

بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی در کاهش بزهکاری زندانیان

دکتر محمدحسین شریفی‌نیا*

چکیده

یکی از مشکلات زندان‌های کشور نرخ بالای وقوع بزهکاری و رفتارهای غیرقانونی زندانیان در داخل زندان است. این رفتارها عمدتاً عبارتند از: پرخاشگری و درگیری، سرپیچی از مقررات و قوانین، مصرف مواد و نگهداری داروهای غیرمجاز، خودآزاری و خودزنی، آشوبگری و تخریب اموال.

برای بررسی میزان کارآمدی درمان یکپارچه توحیدی در کاهش بزهکاری زندانیان، ۱۰۰ نفر از زندانیان زندان مرکزی قم به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه ساماندهی شدند. گروه اول به مدت ۹ ماه در معرض درمان یکپارچه توحیدی قرار گرفت، ولی گروه گواه به‌جز موارد بحرانی، مداخله سازمان یافته‌ای دریافت نمی‌کرد.

تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد که نرخ وقوع رفتارهای مجرمانه در گروه درمان یکپارچه توحیدی ۹۰ درصد کاهش یافت، اما در گروه گواه کاهش معناداری مشاهده نگردید.

واژه‌های کلیدی: درمان یکپارچه توحیدی، بزهکاری، اصلاح رفتار زندانیان، روان‌درمانی یکپارچه، روان‌درمانی دینی.

مقدمه

جرم و بزهکاری از پدیده‌های شوم و ناخوشایند حیات اجتماعی انسان‌هاست که همواره در جوامع بشری وجود داشته است؛ هرچند برای بررسی همه‌جانبه این پدیده باید ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی مورد توجه قرار گیرند، اما بی‌شک یکی از اصلی‌ترین ابعاد آن که بر سایر جنبه‌ها نیز تأثیر عمیقی دارد، بعد روان‌شناختی است (دادستان، ۱۳۸۲).

بررسی‌های تاریخی ویلسون^۱ و هرنستین^۲ (۱۹۸۵) نیز بیانگر آن است که تقریباً در تمام ادوار تاریخی، عوامل روانی یکی از مهمترین علل گرایش افراد به بزهکاری محسوب شده و جوامع مختلف با روش‌های گوناگون سعی در کنترل و درمان آنان داشته‌اند. در یونان باستان مجرمین را افراد بدطینت و مسخ‌شده‌ای می‌دانستند که ارواح خبیث در آنها حلول کرده‌اند؛ به همین دلیل، با اجرای مجازات‌های شدید و شکنجه‌های جسمی و روانی درصدد اخراج ارواح خبیث از بدن فرد بزهکار و تزکیه نفس وی برمی‌آمدند.

پس از استقرار روان‌شناسی به عنوان یک دانش تجربی و ظهور روش‌های نوین روان‌درمانی، توجه به اصلاح رفتار مجرمانه ابعاد وسیعی یافت؛ به گونه‌ای که در سراسر جهان روان‌شناسان زیادی تمام توان خود را صرف درک و شناخت پدیده جرم و بزهکاری نموده و با بررسی تاریخچه زندگی، استفاده از ابزار و روش‌های تشخیص بالینی و اجرای روش‌های درمانگری گوناگون تلاش می‌کنند به این گروه از آسیب‌دیدگان اجتماعی کمک نمایند.

برای تحقق این هدف، در طول یکصد سال اخیر روش‌های اصلاحی و درمانی فراوان و متنوعی از سوی روان‌شناسان پیشنهاد شده است، اما به‌رغم تأثیر فوری و کوتاه‌مدت اغلب فنون درمانی ارائه شده، چون استمرار رفتار مجرمانه، به تدریج به صورت بخشی از الگوی پاسخ‌های رفتاری بزهکار در واکنش به محرک‌های محیطی

1. Wilson, J.

2. Herrnstein, R.

درمی آید (آیزنک^۱، ۱۹۸۴) و همه ابعاد وجودی وی از فلسفه، هدف و معنای زندگی گرفته تا پاسخ‌های هیجانی، ارتباطات میان‌فردی و خزانه رفتاریش را دگرگون می‌سازد، این روش‌ها در بهبود کامل و پایدار این اختلال رفتاری توفیق چندانی نداشته‌اند. احتمالاً مهمترین دلایل شکست این شیوه‌ها در درمان کامل و پایدار اختلالات روانی آن است که اولاً اغلب آنها به دلیل اتکا به داده‌های یکی از مکاتب روان‌شناسی از توجه هماهنگ و یکپارچه به ابعاد چندگانه زیستی، عاطفی، هیجانی، شناختی، رفتاری، جنسیتی، اجتماعی انسان غفلت کرده‌اند (بک و همکاران^۲، ۲۰۰۱)؛ ثانیاً اکثر قریب به اتفاق روان‌درمانی‌های سنتی عنصر اساسی معنویت را در فرایند درمان نادیده گرفته‌اند (راتجرز^۳، ۱۹۹۶).

از آنجا که شخصیت انسان یک کل منسجم و غیرقابل تجزیه است، سلامت روانی کامل هنگامی محقق می‌شود که وحدت و انسجام این سیستم حفظ و اجزای زیستی روانی، اجتماعی و معنوی هماهنگ با یکدیگر عمل نمایند. توجه روزافزون روان‌شناسان و درمانگران به این حقیقت موجب شده است که در دهه‌های اخیر روش‌های درمان یکپارچه مورد توجه جدی روان‌درمانگران قرار گیرد، اکنون آنها در جستجوی روش‌های نوینی برآمده‌اند که بتواند با تأثیرگذاری یکپارچه و هماهنگ، کل وجود فرد را تحت تأثیر قرار داده و همه شناخت‌ها، عواطف و هیجانات و رفتارهای وی را به صورت منسجم و هماهنگ تغییر دهد تا بهبودی و سلامت روانی وی تأمین گردد. پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

به همین دلیل به گفته گارفیلد^۴ و برجین^۵ (۱۹۹۴) امروزه اغلب روان‌درمانگران استفاده از روش‌های التقاطی^۶ و یکپارچه^۷ را ترجیح می‌دهند.

یکی از این روش‌های کل‌نگر و تلفیقی، روش درمان یکپارچه توحیدی^۸ است. این

-
1. Izenk
 2. Bek, A.T.
 3. Rotgers, F.
 4. Garfield, S. L.
 5. Bergin, A. E.
 6. Eclectical
 7. Integrated
 8. Monotheistical Integrated Therapy

روش که تلفیقی از آخرین یافته‌های روان‌درمانی در حوزه‌های مختلف، به‌ویژه فنون انسانی‌نگر و شناختی از یک‌سو، و آموزه‌های توحیدی و عرفانی اسلام از سوی دیگر می‌باشد، با الهام از تکنیک توحیددرمانی تدوین شده است؛ روش توحید درمانی^۱ که در سال ۲۰۰۱ توسط دکتر جلالی تهرانی در کتابنامه روان‌درمانی نوین^۲ به ویراستاری ریموند کرسینی^۳ معرفی گردید، با تأکید بر ارتقای رشد و تحول انسانی، به فرد امکان می‌دهد تا با جستجوی معنای متعالی برای زندگی و تلاش برای درک خویشتن خویش، به توسعه روشی برای زندگی خود بپردازد که منجر به دستیابی به مراحل بالاتر رشد و کمال گردد (جلالی تهرانی، ۱۳۸۳).

