتیب هم پیشایندها (خشم ناشی از تصادف پدر) و هم باورهای زیربنایی رفتار مقابله‌ای ناکارآمد مشخص می‌شود. مجری سپس از خود مددجو و از سایر مددجویان می‌خواهد تا راه‌های دیگر برخورد با دستورات مراقبان زندان را ارائه و مطرح کنند. مددجویی اظهار می‌کند: من همیشه از دستورات مراقبان اطاعت می‌کنم و همه آنها با من رفتار خوبی دارند و حتی اگر از کلمات بدی استفاده کنند، جواب آنها را نمی‌دهم، چون یک بار جواب فحش یکی از آنان را دادم و همین موجب شد که به انفرادی منتقل شوم. بدین ترتیب نه تنها پیامدهای منفی رفتار مقابله‌ای ناکارآمد برای مددجویان مشخص می‌شود، بلکه شیوه‌های مقابله‌ای کارآمد نیز مشخص می‌شود.

بنابراین، شیوه مقابله ناکارآمد کنونی در مددجو تعیین می‌شود و در مورد اینکه این رفتار چگونه می‌تواند فرصت‌های به‌وجود آمده در برقراری روابط رضایت‌آمیز و موفقیت‌آمیز را تخریب کند و از بین ببرد، با مددجو بحث می‌شود. سپس، مجری با طرح سؤال‌هایی درباره اینکه او چرا با سبک‌های پاسخ‌دهی ناکارآمد، سازگاری پیدا کرده است، فهم بیشتر و بهتری در زمینه عقاید و نگرش‌های تأثیرگذار به دست می‌آورد؛ نگرش‌هایی که ممکن است قبل از آنکه مددجو متقاعد شود تا یک سبک خاص پاسخ‌دهی را تمرین کند، از راه مداخله‌های بازسازی شناختی، نیازمند اصلاح و تغییر باشند.

پس از آن، مجری رفتارهای سازش‌یافته‌تر را در عمل، الگودهی می‌کند و از مددجو می‌خواهد تا از آنها تقلید کند و با استفاده از موقعیت‌های فرضی و تجسمی و روش ایفای نقش، آنها را تمرین کند. مجری و مددجو ممکن است نقش‌های خود را با هم عوض کنند و هر کدام به نوبت، نقش مددجو و افراد مهم دیگر را برعهده بگیرند. همچنین مجری ممکن است در مورد الگوی رفتار ناکارآمد کنونی مددجو، به ایفای نقش بپردازد. هدف او از این کار، تاکید بیشتر بر ابعاد خودتخریب‌گرانه این سبک از مقابله است. سپس از مددجو خواسته می‌شود تا در هفته آینده، رفتارهای جدید را در محیط طبیعی و واقعی خود، تمرین کند، به پیامدهای این رفتارها، بخصوص به واکنش‌های دیگران به این رفتارهای جدید، توجه کند و در مورد آنها گزارش دهد.

آموزش مهارت‌های اجتماعی مطلوب

این نوع مداخله آموزشی، شامل آموزش مهارت های مقابله بین فردی مختلفی است که برای مددجویانی که دارای سبک های پاسخ دهی پرخاشگرانه اند، مناسب است. برنشتاین، بلاک و هرسن (۱۹۸۰)، پنج مرحله متوالی را برای یک برنامه آموزشی مهارت های بین فردی پسندیده اجتماعی به عنوان جایگزین الگوهای پاسخ دهی پرخاشگرانه، پیشنهاد و خلاصه کرده اند.

ابتدا، مجری مبنای یادگیری سبک های پاسخ دهی توأم با جرات ورزی را، به جای الگوهای پاسخ دهی پرخاشگرانه موجود، برای مددجو توضیح می دهد. او به مددجو پیامدهای منفی پاسخ های پرخاشگرانه (مانند پرخاشگری متقابل) را توضیح می دهد و نیز در مقابل، بر استفاده از پیامدهای مثبت تاکید بر حقوق خود که به شکلی بیانگر جرات ورزی (نه حالت پرخاشگرانه) هستند، تاکید می کند. مددجو باید توجه کند کنار گذاشتن حالات پرخاشگرانه و برخوردهای ملایم تر با دیگری، ضرورت زندگی است و هر فردی موظف است که چنین رفتارهای مناسب و ملایمی از خود بروز دهد. امام صادق بارها بر این مسئله تاکید می کرد و می فرمود: ... قال رسول الله (ص): «أمرنی ربی بمداراه الناس کما أمرنی بأداء الفرائض ...»؛ «پروردگارم همان طور که مرا به ادای واجبات امر کرده، به مدارا کردن با افراد و پرهیز از رفتار پرخاشگرانه نیز دستور داده است».

در مرحله دوم، مجری چند سبک پاسخ دهی همراه با جرات ورزی را برای مددجو تشریح می کند. نمونه هایی از این سبک های پاسخ دهی عبارتند از: امتناع و عدم پذیرش تقاضاهای نامناسب (مانند دعوت به دعوا و زد و خورد)، ترک صحنه زد و خورد، تقاضای بحث و گفت و گوی منطقی در مورد موقعیت ها، گوش دادن توأم با توجه به افراد دیگر، پذیرش قسمت هایی از مطالبی که فرد مقابل (طرف دعوا) مطرح می کند، تلاش برای بررسی اینکه با طرف مقابل می توان مستدل و منطقی حرف زد یا نه، و در پیش گرفتن روشی دیگر (در صورتی که رویکرد صحبت و استدلال، فایده نداشته باشد).

در مرحله سوم، درمانگر از مددجو می خواهد درباره چند موقعیت واقعی که در آنها، با دیگران، پرخاشگری کرده است، توضیح دهد. سپس مجری، پاسخ های مناسب تغییر پرخاشگری را برای این موقعیت ها توضیح می دهد و به ایفای نقش این رفتارها می پردازد.

در مرحله چهارم، مجری برای کمک به مددجو در جهت یادآوری و مرور پاسخ های الگو داده شده او را به ایفای نقش وامی دارد. در این مرحله، به ارائه اطوار و حرکات غیر پرخاشگرانه و آهنگ صدای غیر پرخاشگرانه توجه ویژه ای می شود. در مرحله نهایی مجری درباره نحوه عملکرد مددجو به او بازخورد می دهد و از پاسخ های غیر پرخاشگرانه و سازش یافته مددجو تحسین و تمجید می کند و

در عین حال، به ابعادی از عملکرد او اشاره می‌کند که هنوز دارای اجزا و مؤلفه‌های پرخاشگرانه است و او را متوجه پیامدهای پرخاشگری می‌کند، عوارض آن برایش شمرده می‌شود تا انگیزه پرهیز از پرخاشگری در وی تقویت شود. امام صادق (ع) به تعدادی از پیامدهای منفی پرخاشگری اشاره می‌کند و افراد را از پرخاشگری حتی به دلیل مسایل دینی، برحذر داشته و می‌فرماید: «ایاکم و الخصومه فی الدین، فانها تشغل القلب عن ذکر الله عزوجل و تورث النفاق و تکسب الضغائن و تستجیر الکذب»^۱؛ «از پرخاشگری حتی در امور دینی پرهیز کنید، زیرا موجب می‌شود دل از توجه به خدا غافل شود و رابطه فرد با خدا ضعیف شود و رفتارهای خداناپسندانه از او سربزند. همچنین پرخاشگری موجب دورویی و بی‌شخصیتی در فرد می‌شود و کینه‌توزی و روحیه انتقام‌جویی را تقویت می‌کند و او را به دروغگویی و زندگی غیرواقع بینانه می‌کشاند».

^۱ - بحار الانوار، ج ۳، ص ۲۶۲.

جلسه هفتم: ارتقای مهارت اجتماعی قاطعیت (جرات ورزی)، براساس آموزه های دینی

مهارت های اجتماعی عبارت است از توانایی ایجاد ارتباط متقابل با دیگران در زمینه اجتماعی خاص و به شیوه خاص که در عرف جامعه قابل قبول یا ارزشمند باشد و در عین حال برای شخص سودمند افتد و بهره ای دوجانبه داشته باشد. مهارت قاطعیت، یکی از انواع ارتباطات اجتماعی و روابط بین فردی است که شامل ایستادگی بر نظرهای درست شخصی و بیان افکار، احساسات و باورهاست. جرات ورزی یا رفتار قاطعانه دارای سه خصوصیت است:

الف) رفتار قاطعانه، بیان صادقانه و مستقیم افکار و احساسات است؛

ب) رفتار قاطعانه، از نظر اجتماعی پسندیده است؛

ج) هنگام انجام رفتار قاطعانه، حقوق و احساسات و آرامش دیگران مدنظر قرار می گیرد؛

رفتار قاطعانه را به شرح زیر می توان تقسیم کرد:

الف) **رد قاطعانه:** در این رفتار، فرد به صورتی که اجتماع پسندانه باشد، درخواست های تحمیلی دیگران را مانع می شود یا رد می کند.

ب) **بیان قاطعانه:** این رفتار توانایی بیان احساسات مثبت مثل قدردانی از دیگران، ابراز محبت و علاقه و بیان تمجید و ستایش است.

ج) **درخواست قاطعانه:** عبارت است از توانایی بیان و طرح درخواست از دیگران به منظور تسهیل تامین نیازهای فرد یا رسیدن به اهداف خود.

عوامل مؤثر در رفتار قاطعانه

۱. عوامل شناختی شامل باورها، عقاید و شناخت. هر فردی باید از توانمندی ها و امتیازهای خود شناخت داشته باشد و خود را قوی و برتر از آن بداند که مورد سوء استفاده دیگران قرار گیرد. امام علی (ع) می فرماید: «ترفع نفسک عن منزله الواهن الضعیف»^۱، «خود را آن چنان قوی و برتر بگیر که همانند افراد سست و ضعیف در نیایی». این ضعف و سستی نمی گذارد که فرد قاطعیت داشته باشد و آنچه را باید رد کند، رد نماید. آن وقت است که در انجام پیشنهادهای و راهنمایی به سوی بدی ها و فعالیت های ناپسندیده، به هر سوی که او را بکشانند می رود. درحالی که این موجب ذلت و خواری فرد می شود. امام صادق (ع)

می‌فرماید: «ولاتمکن الناس من قيادك فتذل رقتك»^۱؛ «هیچ‌گاه در انجام فعالیت‌ها و تصمیم‌گیری‌ها زمام اختیار خود را به دیگری مسپار که ذلیل، بی‌شخصیت و خوار می‌شوی».

۲. عوامل مربوط به نحوه بیان و رفتار قاطعانه

۳. محتوای گفتار قاطعانه

۴. عوامل غیر کلامی

۵. فرایند مهارت‌های تعاملی

دیده شده است که در موارد افسردگی، عصبانیت و نگرانی، تنفر و اضطراب بین‌فردی، به‌ویژه در شرایطی که افراد آنها را بد ادراک می‌کنند، جرأت‌آموزی کارایی دارد. هدف از این کار، آموزش به مددجویان برای بیان احساسات و حقوقشان، و کاستن از دفعات انفعال یا عصبانیت‌های خشونت‌آمیز است. افراد فاقد جرأت، فکر می‌کنند که برای بیان عقاید، احساسات و دیدگاه‌هایشان حق ندارند. در نتیجه مکرر خود را در معرض بهره‌کشی، بدرفتاری، تحمیل و قهر دیگران می‌بینند و به دنبال آن، دچار احساس گناه، عصبانیت و نگرانی می‌شوند. در مقابل، افرادی که قدرت ابراز وجود دارند، بدون آنکه عصبانی یا خشمگین شوند، قادرند به راحتی حق و حقوق خود و خواسته‌هایشان را مطرح سازند و مخالفت خود را با دیدگاه‌ها و درخواست‌های دیگران بیان کرده و در برابر آنان ایستادگی کنند.

جرأت‌آموزی شامل چند مرحله است؛ ابتدا، به مددجو آموزش داده می‌شود تا بین سه شیوه اساسی در رفتارهای بین‌فردی، تمایز قایل شود. رفتار پرخاشگرا (مانند زد و خورد، تهدید کردن)، رفتار انفعالی (مانند عمل کردن به یک گفته، زمانی که مطابق میل فرد نیست)، و رفتار توأم با جرأت‌ورزی (مانند بیان احساسات واقعی و بر سر حرف خود ایستادن) که این سومین شیوه، عادلانه‌ترین و مؤثرترین روش در رفتارهای بین‌فردی است. چنانچه امام علی (ع) می‌فرماید: «... و بالسیره العادله، يقهر المناوی»^۲؛ «... و با روش عادلانه، مخالفان، مقهور و مغلوب می‌شوند».

فعالیت: رد قاطعانه در مورد رویارویی با موقعیت‌های پرخطر یا ناسالم. مجری کارگاه موقعیتی را ارائه می‌دهد، سپس شرکت‌کنندگان در گروه چند نفری ایفای نقش می‌کنند و درمانگر عملکرد صحیح شرکت‌کنندگان را تشویق می‌کند. برای مثال مجری از اعضای گروه می‌پرسد اگر یکی از دوستان شما در محیط زندان از شما خواست که از داروهای روان‌گردان استفاده کنید، شما چگونه پاسخ می‌دهید؟ یکی از مددجویان می‌گوید من با اینکه می‌دانم تمام بدبختی‌ها و فلاکت‌هایی که در زندان و بیرون زندان کشیدم ناشی از مصرف هروئین است، اما با دیدن آن وسوسه می‌شوم و پیشنهاد

^۲ - کافی، ج ۲، ص ۱۱۳.

^۱ - نهج البلاغه فیض الاسلام، کلمات قصار، ش ۲۱۵.

او را می پذیرم، یکی دیگر از مددجویان می گوید من به آثار منفی و طولانی مدت آن فکر می کنم و برای دوستم دلیل می آورم و تجارب ناراحت کننده ای را که از مصرف هروئین داشته ام برایش بازگو می کنم و بدین ترتیب پیشنهاد او را رد می کنم. مددجوی دیگری می گوید، اگر چه از هروئین متنفرم، اما اگر من پیشنهاد دوستم را رد کنم ممکن است او ناراحت شود و بعدها مرا تحویل نگیرد و از من حمایت نکند، در همین حال مددجوی دیگری می گوید اصلا هم این طور نیست من با این که سابقه مصرف هروئین دارم، اما چند شب قبل وارد اتاق دوستان شدم و دیدم که در حال مصرف هروئین هستند، دوستم مرا دعوت به کشیدن هروئین کرد، اما من از او عذرخواهی کردم و گفتم که نمی خواهم هروئین مصرف کنم و خیلی سریع اتاق را ترک کردم و دو سه ساعت بعد پیش آنها برگشتم، ولی هیچ کدام از آنها از من ناراحت نشده بودند، مجری شیوه برخورد مددجوی اخیر را مورد تشویق قرار داده و از سایرین می خواهد به سایر روش هایی که می توان یک پیشنهاد دوستانه اما خطرآفرین را رد کرد، فکر کرده و راه حل های خود را به جمع ارائه کنند.

برخی از شیوه های کلامی رد قاطعانه عبارتند از:

۱. نه گفتن: انواع شیوه های نه گفتن عبارتند از: نه متشکرم، من علاقه ندارم، من اهل مواد نیستم.
۲. دلیل آوردن: مواد به بدنم صدمه می زند، در جمع افراد ناشناس رفتن خطرناک است.
۳. مطرح کردن پیشنهادی دیگر که مورد نظر هر دو طرف باشد: من مواد مصرف نمی کنم، ولی چگونه با هم یک برنامه تفریحی داشته باشیم؟
۴. عوض کردن موضوع صحبت: راستی نظر تو درباره فیلم دیشب چیست؟
۵. استفاده از شوخی: به اندازه کافی مشکل دارم، به اندازه کافی گرفتاری دارم.
۶. دادن این احساس به فرد مقابل که او موضوع را بهتر می داند: من تو را باهوش تر از این می دانم که طرف مواد بروی. من انتظار پیشنهاد بهتری از تو دارم.
۷. مطرح کردن گروه بندی متفاوت: ما با غریبه ها رفت و آمد نمی کنیم، ما این موضوع را بد می دانیم، در بین ما رسم نیست.

