

راهبردهای انگیزشی و کاربرد گروه درمانی؛^۱ دو مؤلفه‌ی اساسی در درمان یکپارچه توحیدی^۲

سیدتقی قاضوی^۳

چکیده

درمان یکپارچه توحیدی، روش درمانی مبتنی بر آموزه‌های توحیدی اسلام به عنوان نظریه‌ای روان‌شناختی و شیوه‌ی روان‌درمانی جدید و نوین است که از سیر تحولی با عنوان توحیددرمانی^۴ با پیشینه‌ای سی ساله در حال رشد و توسعه می‌باشد. در این رویکرد، با یکپارچه‌سازی نظریه‌ها و فنون مختلف روان‌درمانی، به ویژه روش‌های انسان‌گرا و وجودی، شناخت‌درمانی، فنون تحلیلی، آموزش مهارت‌های زندگی، تمرین روش‌های مقابله‌ای کارآمد و تکنیک‌های درمانی دیگر و ادغام آنها در آموزه‌های توحیدی - معنوی اسلام، مراجع را با ایجاد ارتباط صمیمانه با خداوند، به شناخت و پذیرش خویشتن اصیل و الهی‌شان برساند. تحقیق حاضر درصدد است این الگوی جدید را برای استفاده در مراکز علمی و درمانی معرفی نماید. این درمان، دارای مراحل مختلف و از درمان‌های بلندمدت است. چون انگیزش در مرحله‌ی نخست و گروه‌درمانی در مرحله‌ی پایانی درمان، دو مؤلفه‌ی اساسی در این درمان و شاخص‌های اثربخش معرفی شده است، این دو مؤلفه مورد تفصیل قرار می‌گیرد. نویسنده با تجربه‌ی عملی

1Therapeutic group

2Monotheistic Integration Therapy

۳ . دانش‌آموخته‌ی سطوح عالی حوزه‌ی علمیه، دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی، پژوهشگر، مشاور و درمانگر گروه‌درمانی درمان یکپارچه توحیدی.

4. Integration Therapy

چند ساله و ارتباط مستمر با مؤلفان^۵ این روش و همکاری^۶ در تدوین این شیوه‌ی درمانی، می‌کوشد در سه بخش به معرفی اجمالی این الگوی درمانی و دو مؤلفه‌ی اساسی درمان آن، که بیشترین نقش را در مشاوره و درمان مراجعان داشته است، اقدام نماید؛ از این رو، در بخش نخست این مقاله به معرفی اجمالی الگوی درمان یکپارچه توحیدی، در بخش دوم به اصول انگیزشی مراجعان و در بخش سوم به مهم‌ترین رکن درمان در این رویکرد، یعنی گروه‌درمانی، می‌پردازد.

واژگان کلیدی: درمان یکپارچه توحیدی، گروه‌درمانی، مؤلفه‌های معنوی و دینی، انگیزه‌ی درمان.

مقدمه

با گسترش دامنه‌ی روان‌شناسی و درمانگری در جهان، شیوه‌های درمانی نیز گسترش یافته است؛ این رویکردها معمولاً از مبانی خاص نظری پیروی می‌کنند. در این مبانی نظری نیز چارچوب درمان تعریف شده است و برای ارائه به مجامع علمی از یکدیگر سبقت می‌گیرند. رویکرد جدید توحیددرمانی^۷ که دانشمندی ایرانی تقریباً از سال ۲۰۰۱م مطرح نمود و سپس با اندیشه‌ای جدید متحول گردید و به نظام درمان یکپارچه توحیدی شهرت یافته، توجه پژوهشگران و درمانگران حوزه‌ی روان‌شناسی را به خود جلب کرده است. چون انسان یک کل واحد و تجزیه‌ناپذیر است، سلامت روانی کامل وی هنگامی محقق می‌شود که وحدت و انسجام این سیستم حفظ گردد و اجزای آن هماهنگ با یکدیگر عمل نمایند (جلالی تهرانی،^۸ ۱۹۹۶). توجه روزافزون روان‌شناسان و درمانگران به این حقیقت موجب شده است که در دهه‌های اخیر، روش‌های درمان