در عصر کنونی که تفکر اسلامی به سرعت در سراسر جهان در حال گسترش و شکوفایی است، این حقیقت بیش از پیش آشکار گردیده که اسلام بسیار فراتر از مجموعه‌ای مناسک و رفتارهای دینی است. دانشوران مسلمان، با استفاده از آموزه‌های قرآن و سنت و ارائه رهنمودهای شناختی، احساسی و رفتاری فراوان، سعی کرده‌اند اسلام را به عنوان یک روش زندگی هماهنگ با جهان آفرینش معرفی کنند که راه تکامل و رشد انسان را هموار می‌کند و درسختی‌ها و دشواری‌های زندگی، او را راهنمایی و یاری می‌نماید (اقبال لاهوری، ۱۳۷۵؛ علامه طباطبایی، ۱۴۱۶ق؛ مطهری، ۱۳۶۸).

محور این تفکر، دیدگاه اسلام در مورد سرشت مثبت انسان و استعدادهای اوست که موانع رشد را می‌شناسد و خطوط کلی اهداف و ارزش‌ها را ترسیم می‌کند (مطهری، ۱۳۶۹؛ حسن‌زاده آملی، ۱۳۷۱).

از نظر درمان یکپارچه توحیدی، عامل اساسی سلامت روانی، انسجام و توحید یافتگی شخصیت است و بهترین راه دستیابی به آن تمرکز و تأکید بر اهداف متعالی و ارزش‌های دینی و معنوی است.

پژوهش‌ها نشان داده است در صورتی که باورها و ارزش‌های دینی درونی شده باشند و فرد به‌طور واقعی و اصیل آنها را پذیرفته باشد، ارزش‌های دینی بیش از سایر

1. Integration Therapy
2. Handbook Of Innovative Therapy
3. Raymond Corsini

ارزش‌ها توانایی ایجاد همسویی و وحدت‌بخشی به شخصیت را دارند (شرمن^۱ و سیمنتون^۲، ۲۰۰۱؛ پلانت^۳ و شرمن، ۲۰۰۱؛ آلپورت^۴ و راس^۵، ۱۹۶۷).

لیکی^۶ (۱۹۶۱) نیز بر این موضوع تأکید می‌کند که ارزش‌ها اساس یکپارچگی و انسجام شخصیت می‌باشند. بونر^۷ (۱۹۶۱) در مورد ارتباط بین یکپارچگی شخصیت و ارزش‌ها اظهار داشت: «رشد، انسجام و یکپارچگی شخصیت به میزان زیادی به مجموعه ارزش‌های نسبتاً سازگار فردی و اجتماعی شخص بستگی دارد».

فرانکل^۸ (۱۹۶۹) معتقد است، خودشکوفایی منوط به تعالی نقش است و بعد معنوی انسان از این طریق قابل حصول می‌باشد. وقتی انسان از محدوده خویشتن زیست‌شناختی و روان‌شناختی خود فراتر رفته و واجد ارزش‌های خاص شود، معنای زندگی خویش را می‌یابد. از نظر او درمان در صورتی موفق است که مراجعان برای وجودشان هدفی بیابند و آن را دنبال کنند؛ به همین دلیل درمانگر باید به مراجعان کمک کند تا آنها به عالی‌ترین سطح فعالیت وجودیشان برسند.

بنابراین به نظر می‌رسد از آنجا که ایمان به خداوند و پذیرش باورهای مذهبی، نقش تعیین‌کننده‌ای در حل تعارض‌های درونی، یکپارچه‌سازی شخصیت، کاهش رفتارهای نابهنجار و افزایش سلامت روانی افراد برعهده دارد، باید از آن در فرایند درمان اختلالات روانی و نابهنجاری‌های رفتاری سود جست.

در جلسات درمانی وقتی با تجربه هشیار و جنبه‌های ناهشیار انسان‌ها مواجه می‌شویم احساس‌های معنوی و ارتباط با عالم غیرمادی را به وضوح می‌توان در مراجع لمس کرد؛ زیرا ایمان به خداوند و باورهای مذهبی تأثیر عمیقی بر عواطف، شناخت‌ها، رفتارها و عملکرد انسان دارند و در شکل‌گیری نظام روان‌شناختی وی نقش اساسی ایفا می‌کنند (کربت^۹، ۱۹۹۶). به عقیده او همه انسان‌ها در تمام عمر یا لاقلاً در برهه‌ای

-
1. Sherman, A. C.
 2. Simonton, S.
 3. Plante, T. G.
 4. Allport, G. W.
 5. Ross, J. M.
 6. Lecky, P.
 7. Bonner, H.
 8. Frankl, V. E.
 9. Corbett, L.

از زندگی‌شان، شوق وصل و غم هجران را تجربه کرده‌اند، تجربه‌هایی که انگیزه توجه به مبدأ یا خداوند را به وجود می‌آورند، هرچند در این زمینه آموزش ندیده باشند. وی به نقل از یونگ^۱ (۱۹۶۹) می‌گوید: هرچند یکی از مشکلات پاره‌ای روان‌درمانگران پذیرش این اعتقاد بوده است که «خداوند در همه جا حضور دارد»، ولی خداوند حقیقتی غیرمادی است که برای همه انسان‌های دنیا شناخته شده است. به باور یونگ، درمانگران باید در فرایند درمان از این حقیقت مسلم که نقش بزرگی در کاهش آلام روحی انسان‌ها و ایجاد مهار درونی برای پرهیز از رفتارهای نابهنجار ایفا می‌کند، استفاده نمایند. حال اگر بهبودی را رهایی از نشانه‌های بیماری و در سطحی فراتر، پیمودن درست مسیر رشد و کمال به سوی شکوفایی استعدادهای بالقوه انسانی بدانیم، دین اسلام و به‌ویژه قرآن کریم سرشار از راهبردهایی برای دستیابی به این اهداف است. اسلام که ذاتاً دینی توحیدی و تکامل‌دهنده است، از توان بالایی برای معنابخشی و هدفمندسازی جهت زندگی (برای نمونه: آل عمران، آیه ۳؛ مائده، آیه ۵؛ نور، آیه ۲۴ و فاطر، آیه ۳۵)، ظرفیت وسیعی جهت هماهنگ‌سازی و انسجام‌بخشی به چارچوب شخصیت و روان انسان برخوردار است: «ءَأَرْبَابٌ مُّتَفَرِّقُونَ خَيْرٌ أَمِ اللَّهُ الْوَاحِدُ الْقَهَّارُ» (یوسف، آیه ۳۹). خداوند، قرآن کریم را درمان‌کننده دردهای مردمان: «... فِيهِ شِفَاءٌ لِّلنَّاسِ» (نحل، آیه ۶۹)، شفا‌دهنده و مایه رحمت: «وَنُنزِّلُ مِنَ الْقُرْآنِ مَا هُوَ شِفَاءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ» (اسراء، آیه ۸۲)، شفا‌بخش دردهای روانی: «... شِفَاءٌ لِّمَا فِي الصُّدُورِ...» (یونس، آیه ۵۷) می‌داند و یاد خود را مایه آرامش دلها: «... أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» (رعد، آیه ۲۸)، اطاعت او را مایه دوری از هرگونه افسردگی و اضطراب: «لَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ» (بقره، آیات ۲۶۲ و ۲۷۴؛ و مائده، آیه ۶۹) و فراموشی‌اش را سبب خود فراموشی انسان برشمرده است: «وَلَا تَكُونُوا كَالَّذِينَ نَسُوا اللَّهَ فَأَنسَاهُمْ أَنفُسَهُمْ» (حشر، آیه ۱۹).