فعالیت: مهارت قاطعیت در موقعیت های پرخطر، دشوارتر و پرفشارتر

۱. صفحه گرامافون خط افتاده (تکرار یک جمله در اصرار دوستی برای انجام کار ناپسند با عبارات متفاوت)

۲. پافشاری و اصرار در رد پیشنهاد (من فکر می کردم تو دوست منی)

۳. اجتناب و دور شدن از موقعیت (من کار دارم)

فعالیت: در مواردی که رفتار جنبه منفی و خطرناکی ندارد (مثل پیشنهاد رفتن به هواخوری، ولی

فرد نمی تواند در این برنامه شرکت کند از محتواهای دیگری نیز می توان استفاده کرد):

۱. بیان همدلانه موقعیت (من امروز نمی‌توانم بیایم و می‌فهمم که خیلی برنامه‌ات خراب شد).
 ۲. تعریف و قدردانی (خیلی محبت کردی که این برنامه را پیشنهاد کردی، ولی من واقعاً نمی‌توانم امروز بیایم).
 ۳. معذرت خواهی از وضعیت موجود (من نمی‌توانم امروز بیایم و خیلی متاسفم که خودت باید تنها بروی).
 ۴. سعی در پیدا کردن راه‌حل دیگری که مورد قبول دوطرف باشد (من امروز نمی‌توانم به هواخوری بیایم، ولی چطوره که با هم یک گپی در اینجا بزنیم؟).
- فعالیت:** به منظور تمرین بیشتر و تسلط شرکت‌کنندگان، مجری کارگاه از آنها می‌خواهد که در گروه‌های دوتایی هر یک از گروه یکی از محتواهای رد قاطعانه را با توجه به تمام عوامل مربوط به نحوه بیان و اظهار قاطعیت ایفای نقش کرده، سپس آنها را برای گروه اجرا کنند.
- فعالیت:** برای تبیین نقش حالت غیرکلامی در رفتار و گفتار قاطعانه به انواع رفتارهای غیرکلامی اشاره می‌شود؛ تماس چشمی، تظاهرات عاطفی صورت، وضعیت بدنی و تناسب حرکات. به منظور تسلط بیشتر شرکت‌کنندگان بر عوامل غیر کلامی رفتار قاطعانه موقعیتی به آنها ارائه می‌شود تا کلیه عوامل مربوط به رفتار قاطعانه به‌خصوص عوامل غیرکلامی را رعایت کنند و به ایفای نقش پردازند.

جلسه هشتم: آموزش مثبت نگری و کشف نقاط قوت، بحث گروهی، ارائه فعالیت های تکمیلی، براساس آموزه های دینی

فعالیت گروهی در زمینه مثبت نگری و کشف نقاط قوت: شناخت نقاط قوت افراد، مجموعه نظامداری از شیوه هایی است که به منظور تسهیل ایجاد نگرش مثبت نسبت به خویشتن و دیگران طراحی شده است. در این روش، مددجو تشویق می شود تا تجربه های مثبت و خوب خود را بازشناسد و نقش آنها را در افزایش و ارتقای احترام به خود و عزت نفس بازشناسی کند، در عین حال توانایی شناخت جنبه های مثبت دیگران را نیز کسب کنند. در زمینه تأثیر نگرش مثبت و خوش بینی افراد در زندگی، امام صادق (ع) می فرماید: «خذ من حسن الظن بطرف تروح به قلبک و یروح به امرک»^۱؛ «خوش بینی را شیوه خود قرار بده، به گونه ای که دلت را زنده کند و کارت را آسان نماید».

روش مثبت نگری در پنج مرحله انجام می گیرد:

در مرحله نخست، از اعضای گروه خواسته می شود ویژگی های مثبت خود را نام ببرند. عده ای از افراد به علت عزت نفس ضعیف یا به دلیل احساس حقارت و یا افسردگی شدید و یا بنا به سایر دلایل روانی توانایی بیان ویژگی های مثبت خود را ندارند یا هیچ نقطه قوتی را در خود نمی یابند. در مورد اهمیت توجه به خود و شناخت نقاط قوت و ضعف و ارتباط آن با رفع مسائل و دردها، از امام علی (ع) روایت شده که فرمود: «دواؤک فیک و لاتشعر و دواؤک منک و تستنکر»^۲؛ «ای انسان! درمان تو در تو (و از خود تو) است و خود نسبت به آن آگاه نیستی، همان طور که درد تو نیز در خود تو (و از خود تو) است و تو آن را نمی دانی». از این افراد خواسته می شود که ویژگی های مثبت خود را از دیدگاه دیگران بیان کنند، یعنی بگویند به نظر خودشان دیگران چه نکات مثبتی را در آنها می بینند.

در مرحله دوم، از مراجعان خواسته می شود حداقل پنج تجربه خوب خود را نام ببرند، مواردی مانند انجام کار خوبی که از آن لذت برده اند و از انجامش احساس شادی و غرور می کنند. سپس به هر یک از اعضای گروه فرصت داده می شود که درباره خاطرات خوب خود صحبت کنند و به توصیف و تشریح بسیاری از تجربیات مثبت و خوب خود برای سایر اعضای گروه بپردازند. بقیه اعضا سعی می کنند پس از شنیدن مطالب، نقاط قوت گوینده را به دقت شناسایی کرده و از آنها فهرست برداری کنند.

^۱ - بحار الانوار، ج ۷۸، ص ۲۰۹، ح ۸۴.

^۲ - دیوان منسوب به امام علی (ع)، ص ۷۵، از منابع بحار الانوار.

در مرحله سوم، هر فردی نوبت می‌گیرد تا نکات مثبتی را که درباره دیگری تشخیص داده است به او بگوید. فهرست مربوط به هر فرد را به خود او می‌دهد. این عمل را همه اعضای گروه درباره یکدیگر انجام می‌دهند.

در مرحله چهارم، بر تمرین‌هایی تاکید می‌شود که طی آن شخص بتواند اهمیت نسبی ویژگی‌های مثبت مطرح شده در مراحل اول، دوم و سوم را به ترتیب اولویتشان مشخص سازد. بنابراین در این مرحله از آنها خواسته می‌شود که به ویژگی‌های مثبت قابل اتکایی اشاره کنند که در این تجارب خوشایند از آنها استفاده کرده‌اند. افراد گستره وسیعی از قضاوت‌های شخصی خود را نسبت به خویشان بیان می‌کنند که نقاط قوت خوانده می‌شود.

سپس، اعضا نقاط قوت مشخص شده خود را به ترتیب اولویت معین می‌کنند و با توجه به مراحل قبلی که ذکر شد، پنج تا هشت توانمندی را که نقاط قوت قابل اتکا خوانده می‌شوند، انتخاب می‌کنند.

در آخرین مرحله، به آنها گفته می‌شود شواهد و معیارهایی ارائه کنند دال بر اینکه با ارزش‌ترین و معتبرترین ویژگی‌های مثبت آنها قابل اتکا هستند. افراد برای سنجش واقعیت این توانمندی‌ها به توصیف بسیاری از حوادث گذشته می‌پردازند که طی آن، وجود این نقاط قوت برای آنها به اثبات رسیده و به کار گرفته شده‌اند.

به پیوست فرم کارگاه آموزشی که برای تمرین به اعضای گروه داده می‌شود، آمده است.

بسمه تعالی

کارگاه آموزشی تمرکز بر نقاط قوت خویشتن و دیگران

دکتر محمد خدایاری فرد

دانشیار دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

تمرینی که امروز انجام می دهید، شما را تشویق می کند تا بر ویژگی های مثبت خود تمرکز کنید. امید است این تمرین به شما کمک کند تا نسبت به ویژگی های مثبت خود آگاه شوید، همچنین بتوانید به نکات مثبت دیگران توجه کنید. برای شروع کار روی صفحه کاغذی همه نقاط قوت خود را یادداشت کنید.

حالا دست کم پنج تجربه مثبت خود را به خاطر بیاورید. هر یک از تجربه های مثبت باید ویژگی های زیر را دارا باشند:

۵. احساس کاملاً خوبی نسبت به آن تجربه داشته باشید؛
 ۶. به خودتان یا عملتان در آن تجربه افتخار کنید؛
 ۷. احساس کنید شما در ایجاد آن تجربه مثبت، نقش یا مشارکتی داشته اید؛
 ۸. مایل باشید مانند این گونه تجربیات و خاطره ها را بیشتر داشته باشید؛
- اینک به اختصار عناوین این پنج خاطره و تجربه مثبت و خوب را در زیر بنویسید:

۱-

۲-

۳-

۴-

۵-

بعد از اینکه حداقل پنج تجربه مثبت خود را یادآوری کردید، درباره هر یک از آنها در گروه های چهار نفری صحبت کنید. هر یک از شما چهار نفر به نوبت برای سایرین تجربیات مثبت خود را بیان می کند. در حالی که شما تجربه مثبت خود را تعریف می کنید، بقیه اعضای گروه که به حرف شما گوش می دهند، سعی می کنند ویژگی های مثبت شما را یکی یکی شناسایی و بلافاصله با یک کلمه یا جمله آن را روی کاغذ یادداشت کنند. بنابراین هر کس در گروه باید برای هر یک از افراد گروه برگه جداگانه ای در اختیار داشته باشد.

به هر یک از چهار عضو گروه فرصت داده خواهد شد که دربارهٔ خاطرات خوب خود در گروه صحبت کند. وقتی همهٔ اعضای گروه اولین خاطرهٔ خود را تعریف کردند، جریان گفت‌وگو ادامه می‌یابد. به این ترتیب که دوباره نفر اول خاطرهٔ دوم خود را تعریف می‌کند و به همین ترتیب ادامه می‌دهند تا همهٔ اعضای گروه هر پنج خاطرهٔ مثبت خود را تعریف کنند تا اینکه زمانی که برای این قسمت در نظر گرفته شده است، به پایان برسد. همان‌طور که نوبت می‌چرخد، هر کس باید به فهرست نکات مثبت هر عضو موارد تازه‌ای اضافه کند.

در مرحلهٔ بعد، هر فردی نوبت می‌گیرد تا نکات مثبتی را که دربارهٔ دیگری تشخیص داده است، به او بگوید. بعد از اینکه هر سه نفر ویژگی‌های مثبت فرد گویندهٔ خاطره را به او گفتند، ورقه‌های مربوط به فرد مزبور را نیز به او تحویل می‌دهند. این عمل را همهٔ اعضای گروه دربارهٔ یکدیگر انجام می‌دهند. این عمل برای هر نفر تقریباً پنج دقیقه به طول می‌انجامد. همچنین این زمان می‌تواند فرصتی باشد برای شخصی که تجربیات مثبت خود را بیان کرده است تا اگر خودش نیز دربارهٔ آن ویژگی‌های مثبت عقایدی دارد اظهار کند.

خلاصه

۷. هر فردی روی صفحهٔ کاغذی همهٔ نقاط قوت خود را یادداشت می‌کند (۵ دقیقه).
 ۸. هر فردی حداقل دربارهٔ پنج تجربه یا خاطره خوب خود فکر کرده و عناوین آنها را یادداشت می‌کند (۱۰ دقیقه).
 ۹. گروه چهار نفری تشکیل می‌شود و هر یک از آنها به نوبت اولین خاطره یا تجربه مثبت خود را بازگو می‌کند.
 ۱۰. هنگامی که یکی از اعضای گروه به بیان خاطره و تجربهٔ مثبت خود می‌پردازد، بقیهٔ اعضای گروه ویژگی‌های مثبت گوینده را در شرح آن تجربه به دقت یادداشت کرده و آنها را فهرست می‌کنند.
 ۱۱. سپس هر گوینده ویژگی‌های مثبتی را که گروه در او تشخیص داده است، از زبان خود آنها می‌شنود (مراحل سوم و چهارم حداقل ۶۰ دقیقه طول می‌کشد).
 ۱۲. در مرحلهٔ بعد شنوندگان، فهرست نکات مثبت مربوط به هر فرد را به خود او می‌دهند (مراحل پنجم و ششم، ۲۰ دقیقه به طول می‌انجامد).
- در سطور زیر بعضی از نکات مثبتی که گوینده‌ای در این گونه تمرین‌ها در نزد دیگران داشته است به عنوان نمونه آمده است:

دوستی صادق و وفادار، سلیس و شفاف سخن می گوید، فردی مستقل، ایمان راسخ دارد، هماهنگ کننده ای خوب، مشوق، از نظر بدنی قوی، توکل قوی دارد، رهبری خوب، خلاق، کمک کننده، منعطف و سازگار، نماز خواندن و دعا کردن، به سادگی یک چیز تازه را یاد می گیرد، صداقت دارد، باهوش، در مقابل درد شدید به خوبی مقاومت می کند، خوب گوش می دهد، خوب نقاشی می کند، اخلاص در بیان، آرامش دارد، آدم شجاعی است، اثر دعا را به صورت تجربی دیدن.

شرکت کننده در «آموزش مثبت نگری»:

فردی که در این تمرین شرکت می کند، بهتر است ویژگی های زیر را دارا باشد:

۸. با افرادی که در این تمرین شرکت دارند، کاملاً راحت باشد و تجربیات و خاطرات را با آنها مبادله کند. رسیدن به چشم اندازی جدید در درک خویشتن را ارج نهد و از هر نظری را که از سوی دیگران دریافت می کند، قدردانی کند. همچنین ارزش رسیدن به دیدگاه مثبت نگری را بفهمد و دیدی تازه در مورد خود پیدا می کند.
۹. خاطرات خود را که آمیزه ای از احساسات خوب، افتخارآمیز و تحسین برانگیز در نزد اوست، مرور کند و با ارزش ترین آنها را برگزیند.
۱۰. ویژگی های مثبت خود را از دل تجربه های خوب استخراج کرده و با کلمات و جملات روی صفحه ای کاغذ یادداشت کند.
۱۱. نقاط قوتی را که از دیگران درباره خود دریافت می کند، برای روشن تر ساختن و تقسیم بندی کردن این نکات قوت استفاده می کند.
۱۲. بسیاری از این ویژگی های مثبت را که تقسیم بندی کرده است، در دسته های منظم سازمان دهد. سپس تشخیص دهد که دسته ها ممکن است به صورت ترکیبی طبقه بندی شوند و بعد مهم ترین نقاط قوت را نام گذاری کند.
۱۳. با فهرست کردن مثال ها زمانی که با موفقیت آنها را توضیح و تشریح می کند، مهم ترین نکات قوت و ارزش آنها را در نظر گیرد. با تشخیص این ویژگی های مثبت، در برنامه ها و اهداف آینده خود اعتبار آنها را تأیید کند.
۱۴. شخص هویتی جدید و یکپارچه، از راه توصیف خود در ارتباط با دیگران به دست می آورد و آن را سازماندهی می کند. در جلسات سازمان یافته یا سازمان نیافته با کمک افراد حمایت کننده، این هویت یکپارچه را تحول و توسعه می بخشد و به تقویت آن ادامه می دهد.