۵. استفاده از جلسات گروه‌درمانی دکتر جلالی تهرانی، ۱۳۸۴ و پژوهشگر و معاونت پژوهشی دکتر شریفی‌نیا به مدت پنج سال.
 ۶. از ابتدای سال ۱۳۸۴ تا نیمه‌ی اول سال ۱۳۸۹.
 ۷. مقاله‌ی توحید درمانی، مجله‌ی نقد و نظر، سال نهم، شماره‌ی سوم و چهارم، پاییز و زمستان ۱۳۸۳.ش.
 8. Jalali – Tehrani, S. M. M..

کل‌نگر مورد توجه جدی روان‌درمانگران قرار گیرد. اکنون، آنها در جست‌وجوی روش‌های جدیدی برآمده‌اند که بتواند کل وجود فرد را به صورت یکپارچه تحت تأثیر قرار دهد و همه‌ی شناخت‌ها، عواطف و هیجانات و رفتارهای وی را به صورت منسجم و هماهنگ عوض کند و او را در مسیر رشد و تکامل خویش قرار دهد. زیربنای نظری رویکرد درمان یکپارچه توحیدی در یکپارچه‌سازی احساس، تفکر و رفتار، پذیرش یک اصل مهم درباره‌ی انسان، یعنی نقش اراده و مسئولیت وی در فرایند تحول و رشد، می‌باشد که مورد تأکید زیادی قرار گرفته است. بر اساس این، راهبردهای انگیزشی و برانگیزاننده در مراجعه به مشاوره و درمان مورد توجه خاص قرار دارد. اقدام مؤثر برای درمان، به ویژه درمان‌های گروهی، از مهم‌ترین مؤلفه‌های درمانی در این رویکرد یکپارچه و معنوی به شمار می‌رود. تحقیق حاضر این دو مقوله را، که تأثیر زیادی در تغییر رفتار و درمان دارد، مورد دقت نظر قرار داده است.

بخش نخست: آشنایی با الگوی درمان یکپارچه توحیدی

الف. تعریف درمان یکپارچه توحیدی

درمان یکپارچه توحیدی^۹، روش درمانی جامع و چندوجهی^{۱۰} است که با ادغام چندین روش درمانی و درون‌مایه‌ای توحیدی- معنوی، ارزش‌هایی در فرد احیا می‌گردد که توان یکپارچه‌سازی و انسجام بخشیدن به شخصیت فرد را داشته باشد. در واقع، توحید، مستلزم داشتن سیستم ارزشی وحدت‌بخش است که برای جهت بخشیدن در زندگی شخصی به کار می‌آید. این سیستم ارزشی می‌تواند مبتنی بر جهت‌گیری اصیل دینی یا معنوی باشد (کرسینی،^{۱۱} ۲۰۰۱)؛ سیستم ارزشی‌ای که ویکتور فرانکل^{۱۲} (۱۹۸۰) و هوبارت مورر^{۱۳} (۱۹۶۷) نیز به آن اشاره کرده‌اند. این روش درمانی براساس

9. monatheistical integrated therapy (MIT)
 10. multimodal
 ۱۱. همان. مجله‌ی نقد و نظر.
 12. Viktor Frankl
 13. Mowrer, Hobart.