همچنین در آثار عارفان و فیلسوفان مسلمان، مانند: ابن‌سینا، سنایی، مولانا، حافظ، خواجه نصیرالدین طوسی، ابن‌عربی، محمود شبستری، امام محمد غزالی، ملاصدرا،

1. Jung, C. G.

محمد مهدی و احمد نراقی و دهها عارف، فیلسوف و مربی اخلاق دیگر، توصیفات روان‌شناختی و شیوه‌های درمانی متعددی ارائه شده است که پاره‌ای از آنها در زمان حاضر نیز مورد توجه اندیشمندان و صاحب‌نظران قرار دارند (شریفی‌نیا، ۱۳۸۴). با این همه، متأسفانه با وجود توجه جدی و گسترده روان‌درمانگران، به استفاده از آموزه‌های ادیان مسیحی، یهودی و حتی آیین‌های بودایی و هندوئیسم و توصیه‌های معنوی و اخلاقی در امر درمان اختلالات روانی، به‌خاطر آشنایی اندک، ناقص و گزینشی روان‌شناسان غربی با اسلام از یک‌سو و نگرش‌های آمیخته به پیش‌داوری‌های سیاسی و سطحی‌نگرهای رسانه‌ای از سوی دیگر، دین اسلام کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

پیش‌فرض بنیادین این پژوهش آن است که اگر موجودیت مثبت انسان‌ها را در نظر بگیریم و به‌جای برجسته‌سازی رفتارهای بزهکارانه و اعمال ناهنجار، به ظرفیت و توانایی آنان برای خوب بودن و انجام رفتارهای مثبت بیندیشیم، خواهیم توانست مراجع را با این بُعد وجودیش آشنا ساخته و او را برای به‌فعالیت رساندن استعدادهای کمالی و شکوفاسازی فضایل یاری نماییم.

بر این اساس در الگوی درمان یکپارچه توحیدی تلاش می‌شود با یکپارچه‌سازی روش‌های درمان انسان‌گرا و وجودی، فنون تحلیلی، شناخت درمانی، آموزش مهارت‌های زندگی، تمرین روش‌های مقابله‌ای کارآمد و ادغام آنها در آموزه‌های معنوی و توحیدی، بزهکاران را از طریق ایجاد ارتباط صمیمانه با خداوند به شناخت و پذیرش خود اصیل و الهی‌شان برساند.

استدلال پژوهشگر در تدوین این الگوی نظری و کاربردی آن است که اگر تعالیم الهی و معنوی ادیان به‌ویژه مؤلفه‌های اساسی توحید و ارتباط عمیق و صمیمانه با خداوند متعال با یافته‌های رویکردها و فنون مختلف روان‌درمانی ادغام گردد، کارآمدی و پایداری درمان به صورت چشمگیری افزایش خواهد یافت؛ زیرا عنصر توحید بیش از هر عامل دیگری توان انسجام‌بخشی و یکپارچه‌سازی شخصیت را دارا می‌باشد.

بدین ترتیب اگر هدف اصلی روان‌درمانی را ایجاد تغییرات مؤثر و پایدار در مراجع بدانیم، بی‌شک باید همه ابعاد وجودی مراجع از جمله بعد معنوی او مورد توجه قرار

گیرد؛ از این رو، لازم است علاوه بر استفاده از یافته‌های مکاتب و نظریه‌های روان‌درمانی، از مؤلفه توحید و ارزش‌های معنوی، که عنصر یگانه متعالی هماهنگ‌کننده و یکپارچه‌ساز شخصیت است، نیز بهره گرفته شود.

مفهوم توحید در این روش اشاره به یک سیستم ارزشی وحدت‌بخش است که جهت حرکت زندگی انسان را مشخص می‌کند و او را از چندگانگی شخصیت و گم‌گشتگی در مسیر حیات نجات می‌دهد (یوسف، آیه ۳۹). این سیستم ارزشی می‌تواند مبتنی بر یک جهت‌گیری اصیل دینی یا معنوی باشد (کرسینی، ۲۰۰۱)؛ سیستم ارزشی‌ای که ویکتور فرانکل (۱۹۸۰) و هوبارت مورر^۱ (۱۹۶۷) نیز به آن اشاره کرده‌اند. این روش درمانی بر اساس آراء و نظریات آلپورت (۱۹۶۴) در مورد ارزش‌های دینی به منزله مهم‌ترین نیروی وحدت‌بخش در شخصیت انسانی، کنکاش گسترده مزلو در باب شخص با فضیلت در جامعه سالم (۱۹۷۱) و نظریه‌اش درباره رشد همه ابعاد وجودی در مقابل رشد ناقص (۱۹۶۲)، تأکید مارسل^۲ (۱۹۹۵) بر ارزش‌ها و دیدگاهش درباره رابطه انسان با خداوند به‌عنوان بخش اساسی تجربه کامل انسانی، و پژوهش‌های سلینگمن^۳ (۲۰۰۲) درباره نقش باورهای دینی در معنابخشی به زندگی و امید به آینده، و دهها پژوهش دیگر (به عنوان نمونه: پارگامنت^۴، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۸؛ پولنر^۵، ۱۹۸۹؛ پیکوک^۶ و پولوما^۷، ۱۹۹۹؛ دماریا^۸ و کاسینو^۹، ۱۹۸۸) در مورد اثرات مثبت باور به وجود خداوند و انجام مناسک دینی در سلامت روانی و درمان اختلالات هیجانی درصدد است، با ادغام و یکپارچه‌سازی اعتقاد به خداوند و برقراری رابطه عمیق عاطفی-هیجانی با او در روش‌ها و فنون روان‌درمانی نوین، انحراف رفتاری مجرمین و بزهکاران را درمان نماید.

1. Hobart Morer

2. Marcel, G.

3. Seligman, M.L

4. Pargament, K.L.

5. M. Pollner

6. Peacock, J.R.

7. Polama, M.

8. Demaria, T.

9. Kassinove, H.

روش

جامعه آماری

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زندانیان مرد ۲۰ تا ۵۰ ساله زندان مرکزی قم است که حداقل دارای حکم محکومیت یکسال و بالاتر می‌باشند. دلیل انتخاب سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال برای آزمودنی‌ها آن بود که براساس آمار سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمین کشور ۹۶ درصد مجرمان دستگیر شده در این مقطع سنی قرار دارند (سازمان زندان‌ها، ۱۳۸۶).

روش نمونه‌گیری

برای نمونه‌گیری ابتدا با همکاری مدیریت زندان فهرست کاملی از افراد واجد شرایط تنظیم گردید. آنگاه با استفاده از جدول اعداد تصادفی که نظام‌مندترین روش برای گزینش یک نمونه تصادفی است (اری^۱، جاکویز^۲ و رضویه^۳، ۲۰۰۳)، تعداد ۱۱۰ نفر از آنها انتخاب شدند. سپس با استفاده از شیوه گمارش تصادفی، اعضای گروه نمونه به دو گروه ۵۰ نفری تقسیم و براساس قرعه به گروه آزمایشی و گواه واگذار شدند با اینکه از کلیه اعضای گروه نمونه تعهد مشارکت کامل در فرایند پژوهش گرفته شد، ولی به منظور پیشگیری از حوادث پیش‌بینی نشده و مشکل افت آزمودنی‌ها در طول دوره مداخله، برای هر گروه ۵ نفر اضافه در نظر گرفته شد؛ به همین جهت، چون در هر گروه تعدادی از آزمودنی‌ها به دلایل مختلف از ادامه همکاری بازماندند، در موقعیت پس‌آزمون هر گروه به ۵۰ نفر تقلیل یافت و تحلیل نهایی نتایج نیز براساس داده‌های حاصل از همین تعداد آزمودنی انجام گرفت.