جلسه نهم: بازسازی شناختی از راه جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی، براساس آموزه‌های دینی

مهم‌ترین کنش روش‌های بازسازی شناختی، آموزش الگوهای تفکر سازش‌یافته‌تر به مددجویان است تا بتوانند به کمک آنها، به کشف الگوهای فکری منفی و تحریف شده در خود بپردازند و بدین وسیله تأثیرات آسیب‌رسان این الگوهای فکری را تشخیص دهند و به جای دریافت‌های شناختی ناکارآمد خود، الگوهای فکری سازش‌یافته‌تر و درست‌تری را جایگزین سازند. دریافت‌های شناختی زمانی ناکارآمد محسوب می‌شوند که به صورتی مزمن، غیر واقعی و نادرست به نظر برسند و در پاسخ‌های عاطفی و رفتاری ناخواسته نقش داشته باشند. مجری کارگاه از روش‌های بازسازی شناختی برای تغییر باورها، نگرش‌ها و مفروضه‌های نادرست مددجویان استفاده می‌کند. این روش‌ها بر این فرض استوارند که اگر مددجویان در زمینه‌های بازشناسی و اصلاح تحریف‌هایی که از واقعیت به عمل می‌آورند، آموزش ببینند، می‌توانند برای تغییر پاسخ‌های عاطفی و رفتاری ناکارآمد مرتبط با خود، در موقعیت بهتری قرار بگیرند. نشانه‌های شناختی‌ای که می‌توانند شامل باورها، تعبیر و تفسیرها، خودگویی‌های^۱ مددجو و فرایندهای شناختی تحریف‌شده باشند، به عنوان هدف مداخله‌های بازسازی شناختی تعیین می‌شوند.

مجری کارگاه از ابتدا، با درخواست از مددجو برای شرح موقعیت‌های آشفته‌ساز خاص و افکار ملازم آنها، مشخص کردن دریافت‌های شناختی ناکارآمد را در او آغاز می‌کند. مجری به مددجو توضیح می‌دهد که هر گاه شخص دریابد که این افکار چگونه ممکن است در بروز احساسات و واکنش‌های رفتاری ناخواسته سهیم باشند، علل رفتار خود را بهتر می‌فهمد. این موضوع فرد را قادر می‌سازد تا در موقعیت مذکور، به فعالیت‌های سازنده‌ای دست بزند. هدف از این توضیح کوتاه، ارائه استدلالی قانع‌کننده برای مشارکت مددجو با مجری، در تحلیل شناختی است. مجریان باید با استخراج اطلاعات بیشتر درباره اسنادها، مفروضه‌ها و باورهای مراجع، دریافت‌های شناختی ناکارآمد او را از بین ببرند. آنان باید به حد کافی شرکت‌کنندگان را راهنمایی کنند تا آنها بتوانند باورها و مفروضه‌های ناکارآمد خود را واریسی کنند. البته، مجری نباید فرضیه‌های آزمون‌نشده خود را، مفروضه‌های زیربنایی مراجع تلقی کند.

مجری باید به بعضی جمله‌ها و گفته‌های افراطی مراجع که همیشه با کلمات «باید»، «بایستی»، «مجبورم» و «همیشه» شروع می‌شوند، توجهی ویژه مبذول کند، زیرا این کلمات اغلب نشان‌دهنده

^۱ . self - statements

طرح ها و الگوهای شناختی فاقد انعطاف اند. به مجریان توصیه می شود به گفته های مراجع درباره خود^۱ توجه کنند. همچنین باید به سنخیت انواع موقعیت هایی که مددجو آنها را ناخوشایند می داند و به دریافت های شناختی سرشار از بار عاطفی^۲ و نیز به دریافت های شناختی ای که به دلیل آن که در کنه دیدگاه های مددجو قرار گرفته اند، نسبت به تغییر مقاوم ترند، توجه ویژه ای بکند.

مجری همچنین در گفته های مددجویان به پیگیری و کشف نمونه هایی از مقوله ها و طبقه هایی می پردازد که بک در مورد سبک های پردازشی تحریف شده مطرح کرده است؛ مانند «شانس موجب پیشرفت میشه، نه کار و تلاش سخت!» (استنتاج مبتنی بر شانس)؛ انتزاع انتخابی و گرینشی؛ بیش تعمیم دهی؛ تفکر دو مقوله ای.

مراحل بازسازی شناختی عبارتند از:

۱. استخراج اطلاعات شناختی ضروری، برای کشف الگوهای افکار خودکار، باورهای غیرواقع گرایانه و پردازش اطلاعات به صورت تحریف شده؛
۲. کمک به مددجو برای تحلیل محتوای دریافت های شناختی اش؛
۳. چالش با دریافت های شناختی ناکارآمد و سبک های ناقص در پردازش اطلاعات، و کشف مفروضه ها، باورها و سایر تبیین های علی؛
۴. مقرر کردن تمرین هایی برای مددجو تا او مفروضه ها و باورهای ناکارآمد خود را که شناسایی شده اند، بیازماید. در زمینه آزمودن افکار و تأثیرگذاری آن در اینکه تعیین می کند که افکارش غیرواقع بینانه است و هیچ شکی در آن نخواهد داشت، از امام علی (ع) روایت شده که فرمود: «بَتَكْرَرِ الْفِكْرِ يَنْجَابُ الشُّكَّ»^۳؛ «با تکرار اندیشه، شک از بین می رود».

شیوه های بازسازی شناختی

مرحله اول: روش های خاص استخراج اطلاعات شناختی

مجری از روش هایی که در سطور زیر می آیند، به منظور استخراج اطلاعات شناختی که حاوی ادراکات و تصورات، انتظارات، اسنادها، فرض ها و باورهای تحریف شده در مراجع هستند، استفاده می کند و همزمان، آگاهی مددجو را از گفت و گوهای درونی^۴ با خودش افزایش می دهد. این

^۱ . self - referrant

^۲ . emotionally – laden cognitions

^۳ - غرر الحکم، ترجمه خوانساری، ج ۳، ش ۴۲۷۱.

^۴ . internal dialogue

گفت‌وگوهای درونی را، الیس و هارپر (۱۹۷۵)، «خودگویی»^۱ و بک (۱۹۷۹) «افکار خودکار» نامیده‌اند. به مددجویان گفته می‌شود که به آنها آموزش می‌دهند تا آگاهی بیشتری درباره افکار خودکار خویش به دست آورند. همچنین توضیح داده می‌شود که افکار خودکار اغلب به تفسیر، قضاوت و نامگذاری وقایعی که در زندگی روزانه شخص اتفاق می‌افتند، ارتباط دارند و اینکه بعضی از افکار خودکار منفی، با عواطف ناخوشایند و شدید و رفتارهای ناخواسته، مرتبط‌اند. مجری این نکته را نیز شرح می‌دهد که اگر شخص بتواند آموزش ببیند تا افکار خودکار منفی را در خود تشخیص دهد، آنگاه می‌توان به او کمک کرد تا این افکار و عواطف ناخوشایند و نامطلوب و رفتارهای خودتخریب‌گرانه همراه با آنها را کنترل کند.

روش مرور آنی^۲: وقتی مددجویان در جلسه دستخوش احساسات منفی می‌شوند، اما قادر نیستند افکار خودکار توأم با آنها یا افکار آشکارساز آنها را مشخص کنند، از آنان خواسته می‌شود تا محرک‌های آشفته‌کننده و پاسخ‌هایشان به آن محرک‌ها را در ذهن خود مرور کنند. اگر مددجو چشمانش را در حال انجام این تکلیف ببندد، نتیجه بهتر می‌شود. پس از اینکه مددجو چشمانش را بست، از او خواسته می‌شود تا سعی کند تصویر دیداری از واقعه را بازآفرینی، و تصورات و افکار همراه با آن را گزارش کند.

مرحله دوم: شیوه‌هایی برای تحلیل دریافت‌های شناختی

این مرحله، شامل تجزیه و تحلیل مشارکتی مجری-مددجویان از دریافت‌های شناختی آنها، برای تشخیص الگوهای خاص افکار خودکار تحریف‌شده و منفی است. در ابتدا مجری و مددجویان همراه یکدیگر تعیین می‌کنند که هر یک از مددجویان به چه فکر می‌کنند، چگونه فکر می‌کنند، اساس تفکر آنها چیست، و فواید و زیان‌های نتیجه‌گیری از این الگوی فکری چیست. علاوه بر مشخص کردن موضوعات تکراری و انواع خطاهای منطقی در افکار خودکار مددجویان، به آنها آموزش داده می‌شود تا وقایع محیطی را که موجب افکار منفی می‌شوند، مشخص کنند و با تکیه بر خرد خویش افکار درست را از نادرست جدا سازد. امام علی (ع) در برانگیختن فرد بر خردورزی و تشخیص افکارش به‌طور صحیح می‌فرماید: «کفاک من عقلک ما أبان لک رشدک من غیِّک»^۳؛ «عقل و خرد خویش را آنچنان توانمندانه به‌کار گیر تا افکار نادرست خود را از افکار درست بازشناسی».

^۱ . self - talk

^۲ . Istant Replay Technique

^۳ - شرح غرر الحکم، خوانساری، ج ۴، ص ۵۸۶.

مشخص کردن باورهای منفی و وقایع فعال کننده مرتبط با آنها

به مددجویان آموزش داده می شود تا وقایع فعال کننده ای را که پیش از عقاید و افکار خودکار و منفی آنها به ذهنشان می آیند، مشخص کنند. «برگه ثبت روزانه رفتار و افکار» به این منظور تدوین شده است که به مددجو کمک کند تا وقایع فعال کننده مرتبط با افکار خودکار منفی را که بین جلسه ها روی می دهند، مشخص کنند. از مددجویان خواسته می شود تا موقعیت های آشفته کننده ای را که هر هفته، با آنها مواجه می شوند، به طور مختصر توصیف کرده و افکار منفی و خودکار همراه با این موقعیت ها را نیز ثبت کنند. مددجویان را ابتدا باید از اینکه در حال فکر کردن به افکار منفی اند، آگاه کرد و بعد، آنها باید واقعه ای را که موجب این فکرها شده اند، مشخص کنند. از سوی دیگر، ممکن است آنها نخست با یک واقعه یا تعامل آشفته کننده مواجه شوند، سپس افکار خودکار توأم با آنها را ثبت و مشخص کنند.

مشخص کردن پیامدهای باورهای منفی

به مددجویان آموزش داده می شود تا پیامدها و نتایج باورهای منفی خود را که به طور کلی ناکارآمد و ناخوشایندند، مشخص سازند. این تمرین اغلب مددجو را برای آزمودن و ارزیابی و تغییر این عقاید، برمی انگیزاند.

آموزش به مددجویان برای تمایز بین مشاهدات، تعبیرها و تفسیرها

در زمینه تحلیل موقعیت های آشفته کننده به طور عینی تر، به مددجویان آموزش داده می شود تا بین مشاهدات عینی و تفسیرهای ذهنی خود از واقعه، موقعیت یا تعاملی معین، تمایز قایل شوند.

آموزش به مددجویان برای مشخص کردن باورها و تعبیرهای غیرمنطقی

مجری تحریف های شناختی موجود در گفته های مددجو را به عنوان قسمتی از ارزیابی شناختی، مشخص و نامگذاری می کند و مداخله ای را در زمینه بازسازی شناختی طرح ریزی می کند تا از آن، برای تغییر تحریف های پیش گفته بهره گیرد. مفاهیم مرتبط با تحریف های شناختی باید به گونه ای بسیار ساده ارائه شوند. در این مورد، مجری باید چند نکته را مطرح سازد:

۱. بسیاری از افکار منفی افراد، درعمل تفسیرهایی نادرست و غیر منطقی از موقعیت ها هستند که به صورت افکار نادرست و غیر واقعی مطرح می شوند.

۲. افکار و موضوعات زیرساز که با عواطف منفی یا رفتارهای خودتخریب‌گرانه مرتبط‌اند یا علت این عواطف و رفتارها هستند، باید به دقت بررسی شوند تا مشخص شود که آیا مددجو، از موقعیت‌ها، تفسیرهای نادرست و غیرمنطقی به عمل آورده است یا خیر (با برعکس، این تفسیرها، مشاهداتی دقیق از موقعیت‌ها هستند).

۳. تعبیرها و تفسیرهای نادرست و غیر منطقی، به‌طور معمول قسمتی از باورهای غیر منطقی شخص‌اند. بسیار مهم است که باورهای غیر منطقی پیش گفته، پنهان نمانند و آشکار شوند، زیرا آنها به احتمال علت احساسات منفی ناخواسته و رفتارهای خودتخریب‌گرانه در مددجویان هستند.

۴. اگر افراد دریابند که افکار و باورهای آنها غیر منطقی است، این امکان وجود دارد که یاد بگیرند تا افکار منطقی‌تر، واقع‌گرایانه‌تر و مثبت‌تری را جایگزین آنها کنند.

مرحله سوم: روش‌های تغییرشناختی

پس از اینکه مددجویان آموختند تا افکار خودکار توأم با رفتارها و عواطف ناکارآمد را مشخص کنند و پس از اینکه اطلاعات چندی دربارهٔ باورهای زیرساز افکار خودکار به‌دست آوردند، مجری به آنها کمک می‌کند تا این باورها را عینی‌تر مورد بررسی مجدد قرار دهند و آنها را با استفاده از تکنیک‌های تغییر شناختی، تغییر دهند. روش‌های تغییر شناختی به منظور چالش با دریافت‌های شناختی منفی ناکارآمد و سبک‌های پردازش اطلاعات ناقص و ضعیف، همچنین به منظور کشف مفروضه‌ها، باورها و توضیحات علی جایگزین از طریق تلاش مشترک مددجو و مجری، تدوین شده‌اند.

روش «شواهد کدامند؟»^۱

از این روش برای کمک به مددجویان به منظور کشف منطق ناقصی که زیربنای باورها و تفسیرهای تحریف‌شدهٔ آنهاست، استفاده می‌شود. از مددجویان خواسته می‌شود تا شواهد موافق یا مخالف باورها و تفسیرهایشان را از وقایع، فراهم کنند. به عنوان شاهد می‌توان هم از مشاهدات و تجارب گذشته و هم از مشاهدات و تجارب کنونی استفاده کرد. به علاوه، ممکن است برای مددجو، تکالیفی تعیین شود تا او به منظور آزمودن شواهد در فاصلهٔ جلسه‌ها، از آنها استفاده کند. به‌طور

^۱ "What's the Evidence" Technique

متقابل، تفسیرهای واقع گرایانه تر در مورد موقعیت را می توان با استفاده از «تکنیک جایگزین»^۱ مورد نظر قرار داد.

تکنیک جایگزین

این شیوه مستلزم آموزش مددجو به منظور جست و جو و کاوش در تفسیرهای جایگزین از موقعیت (براساس منطق، استدلال و بررسی شواهد، و نه براساس واکنش های عاطفی) است. به مددجویان کمک می شود تا موضوعات و تحریفات موجود در تفکرشان را ارزیابی کنند؛ تحریفات و موضوعاتی که مانع می شود تا آنها به راه حل های سازش یافته تر جایگزین پردازند. به علاوه، به مددجویان کمک می شود تا به جست و جوی راه حل های جایگزین در مورد واقعه مشکل آفرین پردازند و از روی آوردن به راه حل های که «قدیمی» که به صورت عادت درآمده اند، امتناع کنند. این شیوه، به ویژه برای مشکلات ناامیدی و مشکلاتی که از نظر مددجو غیرقابل حل تصور می شوند، بسیار سودمند است. سپس، ممکن است به منظور آزمودن اعتبار تفسیرهای جایگزین و جدید و در زمینه به کارگیری پاسخ های رفتاری جایگزین و نو، تکلیف هایی عملی برای مددجو تعیین شود.

¹ . Alternative Technique

جلسه دهم: اصلاح تحریف‌های شناختی و تکنیک‌های شناختی کنترل خود، بحث گروهی و ارائه فعالیت‌های تکمیلی، براساس آموزه‌های دینی

آموزش در زمینه موارد همبسته با سبک‌های تفکر تحریف‌شده مک‌کی و همکاران (۱۹۸۱)، براساس نظرهای الیس و بک و همکارانشان، چندین روش اصلاحی را در مورد موارد همبسته با سبک‌های فکری تحریف‌شده ارائه کرده‌اند. آگاهی از این موارد، برای تدوین مربوط به تغییر شناختی در مددجویان سودمند است:

۱. **استتاج دلبخواهی یا مبتنی بر شانس:** آموزش به مددجویان برای گردآوری شواهد قوی برای آزمودن نتیجه‌گیری‌هایشان.