آرا و نظریات آلپورت (۱۹۶۳) درباره‌ی ارزش‌های دینی به منزله‌ی مهم‌ترین نیروی وحدت‌بخش در شخصیت انسانی، کندوکاو گسترده‌ی مزلو^{۱۴} در باب شخص بافضیلت در جامعه‌ی سالم (۱۹۷۱) و نظریه‌اش درباره‌ی رشد همه‌ی ابعاد وجودی در مقابل رشد ناقص (۱۹۶۲)، تأکید مارسل^{۱۵} (۱۹۹۵) بر ارزش‌ها و دیدگاهش درباره‌ی رابطه‌ی انسان با خداوند به عنوان بخش اساسی تجربه‌ی کامل انسانی و پژوهش‌های سلیگمن^{۱۶} (۲۰۰۲) درباره‌ی نقش باورهای دینی در معنابخشی به زندگی و امید به آینده و ده‌ها پژوهش دیگر (از جمله پارگامنت^{۱۷} و اولسون^{۱۸}، ۱۹۹۲؛ پارگامنت و همکاران، ۱۹۹۸؛ پولنر^{۱۹}، ۱۹۸۹؛ پیکوک^{۲۰} و پولوما^{۲۱}، ۱۹۹۹؛ دماریا^{۲۲} و کاسینو^{۲۳}، ۱۹۸۸) درباره‌ی اثرات مثبت دین و باورها و مناسک دینی در سلامت روانی و درمان اختلالات هیجانی، درصدد است با ادغام اعتقاد به خداوند و برقراری رابطه‌ی عمیق عاطفی-هیجانی با او در نظریه‌ها و فنون مختلف روان‌درمانی، اختلالات روانی و انحراف رفتاری را درمان نماید. (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷) در این روش، که درمان کل فرد توصیف شده است، ابعاد چهارگانه‌ی انسان، یعنی ابعاد زیستی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی، مورد توجه درمانی قرار می‌گیرد، زیرا از نظر ما، هرگاه یکی از این ابعاد دچار اختلال و نارسایی گردد، فرد دچار بیماری روانی و ناهنجاری‌های رفتاری می‌شود.

14. Maslow, A. H.
15. Marcel, G.
16. Seligman. M. E.
17. Pargament, K. I.
18. Olson, H.
19. Pollner, M.
20. Peacock, J. K.
21. Poloma. M. M.
22. Demaria, T.
23. Kassinov, H.

ب. مؤلفه‌های معنوی و دینی درمان یکپارچه تومیدی

هر چند مشاوره و روان‌درمانی با دین و معنویت یکسان نیستند، ولی هر دو به شیوه‌های متفاوتی به مشکلات روانی و رفتاری نوع بشر می‌پردازند و درصدد حل آن است. بدیهی می‌باشد که نه روان‌شناسی کردن مذهب و دین درست است و نه اصرار به این که دین، پاسخ همه‌ی مشکلات مطرح در روان‌درمانی را دارد. البته مؤلفه‌های فراوانی در دین وجود دارد که آثار روان‌شناختی بر رفتار، باور و نگرش انسان دارد؛ برای نمونه، چند مؤلفه‌ی مهم، که آثار درمانی‌شان بیشتر مورد توجه بوده است و در درمان یکپارچه توحیدی مورد استفاده قرار می‌گیرند، به اختصار بررسی می‌شود. (هادی، ۱۳۸۷).

۱. ایجاد فضای حمایتی

یکی از مؤلفه‌های دینی، که از نظر سلامت روانی و آثار درمانی توجه روان‌شناسان را به خود جلب نموده، حمایت اجتماعی^{۲۴} ادیان از پیروانشان است. در واقع، دین با ایجاد فضای حمایتی و منبع وحدت‌یافتگی اجتماعی برای فرد، بر سلامت او تأثیر به‌سزایی می‌گذارد. پژوهش‌ها به ویژه بر نقش حمایتگر مذهب در پیش‌گیری اولیه تأکید دارند. فضای حمایتی که دین برای افراد به وجود می‌آورد، به میزان زیادی، تنش، تنهایی، اضطراب و دیگر شرایط آسیب‌زا را کاهش داده، سلامت روانی دین‌داران را به وسیله‌ی بهبود شرایط محیطی افزایش می‌دهد (پولنر، ۱۹۸۹؛ کیرک پاتریک^{۲۵} و هود، ۱۹۹۰؛ آرگیل^{۲۶}، ۲۰۰۰). افزون بر این، بررسی وروف^{۲۷}، دوان^{۲۸} و کالکا^{۲۹} (۱۹۸۱) تأیید کرد که روحانیون و مبلغان دینی توانسته‌اند با ایجاد فضای حمایتی معنوی، بعضی از اختلالات خلقی مانند افسردگی، احساس تنهایی و کمرویی را درمان نمایند. (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷).