ابزار سنجش

به منظور بررسی نرخ وقوع رفتارهای بزهکارانه در میان مددجویان قبل و پس از مداخلات درمانی و مشخص شدن میزان تأثیر روش درمان یکپارچه توحیدی در کاهش

1. Ary, D.
2. Jacobs, L. C.
3. Razavieh, A.

بزهکاری، فهرست رفتار مجرمانه توسط پژوهشگر تدوین گردید. برای تهیه این فهرست ابتدا با استفاده از دفتر وقعات زندان - که گزارش کلیه اقدامات غیرقانونی زندانیان روزانه به‌طور دقیق و منظم توسط مراقبین آموزش دیده ثبت می‌شود - فهرست کاملی از همه رفتارهای خلاف قانون که ممکن است در زندان انجام شود، تهیه گردید. سپس با همکاری مقامات قضایی و مسئولین زندان مهم‌ترین رفتارهای خلاف قانون شایع در زندان‌ها براساس سه ملاک فراوانی بیشتر، آسیب‌زایی شدیدتر به خود و دیگران و همچنین میزان مجازات تعیین شده در قانون، طی یک دوره شش‌ماهه بررسی گردید. علاوه بر این دو نکته دیگر نیز مورد تأکید بود:

الف) فراهم آوردن عناوین جامع و کاملی که تعدادی از کارهای مشابه را در خود جای دهد و در عین حال با هیچیک از عناوین مجرمانه دیگر همپوشی نداشته باشد؛
 ب) انتخاب رفتارهایی که تا حدی امکان وقوع آنها در خارج زندان نیز ممکن باشد.
 نتایج مطالعه نشان داد مهم‌ترین رفتارهای مجرمانه زندانیان در ۵ گروه رفتار ذیل خلاصه می‌شوند:

الف) پرخاشگری و درگیری؛

ب) سرپیچی از مقررات و قوانین؛

ج) نگهداری و مصرف مواد و داروهای غیرمجاز؛

د) خودآزاری و خودزنی؛

ه) آشوبگری و تخریب اموال.

بر این اساس ضمن تعریف دقیق عملیاتی هر یک از رفتارهای فوق، صورت اولیه فهرست رفتارهای نابهنجار در زندان تهیه گردید؛ پس از تدوین فهرست اولیه، به مدت ۱۵ روز کارشناسان مجرب و آموزش‌دیده روان‌شناس، فهرست فوق را در میان ۲۵۰ زندانی اجرا کردند. در این اجرا همپوشی‌های احتمالی عناوین و همچنین رفتارهایی که دارای فراوانی بسیار کمی بودند، شناسایی و حذف گردیدند. در پایان فهرست رفتار مجرمانه، مشتمل بر جامع‌ترین و پر فراوانی‌ترین رفتارهای بزهکارانه و هنجارشکنانه انتخاب گردید. پس از تأیید نهایی فهرست فوق از سوی قاضی ناظر

زندان، ریاست زندان، مراقبین، دستیاران و همچنین کارشناسان روان‌درمانی مستقر در زندان، مجدداً بر روی یک گروه ۱۰۰ نفری اجرا و اعتبار آن براساس ضریب آلفای کرونباخ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که ضریبی معادل ۰/۸۶ به دست آمد. پس از آن فهرست مزبور به تعداد مورد نیاز تکثیر و در اختیار کارشناسان قرار گرفت؛ آنان نیز با استفاده از مشاهدات بالینی، مصاحبه روزانه و گزارش‌های دستیاران و مراقبین، این کاربرگ‌ها را به مدت ۲ هفته به صورت روزانه با روش خط و نشان تکمیل و در پایان جمع کل هر یک از رفتار مجرمانه برای کلیه آزمودنی‌ها محاسبه گردید.

فرایند اجرا

بعد از تکمیل پیش‌آزمون فهرست رفتار مجرمانه مداخلات درمانی آغاز گردید. مدت اجرای متغیر مستقل یا همان شیوه درمان یکپارچه توحیدی ۹ ماه به طول انجامید. تلاش محقق بر این بود تا علیرغم محدودیت‌های زیادی که به لحاظ شرایط خاص امنیتی و اجتماعی در زندان وجود دارد، حتی‌الامکان شرایط نسبتاً مشابهی را برای کلیه مددجویان فراهم نماید و میزان تأثیر متغیرهای مزاحم را به حداقل کاهش دهد. فرایند مداخله در گروه آزمایشی به شرح زیر بود:

براساس اصول روش درمان یکپارچه توحیدی آزمودنی‌ها پس از مرحله مشاهده و تشخیص بالینی طی دو فرایند متفاوت، ولی مکمل در معرض مداخلات آموزشی - درمانی قرار گرفتند:

الف) فرایند روانی-آموزشی: به منظور آماده‌سازی مددجویان برای روان‌درمانی، لازم است آنان قبل از شرکت در جلسات گروه درمانی، در یک دوره آموزشی فشرده با مهارت‌های خاصی که زمینه لازم برای استفاده از جلسات درمانی را فراهم می‌کند، آشنا شوند؛ به همین جهت، مددجویان طی فرایند روانی - آموزشی به مدت ۴ ماه به فراگیری مهارت‌های زندگی پرداختند. در این مرحله آنان با شرکت در ۴۰ جلسه آموزشی، که هر هفته ۳ جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه تشکیل می‌شد، مهارت‌هایی نظیر خودشناسی، ترک اعتیاد، توبه و بازگشت به فطرت پاک انسانی ارتباط

بین فردی، حل مسأله، انجام مناسک دینی، برقراری دعا و نیایش و ارتباط صمیمانه با خداوند، مهارت‌های مقابله‌ای و مهارت‌های اخلاقی و معنوی را فرا گرفتند.

ب) فرایند روان‌درمانی: پس از اتمام فرایند نخست و آماده شدن مددجویان برای حضور در جلسات درمانی، آنان به سه گروه ۱۰ نفره تقسیم و به مدت ۴ ماه در ۲۵ جلسه گروه درمانی با رویکرد یکپارچه توحیدی شرکت داده شدند. طی این جلسات که در ۸ هفته اول هفته‌ای دوبار و در ۱۰ هفته دوم هفته‌ای یکبار و هر بار به مدت ۲ ساعت برگزار می‌گردید، آزمودنی‌های گروه گواه نیز پس از مرحله مشاهده و انجام پیش‌آزمون‌ها، در شرایط مشابه گروه آزمایشی نگهداری می‌شدند. افزون بر این، به منظور رعایت اخلاق پژوهش و حفظ حقوق اعضای گروه‌گواه، در طول مدت پژوهش نیازهای اساسی و فوری مشاوره‌ای آنان به صورت موردی توسط روان‌شناسان تأمین می‌شد. دو هفته پس از پایان دوره درمان، هر سه گروه مجدداً طی ۱۵ روز به صورت نامحسوس در معرض مشاهده کارشناسان و دستیاران قرار گرفته و پس‌آزمون فهرست رفتار مجرمانه برای همه آزمودنی‌ها تکمیل گردید.

نتایج

برای درک بهتر وضعیت اعضای گروه نمونه، چند ویژگی مهم آنان شامل: سن، وضعیت تأهل، نوع جرم، تعداد سابقه و مدت محکومیت مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۱ حدود سنی گروه نمونه را نشان می‌دهد.