۲. **بیش‌تعمیم‌دهی:** آموزش به مددجویان تا بررسی کنند چقدر از شواهد، نتیجه‌گیری‌هایشان را تأیید می‌کند. این کار با فهرست کردن: الف) شواهدی که از نتیجه‌گیری حمایت می‌کنند؛ ب) شواهدی که برخلاف نتیجه‌گیری هستند؛ و ج) نتیجه‌گیری جایگزین، انجام می‌شود.

۳. **کوچک‌نمایی یا بزرگ‌نمایی («فاجعه‌سازی»):** آموزش به مددجویان تا واقع‌گرایانه و بر مبنای آمار و درصد، میزان احتمال رویداد واقعه ترسناک را بیان کنند (برای مثال، بگویند احتمال وقوع واقعه‌ای مشخص ۱۰ یا ۹۰ درصد است).

۴. **تفکر دومقوله‌ای:** آموزش به مددجویان برای اینکه از خودشان بخواهند که اگر به صورت «همه یا هیچ» می‌اندیشند، آن را تغییر دهند و موارد مختلف را به صورت درصدهای محتمل، در نظر بگیرند.

۵. **توهم کنترل:** آموزش به مددجویان برای پذیرش اینکه هر فرد در قبال اتفاقی که برایش رخ می‌دهد، مسئول و مقصر است. قرآن بر این مسئله تأکید دارد و هر فرد را مسئول حوادثی می‌داند که از افکار و رفتارهای او پدید آمده باشد. از این رو می‌فرماید: «کل امری بما کسب رهین»^۲؛ «هر شخصی در رهن چیزهایی است که پدید آورده است و نسبت به آنها مسئول است».

۶. **خطای مربوط به تغییر:** آموزش به مددجویان در مورد اینکه برای ایجاد تغییر باید به خود تکیه کنند نه به دیگران.

۷. **«بایدها»:** به‌کارگیری روش‌هایی برای تغییر «بایدها» که شامل موارد زیر است:

(۱) بررسی اینکه «بایدها» را چه هنگام باید به کار برد و چه هنگام نباید به کار برد؛

^۱ . catastrophizing

۲) مقایسه «بایدهای» مددجو با «خواسته های» مددجو؛

۳) محاسبه و ثبت «بایدهای» خودکار؛

۴) بررسی پیامدهای در نظر گرفتن قاعده «بایدها».

افزایش افکار و خودگویی های مثبت درباره خود

به منظور کاستن از فراوانی افکار منفی، ممکن است به مددجویان روش جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت و متضاد با آنها، آموزش داده شود. بعد از اینکه مددجویان یاد گرفتند افکار منفی تکراری خودشان را مشخص کنند، به آنها آموزش داده می شود تا برای هر فکر منفی، افکار مثبت و متضادی را در ذهن خود ایجاد کنند. برای آنان شرح داده می شود که جایگزین کردن افکار منفی به جای افکار مثبت متضاد، به کنترل احساسات منفی کمک می کند. افکار مثبت متضاد، افکار مثبت یا واقع گرایان های درباره هر واقعه یا موقعیت اند. مجری با مطرح کردن یک فکر مثبت متضاد در برابر هر یک از افکار منفی مددجویان، این روش را در عمل به آنها نشان می دهد. سپس مجری و مددجو نقش های خود را عوض می کنند. مجری می گوید: «حالا من یکی از افکار منفی شما را به زبان می آورم و شما در برابر آن، یک فکر مثبت به من بگویید». با تقویت افکار مثبت و پرورش باور فرد نسبت به افکار منطقی، آنها جایگزین افکار غیرمنطقی خواهند شد. امام علی (ع) می فرماید: «نعم طارد الهموم الیقین»^۱، «شناخت و باور یقینی نسبت به افکار مثبت، ریشه افسردگی که افکار غیرمنطقی است، می خشکاند و افسردگی را درمان می کند».

تغییر تصورات (ادراک های) اجتماعی نادرست

تغییر ادراک های اجتماعی نادرست، برای آن دسته از مددجویانی که به طور مکرر نشانه های اجتماعی را به صورت نادرست تعبیر و تفسیر می کنند، یکی از مولفه های مهم آموزش مهارت های اجتماعی است. به مددجویان آموزش داده می شود تا بین مشاهدات عینی خود از تعامل های اجتماعی و تعبیر و تفسیرهای ذهنی شان از نیت و باورهای دیگران (که اغلب هم نادرست است)، تمایز قایل شوند. از مددجویان خواسته می شود تا از تعامل های اجتماعی آشفته کننده در زندگی روزانه خود، مثال هایی بزنند و بین «مشاهدات» و «تعبیرها و تفسیرهایشان» از موقعیت ها، تمایز قایل شوند. به مددجویان آموزش داده می شود تا به طور دقیق آن چیزی را که دیگران گفته اند یا انجام داده اند، شرح دهند و آنها را «مشاهدات» بنامند. سپس به آنها آموزش داده می شود تا اسنادها، فرض ها، باورها و

^۱ - کنز العمال، متقی هندی، ج ۱۶، ص ۱۸۱، ح ۴۴۲۱۵.

استنتاج‌های خود را دربارهٔ تعامل‌ها، افکار و مقاصد و نیات اشخاص دیگر کشف کنند و آنها را «تعبیر و تفسیر» بنامند. سپس به مددجویان کمک می‌شود تا تعبیر و تفسیرهای غیرواقعی خود را مشخص کنند و آنها را به چالش بکشند و از مقاصد، نیات، باورها و افکار اشخاص دیگر، تفسیرهای جایگزین، متقابل و واقعی‌تری ارائه دهند. امکان دارد مجری با ارائه تفسیرهایی کمتر قضاوت‌گرانه، به مددجو کمک کند.

روش‌های شناختی کنترل خود^۱

روش‌های خودآموزی شناختی، رویکردهایی از نوع بازسازی شناختی‌اند که برای آموزش مددجویان طرح شده‌اند تا آنها بتوانند با دادن دستوره‌های درونی به خود، رفتارهای مشکل‌آفرینی چون عصبانیت شدید، تکانش‌وری ذهنی^۲ و اضطراب را در خود کنترل کنند. به علاوه، از مداخله‌های خودآموزی شناختی (که گاهی به آن آموزش خودآموزی^۳ هم گفته می‌شود)، برای رفع اختلال‌های رفتاری مانند پرخاشگری، سوءمصرف مواد مخدر، و فعالیت بزهکارانه و نیز حل مشکلات و تعارض‌های بین‌فردی استفاده می‌شود. بیشتر مداخله‌های خودآموزی شناختی، یک طرح کلی دارند. ابتدا، مجری چارچوب مفهومی این مداخله‌ها را با استفاده از کلماتی ساده و قابل فهم، برای مددجو توضیح می‌دهد و مفهوم گفته‌های خصوصی^۴ و تأثیر آنها را روی رفتار ارائه می‌کند. در این مورد از امام علی (ع) روایت شده که فرمود: «الْفِكْرُ فِي الْخَيْرِ يَدْعُو إِلَى الْعَمَلِ بِهِ»^۵؛ اندیشه کردن در خوبی‌ها، انگیزه به کار بستن آنها می‌شود». سپس اطلاعات مربوط به گفته‌های خصوصی مددجو یا گفته‌های او به خود هنگام رفتارهای ناکارآمد، با استفاده از طرح زیر، استخراج می‌شود:

موقعیت	بیان سازش‌نیافته	رفتار	پیامد
تهدید شدن از طرف یک نفر	«مجبورم او را بزنم و گرنه به من می‌گویند ترسید»	ضربه به آن فرد	تنبیه از طرف مراقبان

در مرحلهٔ بعد، مجری ماهیت خودتخریب‌گرانهٔ گفته‌های مددجو را که با رفتارهای هدف همراهند، برای او توضیح می‌دهد. گفته‌های سازش‌یافته‌تری را پیشنهاد کرده و شخصاً کاربرد آن را نشان می‌دهد. سپس از مددجویان خواسته می‌شود تا این گفته‌ها را مرور و تمرین کرده و به زبان

^۱. cognitive self - control

^۲. cognitive impulsiveness

^۳. self - instructional training

^۴. private speech

خودشان مطرح کنند. درحالی که در جلسه، به ایفای نقش در موقعیت های مشکل زا می پردازند، برای مرور گفته های جدید هم آموزش می بینند. این ایفای نقش، شامل اجرای رفتارهای ناکارآمد هدف هم می شود. بعدها از آنها خواسته می شود تا به طور مستقل، گفته های درونی ناکارآمد خود را مشخص کرده و از گفته های سازش یافته تری استفاده کنند. سرانجام از مددجو خواسته می شود تا این مهارت های خودشناختی را در موقعیت های روزانه به کار گیرد و پیامدهای آن را یادداشت کند تا این اطلاعات، در جلسه بعد مورد استفاده قرار بگیرد.

جلسه یازدهم: آموزش مهارت کنترل خشم، براساس آموزه‌های دینی

خشم و مهار آن

خشم، پاسخ ما به تفکرات خشمگین کننده درونی ماست که به واسطه احساس و رفتار غیرمنصفانه در ما ایجاد می‌شود. برای مثال ممکن است عده‌ای از مددجویان به خود بگویند «مراقب زندان، به من حساس شده است» (یا به اصطلاح عامیانه: به من گیر می‌دهد) یا «چرا من باید همه وقت خود را صرف انجام کار خسته کننده‌ای کنم که به من واگذار کرده‌اند؟ درحالی که دیگران در حال خوشگذرانی اند؟».

مددجویان چنین تفکراتی را بدون هیچ دلیل منطقی می‌پذیرند، خود را محق می‌دانند و به خود می‌گویند: «من، چنین حالتی را نمی‌توانم تحمل کنم. این غیر قابل تحمل است»، به این ترتیب آنها خشمگین (عصبانی) می‌شوند و برخوردی عجولانه انجام می‌دهند. امام علی بر حذر می‌دارد از اقدام عجولانه یا ستیزه جویی بدون دلیل که اغلب افراد به هنگام عصبانیت و خشم دارند و می‌فرماید: «ایاک و العجله بالأمر قبل أوانها أو التسقط فیها عند امکائها اوللجاجة فیها اذا تنكرت، أو الوهن عنها اذا استوضحت، وضع کل امر موضعه و أوقع کل امر موقعه»^۱، «بر حذر باش از اقدام‌های عجولانه و بدون تأمل، یا ستیزه جویی در چیزی که حقیقت آن روشن نیست یا در مواردی که خیلی روشن است خود را به تجاهل بزنی و (در عذرخواهی) کوتاهی کنی، تلاش کن تا با برنامه‌ریزی خردمندانه هر کاری را در موقعیت مکانی و زمانی مناسب انجام دهی». در زمینه ارتباط خشم و برخورد ناپسند، از امام علی (ع) روایت شده که فرمود: «مَنْ لَمْ تَحْسُنْ خَلَاتِقَهُ، لَمْ تَحْمَدْ طَرَائِقَهُ»؛ «کسی که طبیعت و خویش نیکو نباشد، روش‌های عملی او، پسندیده نخواهد بود». گاهی نتایج زودرس خشم تا حدودی رضایت بخش است؛ به طوری که به آنها احساس تسلای گذرا و فروکش کننده تنش دست می‌دهد. گاه دیده می‌شود افراد از خشمناک شدن خود لذت می‌برند، زیرا این حالت به آنها کمک می‌کند تا بتوانند با موقعیت‌های تنش‌زا مقابله کنند. آنها از خشم به عنوان یک عامل محرک و نیرودهنده و وسیله اولیه یا اسباب ابراز احساسات خود بهره می‌گیرند. به طور کلی، خشم و عصبانیت به یک وسیله دفاع شخصی تبدیل می‌شود، زیرا بر نحوه برخورد و ابراز احساس و لحن صدا اثر می‌گذارد، موجب بدرفتاری، تجاوز به حقوق دیگران و از دست رفتن تسلط فرد می‌شود. به علاوه، ارتباطات با معنای او را کاملاً از بین می‌برد و موقعیت حاکم را از مرحله بد به بدتر می‌کشاند. همچنین خشم برای این گونه افراد مساوی با قدرت محسوب می‌شود. وقتی در معرض شکست، تحقیر و تحت فشار

^۱ - نامه ۵۳، نهج البلاغه.

^۲ - غرر الحکم، ترجمه خوانساری، ج ۵، ص ۴۶۲.

اضطراب قرار داشته باشیم، به ظاهر ترجیح می دهیم، عصبانی و قدرتمند ظاهر شویم تا نگران، ترسیده و مشوش.

اثرهای خشم اغلب مخرب است و به ایراد ضربات جسمی یا روانی بر خود و دیگران منجر می شود؛ استعدادها و توانایی های انسان ها را ویران می سازد و نیز موجب ایجاد احساس پشیمانی، نوعی شرمندگی و عذاب وجدان می شود. ریموند نواکو^۱ در دانشگاه کالیفرنیا در بررسی موضوع «خشم، سهم به سزایی دارد. وی و آلبرت الیس^۲ هر دو به این نتیجه رسیدند که احساسات خشم آلود همگی با تفکر غیرعقلانی و غیرمنطقی فردی در مورد موضوع و موقعیت خاص در شخص به وجود می آید. این تفکرات و یا باورها به طور کلی تابع توالی زیرند:

۱. تو به دلیل برخورد غیرمنصفانهات با من، فرد ناشایسته ای هستی؛

۲. من نمی توانم تحمل کنم با من چنین رفتاری شود؛

۳. تو اجازه نداری با من چنین رفتاری داشته باشی و من هم تحمل نمی کنم؛

با چنین تفکری، به دو نتیجه خواهید رسید:

الف) شخصی که با شما بدرفتاری کرده است، انسان بدی است و

ب) با شما غیرمنصفانه رفتار شده است.

این دو باور بدون تردید شما را به عصبانی شدن و برخورد خشم آلود سوق می دهد. در **حالت اول**، شما رفتار فرد را با تمام وجود او مساوی گرفته اید. وقتی می گوئید: فلانی ابله است. در واقع شما برچسب ابله را یکباره و به طور کلی به وی نسبت داده اید و پیش خود چنین برداشت می کنید که هرگز از وی انتظاری غیر از رفتار ابلهانه نخواهید داشت. به طور مشابهی، اگر او را فردی خشن، سخت، پست و متظاهر معرفی کنید، کم و بیش هرچه او در آینده انجام دهد، شما را عصبانی خواهد ساخت، چرا که شما از وی انتظار انسانی احمق، ناخوشایند یا کینه ای و انتقام جو دارید (همان مواردی که یک بار در ذهن خود به او نسبت داده اید). این عدم توانایی و نارسایی در تمایز قائل شدن بین شخصیت کلی یک فرد و رفتار او، به بروز و پیدایش موارد مهار نشده ای از عصبانیت منجر می شود. بی گمان در مواردی برای افراد پیش می آید که رفتاری ابلهانه یا ناشایست داشته باشند. اما این بدان معنا نیست که آنان همیشه افرادی ابله یا ناشایسته اند. با درک و تفکیک رفتار یک شخص از شخصیت کلی وی در موقعیتی، می توان بی طرفانه و بی هیچ غرض ورزی به تجزیه و تحلیل موقعیت پرداخت و واکنش خشم آلود خود را تغییر داد. در **حالت دوم**، مددجویان اغلب شکایت دارند که برخورد تبعیض آمیز مراقب ها با آنها و یا رفتارهای

^۱. Reymond Novaco

^۲. Albert Ellis

نامطلوب برخی مددجویان دیگر و یا هرگونه کاستی در سلامت و یا اهداف و افکارشان غیرقابل تحمل است. این طرز فکر «غیر قابل تحمل دانستن» به اینجا منتهی می‌شود که دنیا را محیط بی‌عدالتی و بی‌انصافی تصور کنند و پندارند که نباید چنین باشد و همین مسئله آنها را عصبانی و متشنج‌تر سازد. همین طرز تلقی درباره بی‌عدالتی حاکم بر دنیا پایه غضب و خشم را محکم و ادامه و بقایش را تضمین می‌کند.