24. social support
25. Kirkpatrick, L. A.
26. Argyle, M.
27. Veroff, J.
28. Douvan, E.
29. Kulka, R. A.

۲. آیین‌ها و نمادهای دینی

آثار روان‌شناختی آیین‌ها و نمادهای مذهبی نیز پژوهش‌های علمی متعددی را به خود اختصاص داده است. گریفیث،^{۳۰} انگلیش^{۳۱} و مایفیلد^{۳۲} (۱۹۸۰) و گریفیث، یانگ،^{۳۳} و اسمیت (۱۹۸۴) نشان دادند که مشارکت در مراسم مذهبی و عباداتی مانند نماز، سبب کاهش تنش و رهایی از پریشانی‌های عاطفی می‌گردد. علاوه بر این، فضای روان‌شناختی مکان‌های مقدس نیز در آرامش روانی، به ویژه آرام‌بخشی به افراد مضطرب، مؤثر است (پارگامنت و همکاران، ۱۹۷۹ و ۱۹۸۶، به نقل از شریفی‌نیا ۱۳۸۷).

۳. دعا و مناجات

دعا و نیایش را می‌توان گرایش روح آدمی به مبدأ هستی دانست که به صورت تضرع، درخواست کمک یا تأمل و کشف و شهود بروز می‌کند. نیایش، حالتی عرفانی است که در آن وجود آدمی مجذوب خداوند می‌گردد. نیایش را می‌توان همچون عروج روان انسانی به آستانه‌ی خداوندی دانست. دعا، هم طلب است و هم مطلوب، هم وسیله است و هم غایت، هم مقدمه است و هم نتیجه. در تعبیر دینی، اساس عبادت، دعا شمرده شده است.^{۳۴} بر اساس این، اولیای الهی برای هیچ چیز به اندازه‌ی دعا ارزش و ارج قائل نبودند. آنان خواهش‌ها و آرزوهای خود را با محبوب واقعی در میان می‌گذاشتند و بیش از این که به مطلوب‌های خود اهمیت دهند، برای طلب و راز و نیاز ارزش قائل بودند.^{۳۵} تأثیر دعا و مناجات، که آیین دینی به شمار می‌رود، بر سلامت روانی و بهبود بالینی،^{۳۶}

30. Griffith, E. E. H.
31. English, T.
32. Mayfield, V.
33. Young, J. L.

۳۴ قال الصادق 7: «الدعا اس العباده».
۳۵ نظام‌نامه‌ی تربیتی جامعه‌المصطفی 9.

موضوع پژوهش‌های زیادی بوده است (اسپری،^{۳۶} ۲۰۰۱؛ گورساج و میلر، ۱۹۹۹؛ لوینجر،^{۳۷} ۱۹۸۴). دعا در واقع رفتاری است که در آن، فرد با خداوند راز و نیاز کرده، معمولاً حالت معنوی حاصل از آن، برای افراد لذت‌بخش و مطبوع می‌باشد. دعا احساس دینی افراد را تقویت می‌کند و فرهنگ استعانت از خداوند را در حوزه‌ی رفتاری فرد گسترش می‌دهد.

امام صادق 7 می‌فرماید: «هنگامی که دعا می‌کنی، حاجت خود را دم در آماده فرض کن».^{۳۸}

امام سجاد 7 در دعای ابوحمزه، که امید و اطمینان در آن موج می‌زند، می‌فرماید: «بارالها، من جاده‌های طلب را به سوی تو باز و صاف و آبشخورهای امید به تو را مالامال می‌بینم. کمک خواستن از فضل و رحمت تو را مجاز برمی‌شمرم و درهای دعا را به روی آنان که تو را می‌خوانند و از تو مدد می‌جویند، باز و گشاده می‌بینم. به یقین، می‌دانم که تو آماده‌ی اجابت دعای دعاکنندگان و در کمین پناه دادن خواهندگان هستی. یقین دارم آن کس که به سوی تو کوچ کند، راه زیادی تا رسیدن به تو ندارد، زیرا چهره‌ی تو هرگز در حجاب نیست، بلکه اعمال ناشایست بندگان حجاب دیده‌ی آنها می‌گردد».