جدول ۱. فراوانی و درصد آزمودنی‌ها به تفکیک سن

گروه‌ها	گروه درمان یکپارچه توحیدی		گروه گواه		کل نمونه	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
۲۱ تا ۲۵ سال	۴	۸	۶	۱۲	۱۰	۱۰
۲۶ تا ۳۰ سال	۱۲	۲۴	۱۴	۲۸	۲۶	۲۶
۳۱ تا ۳۵ سال	۱۶	۳۲	۱۶	۳۲	۳۲	۳۲
۳۶ تا ۴۰ سال	۱۰	۲۰	۸	۱۶	۱۸	۱۸
۴۱ تا ۴۵ سال	۲	۴	۴	۸	۶	۶
۴۶ تا ۵۰ سال	۶	۱۲	۲	۴	۸	۸
جمع	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

براساس جدول فوق ۷۶ درصد گروه نمونه بین ۲۶ تا ۴۰ سال سن دارند. ۱۰ درصد افراد کمتر از ۲۶ سال و ۱۴ درصد آنان بالای ۴۰ سال هستند. میانگین سنی گروه نمونه ۳۳ سال و انحراف معیار آن ۷/۱۴ است. جوان‌ترین فرد گروه نمونه دارای ۲۱ سال و مسن‌ترین آنها دارای ۵۰ سال سن می‌باشند. مقایسه وضعیت سنی دو گروه حاکی از آن بود که تفاوت سن بین دو گروه معنادار نبوده و گروه آزمایشی و گواه در این زمینه از همگونی نسبی برخوردارند. جدول ۲ وضعیت تأهل اعضای گروه نمونه را به تفکیک گروه‌های آزمایشی و گواه نشان می‌دهد.

جدول ۲. وضعیت تأهل و مجرد اعضای گروه نمونه به تفکیک گروه آزمایشی و گواه

گروه‌ها	گروه درمان یکپارچه توحیدی		گروه گواه		کل نمونه	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
مجرد	۱۰	۲۰	۱۸	۳۶	۲۸	۲۸
متاهل	۳۰	۶۰	۲۶	۵۲	۵۶	۵۶
متارکه	۴	۸	۴	۸	۸	۸
طلاق داده	۶	۱۲	۲	۴	۸	۸
جمع	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

داده‌های جدول بالا بیانگر آن است که ۲۸ درصد افراد نمونه مجرد می‌باشند، یعنی تاکنون ازدواج نکرده‌اند. ۵۶ درصد آنان در حال حاضر دارای همسر هستند که براساس خوداظهاری آزمودنی‌ها ۸۷ درصد آنان علاوه بر همسر، دارای فرزند نیز می‌باشند. نیمی از ۱۶ درصد باقیمانده همسر خود را طلاق داده و از او جدا شده‌اند، و نیمی دیگر متارکه کرده و قبل از دستگیری بدون اینکه او را طلاق داده باشند، جدا از هم زندگی می‌کرده‌اند. این یافته با داده‌های کشوری نیز مطابقت دارد؛ زیرا در سطح کشور ۵۶/۸۱ درصد کل زندانیان متأهل و ۳۱/۲۶ درصد آنان مجرد هستند؛ ضمناً ۱۱/۶۸ درصد یا همسرانشان را طلاق داده‌اند، یا قبل از دستگیری جدا از یکدیگر بسر می‌برده‌اند. ۰/۲۵ درصد نیز همسرشان فوت کرده است. بدین ترتیب می‌توان چنین نتیجه گرفت که اکثر

زندانیان کشور متأهل هستند. یافته فوق با توجه به توزیع سنی داوطلبان که بیش از ۷۴ درصد آنان در دامنه سنی ۲۶ تا ۳۵ سال قرار دارند، طبیعی به نظر می‌رسد.

مسئله دیگری که در ارتباط با مجرمین و بزهکاران مهم به نظر می‌رسد، وجود سوابق متعدد مجرمانه و بازگشت مکرر به زندان در پاره‌ای از آنها می‌باشد؛ به همین علت، آگاهی از سوابق کیفری آنان اهمیت و ضرورت انجام مداخلات روان‌شناختی در زندان‌ها و تلاش برای نجات آنها از چرخه معیوب ارتکاب جرم ← دستگیری ← تحمل حبس ← آزادی ← ارتکاب مجدد جرم را برجسته می‌سازد؛ علاوه بر این، نوع جرم ارتكابی، تعداد سوابق کیفری و مدت محکومیت آزمودنی‌ها در بررسی ضریب نفوذ اثربخشی مداخله درمانی و میزان تأثیر آن در گروه‌های مختلف جرمی از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد؛ به همین دلیل، آشنایی با وضعیت این متغیرها در گروه نمونه مورد توجه قرار گرفت. جداول ۳، ۴ و ۵ حاصل این یافته‌ها را به صورت طبقه‌بندی شده ارائه می‌دهند.

جدول ۳. فراوانی و درصد نوع جرم آزمودنی‌های گروه نمونه

نوع جرم	گروه درمان یکپارچه توحیدی		گروه گواه		کل نمونه	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
نگهداری و حمل مواد	۱۶	۳۲	۱۴	۲۸	۳۰	۳۰
خرید و فروش مواد	۱۸	۳۶	۲۰	۴۰	۳۸	۳۸
سرقت و آدم ربایی	۸	۱۶	۱۲	۲۴	۲۰	۲۰
افشاش و درگیری	۴	۸	۲	۴	۶	۶
جرایم اخلاقی	۲	۴	۲	۴	۴	۴
جرایم مالی	۲	۴	۰	۰	۲	۲
جمع	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

جدول ۳ وضعیت گروه نمونه را از جهت نوع جرم ارتكابی منعکس می‌نماید. براساس داده‌های فوق جرائم ۶۸ درصد آنان در ارتباط با مواد مخدر می‌باشد؛ یعنی قریب یک سوم زندانیان مورد مطالعه مرتکب جرائمی از قبیل حمل و نگهداری؛ خرید

و فروش جزئی یا کلی مواد و همچنین مصرف مواد مخدر گردیده‌اند. از ۳۲ درصد باقیمانده، ۲۰ درصد به خاطر سرقت و آدم‌ربایی، ۶ درصد به علت اغتشاش و درگیری، ۶ درصد با جرایم اخلاقی و مالی در زندان بسر می‌بردند. این یافته، همسو با اطلاعاتی است که پرفراوانی‌ترین جرم در ایران را متعلق به مواد مخدر و مسائل مربوط به آن می‌داند و اهمیت مشکل مواد مخدر در جامعه ما را نشان می‌دهد.

برای اطلاع از تعداد سابقه آزمودنی‌ها، سوابق کیفری آنها از پرونده‌های قضایی‌شان استخراج گردید. نتایج این بررسی در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. تعداد سابقه آزمودنی‌ها به تفکیک گروه آزمایشی و گواه

گروه‌ها	گروه درمان یکپارچه توحیدی		گروه گواه		کل نمونه
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
۰ (فاقد سابقه)	۱۴	۲۸	۴	۸	۱۸
۱-۲ (کم سابقه)	۱۶	۳۲	۱۴	۲۸	۳۰
۳-۵ (سابقه‌دار)	۱۰	۲۰	۱۴	۲۸	۲۴
۶ و بالاتر (پرسابقه)	۱۰	۲۰	۱۸	۳۶	۲۸
جمع	۵۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۱۰۰

همان‌طور که جدول نشان می‌دهد ۵۲ درصد آزمودنی‌ها حداقل ۳ بار سابقه بازداشت و زندانی شدن داشتند (۲۴ درصد بین ۳ تا ۵ سابقه و ۲۸ درصد ۶ سابقه و بالاتر)؛ و ۳۰ درصد آنان دارای ۱ یا ۲ بار سابقه کیفری بودند. در این میان تنها ۱۸ درصد آزمودنی‌ها برای اولین بار دستگیر شده بودند و در پرونده آنان سابقه خاصی ثبت نشده بود؛ بدین ترتیب، متوسط تعداد سابقه در کل نمونه ۶/۷۲ مورد با حداقل صفر و حداکثر ۱۶ سابقه می‌باشد.