بررسی تفکرات خود

از آنجا که تفکرات شما علت‌های اصلی احساسات شما هستند، لازم است ابتدا افکار خود را به چالش بگیرید و درباره روش‌ها جدل کنید. دفعه بعد که مراقب‌ها و یا سایر مددجویان و یا اعضای خانواده شما حرفی می‌زنند که نوعی احساس بی‌عدالتی و بی‌انصافی در شما یا توهین برای شما به وجود می‌آید و به خود می‌گویید: «آنها نباید با من چنین کاری می‌کردند، من به حساب آنها خواهم رسید و تلافی خواهم کرد»، این طرز فکر خشم‌آلود می‌تواند فرصتی به شما بدهد تا آن را در جهت عکس، یعنی بیرون آمدن از خشم به کار بگیرید. عجلانه عمل نکنید، بلکه فرایند مبارزه را علیه افکار خود آغاز کنید. می‌توانید از روشی استفاده کنید که به آن روش «دو ستونی» می‌گویند. به این ترتیب که در یک طرف صفحه تفکرات خشم‌آلود خود و در طرف دیگر آن، جایگزین‌های منطقی‌اش را بنویسید. در نمایه زیر تعدادی از اظهارات خشم‌برانگیز و عکس آنها یعنی فرونشاندن خشم را متذکر می‌شویم.

نمایه ۱. نمونه ای از اظهارات خشم برانگیز و فرونشاندۀ خشم

مسکن خشم

این حرف بی معناست. همه که با معیارها و طرز تفکر من زندگی نمی کنند، پس چطور می توانم در مورد آنها و عملکردهایشان حکم کلی صادر کنم؟! در ضمن، مردم اغلب همان رفتاری را با من دارند که من با آنها دارم، شاید همیشه هم این طور نباشد!

این خیلی خوب است که مردم همیشه قدرشناس باشند، ولی خوب! گاهی هم این اتفاق نمی افتد!

من از کسی طلب کار نیستم. چه کسی گفته است من باید همیشه موفق باشم!؟

تمام مردم این موقعیت را دارند که عصبانی بشوند، ولی آیا اینکه من عصبانی بشوم به معنای برتری من است یا اساساً فایده و سودی برای من دارد؟ اصلاً محاسن و معایب عصبانی شدن من چیست؟

محرک خشم

مردم نباید با من چنین کاری بکنند. من چنین کاری با آنها نمی کردم.

اگر من با کسی خوب برخورد کردم، او باید از من قدردانی کند.

اگر برای به دست آوردن چیزی تلاش می کنم، حتماً باید آن را به دست آورم.

اگر کسی با من برخوردی غیرمنصفانه کرد، من حق دارم عصبانی بشوم.

این گونه انتقاد از فکر کردن شما چیزی نیست که موجب تغییراتی آنی در زندگی شما بشود، بلکه این مسئله نیازمند نظم و تلاش مداوم است، چراکه در بیشتر ما تمایلات بالقوه ای به خشم وجود دارد. با این حال، بدان معنا نیست که ناگزیر به چنان رفتاری باشیم. شما می توانید انتخاب کنید که چنین نباشید، می توانید آزادانه بیندیشید، مباحثه کنید و سرانجام به گونه ای متفاوت عمل کنید. باور مهم دیگری که باید روی آن کار کرد، این است «خود را بی قید و شرط قبول داشته باشید». یعنی برای مثال حتی اگر عصبانیت شما گاهی بروز می کند یا حتی اگر پی در پی این گونه می شوید و این مسئله موجب آزار شما و دیگران می شود، اعتراف کنید که ممکن است رفتار بدی از شما سرزده باشد، ولی این بدان معنی نیست که شما انسان بدی هستید. مفهوم قبول بی قید و شرط خود در غلبه بر عقاید غیرمنطقی مهم است. اگر خود را موجودی بی ارزش و مهارنشدنی می دانید، معلوم می شود هیچ تمایلی ندارید که رفتار غیرارادی و شکست خود را کنترل کنید.

روش‌های عاطفی

یک روش سودمند برای کنترل خشم، تصویرسازی ذهنی عاطفی-منطقی^۱ است. این روش بدین صورت است: یک موقعیت یا یک سلسله‌ای از وقایع را تا آنجا که می‌توانید، روشن، کامل و فشرده در خیال مجسم کنید؛ واقعه‌ای که شما را مشوش کرده باشد، برای مثال مشاجره‌ای که با یکی از مددجویان یا مراقب‌ها داشته‌اید. ممکن است ابراز خشم‌تان در مقابل آنها انجام شده باشد یا در زمانی که کسی به شما ناسزایی گفته است یا به ناحق اتهامی به شما زده باشند. بگذارید احساسات شما با شدت هرچه تمام‌تر از درون شما فوران کند. بگذارید چنین احساساتی به‌طور کامل چند دقیقه وجود شما را دربرگیرد. حال دوباره همان صحنه‌ها را تصور کنید. آن لحن ناخوشایند، آن تهدیدها، نگاه‌های سایر مددجویان که حاکی از بی‌اعتمادی نسبت به شما بوده است. اما این بار واقعاً بکوشید تا احساسی متفاوت داشته باشید. با تمام توان خود سعی کنید به جای شدت عصبانیت، رنجیدگی و ناامیدی را حس کنید. نگاه دقیقی به آنچه انجام داده‌اید تا احساساتتان را تغییر دهید، بیندازید. اگر احساسات خشم‌آلود شما، آن‌گونه که تلاش کردید تا به گونه‌ای رضایت‌بخش تعدیلشان کنید، تغییر نکرد، این تصورات ذهنی را از حوادث ناگوار همچنان ادامه دهید و همین‌طور روی احساسات خود کار کنید تا این که بتوانید حس خشم را به نوعی حس رنجیدگی تبدیل کنید. حالا توانسته‌اید احساساتی را در خود خلق کنید. پس می‌توانید آنها را تغییر دهید. اگر تمرین تصورات منطقی-عاطفی را به مدت چند هفته حداقل ده دقیقه در روز ادامه دهید، درخواهید یافت وقتی در مورد صحنه‌ای می‌اندیشید که به‌طور طبیعی شما را عصبانی خواهد کرد، خود به خود این احساس به جای خشم به نوعی رنجش و ناامیدی تبدیل خواهد شد. چرا که شما خود را برای این کار آموزش داده‌اید.

گونه‌ی دیگری از این شیوه این است که به خاطره‌ای بسیار خوشایند از فردی بیندیشید که درحال حاضر از او عصبانی هستید. وقتی آن خاطره خوب را تصور می‌کنید در واقع، احساسات خوبی را نسبت به آن شخص به خود القا می‌کنید. همین مراحل را در تصورات خود ادامه دهید و روی آن احساسات خوب مکث کنید تا این که آنها بر احساسات خصومت‌آمیز شما غلبه کنند. شما می‌توانید احساسات خشنی داشته باشید، احساساتی که خشم را نیز دربرمی‌گیرد. وجود این احساسات را تأیید کنید نه اینکه آنها را رد کنید. یک الگوی شناختی-رفتاری به شما نشان خواهد داد که چگونه می‌توان به‌طور مناسب، احساس ناراحتی، ناخوشایندی یا ناخرسندی را جایگزین خشم و تندی کرد. بسیاری

^۱ . rational emotive imagery

از مردم می توانند از آگاهی نسبت به تنش و خشم درون خود به نحوی استفاده کنند که همچون علامتی ظاهر شود و موجبات درمان و مقابله آنها را فراهم سازد.

تمرین های رفتاری

به غیر از کار کردن روی فکر و احساسات، استفاده از شیوه های زیر در مواردی که شما به ویژه کارهایی را برای کاهش پاسخ خشم و غضب خود انجام می دهید، حائز اهمیت است. شیوه های مورد استفاده عبارت بودند از:

مواجهه با موقعیت های محرک خشم

در این روش فرد به جست و جو و یافتن موقعیت هایی می پردازد که اطمینان دارد با ایشان غیرمنصفانه رفتار شده است. برای مثال، فرد یا گروه خشمگینی را در نظر می گرفتند که چنین رفتاری از آنها قابل پیش بینی بود. آنها اغلب منتظر موقعیت هایی می شدند که فردی به غرض حرف آنها را قطع کند، به آنها تنه بزند، بی نوبت وسط صف ببرد یا بی ادبانه با آنها رفتار کند. آنها در این تمرین بایست در عمل سعی می کردند چیزی نگویند. حال آن که در گذشته آنها واکنش مشابه حالت تدافعی قلبی، با خشم و عصبانیت تمام انجام می دادند و اکنون به عمد ساکت باقی می ماندند. هدف از این رفتار این بود که به محرک های عصبانی کننده پاسخی کاملاً متفاوت بدهند. البته آنها چنین درس نمی گرفتند که همیشه در مقابل برخوردهای برانگیزنده با دیگران این گونه عمل کنند. در چنین موقعیت هایی آنها قدرت انتخاب واکنش های متفاوت را نیز می یافتند.

بازی نقش

این شیوه با تلاش های مورنو^۱ (مؤسس نمایش اخلاقی) توسعه یافته است. افراد یا اعضای گروه، صحنه هایی را تمرین می کردند که در آن پاسخ طبیعی خشم را نسبت به محرک ها ارائه می دادند. سپس این عمل را در همان موقعیت، ولی با پاسخی بدون ستیزه جویی مرور و تمرین می کردند. برای مثال در جلسه ای، یکی از اعضای گروه پاسخ عصبی و خشم آلودش را به فردی که خود را در صف جلو او انداخته بود، به صورت نقش بازی کردن که مثلاً چگونه عصبانی می شود و بعد عصبانیت او بالا می گیرد، شروع به غرغر کردن پیش خودش می کند و در نهایت خیلی غضبناک می شود. در نقش جایگزین آن هم افکار خشم آلود خود را انکار می کند، و به فروشنده بلیت با متانت و آرامی می گوید:

^۱ . Moreno

«می‌بخشید، فکر می‌کنم نوبت بعد مال من است». آنها دریافتند که با بازی کردن این نقش بهتر می‌آموزند که چگونه پاسخ‌های سازنده را به کار برند.

اصول غلبه بر خشم

در زمینه راه‌های مقابله با خشم، در حدیثی از امام علی (ع) روایت شده که فرمود: «احترسوا من سورة الغضب و اعدوا له ما تجاهدونه به من الکظم و الجلم»؛ «از تندی خشم، خود را نگه‌دارید و ابزار مبارزه با آن یعنی فروخوردن خشم و بردباری را در مقابل آن آماده سازید».

این اصول بر پایه کارهای نوآکو^۱ قرار دارد و به کسانی تقدیم می‌شود که از برنامه‌های کنترل خشم استفاده می‌کنند.

خویشتن‌پذیری: گاه و یا شاید بیشتر اوقات عصبانی شدن با تردید در خود یا عدم اطمینان به خود یا نوعی احساس تهدید از جانب دیگری ارتباط دارد. این موضوع همیشه مهم است: «به یاد داشته باشید که شما فردی ارزشمندید و در شما خصوصیات بسیار خوبی نهفته است».

وظیفه‌گرایی: گاه شما عصبانی می‌شوید، چون همه چیز را از دیدگاه خود می‌بینید، در صورتی که نیاز به چنین برداشتی نیست. حتی وقتی کسی به‌طور مستقیم به شما اهانت یا حمله می‌کند می‌توانید خشم خود را مهار کنید. با وظیفه‌گرا ماندن و با تمرکز و دقت روی این موضوع که «باید آن طور که صلاح است کارم را انجام دهم و به هدف مورد نظرم برسم»، به کار خود پردازید. این اهانت که فقط به شخص شما شده است، نباید موجب شود از کار عادی خود منحرف و درگیر مبارزه‌ای غیرضروری شوید. تحریک شخص مقابل خود را خوب شناسایی کنید، اما همچنان وظیفه‌گرا مانید و به کار خود ادامه دهید.

انتخاب رفتارهای جایگزین: گاهی شما فقط به این دلیل عصبانی می‌شوید که همواره در برخورد با نوعی موقعیت از خود خشم نشان داده‌اید. چنانچه روش‌های جایگزین دیگری را در واکنش به تحریکات یاد بگیرید، کمتر دست به دامان پاسخگویی با خشم خواهید شد.

شناسایی علائم خشم: یکی از مهم‌ترین کارهایی که می‌توانید در کنترل خشم خود انجام دهید، این است که علائم یا نشانه‌های تحریک در بروز خشم‌تان را هرچه سریع‌تر قبل از بروز آنها شناسایی کنید. هرچه در این تشخیص تندتر و سریع‌تر عمل کنید، می‌توانید با قدرت بیشتر، مدار حرکت خشم را کوتاه‌تر سازید. هرچه درجه خشم شما بالاتر رود، پرخاشگر و آشفته‌تر می‌شوید و آنگاه اعمال

^۱ - میزان الحکمه، ج ۹، ص ۴۳۲۸، ج ۱۴۹۹۴.

خشن و ستیزه جویانه، شما را دچار مشکل می کند. درعین حال، همان گونه که می آموزید چگونه به راحتی آرامش خود را به دست آورید، توانایی شما در مهار کردن خشم رشد می یابد.

از دست دادن کنترل: گاهی شما به این دلیل عصبانی می شوید که احساس می کنید فرصت هایی از دست شما می روند و می خواهید آنها را در اختیار داشته باشید. اما اگر بتوانید به خود آموزش دهید و خشم خود را مهار کنید، موقعیت مطلوب را در اختیار خواهید گرفت. بهترین راه برای تسلط بر یک موقعیت این است که وقتی بیشتر مردم منتظرند یا می خواهند شما آرامش و خونسردی خود را از دست بدهید، آرام بمانید.

می توانید با وجود تحریکات محیط، مصمم، جدی و معقول به کار خود ادامه دهید. همچنان که می آموزید، چگونه موارد تحریک کننده را مرحله به مرحله پشت سر بگذارید، بهتر می توانید مسائل را حل کنید و این راه دیگری است که می تواند به شما در کنترل موقعیت ها کمک کند.

دیدگاه صحیح: شما اغلب کارهای خوبی را که انجام داده اید فراموش می کنید یا به آنها توجه ندارید. اما هرگز خود را از درگیری با اشتباهات و خطاهای خود رها نمی کنید. باید به خاطر بسپارید وقتی در مهار خشم خود موفق شدید، به خود تبریک بگویید و اجازه دهید تا اثر خوشایند حاصل از آن را درک کنید.

جلسه دوازدهم: آموزش مهارت‌های کنترل خود و هوشیاری، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی، براساس آموزه‌های دینی

مجری کارگاه می‌تواند به مددجویان آموزش دهد تا برای کنترل رفتارهای ناکارآمد مختلف، از مهارت‌های خودهشیاری و دیگر مهارت‌های مهار خود بهره گیرند. در زمینه اهمیت توجه و کنترل خود به جای کنترل دیگران بر فرد، امام علی (ع) فرمود: «... و معلّم نفسه و مؤدّبها أحقّ بالاجلال من معلّم النّاس و مؤدّبهم»؛ «کسی که معلم و مربی خود است، از معلم و مربی دیگران به اجلال و اکرام، سزاوارتر است». نمونه‌هایی از رفتارهای ناکارآمد در این زمینه مانند سوء مصرف مواد، الکل و درگیری است. فرد با یادگیری مهارت‌های کنترل خود، افزون بر کاستن از فراوانی رفتارهای ناخواسته، ممکن است تکرار و فراوانی رفتارهای مطلوب را نیز افزایش دهد. مددجو می‌تواند با همکاری مجری از مهارت‌های زیر استفاده کند:

۱. به تعویق انداختن عمل نامطلوب؛
۲. پرداختن به رفتارهای حرکتی و شناختی جایگزین؛
۳. مشخص کردن فعالیت‌هایی برای خود که مستلزم تلاش‌اند؛
۴. مرور پیامدهای مثبت کنترل خود؛
۵. استفاده مشروط از انتقاد از خود^۲ و تشویق خود.