البته دعا نباید جانشین تلاش و فعالیت شود، یعنی دعا مکمل عمل است، نه جانشین آن. به فرموده‌ی امام علی 7، کسی که دعا می‌نماید و تلاش نمی‌کند، مانند کسی است که بخواهد با کمان بدون زه تیراندازی نماید.^{۳۹}

بنابراین، دعا از سویی در انسان نور امیدی برای رسیدن به اهدافش زنده می‌کند و از سویی دیگر، به دلیل تخلیه‌ی هیجانی، احساس آرامش عمیقی در انسان پدید می‌آورد. همچنین به دلیل احساس نزدیکی با معبود خود، احساس لذت معنوی دلپذیری به او دست می‌دهد. افزون بر این، چون در دعا، اعتراف به ضعف، ناتوانی و گناهان خود وجود دارد، از احساس

36. Sperry, L.
37. Lovinger, R. J.

۳۸ قَالَ الصَّادِقُ 7: «وَإِذَا دَعَوْتَ فَظَنَّ حَاجَتَكَ بِالْبَابِ». بحار الانوار، ج ۹۳، ص ۳۰۵.

۳۹ قَالَ عَلِيٌّ 7: «الِدَّاعِي بِلَا عَمَلٍ كَالرَّامِي بِلَا وَتَرٍ». بحار الانوار، ج ۹۳، ص ۳۱۲.

گناه او کاسته می‌شود. در نهایت، اگر این حالت‌ها استمرار یابد، زمینه‌ی بروز رفتاری که او را چندین گام به پیش می‌برد، یعنی توبه، آماده می‌گردد (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷).

۴. اعتراف و توبه

«توبه» به معنای بازگشت است؛ البته نه فقط به معنای بازگشت از گناه؛ از این رو، اختصاص به انسان ندارد، بلکه خداوند نیز در مقام تربیت انسان دارای توبه است.^{۴۰} «توبه» به مثابه روش تربیتی می‌باشد. توبه راهی است یگانه برای جدا شدن انسان از بدی‌ها و پستی‌ها و سلوک به سوی خدا که اگر پروردگار جهانیان از سر رحمت خویش این راه را بر آدمیان نمی‌نمود، هیچ کس را به درگاهش راهی نبود.

حقیقت توبه، انقلابی است درونی که به همه‌ی ابعاد شخصیت وجود آدمی سرایت کرده، او را می‌شوید و از مرتبه و حالت پیش از توبه بیرون می‌آورد و به مرتبه‌ای دیگر، که پاک از آن مرتبه است، واصل می‌نماید و وصول، نشانه‌هایی دارد که در حالات و رفتارهای فرد جلوه می‌کند.^{۴۱}

توبه، عبارت است از نوعی انقلاب درونی یا قیامی که از سوی انسان علیه خود او به راه می‌افتد (مطهری، ۱۳۶۴)، به عبارت دیگر، هنگامی که انسان احساس می‌کند زمام امور رفتارش به دست «نهاد» یا نفس اماره افتاده و انسجام و سازمان‌یافتگی شخصیتش در معرض تهدید قرار گرفته است، نگران شده، با اقدامی همه‌جانبه تلاش می‌کند با حاکم کردن عقل و فطرت پاک بر نظام روان‌شناختی خود، خویش را از این وضع خارج نماید (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷).

امام خمینی ؛ (۱۳۶۸) در کتاب *چهار حدیث* می‌فرماید: «توبه، رجوع از طبیعت نفس به سوی روحانیت نفس است، پس از آن که به واسطه‌ی کدورت معاصی و نافرمانی الهی، نور فطرت و روحانیت، محجوب به ظلمت طبیعت شده است. خداوند متعال، توبه را بازگشت از

۴۰. «وتاب الله علیکم» (مجادله: ۱۳)؛ «ثم تاب علیهم لیتوبوا إن الله هو التواب الرحیم» (توبه: ۱۱۸).

۴۱. توبه‌ی صحیح، چنانکه امیرمؤمنان، علی ۷، فرموده است، با دور رکن شکل می‌گیرد: ندامت و پشیمانی از گناهان و تقصیرات گذشته و تصمیم و عزم بر ترک بازگشت به آن گناهان و تقصیرات برای همیشه.