مدت محکومیت، متغیر دیگری است که می‌تواند در میزان اثربخشی درمان حائز اهمیت باشد، به همین دلیل میزان محکومیت افراد براساس احکام کیفری موجود در پرونده‌هایشان طبقه‌بندی گردید. نتایج این طبقه‌بندی در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. مدت محکومیت اعضای گروه نمونه

کل نمونه		گروه گواه		گروه درمان بکارچه توحیدی		گروه‌ها / مدت محکومیت
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	
۴	۴	۱۲	۴	۰	۰	۱ تا ۲ سال
۳۲	۳۲	۳۶	۱۸	۲۸	۱۴	۲ تا ۵ سال
۲۴	۲۴	۳۶	۱۸	۱۲	۶	۵ تا ۱۰ سال
۱۴	۱۴	۸	۴	۲۰	۱۰	۱۰ تا ۱۵ سال
۸	۸	۴	۲	۸	۴	۱۵ تا ۲۰ سال
۱۸	۱۸	۴	۲	۳۲	۱۶	ابد
۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۵۰	۱۰۰	۵۰	جمع

براساس داده‌های جمع‌آوری شده میانگین مدت محکومیت اعضای گروه نمونه ۹/۱۴ سال است که کمترین آن مربوط به طبقه بین ۱ تا ۲ سال با ۴ درصد و بیشترین آن به طبقه ۲ تا ۵ سال با ۳۲ درصد فراوانی می‌باشد. مضافاً آنکه ۵۶ درصد از کل نمونه بین ۲ تا ۱۰ سال و ۲۶ درصد آزمودنی‌ها به بیش از ۱۵ سال زندان محکوم شده‌اند.

پس از آشنایی با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اعضای گروه نمونه، به بررسی یافته‌های آماری حاصل از مشاهدات بالینی و تکمیل فهرست رفتار مجرمانه پیش و پس از مداخلات درمانی می‌پردازیم. جدول ۶ میانگین و انحراف معیار رفتارهای مجرمانه گروه‌های آزمایشی و گواه را در موقعیت پیش از آزمون ارائه می‌دهد.

جدول ۶. میانگین و انحراف معیار نرخ وقوع رفتار مجرمانه در گروه‌های آزمایشی و گواه پیش از مداخله درمانی

گروه‌ها				گروه درمان یکپارچه توحیدی				گروه گواه				کل نمونه			
شاخص‌های آماری				عنوان رفتار مجرمانه				نرخ	انحراف معیار	نرخ	انحراف معیار	نرخ	انحراف معیار	نرخ	انحراف معیار
								میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
۴	۱۳	۷/۷۲	۲/۵۲	۴	۱۲	۷/۷۶	۲/۴۵	۴	۱۳	۷/۷۱	۲/۴۸	۴	۱۳	۷/۷۱	۲/۴۸
۳	۱۲	۸/۰۴	۲/۰۳	۲	۱۳	۸/۱۲	۲/۰۱	۳	۱۲	۸/۰۸	۲/۴۴	۳	۱۲	۸/۰۸	۲/۴۴
۵	۱۴	۹/۵۶	۲/۷۱	۵	۱۲	۹/۴۴	۲/۳۱	۴	۱۴	۹/۵۱	۲/۴۹	۴	۱۴	۹/۵۱	۲/۴۹
۰	۶	۳/۴۴	۱/۷۱	۰	۶	۳/۴۰	۱/۲۲	۰	۶	۳/۲۷	۱/۴۴	۰	۶	۳/۲۷	۱/۴۴
۰	۹	۶/۲۲	۲/۳۹	۰	۷	۶/۴۴	۱/۷۸	۰	۹	۶/۳۳	۲/۰۵	۰	۹	۶/۳۳	۲/۰۵
۱۳	۵۱	۳۲/۸۸	۱۰/۱۸	۱۶	۵۱	۳۳/۱۶	۷/۰۰	۱۳	۵۱	۳۲/۸۹	۷/۹۹	۱۳	۵۱	۳۲/۸۹	۷/۹۹

همان‌طور که از جدول ۶ برمی‌آید نرخ وقوع تعداد رفتارهای بزهکارانه و نابهنجار در میان زندانیان نسبتاً بالاست و قبل از شروع درمان یکپارچه توحیدی بین ۱۳ تا ۱۵ مورد، و با میانگین ۳۲/۸۹ مورد در ۱۵ روز در نوسان بوده است؛ یعنی در هر روز احتمال وقوع ۲/۲ رفتار قانون‌شکنانه و نابهنجار از هر زندانی وجود داشته است. گویای عدم تفاوت معنادار در دو گروه به لحاظ میزان ارتکاب رفتارهای بزهکارانه و غیرقانونی است؛ به بیان دیگر، اعضای گروه آزمایشی و گواه قبل از شروع مداخلات درمانی تقریباً به یک اندازه مرتکب رفتار مجرمانه می‌شدند.

جدول ۷ میانگین و انحراف معیار نرخ وقوع رفتارهای غیرقانونی در آزمودنی‌های گروه آزمایشی و گروه گواه، ۱۵ روز پس از پایان درمان را نشان می‌دهد.

جدول ۷. میانگین و انحراف معیار نرخ وقوع رفتار مجرمانه در گروه‌های آزمایشی و گواه پس از مداخله درمانی

گروه‌ها		گروه درمان یکپارچه توحیدی			گروه گواه			کل نمونه		
شاخص‌های آماری		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
عنوان رفتار مجرمانه		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
۰	۵	۱/۲۲	۱/۵۱	۲	۱/۳۶	۲/۰۶	۱۰	-	۱۰	۳/۹
۰	۵	۱/۳۰	۱/۵۰	۵	۱/۹۷	۸/۱۶	۱۲	-	۱۲	۳/۲۶
۰	۳	۰/۹۹	۱/۰۶	۵	۱/۰۹	۸/۶۸	۱۳	-	۱۳	۹/۱۲
۰	۲	۰/۱۲	۰/۲۹	۰	۱/۲۸	۳/۱۲	۶	-	۶	۱/۶۷
۰	۶	۰/۳۶	۰/۹۱	۱	۱/۹۵	۴/۱۹	۹	-	۹	۲/۱۱
۰	۱۲	۳/۵۶	۳/۵۴	۱۵	۴/۳۶	۳۱/۶۸	۳۷	-	۳۷	۱۲/۵۲

همچنان‌که ملاحظه می‌شود میزان وقوع رفتارهای غیرقانونی در موقعیت پس‌آزمون به کلی تغییر کرده است؛ یعنی درحالی‌که نرخ وقوع رفتارهای نامطلوب در گروه درمان یکپارچه توحیدی به شدت کاهش یافته، این میزان در گروه گواه نسبتاً ثابت مانده است؛ به بیان دیگر، نرخ وقوع رفتارهای مجرمانه در گروه درمان یکپارچه توحیدی با ۲۹/۳۲ میانگین تنزل از ۳۲/۸۸ مورد به ۳/۵۶ مورد در ۱۵ روز کاهش یافته است؛ ولی در گروه گواه از ۳۳/۱۶ مورد در پیش‌آزمون به ۳۱/۴۸ مورد در پس‌آزمون تغییر کرده است. جدول ۸ معناداری این تغییرات را به تصویر می‌کشد.