فعالیت: حفظ کنترل درونی

مجری کارگاه پرسشنامه شش سؤالی مربوط به کنترل درونی را در بین اعضا توزیع می‌کند و از آنها می‌خواهد پرسشنامه را تکمیل کنند. سپس با تحلیل نتایج بحث گروهی را ادامه می‌دهد. ببینید با عبارات زیر موافق‌اید یا مخالف.

^۱ - بحار الانوار، ج ۲، ص ۵۶، ح ۳۳.

^۲ self-criticism

کاملاً موافقم موافقم مخالف کاملاً مخالفم

- ۱- کنترل کمی بر روی مسائلی که برایم اتفاق می افتد دارم.
- ۲- واقعاً به هیچ ترتیبی نمی توانم برخی از مشکلات خود را حل کنم.
- ۳- کار زیادی برای تغییر مسائل مهم زندگی ام نمی توانم بکنم.
- ۴- اغلب در برخورد با مشکلات زندگی احساس درماندگی می کنم.
- ۵- اتفاقاتی که برای من می افتند، اغلب نتیجه کارهای خودم است.
- ۶- برای هر کاری که ذهنم آماده باشد، قادر به انجامش هستم.

اگر شما با عبارتهای ۴ و ۳ و ۲ و ۱ مخالف و با عبارات ۶ و ۵ موافق اید، بدین معنی است که بر زندگی خود تسلط و کنترل دارید. پژوهشگران دریافته اند که افراد دارای احساس کنترل قوی، در مقایسه با افرادی که احساس می کنند بخش عمده ای از زندگی شان خارج از کنترلشان است، از تنش روان شناختی و فیزیکی کمتری رنج می برند (فولکمن، لازاروس، گروین و دلانگیس، ۱۹۸۶؛ پیرلین و اسکولر، ۱۹۷۸).

افراد در برداشت هایشان از میزان کنترلی که بر زندگی شان دارند، متفاوت هستند. افرادی که مسئولیت وقایعی را که برایشان اتفاق می افتد می پذیرند، «درونی ها» نامیده می شوند، زیرا آنها دارای کانون کنترل درونی اند و برعکس کسانی که معتقدند بیشتر مسائلی که برایشان اتفاق می افتد، خارج از کنترلشان است «بیرونی ها» نامیده می شوند، زیرا آنها دارای کانون کنترل بیرونی اند. ذکر این نکته مهم است که ما به عنوان افراد درونی یا بیرونی به دنیا نمی آییم. کانون کنترل شما براساس یادگیری و تجارب شما در جریان رشدتان ایجاد می شود. مطلب مهم تر اینکه چون کانون کنترل مبتنی بر ادراکات فرد از زندگی است، بنابراین می توان آن را دوباره ارزیابی کرد و تغییرش داد.

موارد زیادی در زندگی وجود دارد که خوب است کنترل درونی نسبت به آنها داشت. برای مثال درونی ها در مقایسه با بیرونی ها از پیشرفت زیادی برخوردارند، زیرا آنها در مقابل شکست هایشان واکنش منفی کمتری از خود نشان می دهند و از موفقیت هایشان نیز رضایت شخصی بیشتری کسب می کنند. درونی ها بیشتر تمایل دارند تا با رویدادهای تنش زای زندگی با روش مسئله گشایی مقابله کنند، به ویژه زمانی که بر روی رویداد تنش زا کنترل دارند (پارکر، ۱۹۸۴). بیرونی ها احتمال زیادی وجود دارد که به رویدادهای قابل کنترل از طریق تخیل و تفکر آرزومندانه واکنش نشان دهند. همچنین درونی ها بیشتر مستقل اند. آنها در قبال رویدادهای زندگی و سلامت جسم و روان خود مسئولیت بیشتری می پذیرند (لفکورت، ۱۹۷۶؛ فاریس، ۱۹۷۶).

افراد درونی به باورهای زیر بیشتر اعتقاد دارند:

- __ سرانجام، افراد در دنیا احترامی که شایسته آنند، به دست می‌آورند.
- __ موفقیت نتیجه تلاش زیاد است، شانس، نقش کمتری در موفقیت افراد دارد.
- __ بدبختی‌های افراد نتیجه اشتباهات خودشان است.
- __ کسانی که نمی‌توانند کاری کنند که دیگران آنها را دوست داشته باشند، نمی‌دانند که چگونه با دیگران همراه شوند.

افراد بیرونی بیشتر به باورهای زیر معتقدند:

- __ متأسفانه بیشتر اوقات ارزش فرد هر قدر هم که بکوشد، ناشناخته می‌ماند.
- __ به دست آوردن شغل خوب بیشتر بستگی به شرایط زمانی و مکانی دارد.
- __ بسیاری از رویدادهای ناخوشایند در زندگی مردم تا اندازه‌ای به علت بدشانسی است.
- __ هر قدر هم که سعی خودمان را بکنیم، باز هم بعضی‌ها از ما خوششان نمی‌آید.
- __ سعی زیاد از حد برای راضی کردن مردم چندان فایده‌ای ندارد، اگر قرار است آنها از آدم خوششان بیاید، می‌آید.

مقابله کردن مستلزم طرح‌ریزی، مسئله‌گشایی و یادگیری و به‌کار بستن مهارت‌های جدید است. مقابله کردن مبتنی بر نگرش خود مسئولیت‌پذیری و داشتن تسلطی فعال بر روی مسائل زندگی است. افراد بیرونی اغلب ضعیف مقابله می‌کنند، زیرا هنگام ارزیابی اولیه رویدادهای زندگی، امید کمتری دارند که بتوانند کاری انجام دهند (لفکورت و دیویدسون _ کاتز ۱۹۹۱). ارزیابی ثانویه افراد بیرونی نیز تنش‌زاست، زیرا آنها از بازشناسی راه‌حل‌ها و امکانات مختلف ناتوانند. بیرونی‌ها به علت اینکه به زندگی نگرش مقابله‌ای ندارند، به دشواری می‌توانند به‌طور فعال و با اتکا به خود به مشکلات زندگی واکنش نشان دهند.

افراد درونی رویدادهای تنش‌زا را هنگام ارزیابی اولیه به عنوان چالش‌های حل‌شدنی تلقی می‌کنند تا تهدیدات ناراحت‌کننده. ارزیابی ثانویه افراد درونی بیشتر امیدبخش است، زیرا آنها می‌دانند که مهارت‌های مقابله‌ای مفیدی در اختیار دارند. باتوجه به اینکه افراد درونی رویدادهای بالقوه تنش‌زا را به جای تهدید به عنوان چالش‌هایی در زندگی تلقی می‌کنند، از این رو آنها به اندازه افراد بیرونی مستعد داشتن واکنش هیجانی یا اجتنابی به موقعیت‌ها نیستند. افراد درونی انرژی خود را صرف به‌دست آوردن اطلاعاتی می‌کنند که برای حل مشکلاتشان لازم دارند. آنها می‌دانند که باید مواظب خودشان باشند و مسئولیت یادگیری آنچه را برای حفظ سلامت جسمی و روانی‌شان لازم است، می‌پذیرند.

اگرچه به دست آوردن کانون کنترل درونی هدف مفیدی است، اما نباید خود را مجبور کنید تا واقعیت ها را نادیده بگیرید. رویدادهای زیادی در جهان وجود دارند که شما نمی توانید آنها را کنترل کنید، و اگر غیر از این فکر کنید، احمقانه است. سرزنش کردن خود به دلیل اتفاقات، فجایع یا حتی ناکامی های کوچکی که مسئولشان نیستید، کار درست و مفیدی نیست. اغلب شما با رویدادهایی در زندگی برخورد می کنید که دلتان می خواهد تغییرشان دهید، ولی نمی توانید. وقتی چنین حالتی اتفاق می افتد، بهترین برخورد این است که این رویدادهای زندگی را به عنوان واقعیت بپذیرید و با استفاده از کانون کنترل درونی خود، انطباقی ترین راه ها را برای سازگاری با آنها پیدا کنید.

جلسه سیزدهم: آموزش مهارت‌های ارتباطی، بحث گروهی، ارائه فعالیت‌های تکمیلی، براساس آموزه‌های دینی

مهارت‌های ارتباطی را می‌توان در جلسه‌های انفرادی و جلسه‌های درمان گروهی، آموزش داد. دو نوع مهارت آموزش داده می‌شود تا افراد آنها را به دفعات، به تنهایی یا در جلسه‌های گروهی تمرین کنند. در زمینه اهمیت برخورد صحیح و پسندیده با دیگران و شیوه‌های آن، امام علی (ع) فرمود: «و آمرک بالرفق فی امورک ... و العفو عن الناس و حسن السیره ما استطعت ..»^۱، «... سفارش می‌کنم تو را که در امور مربوط به خود، ملایمت را رعایت کنی ... و از خطای مردم درگذری و تا می‌توانی به خوبی و با روش پسندیده با آنان برخورد کنی ...».

این مهارت‌ها عبارتند از:

۱. سبک پاسخ‌دهی کلامی کارآمد؛

۲. مهارت‌های گوش کردن فعال.

در زمینه آموزش روش‌های پاسخ‌دهی کلامی کارآمد، گوردون^۲ (۱۹۷۰) پیشنهاد می‌کند افراد ابتدا از انواع پاسخ‌های کلامی که در تعامل با یکدیگر از آنها استفاده می‌کنند، آگاه شوند. می‌توان فهرست سبک‌های زیر را که گوردون تهیه کرده است، به افراد نشان داد و از آنها خواست تا سبک‌های عاداتی خود را مشخص و تعیین کنند:

۱. دستور دادن، فرمان دادن، جهت دادن؛

۲. تذکر دادن، هشدار دادن، تهدید کردن؛

۳. شویق و ترغیب کردن، اخلاقی‌سازی، موعظه کردن؛

۴. نصیحت کردن، پیشنهاد یا راه‌حل دادن؛

۵. سخنرانی کردن، آموزش دادن، ارائه بحث منطقی؛

۶. قضاوت کردن، انتقاد کردن، مخالفت، سرزنش کردن؛

۷. تحسین و تمجید کردن، موافقت و تأیید کردن؛

۸. لقب دادن، مسخره کردن، خجل کردن؛

۹. تعبیر و تفسیر کردن، تحلیل کردن، تشخیص‌های (مرضی) دادن؛

۱۰. اطمینان دادن، همدلی کردن، مشورت و راهنمایی کردن، حمایت کردن؛

۱۱. کاوش و غور کردن، سؤال کردن، تحقیق و استنتاج کردن؛

^۱ - بحار الانوار، ج ۲۸، ص ۸۸، ح ۳.

^۲ Gordon

۱۲. کناره گیری کردن، حواس خود را به کار دیگر دادن، شوخی کردن، فکر خود را منحرف کردن سپس از افراد خواسته می شود تا به واکنش دیگران به این سبک های پاسخ دهی کلامی توجه کنند. سبک های خاصی که پاسخ های نامطلوب را در افراد ایجاد می کنند، به عنوان اهداف تغییر در نظر گرفته می شوند. مجری کارگاه ممکن است سبک های جدید و کارآمدتر پاسخ دهی کلامی را به افراد نشان و آموزش دهد. سپس به آنان آموزش داده می شود تا هنگام تعامل با یکدیگر، هم در خانه و هم در جلسه های درمان، این سبک ها را آزمایش کنند.

در آموزش مهارت های گوش کردن فعال، مجری کارگاه ابتدا شرح می دهد که گوش کردن فعال، چگونه سبب می شود تا افراد به راحتی در مورد مشکلات و نگرانی هایشان بحث کنند. در زمینه تأثیر خوب گوش دادن و اهمیت خوب درک کردن، امام علی (ع) می فرماید: «حسن الاستدراک عنوان الصلاح»^۱، «خوب گوش کردن برای درک بهتر، فرد را به صلاح و شایستگی می برد». مجری با استفاده از موارد زیر می تواند مهارت گوش دادن فعال را الگودهی کند و سپس مراجعان با ایفای نقش آنها را در جلسه تمرین کنند:

شخص فردی شنونده است.

فرد مشاور است.

فرد می خواهد به دیگران کمک کند.

فرد طرف مشورت است.

فرد به دیگران کمک می کند تا به راه حل هایی که خود انتخاب کرده است، عمل کند.

فرد راه حل های دیگران را می پذیرد.

فرد اساساً به نیازهای دیگران علاقه مند است و به آنها توجه می کند.

فرد منفعل تر و پذیرا تر است.

هدف از آموزش مهارت های ارتباطی حین جلسه های گروهی، آموزش ارتباط شفاف است تا آنکه قواعد و دیدگاه ها، به جای آنکه مبهم و نامشخص باشند، آشکار و واضح بیان شوند. در زمینه اهمیت گفت و گو و مذاکره و تأثیرات آن بر ارتباط مؤثر، پیامبر اکرم (ص) فرمود: «تذاکروا و تلاقوا و تحدثوا فانّ الحديث جلاء للقلوب، انّ القلوب، لثّرين کم یُرىن السیف و جلاؤها الحديث»^۲؛ «با یکدیگر ملاقات کنید، مذاکره نمایید و گفت و گو داشته باشید، زیرا گفت و گو موجب صفای دل ها می شود، دل ها زنگار پیدا می کنند، همان طور که شمشیر زنگ می زند و صفا و جلای آن با گفت و گو به دست می آید». همچنین سعی می شود تا کیفیت رابطه اعضای گروه از راه تسهیل سبک های ارتباطی

۱- میزان الحکمه، ج ۱۰، ص ۱۴۲-۳۲۱.

۲- اصول کافی، ج ۱، ص ۴۱، ح ۸.

حمایت‌کننده (که ویژگی آنها، همدلی و تلاش برای فهم دیدگاه سایرین است) بهبود یابد. مجری در حال مشاهده تعامل‌های گروهی، تعامل‌های سازش‌نایافته‌ای را که موجب تداوم تعارض‌های ناخواسته و نامطلوب بین افراد می‌شود، مشخص می‌کند. سپس، اعضای گروه را تشویق می‌کند تا این الگوهای ارتباطی جدید را همان‌گونه که در مورد آنها در جلسه صحبت می‌شود، به‌کار ببندد. بازخورد باید فوری، خاص و مشخص، مختصر، و بدون هیچ‌گونه سرزنش باشد. الگودهی و آموزش باید با سطح آموزشی و زمینه فرهنگی گروه، مطابق و متناسب باشد. مجری، اعضای گروه را تشویق می‌کند تا اظهارات مثبتی را که باید الگو قرار گیرند، در قالب کلمات مطرح خود بیان کنند.

قرارداد وابستگی

قرارداد وابستگی، یک شیوه درمانی رفتاری است که به موجب آن، به منظور مبادله پاداش برای ابراز رفتارهای مطلوب بین اعضای گروه، توافقی‌هایی صورت می‌گیرد. اساساً، در این نوع قرارداد، افراد متعهد می‌شوند تا پس از آنکه فرد تغییرات مقدر شده را در خود به‌وجود آورد، آنها نیز مواردی را در خود یا محیط، تغییر دهند. اساس قرارداد وابستگی، یک قرارداد رفتاری است که منظور از آن، برنامه‌ریزی برای مبادله تقویت‌های مثبت بین افراد است. مبادله‌های متقابل با مشخص کردن اینکه چه کسی، باید چه کاری را برای چه کسی و در چه شرایطی انجام دهد، شکل می‌گیرند. تقابل بر آن دلالت دارد که افراد، حقوق و وظایفی دارند و اینکه تقویت‌کننده‌های مثبت را براساس «چیزی در قبال چیز دیگر» به یکدیگر عرضه می‌کنند.