رفتار زشت و ستم بر خویش به سوی خداوند می‌داند و به همگان وعده داده است که اگر از او بخواهند که آنان را به رفتار پسندیده و اصلاح خویش هدایت نماید، خداوند، بی‌شک، آنان را یاری خواهد نمود» (آل عمران: ۱۳۵، نساء: ۱۱۰).

به طور کلی، می‌توان گفت توبه رفتاری است داوطلبانه و با انگیزه‌ای قوی که انسان، خویشتن را از خطر انحراف بیشتر بازداشته، در مسیر درست قرار می‌دهد. بدیهی است که این رفتار، بار احساس گناه فرد را سبک کرده، اضطراب او را کاهش داده، فعالیت و عزم را برمی‌انگیزاند.

۵. تقوا و خودمهارگری

تقوا به معنای حفظ و اراده‌ی خود، تسلط بر خویشتن و قرار دادن اعمال و رفتار خویش در مسیر عقل و ایمان می‌باشد؛ به عبارت دیگر، تقوا نوعی مصونیت برای انسان ایجاد می‌کند، نه محدودیت. بسیاری کسان که بین مصونیت و محدودیت فرق نمی‌نهند. تقوا به انسان آزادی معنوی می‌دهد، یعنی او را از اسارت و بندگی هوا و هوس آزاد ساخته، خویشتن‌دار و بنده‌ی خدا می‌کند.^{۴۲}

در اسلام و ادیان توحیدی، سلامت نفس و کمال انسان از اهمیت بنیادینی برخوردار است. این امر، که در فضایی تعارضی و از خلال حل تعارض‌های مختلف تحقق می‌یابد، هنگامی به نتیجه می‌رسد که بر اثر تحول روحی و معنوی، قوای عقلانی بر قوای دیگر مسلط شده، تمام ابعاد وجودی انسان در کنترل عقل و شرع قرار گیرد (هادی، ۱۳۸۷).

قرآن کریم آغاز حرکت انسان به سوی رشد و سعادت را دانش و معرفت عقلی می‌داند و انسان‌ها را برای رسیدن به درجات بالاتر به تأمل و اندیشیدن در آفرینش و خویشتن فرامی‌خواند: «يَرْفَعُ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ». (مجادله: ۱۱)

از سوی دیگر، کسانی که به کسب علم و آگاهی نمی‌پردازند، نمی‌توانند در مسیر درست (صراط مستقیم) قرار گرفته، به سعادت و کمال دست یابند. این افراد چون به خداوند معرفت پیدا نکرده و او را یاد برده‌اند، به خودفراموشی دچار شده‌اند: «وَلَا تَكُونُوا كَالَّذِينَ

۴۲. نظام‌نامه‌ی تربیتی المصطفی.

نَسُوا اللَّهَ فَنَسَاهُمْ أَنْفُسَهُمْ». (حشر: ۱۹) آنها گرفتار خودبینی و به دنبال ارضای نیازهای مادی و حیوانی خود هستند. در این صورت، از نظر قرآن آنها از آدمیت فقط چهره و شکل ظاهری‌اش را دارند، ولی در واقع از وجوه انسانی بویی نبرده، از حیوانات نیز پست‌ترند. (اعراف: ۱۷۹)

بنابراین، نخستین شرط مجاهده با نفس و مهار خود، شناخت و آگاهی است؛ به عبارت دیگر، فقط انسان‌های آگاه، اندیشمند و دارای بینش می‌توانند با تسلط بر نفس و مهار تمینات خویش، در مسیر تحول و تکامل گام بردارند (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷).