جدول ۸. مقایسه میانگین تفاوت نرخ وقوع رفتار مجرمانه

بین دو گروه درمان یکپارچه توحیدی و گواه

سطح معناداری p	درجه آزادی df	مقدار t	میانگین تفاوت	انحراف معیار SD	میانگین D	گروهها	رفتار مجرمانه
۰/۰۰۰	۹۸	۱۱/۹۹	۶/۱۲	۱/۵۱	۱/۲۶	یکپارچه توحیدی	پرخاشگری و درگیری
				۲/۰۶	۷/۳۶	گواه	
۰/۰۰۰	۹۸	۱۲/۶۶	۶/۷۶	۱/۵۰	۱/۴۰	یکپارچه توحیدی	سرپیچی از مقررات
				۱/۹۷	۸/۱۶	گواه	
۰/۰۰۰	۹۸	۱۸/۱۵	۸/۲۶	۱/۰۶	-۰/۴۶	یکپارچه توحیدی	نگهداری و مصرف مواد و داروهای غیر مجاز
				۲/۰۱	۸/۶۸	گواه	
۰/۰۰۰	۹۸	۹/۷۰	۳/۰۰	-۰/۴۶	-۰/۱۲	یکپارچه توحیدی	حمه آزاری و خودزنی
				۱/۶۸	۳/۱۲	گواه	
۰/۰۰۰	۹۸	۸/۸۳	۳/۸۰	-۰/۹۱	-۰/۳۶	یکپارچه توحیدی	اشوبگری و تحریب امور
				۱/۹۵	۲/۱۶	گواه	
۰/۰۰۰	۹۸	۲۶/۷۶	۲۷/۹۲	۳/۵۹	۳/۵۶	یکپارچه توحیدی	جمع رفتار مجرمانه
				۶/۲۶	۳/۶۸	گواه	

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که از داده‌های جدول ۴ برمی‌آید، اکثریت زندانیان را کسانی تشکیل می‌دهند که قبلاً دستگیر شده و دارای سابقه کیفری می‌باشند. این یافته مؤید آن است که بسیاری از بزهکاران وقتی برای بار اول به زندان می‌افتند، درگیر چرخه معیوب افزایش بزهکاری می‌شوند و هر بار پس از آزادی به دلیل ارتکاب جرم‌های بیشتر، دوباره دستگیر و روانه زندان می‌شوند. علت این امر را باید در فضای حاکم بر ساختار زندان جستجو کرد.

از آنجا که زندان مکانی است که در فضایی محدود و طی مدتی نسبتاً طولانی، افراد مجرم در آن نگهداری می‌شوند و زندانیان اغلب جز گفتگوی با یکدیگر راه دیگری برای پر کردن اوقات خود ندارند، محتوای غالب این گفتگوها بیان خاطرات و سوابق مجرمانه و بزهکاری خود، که در آن محیط نوعی افتخار تلقی می‌شود، است؛ علاوه بر این، برای جلب توجه و به‌ستوه آوردن مسئولین زندان، نافرمانی از مقررات و ارتکاب رفتارهای قانون‌شکنانه در میان آنها تشویق می‌شود و هر کس بیشتر ستیزه‌جویی و قانون‌شکنی کند، از جایگاه والاتری در میان همگنان مجرم خود برخوردار است. این

عوامل و مسائل بی‌شمار دیگر سبب شده است که محیط زندان به آموزشگاهی بزرگ برای آموزش رفتار مجرمانه تبدیل گردد.

به همین دلیل پیدا کردن راهی برای شکستن این چرخه معیوب و تبدیل زندان به محلی برای اصلاح رفتار و بازسازی شخصیت مجرمان و به قول حضرت امام خمینی (ره) (۱۳۷۳)، تبدیل شدن زندان‌ها به مکانی برای تهذیب و اصلاح بزهکاران، همواره از مهم‌ترین دغدغه‌های مسئولین بوده است؛ از سوی دیگر، با گسترش جنبش‌های انسان‌گرایانه در حوزه ناهنجاری‌های روانی - اجتماعی و توجه روزافزون افکار عمومی جهان به رعایت حقوق بشر در مورد زندانیان و مجرمین، رویکردهای اصلاح‌گرایانه که متوجه درمان و بازسازی شخصیت فرد آسیب‌دیده می‌باشد، بیشتر مورد توجه قرار گرفتند. پس از سال‌ها تحقیق و پژوهش اینک مشخص شده است که مناسب‌ترین و کارآمدترین شیوه مهار و کاهش جرائم، بازپروری افراد از طریق بازآموزی روانی و مشاوره و روان‌درمانی است (ماتیوس^۱ و فرانسیس^۲، ۲۰۰۰؛ ترجمه اکبری، ۱۳۸۱، بیاننا^۳ و والش^۴، ۱۹۹۶).

یافته‌های پژوهش حاضر با صحنه گذاشتن بر نکات فوق، تأثیر عمیق و گسترده مداخله‌های روان‌شناختی در کاهش بزهکاری و رفتار نابهنجار را نشان می‌دهد.

در دو دهه اخیر برای اصلاح رفتار و مهار کجروی بزهکاران، فنون چند بُعدی و یکپارچه مورد توجه جدی روان‌شناسان قرار گرفته است. استدلال اصلی درمانگران برای کاربرد این رویکرد آن است که مشکلات افراد مجرم و نابهنجار ناشی از مسائل درهم‌تنیده و متنوع رفتاری، شناختی، هیجانی و فرهنگی است و نمی‌توان آنها را صرفاً با تکیه بر تبیین‌های یک مکتب و استفاده از شیوه‌های محدود تک‌بعدی حل نمود (گلدشتاین و همکاران^۵، ۱۹۸۹). به عقیده او بهترین راه حل، متمرکز کردن درمان بر مهارت‌های بین فردی و آموزش‌های شناختی و عاطفی است که برای سازش‌یافتگی

1. Matthews, R.
2. Francis, P.
3. Pianata, R. C.
4. Walsh, D. J.
5. Goldstein, P. J.

فرد با جامعه ضروری می‌باشد؛ به همین جهت، وی و همکارانش سعی کردند فنون الگودهی، بازی نقش، بازخورد و بحث آزاد، مهارت‌های اجتماعی، فنون مهار خشم و چگونگی استدلال اخلاقی را طی ۳۰ جلسه به زندانیان بیاموزند. نتایج، حاکی از آن بود که این اقدامات در گروه تحت درمان به افزایش مهارت‌ها، کاهش برانگیختگی و به تدریج سازش‌یافتگی بیشتر منجر شده است. بلاک‌برن^۱ (۱۹۹۶) نیز تأکید می‌کند که شاید به علت نامتجانس بودن مجرمان، فنون چندبعدی و یکپارچه، مناسب‌ترین روش برای مهار جرم و اصلاح رفتار بزهکاران باشد.

بدین ترتیب مؤثر بودن روش درمان یکپارچه توحیدی در کاهش چشمگیر رفتار بزهکارانه زندانیان با یافته‌های راس و همکاران (۱۹۸۸)، گلدشتاین و همکاران (۱۹۸۹)، هنگلر^۲ (۱۹۸۹) و ترن بول^۳ و پاترسون^۴ (۱۹۹۹) همسویی نشان می‌دهد، اما اینکه چرا درمان یکپارچه توحیدی در مهار جرم و قانون‌شکنی کارآمدتر از شناخت‌درمانی بوده است، می‌توان به این موضوع اشاره کرد که علاوه بر نکات پیش‌گفته درباب جامعیت رویکرد یکپارچه و توجه به ابعاد شناختی، عاطفی، هیجانی، اجتماعی و رفتاری افراد، افزودن عنصر توحید و ارزش‌های معنوی به سایر مؤلفه‌های درمانی و فعال‌سازی فضائل و رفتارهای اخلاقی در پرتوی اعتقاد به خداوند متعال، عامل مهمی است که شناخت‌درمانی فاقد آن می‌باشد.