جلسه چهاردهم: آموزش ایمن سازی^۱ در برابر استرس، بحث گروهی و ارائه فعالیت های تکمیلی، براساس آموزه های دینی

در جریان آموزش ایمن سازی در برابر استرس، مددجویان با ماهیت، ساز و کار و پیامدهای استرس آشنا می شوند و یاد می گیرند که برای کنار آمدن با انواع استرس های روزمره زندگی و استرس هایی که یکپارچگی فیزیکی و روان شناختی آنها را تهدید می کند، شیوه های مناسب و واکنش های اثربخش داشته باشند. آموزش ایمن سازی در برابر استرس الگوی پیشگیرانه و درمانی مرکب از برنامه های آموزشی نیمه سازمان یافته و از نظر بالینی حساس اطلاق می شود که دارای سه مرحله اساسی است:

۱- **مرحله اول:** مفهوم سازی مشکل^۲ که محور اصلی در این مرحله، ایجاد رابطه حسنه با مددجویان و کمک به آنها برای فهم و درک بهتر ماهیت و طبیعت استرس و تأثیر آن بر هیجان و عملکرد و مفهوم سازی دوباره آن از دیدگاه تعاملی است. اینکه ماهیت مشکل از دیدگاه مددجویان چیست، شدت استرس ادراک شده چقدر است، استرس چقدر عمومیت پیدا کرده و طول مدت و وسعت آن چقدر است، شرایطی که استرس را شدت می بخشد یا کاهش می دهد، عوامل پیشایند اختصاصی آن کدامند، اطلاعات و داده هایی هستند که مددجویان را به مفهوم سازی و اتخاذ شیوه های مطلوب پاسخ به منابع و عناصر استرس زا مجهز می کنند. مددجویان با تعیین و روشن کردن ماهیت استرس چگونگی تأثیر ایمن سازی در اداره و کنترل استرس را یاد می گیرند.

مرحله مفهوم سازی شامل مصاحبه، یادآوری براساس تصویر ذهنی^۳، خودبازنگری و ارزشیابی رفتاری و اجرای آزمون های روانی است. یادآوری بر اساس تصویر ذهنی، مددجویان را یاری می کند تا به جنبه ها یا جزییاتی از واکنش های استرسی خود که احتمالاً در شرایطی دیگر آنها را نادیده می گرفتند، یا در ارتباط مستقیم (مثل مصاحبه) تأکید کمتری به آنها می شد، توجه کنند. به این ترتیب، مددجویان می توانند به عنوان بخشی از فرایند تعامل به بیان افکار، احساسات، تصویر ذهنی و رفتارهایی که در احساس و درک آنها از استرس سهیم بوده اند، بپردازند. هدف اساسی از این فعالیت، کمک به مددجویان برای درک این موضوع است که آنها صرفاً قربانی استرس نیستند.

فعالیت: مجری کارگاه از مددجویان می خواهد که به پشت صندلی تکیه دهند و چشمانشان را ببندند. یک یا چند وضعیت استرسی اخیر را تصویر کنند و آن را دوباره در ذهن خویش زنده کنند.

^۱. Street Inoculation Training (SIT)

^۲. conceptualization

^۳. imagery – based recall

مددجویان باید به وضوح تجربه را یادآوری کرده و آن را طوری تصور کنند که گویی در آن لحظه به سر می‌برند. اختار و احساسات پیش از واقعه، هنگام و پس از وقوع آن را در نظر بگیرند تا به شناسایی و مفهوم‌سازی درست ماهیت استرس منجر شود.

درباره خودبازنگری یا خودکنترلی در برنامه جلسه دوازدهم توضیحات کافی داده شده است که مبتنی بر همکاری مددجویان در فرایند مفهوم‌سازی بهتر استرس (مشکل) و شفاف‌سازی موضوع است که با ارزشیابی الگوهای رفتاری مددجویان و اجرای آزمون‌های روانی مناسب در جریان مشاوره‌های فردی، مفهوم‌سازی مشکل را تکمیل می‌کند.

۲- مرحله دوم: دومین مرحله ایمن‌سازی، اکتساب و تمرین مهارت‌ها^۱ است که مولفه‌های آموزشی و رفتاری ویژه‌ای برای افزایش خزانه مهارت‌های سازشی اعضای شرکت‌کننده در کارگاه آموزشی به کار می‌رود. یادگیری راه‌های جدید کنار آمدن با استرس‌ها، هدف اساسی در این مرحله است. از جمله مهارت‌های مقابله یا کنار آمدن با استرس‌ها در زندگی، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد که برخی از آنها در جلسات دیگر کارگاه آموزشی به‌طور مفصل بیان شده است:

– آموزش آرمیدگی عضلانی _ گفت‌وگوی درونی هدایت‌شده _ نقش‌گزاری
 _ مسئله‌گشایی _ خودپایی یا خودکنترلی _ مراقبه
 _ بازسازی شناختی _ حساسیت‌زدایی تدریجی _ تفکر خلاق و انتقادی

برخی از مهارت‌های عملی ایمن‌سازی در برابر استرس به شرح زیر است:

۱. خودتان را تشویق کنید. خیلی وقت‌ها آدم‌ها تحت فشار قرار می‌گیرند، چون خودشان را سرزنش می‌کنند، حتی زمانی که مقصر نیستند، خود را گناهکار می‌دانند. در چنین مواردی بزرگ‌ترین خطای فرد خودگویی‌هایی منفی است، چون استرس‌آفرین است. چقدر خوب است آدم‌ها یاد بگیرند وقتی کاری را به خوبی انجام می‌دهند، با خود بگویند «کارم خوب بود». بهترین راه این است که فرد در ابتدا خودگویی‌های مثبت را جلو آینه با خود تمرین کند تا زمانی که این خودگویی‌ها به یک پاسخ اتوماتیک تبدیل شوند. راه دیگر، افزایش خودباوری یا عزت نفس است، تا آنجا که فرد خطاهای خود را بزرگ و فاجعه‌آمیز جلوه ندهد.

¹ . skills acquisition

۲. برنده ها را انتخاب کنید. روابط بین فردی محتاج سرمایه گذاری عاطفی فراوانی است. افراد منفی باف، انتقادگر، یا منزوی بر استرس وارده بر افراد دیگر می افزایند و برعکس، افراد خوش بین که خودباوری بالاتری دارند، استرس زیادی بر اطرافیان خود وارد نمی آورند. در زمینه تأثیر خوش بینی بر کاهش استرس، امام علی (ع) می فرماید: «حَسَنُ الظَّنِّ يُخَفِّفُ الهمَّ و يُنَجِّي مِنَ تَقَلُّدِ الإثمِ»؛ «خوش بینی، غم و اندوه فرد را کاهش می دهد و از اینکه به خلاف برود، پیشگیری می کند».

۳. خودتان جایزه بدهید. جایزه، قدردانی، تشکر در قبال انجام کاری، بخش حیاتی مدیریت استرس است، چون اندورفین یا اوپیوئیدهای درونزا بدن را آزاد می سازد (درست همان مواردی که فرد برای کاهش استرس آنها را به شکل مصنوعی موجود در مواد مخدر مصرف می کند). منظور از جایزه، هر چیزی است که برای فرد لذت بخش است و موجب لبخند زدن وی می شود. خیلی از این جوایز خرج زیادی هم ندارند. سینما رفتن، تماشای تلویزیون، پرسه زدن در کتاب فروشی ها، وقت گذرانی با دوست خوب، رفتن به پارک، خواندن مجله، تلفن به یک دوست عزیز ... این فهرست بی انتهاست. توصیه اساسی این است که هر فردی لااقل یک کار لذت بخش را برای خودش در طول روز برنامه ریزی کند.

۴. رسم و قاعده ای برای خود مقرر کنید. افراد پرمشغله استرس زیادی را تحمل می کنند. چون سیستم، الگو یا قاعده خاصی را برای زندگی روزمره خود تعیین نمی کنند. درحالی که داشتن رسوم یا عادت های خاص هم صرفه جویی در وقت است (چون لازم نیست هر روز برای زندگی برنامه ریزی شود و هم در شرایط افزایش استرس به فرد کمک می کند، چرا که فرد احساس می کند باوجود استرس فراوان یا پیش بینی ناپذیری، یک چیز هست که در زندگی ثابت است) برنامه منظم، برنامه غیرقابل تغییر هم صرفه جویی در انرژی روانی است.

۵. به زندگی معنوی خود غنا ببخشید. داشتن اعتقاد مذهبی ما و توجه به لطف و رحمت بی پایان الهی را در یک متن یا زمینه بزرگ تر قرار می دهد، به پروردگار و قدرت لایزال او متصل می سازد، افق دید ما را وسیع می کند، به ما سعه صدر می دهد و در شرایط استرس های عمیق بسیار کمک کننده است. حجم عظیمی از مطالعات نشان می دهند که توکل به یک منبع عظیم، به قادر متعال، به یک سنجیده لطیف، تحمل استرس را افزایش

- می‌دهد. شرکت در مراسم و مناسک معنوی دسته‌جمعی به فرد این احساس را می‌دهد که به دیگران متصل است.
۶. دفتر یادداشت روزانه داشته باشید. اینکه فرد همه روزه احساسات ناخوشایند خود را در دفتر روزانه یادداشت کنید (به‌ویژه کسانی که به سختی می‌توانند درباره مشکلات‌شان صحبت کنند، یا گوش شنونده‌ای در اختیار ندارند)، به فرد کمک می‌کند تا هیجان‌های منفی‌اش را بیرون بریزند یا به عبارتی از خود دور سازد.
۷. از کمال‌گرایی روی برگردانید. اگر از جمله افرادی هستید که کارهایشان را به تأخیر می‌اندازند چون نمی‌دانند چگونه باید آنها را به عالی‌ترین شکل ممکن انجام دهند؛ یا اگر از آنهایی هستید که کار انجام شده را چندین و چند بار مرور و ویرایش می‌کنند، تا اینکه سرانجام از مهلت مقرر می‌گذرند و کار تمام نمی‌شود، این توصیه شامل حالتان می‌شود. کمال‌گرایی، یکی از مهم‌ترین استرس‌زاهای زندگی است و موجب افت عملکرد می‌شود. چنین فردی از خودباوری اندکی برخوردار است و دغدغه رسیدن به هدف تنها بر استرس‌هایش می‌افزاید. شاید بهترین راه مدیریت زمان باشد، یعنی قبل از شروع کار تعیین کنیم که چقدر وقت داریم و کیفیت محصول نهایی در چه حد قابل قبول است و سپس برنامه‌ریزی کنیم.
۸. بچه شوید. یک راه خیلی خوب مقابله با استرس انجام کارهای بچگانه است، امتحان کنید. وقتی تحت فشار قرار می‌گیرید، یک مداد شمعی بردارید و نقاشی کنید. آدامس بادکنکی بجوید، کتاب قصه کودکان بخوانید. به جوک‌های قدیمی بخندید، خود خندیدن اندورفین آزاد می‌کند (همان ماده شیمیایی که آدم‌ها را به طرف مصرف مواد می‌برد).
۹. از سرعت خود بکاهید. کسانی که کار را با آرامش بیشتر و به‌آهستگی انجام می‌دهند، کمتر تحت فشار استرس قرار می‌گیرند، چگونه؟ پله‌ها را ندوید، سر غذا اول مکث کنید و بعد بخورید، آهسته بخورید و از طعم غذا لذت ببرید. بعد از کار و ورزش دوش بگیرید.
۱۰. همواره برای تغییر آماده باشید. شک و عدم اطمینان را به حداقل برسانید. در شرایط بی‌تصمیمی، هر تصمیمی بهترین تصمیم است. اینکه فرد دقیقاً بداند چه چیزی و با چه وخامتی در انتظارش است، به مراتب بهتر از ناآگاهی و پیش‌بینی ناپذیری است.

نتایج بررسی ها نشان می دهند که استرس تکرارشونده کمتر فشارآفرین است، چون فرد می داند منتظر چه چیزی باشد. یک راه دیگر این است که وقتی تغییری اجتناب ناپذیر است، خودمان تغییرات داوطلبانه انجام ندهیم، چون استرس ها اثر تجمعی دارند، در شرایطی که اختیار یا انتخاب به دست خود ماست، استرس ها را نه با هم بلکه به دنبال هم (شروع یکی بعد از خاتمه دیگری) مدیریت کنیم.

۱۱. برای خودتان سرگرمی درست کنید، یعنی کاری که مزدی برایش نمی گیرید، آن کار را انجام می دهید چون از آن لذت می برید. از کجا بفهمیم سرگرمی واقعی چیست؟ سرگرمی واقعی این است که وقتی به آن مشغول اید، متوجه گذر زمان نمی شوید. وقتی آن را انجام می دهید، استرس را فراموش می کنید و به نهایت آرامش می رسید. اگر سرگرمی ندارید، چیزی را انتخاب کنید که ذهنتان را مشغول کند، در سطحی باشد که بر ناکامی های شما نیفزاید. سرگرمی ها کار دیگری هم می کنند و آن افزودن توازن و تنوع زندگی روزمره ماست. به زندگی حرفه ای تان نگاه کنید و سرگرمی خود را چیزی کاملاً متفاوت انتخاب کنید. برای مثال اگر کار شما به گونه ای است که بازده آشکار ملموس و عینی زود هنگام ندارد، سرگرمی ای انتخاب کنید که درست برعکس باشد، مانند خیاطی، گل سازی، نجاری، فوتبال، خواندن رمان های کوتاه که پایان خوشی دارد.

۱۲. اگر کارتان ضرب الاجل زمانی دارد، سرگرمی ای انتخاب شود که سقف زمانی نداشته باشد، مثل پیاده روی.

۳- مرحله کاربرد و پیگیری مستمر^۱. هدف اساسی در این مرحله از ایمن سازی در برابر استرس کمک به مددجویان به منظور تمرین مهارت های سازشی و مقابله ای خویش در جلسات آموزش و شرایط واقعی زندگی است. بنابراین شرکت کنندگان در کارگاه، تغییرات شناختی حاصل از دو مرحله قبلی را تمرین می کنند. به طور کلی با توجه به اهمیت مفهوم پیشگیری از بروز مشکلات و کنترل استرس، افزایش احساس خودکفایی و بالا بردن شایستگی افراد و انعطاف پذیری لازم در مواجهه با مشکلات آموزش ایمن سازی در برابر استرس را ضروری می سازد و مقاومت و عمل افراد را در برابر استرس های زندگی افزایش می دهد.

^۱. rehearsal and follow up or application.

جلسه پانزدهم: پیگیری مداخله‌های صورت‌گرفته و پرسش و پاسخ مددجویان و درمانگر و بحث گروهی

جلسه شانزدهم: جمع‌بندی بازخوردها و بیان احساسات و بحث اختتامیه

پوست ۴. اسامی مددجویان

اسامی مددجویان گروه درمان همزمان^۱

ردیف	نام	نام خانوادگی
(۱)	قاسم	احمدی
(۲)	کیوان	اسفندیاری
(۳)	الیاس	اسماعیلی
(۴)	محمود	اسکندری
(۵)	حسن	اعظم تبار
(۶)	بابک	ایراندوست
(۷)	علی	باقرزاده
(۸)	هاشم	باقری
(۹)	پیام	باقری سعادت
(۱۰)	محمدحسین	باقی
(۱۱)	شهین	برمیثمی‌نیا
(۱۲)	حسن	بسحاق
(۱۳)	حسین	بیک احمدی
(۱۴)	مسلم	بیداربخت
(۱۵)	علی اصغر	تاجیک
(۱۶)	امیرعلی	تاران
(۱۷)	غلامرضا	ترابی
(۱۸)	حمید	ترکمان
(۱۹)	حسن	تیموری
(۲۰)	علی اصغر	جعفری مقدم
(۲۱)	مجید	جهانشاهی
(۲۲)	محمدرضا	حیدری
(۲۳)	حسین	خان میرزایی
(۲۴)	جمشید	خاکی وطن

۱. اسامی پررنگ شده، نشانگر افراد بهره‌گیرنده از درمان است.