۶. مراقبه و هشیارافزایی

مراقبه، اثرگذارترین روش در تصحیح رفتار و حفظ کردار صالح و تداوم عمل ایمانی است. خدای سبحان مؤمنان را به مراقبه‌ی اعمال خود فرمان داده است.^{۴۳} مراقبه به معنای خود را پاس داشتن و مراقب خود بودن و روشی است برای حفظ حقیقت آدمی و ارزش‌های والای انسانی، تداوم عمل ایمانی، بازگشت از اشتباهات و گناه‌ها و تصحیح به موقع کردارها و رفتارها. مراقبه یعنی فرد بر عهد و پیمان بایستد و به وسوسه‌های شیطان و نفس دل نسیارد و از شر آنها به خدا پناه برد و خدا را مراقب خود بداند.^{۴۴} شاپیرو^{۴۵} (۱۹۸۰) مراقبه را تلاش هشیارانه برای متمرکز کردن توجه به روش غیرتحلیلی تعریف می‌کند. از نظر وی، دو نوع مراقبه‌ی اصلی وجود دارد: مراقبه‌ی مبتنی بر تمرکز و مراقبه‌ی مبتنی بر ذهنیات؛ در مراقبه‌ی مبتنی بر تمرکز، فرد یاد می‌گیرد که به آرامی توجه خود را بر موضوعی خاص مانند تنفس یا هیجان، اندیشه یا شیء بیرونی متمرکز کند (والش،^{۴۶} ۱۹۸۳)، ولی در مراقبه‌ی مبتنی بر ذهنیات، فرد ذهنش را برای هر چیزی باز نگه می‌دارد و در واقع، به هر چیزی که از ذهن می‌گذرد و در حوزه‌ی

هشیاری‌اش قرار می‌گیرد، توجه دارد، ولی می‌کوشد تأثیری از آنها نپذیرد. دلمونت^{۴۷} و کنی^{۴۸} (۱۹۸۵) اظهار می‌دارند که هدف عمده‌ی مراقبه مبتنی بر ذهنیات، آگاه شدن فرد از جریان پردازش ذهنی خود است، چون در جریان مراقبه، فرد تغییر افکار خود را می‌بیند و قرار است نه تنها با آنها درگیر نشود، بلکه آنها را بپذیرد. او نباید در این عرصه با خود گفت‌وگو کند. افکار مجازند که وارد ذهن شده، بگذرند و فرد بازخوردی آرام دریافت نماید. در واقع، با این فن می‌توان خود را از ناهشیاری و افکار خودکار و به دنبال آن رفتار خودکار و خودگویی‌ها رها کنید و ذهن را در زمان حال باقی و فعال نگه داشت. ملاحمد نراقی (۱۳۷۵) مراقبه را توجه به اعمال و رفتار خود و محاسبه‌ی آنها می‌داند و می‌گوید: «مراقبه آن است که انسان، همیشه، متوجه خود و مراقب ظاهر و باطن خود باشد تا معصیتی از او صادر نشود و واجبی را ترک ننماید».

در فرهنگ اسلامی، مراقبه دارای چهار مرحله می‌باشد: مشارطه، مراقبه، محاسبه و معاقبه. مشارطه یعنی انسان هر صبح با خود شرط کند که مراقب رفتار و گفتار خویش باشد و بکوشد اعمال خوب و پسندیده انجام دهد و از کردار و اعمال زشت و ناپسند دوری نماید. پس از مشارطه، فرد وارد مراقبه می‌شود، یعنی با تمرکز بر اعمال خویش، هشیارانه، از خود مراقبت کرده، رفتارهای خود را به دقت زیر نظر می‌گیرد. پس از مراقبه و در پایان فعالیت و تلاش آگاهانه در روز، نوبت به محاسبه می‌رسد. در محاسبه، انسان با ارزیابی دقیق و منصفانه، به بررسی کارهای روزانه‌اش می‌پردازد و میزان کامیابی و ناکامی خود در انجام رفتارهای مورد نظر را می‌سنجد و برای موفقیت بیشتر برنامه‌ریزی می‌کند. آخرین مرحله‌ی مراقبه، معاقبه است. منظور از معاقبه آن است که پس از محاسبه، خود را برای کامیابی‌ها و موفقیت‌های به‌دست آمده پاداش داده، خدا را شکر نماید و برای استمرار اعمال نیک خویش را تشویق کند. اگر خود را ضعیف ارزیابی نمود، علل ناکامی‌ها و شکست‌ها را بررسی و برای پیش‌گیری از آن، روش خود را تصحیح کند.