همان‌طور که انتظار می‌رود، افراد پایبند دین و معنویت کمتر دچار جرم و انحراف می‌شوند. همه ادیان به ویژه دین اسلام از یک‌سو مهار نفس و رعایت عدل و انصاف و عدم تجاوز به حقوق دیگران را واجب و ضروری می‌دانند (مائده، آیه ۸) و از سوی دیگر، رفتارهای مجرمانه مانند قتل، ضرب و جرح، دزدی، استعمال مواد مخدر و مشروبات الکلی و ... را تقبیح کرده و آنها را کارهایی شیطنی می‌شمردند (بقره، آیه ۲۶۸) و نماز و یاد خدا را مانع روی آوردن انسان‌ها به رفتارهای زشت و ناپسند تلقی می‌کنند (عنکبوت، آیه ۴۵)؛ به علاوه، بیشتر جرائم و بزهکاری‌ها ناشی از غرائز و

1. Black burn, R.
2. Henggeler, S. W.
3. Turnbull, J.
4. Patterson, B.

تمایلات مهارنشده‌ای همچون شهوت و غضب است و ایمان به خدا نقش مؤثری در مهار این غرائز ایفا می‌کند.

نتایج حاصل از پژوهش حاضر در مورد کاهش بسیار چشمگیر رفتار مجرمانه در گروه درمان یکپارچه توحیدی همسو با تحقیقاتی است که آرگیل^۱ (۲۰۰۰) در کتاب دین و روان‌شناسی^۲ از آنها نام می‌برد. از جمله می‌توان به مطالعه اریکسون^۳ و جنسن^۴ (۱۹۷۹؛ نقل از آرگیل، ۲۰۰۰) در مورد رابطه معکوس مصرف مشروبات الکلی و ماری‌جوآنا با میزان شرکت در مراسم کلیسا، همبستگی منفی بین میزان خودکشی و حضور در کلیسا (بین‌بریج^۵، ۱۹۹۷)، و کم‌بودن انحرافات جنسی در میان متدینین (کینزی^۶ و همکاران، ۱۹۴۸ و ۱۹۵۳؛ به نقل از آرگیل، ۲۰۰۰) اشاره کرد.



-
1. Argyle, M.
 2. Psychology and religion
 3. Erickson, J. A.
 4. Jensen, G. F.
 5. Bainbridge, W. S.
 6. Kinsey, A. C.

منابع

- قرآن کریم، ترجمه محمد مهدی فولادوند (۱۳۷۶). تهران: دارالقرآن الکریم.
- اقبال لاهوری، محمد (۱۳۷۵). *کلیات اشعار فارسی*، تهران: کتابخانه سنایی.
- امام خمینی، روح الله (۱۳۷۳). *صحیفه نور*، تهران: سازمان انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
- جلالی تهرانی، محمدحسین (۱۳۸۳). «توحید درمانی»، *نقد و نظر*، سال نهم، شماره ۳ و ۴، ص ۴۸-۴۶.
- حسن زاده آملی، حسن (۱۳۷۱). *عیون مسائل النفس*، تهران: انتشارات امیرکبیر.
- دادستان، پریخ (۱۳۸۲). روانشناسی جنایی، تهران: انتشارات سمت.
- سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی کشور (۱۳۸۶). پایگاه اینترنتی به نشانی: <http://www.prisons.ir/amar/>
- شریفی نیا، محمدحسین (۱۳۸۴). *مفاهیم روان‌شناسی از دیدگاه دانشمندان مسلمان*، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- طباطبایی، محمد حسین (۱۴۱۶ق). *المیزان فی تفسیر القرآن*، جلد ۱۷، بیروت: مؤسسه الاعلمی للمطبوعات.
- مطهری، مرتضی (۱۳۶۸). *انسان کامل*، تهران: انتشارات صدرا.
- مطهری، مرتضی (۱۳۶۹). *فطرت*، تهران: انتشارات صدرا.
- Allport, G. W., & Ross. J. M. (1967). "Personal religious orientation and prejudice", *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 423-443.
- Argyle, M. (2000). *Psychology and religion*, London: Routledge.
- Bainbridge, W. S. (1997). *The Sociology of religious movements*, London: Routledge.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (2001). *Cognitive therapy of substance abuse*, New York: Guilford.
- Blackburn, R. (1996). *The psychology of criminal conduct*, London: John Wiley.
- Bonner, H. (1961). *Psychology of personality*, New York: RAND.
- Corbett, L. (1996). *The religious function of the psyche*, London: Routledge.
- Corsini, R. J. (2001). *Handbook of innovative therapies*, New York: Wiley.
- Demaria, T., & Kassinove, H. (1988). "Predicting guilt from irrational beliefs, religious affiliation and religiosity", *Journal of Rational-Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 6, 259-272.
- Frankl, V. E. (1969). *The will to meaning*, New York: New American Library.

- Frankl, V. E. (1980). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*, New York: Simon & Schuster.
- Garfield, S. L., & Bergin, A. E. (1994). "Introduction and historical overview", In A. E.
- Goldstein, A. P. et al. (1989). *Reducing delinquency: Intervention in the community*, New York: Pergamon.
- Henggeler, S. W. (1989). *Delinquency in adolescence*, Canada: Sage.
- Jung, C. G. (1969). *Psychology and religion: West and east*, London: Routledge and Kegan Paul.
- Lecky, P. (1961). *Self-consistency*, London: Shoestring.
- Marcel, G. (1995). *The philosophy of Existentialism*, New York: Citadel.
- Pargament, K. L., & Olson, H. (1992). "God help me (2)", *Journal of Scientific Study of Religion*, 31(4).
- Pargament, K. L., et al. (1998). "Pattern of positive and negative religious coping with major life stressors", *Journal of Scientific Study of Religion*, 37(4).
- Peacock, J. R., & Polama, M. M. (1999). "Religiosity and life satisfaction across the life course", *Social Indicators Research*, 48, 321-342.
- Plante, T. G., & Sherman, A. C. (2001). *Faith and Health: Psychological perspectives*. New York: Guilford.
- Pollner, M. (1989). "Divine relations, social relation, and well-being", *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 22-104.
- Ross, R. R., et al. (1988). "Reasoning and rehabilitation", *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 20.
- Rotgers, F. (1996). "Behavioral theory of substance abuse treatment: Bringing science to practice". In F. Rotgers, D. S. Keller, & J. Morgenstern (Eds.). *Treating substance abuse: theory and technique* (pp. 174-201). New York: Guilford.
- Seligman, M. E. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realise your potential for lasting fulfillment*, New York: Free.
- Sherman, A. C., & Simonton, S. (2001). "Assessment of religiousness and spirituality in health research". In T. Plante, & A. Sherman (Eds.). *Faith and health: Psychological perspective* (pp. 139-166). New York: Guilford.
- Turnbull, J., & Paterson, B. (1999). *Aggression and violence*, London: Macmillan.
- Wilson, J., & Herrnstein, R. (1985). *Crime and human nature*, New York: Simon & Schuster.