ادامهٔ اسامی مددجویان گروه درمان همزمان

نام خانوادگی	نام	ردیف
خزایی	لیلا	(۲۵)
دولت آبادی	یزدان	(۲۶)
دیلم	حسین	(۲۷)
ذوالفقاری	ابوالقاسم	(۲۸)
رحمانی	رحیم	(۲۹)
رحیم زاده	سید محمدرضا	(۳۰)
رضازاده کلیمانی	مجتبی	(۳۱)
سالاری	حسین	(۳۲)
شاه حسینی	اعظم	(۳۳)
شریفی	فاطمه	(۳۴)
شکوهی	محمدرضا	(۳۵)
شهبازی	محمد	(۳۶)
شهبازی	محمد رضا	(۳۷)
شهبازی	حسام	(۳۸)
شهرانی	احمد	(۳۹)
شیخی نژاد	محبوبه	(۴۰)
صالحی	هانیه	(۴۱)
صبری	باقر	(۴۲)
صنعتی	رسول	(۴۳)
ضیاء طبایی	سید رحیم	(۴۴)
طالبی	فاطمه	(۴۵)
طرلانی	علیرضا	(۴۶)
عبدالملکی	مظفر	(۴۷)
عبدی	امیر	(۴۸)

ادامه‌اسامی مددجویان گروه درمان همزمان

نام خانوادگی	نام	ردیف
عبدی	نرگس	(۴۹)
عسکر نجفی	مرتضی	(۵۰)
علی پور	حسین	(۵۱)
علیپور	جواد	(۵۲)
علیزاده	فریبا	(۵۳)
فروتن	حسن	(۵۴)
فلاحی	منوچهر	(۵۵)
کاشفی	علی اکبر	(۵۶)
کاظمی	شهناز	(۵۷)
کاظمی	امیر	(۵۸)
کریمی	سعید	(۵۹)
کریم پور	رسول	(۶۰)
کریمی	محمد	(۶۱)
کریمی	علی اصغر	(۶۲)
کهنسال	رسول	(۶۳)
کولیوند	مرتضی	(۶۴)
آزاریان	میشل	(۶۵)
کیانی	احمد	(۶۶)
گنج کریمی	روح ا...	(۶۷)
گودرزی	عباس	(۶۸)
لطیفی	عباس	(۶۹)
ماهرو	محسن	(۷۰)
ماکویی	ولی ا...	(۷۱)
محمدیان	کیومرث	(۷۲)
مددی	زینب	(۷۳)
مرادنیان پور	نادر	(۷۴)
مرادی	مظفر	(۷۵)

مرادی مراد حاصلی	امین	(۷۶
------------------	------	-----

ادامه‌ی اسامی مددجویان گروه درمان همزمان

ردیف	نام	نام خانوادگی
(۷۷)	سعید	مشک آبادی
(۷۸)	فرزاد	معصومیان
(۷۹)	مهدی	ملکی
(۸۰)	حمیدرضا	موسیوند
(۸۱)	ابوالفضل	مهرابی
(۸۲)	علی	مهین دهقان
(۸۳)	قاسم	نجفی
(۸۴)	داریوش	نخبه زعیم
(۸۵)	مریم	ندیمی شعاع
(۸۶)	داود	نصرتی فرد
(۸۷)	عباس	نصیری
(۸۸)	عباس	نوریان کوچکسرایبی
(۸۹)	محمد	هاتف
(۹۰)	امیر	هاشمی
(۹۱)	محمد مهدی	هرندی زاده
(۹۲)	شهریار	همتی
(۹۳)	محمدرضا	هنروران
(۹۴)	مهدی	واثقی بخشایش
(۹۵)	فرید	وثوق
(۹۶)	مهدی	وصال حاجی خواجه لو
(۹۷)	اصغر	وظیفه
(۹۸)	اعظم	ولی یاری
(۹۹)	اسماعیل	یزدانی
(۱۰۰)	اتابک	یوسفی

اسامی مددجویان درمان فردی^۱

ردیف	نام	نام خانوادگی
(۱)	حسین	ابراهیمی دره باغی
(۲)	مرتضی	ابوالی
(۳)	وحید	آتشک
(۴)	علی اصغر	اخلاقی
(۵)	فریده	آرامی
(۶)	میشل	آزاریان
(۷)	حمید	آسترکی
(۸)	قاسم	اسلامی
(۹)	مهدی	اسلامی
(۱۰)	احسان	اسوردی
(۱۱)	محمد مهدی	افشاری
(۱۲)	غلامرضا	الماسی
(۱۳)	عظیم	امامی
(۱۴)	محمد	امام جمعه
(۱۵)	آیت ...	امینی
(۱۶)	بتول	اوده‌ای
(۱۷)	عزیزه	بازمحمدی
(۱۸)	محمد	باقری
(۱۹)	روح ...	بخشی
(۲۰)	نظام	بخشی پور
(۲۱)	محمد	بهدادین کلاته‌ای

۱. اسامی پررنگ شده، نشانگر افراد بهره‌گیرنده از درمان است.

ادامه‌اسامی مددجویان درمان فردی

ردیف	نام	نام خانوادگی
(۲۲)	داود	بهرامی
(۲۳)	فردین	بهرامی
(۲۴)	محمد	بهوندی
(۲۵)	علی	بیمی
(۲۶)	فاروق	پیکاربرسان
(۲۷)	کامران	تک زارع
(۲۸)	فریدون	تنی
(۲۹)	معصومه	تنها
(۳۰)	غلامرضا	تیزدست
(۳۱)	اردلان	جانپرور
(۳۲)	محمد حسین	جلیوند
(۳۳)	محمد	جوانمردی
(۳۴)	شیرین السادات	حسینی
(۳۵)	رضا	حسینی
(۳۶)	الهه	حقیقت پژو
(۳۷)	داود	حیاتی
(۳۸)	فرهاد	حیدری
(۳۹)	ابراهیم	حیدری
(۴۰)	تیمور	حیدری
(۴۱)	زهرا	خبیربیرون

ادامه اسامی مددجویان درمان فردی

نام خانوادگی	نام	ردیف
خدایاری	افسانه	(۴۲)
خزایی	محسن	(۴۳)
خزایی	مریم	(۴۴)
خلج‌زاده مقدم	حجت ا...	(۴۵)
خوانساری	بابک	(۴۶)
چشمه جهان	زهرا	(۴۷)
دایمی	جلال	(۴۸)
دامغانی نبوی	علیرضا	(۴۹)
دمیرلچی	مهدی	(۵۰)
راه چمنی	براتعلی	(۵۱)
ربعی	رضا	(۵۲)
رضازاده	مجتبی	(۵۳)
روزبهرانی	سیامک	(۵۴)
زارعی	فاطمه	(۵۵)
سلامی	محسن	(۵۶)
سلیمانزاده	طاهر	(۵۷)
سلیمانی	رضا	(۵۸)
سهرابی	حمید	(۵۹)
شاددل	شایان	(۶۰)
شکری	افروز	(۶۱)
شوری	محسن	(۶۲)
شیرزاده	ناصر	(۶۳)
شیردره	محمد رضا	(۶۴)
صدیقیان	معصومه	(۶۵)

ادامه‌اسامی مددجویان درمان فردی

ردیف	نام	نام خانوادگی
(۶۶)	فرشاد	طاهری
(۶۷)	یوسفعلی	عباس زاده
(۶۸)	داود	عبدالعلی زاده
(۶۹)	مصطفی	فتحی
(۷۰)	فرشاد	فداکار
(۷۱)	حسن	فلاح دلاه
(۷۲)	علی حسین	قلی زاده
(۷۳)	احد	کاظمی‌پور
(۷۴)	حسین	کرمی نیا
(۷۵)	امیر	کریمی
(۷۶)	اکبر	کشتی آرا
(۷۷)	حمیدرضا	کلهری
(۷۸)	عباس علی	کمندی
(۷۹)	محبوبه	کواکبی آذر
(۸۰)	عبدا...	گل‌پرور
(۸۱)	سعید	محسنی
(۸۲)	داود	محمدی
(۸۳)	فاطمه	محمدزاده
(۸۴)	سهیلا	محمدی خانقاه
(۸۵)	مظفر	مرادی
(۸۶)	کامبیز	مسعودی
(۸۷)	علیرضا	مقدم
(۸۸)	مسعود	منصور روستا
(۸۹)	سهیلا	موسیوند
(۹۰)	سید علی	موسوی

ادامه اسامی مددجویان درمان فردی

نام خانوادگی	نام	ردیف
میرقاسمی	سیدرضا	(۹۱)
میرمحمدی	سید علی	(۹۲)
میرزا آقاجانی همدانی	اعظم	(۹۳)
میرزا قاسم خانی	مسعود	(۹۴)
نصرتی	ابوالفضل	(۹۵)
هادی پور	شهناز	(۹۶)
ورزدار	علی	(۹۷)
وزیری	سعید	(۹۸)
ولی پور	سهراب	(۹۹)
یزدانی	سروش	(۱۰۰)

اسامی مددجویان گروه کنترل^۱

ردیف	نام	نام خانوادگی
(۱)	رضا	آقازاده
(۲)	خشایار	اسکندری
(۳)	حسین	امجدیان
(۴)	سیامک	امیرعابدین
(۵)	حسن	بختیاری
(۶)	ا... مراد	پایین آبی
(۷)	اکبر	پرتوی آزاد
(۸)	رامین	پورطهماسب
(۹)	حسین	ترابی ساکی
(۱۰)	مجید	ترابی فرد
(۱۱)	محمد	تعالی فر
(۱۲)	حمیدرضا	جلال مزلقانی
(۱۳)	اکبر	جهان بین
(۱۴)	شهرام	حاتمی
(۱۵)	کیوان	حاتمی
(۱۶)	محمد	خاکباز
(۱۷)	جعفر	خانی
(۱۸)	علی اصغر	خسروی
(۱۹)	سید حمزه	دانش سعید
(۲۰)	عباد...	دشتبان
(۲۱)	میلاذ	دریانورد
(۲۲)	علی اکبر	دوشانی
(۲۳)	محمد رضا	رامشک
(۲۴)	داود	رحمنه
(۲۵)	فرزاد	رستگار خالد
(۲۶)	علی	رستم پور

۱. اسامی پررنگ شده، نشانگر افراد حاضر در دو مرحله پیش‌آزمون و هم پس‌آزمون است.

ادامه اسامی مددجویان گروه کنترل

نام خانوادگی	نام	ردیف
رضالرد رضایی	منصور	(۲۷)
رضایی	کامران	(۲۸)
رنجبران	احد	(۲۹)
روان	محمدرضا	(۳۰)
زارعی	محمود	(۳۱)
زارعی فتح آبادی	عباس	(۳۲)
ساعتچی	محمد	(۳۳)
سبحانی	رضا	(۳۴)
سجادی	محمدرضا	(۳۵)
سروآزاد	احسان	(۳۶)
سلیمانی	فرزاد	(۳۷)
سنجرانی	محمدامیر	(۳۸)
شایقی طوسی	بهمن	(۳۹)
شکری	رسول	(۴۰)
شمیرانی	محمد	(۴۱)
شهسواری پور	محسن	(۴۲)
شهیدی	محمد	(۴۳)
شیری	بهمن	(۴۴)
صبری	محمد	(۴۵)
صفاری	محمد	(۴۶)
صفری	مهدی	(۴۷)
صوفی آزاد	سعید	(۴۸)
عبدی	عباس	(۴۹)
عربی	کوروش	(۵۰)
عرش بصیر	حبیب ا...	(۵۱)
عسگری	مهرداد	(۵۲)
عسگری	بهرز	(۵۳)
غلامی	مسلم	(۵۴)

ادامه‌اسامی مددجویان گروه کنترل

فریدی	عبدالرضا	(۵۵)
فلاح دانا	عزیزا...	(۵۶)
فلاح شیروانی	علی	(۵۷)
قادرپناه	بهرام	(۵۸)
قلی زاده	عبدا...	(۵۹)
قنبری	داریوش	(۶۰)
قنبری	فرهاد	(۶۱)
کاظمی	امیر	(۶۲)
کامیاب	مهدی	(۶۳)
کربلایی علی گل	محمدرضا	(۶۴)
کریمی	مصطفی	(۶۵)
کریمی	مجتبی	(۶۶)
کالاه میانجی	بهنام	(۶۷)
کیانپور	امیر	(۶۸)
کیانی	محمود	(۶۹)
کیهانی	محمدرضا	(۷۰)
کولیوند	وحید	(۷۱)
گل بیات	قربان	(۷۲)
مجیدیان	مسعود	(۷۳)
محمدزاده	جواد	(۷۴)
محمدی	علی اصغر	(۷۵)
محمدی	محمد	(۷۶)
محمدی	مهدی	(۷۷)
محمدی دولت آبادی	حامد	(۷۸)
مجیدیان	مسعود	(۷۹)
مرادی	مهدی	(۸۰)
مرادی	سید محمد	(۸۱)
مردانپور	اصغر	(۸۲)

ادامه اسامی مددجویان گروه کنترل

نام خانوادگی	نام	ردیف
مزلقانی	مجید جلال	(۸۳)
مسگری	بهرز	(۸۴)
مصطفایی	تورج	(۸۵)
مقامی فر	محمد	(۸۶)
ملایی	مسعود	(۸۷)
منزه	حافظ	(۸۸)
موسوی	سید علیرضا	(۸۹)
مولایی	مسعود	(۹۰)
نادری	مهدی	(۹۱)
نصرتی	علی اصغر	(۹۲)
نوراللهی	احمد	(۹۳)
نوری بیات	محمد	(۹۴)
نیک سیرت	شاهین	(۹۵)
هفت لنگ بختیاری	رضا	(۹۶)
واتقی	جلال	(۹۷)
والی	مهدی	(۹۸)
یزدان پناه	محمد علی	(۹۹)
یوسفیان	محمود	(۱۰۰)

Psychotherapy and Rehabilitation of Prisoners in Rajaei- Shahr prison:A Study of Effectiveness

Recruiting rehabilitation methods and emphasizing on the for prisoners who suffer from mental disorders have been considered important issues. The purpose of current study was to determine the effectiveness of individual and group cognitive-behavioral techniques in decreasing psychological symptoms of inmates at Rajaei Shahr Prison. A total of 300 prisoners were selected randomly and they were allocated into three groups with equal size: a) participants receiving individual cognitive-behavioral psychotherapy along with teaching cognitive-behavioral techniques; b) participants receiving only individual cognitive-behavioral psychotherapy; and c) participants control group. Using GHQ and SCL-90 tests ,as well as a diagnostic interview conducted by a psychiatrist based on DSM-IV-TR criteria before and after interventions, participants' psychological status was measured. Data collected was analyzed using Multiple Analysis of Variance procedure. Findings indicated that although both individual therapy and combined therapy approaches were effective, the latter had more impact in diminishing psychological symptoms of prisoners. In other words, after applying cognitive-behavioral interventions, scores of prisoners in both experimental groups decreased score in both indexes of GHQ and SCL-90. Follow up studies after 8.5 month's indicated the maintenance of treatment effect with no recitivism of the treatment groups. Theoretical implication and practical application has been discussed in the paper.

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



University of Tehran

Research Report:

Psychotherapy and Rehabilitation of Prisoners in Rajaei-Shahr Prison: A Study of Effectiveness

Principle Investigator:

Mohammad Khodayarifard, PH.D.

Associate Professor, Faculty of Psychology and Education,
University of Tehran

Co-Investigators:

Faramarz Sohrabi, PH.D.; Mohsen Shokoohi Yekta, PH.D.;
Bager Ghobari bonab, PH.D.; Ahmad Behpazhoh, PH.D.;
Ali Naghi Faghigi, PH.D.; Saeed Akbarizardkhoneh, M.A.;
Yasamin Abedini, PH.D.

Consultants:

**Ali Asghar, Ahmadi, PH.D.; Iraj Esmaili, M.D.; Mohammad Ali
Besharat, PH.D.; Reza Rostami, PH.D.; Morteza Motavali
Khameneh, M.D.; Jalal Younesi, PH.D.**

Supervisors:

Gholam Ali Afrooz, PH.D.; Ali Shams, M.A.