47. Delmonte, M.

48. Kenney, V.

۴۳ . «یا ایها الذین آمنوا علیکم أنفسکم لا یضرکم من ضل إذا اهتدیتم إلیالله مرجعکم جمیعا فینبئکم بها کنتم تعملون». (مائده: ۱۰۵)

۴۴ . امام علی ۷ می‌فرماید: «اجعل لنفسک علی نفسک رقیبا...».

45. Shapiro, D.

46. Walsh, R.

به نظر می‌رسد برای شکل‌گیری عادت‌های مطلوب و پسندیده و جلوگیری از استمرار عادت‌های ناپسند و بیمارگونه می‌توان به خوبی از مهارت‌های فوق در قالب طرح درمانی، به منظور انجام تمرین‌های رفتاری استفاده نمود (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷).

۷. ذکر و احساس حضور

یکی از روش‌های کاهش ناهشیاری و غفلت، ذکر و یادآوری است. تذکر موجب می‌شود که فعالیت ذهن، همواره، هدفمند باشد و افکار خودکار را، که موجب احساسات بیمارگونه و اعمال نسنجیده می‌شوند، مهار کند. رویگردانی از یاد و ذکر الهی، زندگی انسان را در تنگناها و ظلمت‌های زمینی اسیر می‌کند.^{۴۹}

غزالی در *کیمیای سعادت* (۱۳۷۵) ذکر را دارای چهار سطح می‌داند:

الف. ذکر زبانی و آن هنگامی است که فقط زبان به آن مشغول باشد و دل از آن غافل. چنین ذکری هر چند بی‌تأثیر نیست، ولی اثر آن ضعیف و اندک می‌باشد.

ب. ذکر قلبی و آن وقتی است که دل همراه با زبان، به یاد خدا باشد، ولی این حالتی دایمی نیست و با کوچک‌ترین محرک، از یاد خدا غافل می‌شود.

ج. ملکه‌ی ذکر: در این مرحله، حالت ذکر آنچنان در دل و جان ذاکر استقرار یافته است که پیوسته به یاد خدا بوده، این حالت، احساس وجد و لذت دایمی دارد.

د. احساس حضور: در این مرحله، ذاکر با تمام وجود، حضور خداوند را احساس می‌کند و خداوند را در همه حال حاضر و ناظر خود می‌داند و همواره خود را در محضر ربوبی می‌بیند. در این حالت، عشق و محبت الهی سراسر وجود فرد را در فراگرفته، چیزی جز خداوند احساس نمی‌کند. این عالی‌ترین مرتبه‌ی ذکر است که عرفا به آن مقام «فنا» گویند و افرادی اندک به این مقام نایل می‌شوند.

درباره‌ی حضور قلب، اندیشمندان مسلمان نکات بسیار مهمی به تفصیل بیان کرده‌اند که بیان آنها در این مختصر نمی‌گنجد، ولی به نظر می‌رسد یکی از کاربردی‌ترین فنون و تمرین‌ها برای هشیار کردن ذهن به شمار رود.

۴۹. «ومن أعرض عن ذکری فإن له معیشة ضنکا ونحشره یوم القیامة أعمی» (طه: ۱۲۴).

روش درمان یکپارچه توحیدی، از مؤلفه‌های درمانی فوق، متناسب با شرایط مراجع و مرحله‌ای که از نظر درمانی در آن قرار دارد، سود جسته، آنها را به تدریج در قالب فنون درمانی گوناگون در فرایند درمان داخل می‌نماید. (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷)

۵. ویژگی‌های روان‌درمانی تومیدی در مقایسه با نظریه‌های روان‌درمانی دیگر

۱. در این شیوه‌ی درمانی، تمام ابعاد شخصیت فرد تحت تأثیر درمان قرار می‌گیرد.
۲. در این روش، تأکید بر تغییر و تحول افراد در سراسر عمر است، نه در مقطعی خاص و تغییرات کوتاه‌مدت.
۳. در این شیوه، مهارت‌های گوناگون زندگی مورد توجه قرار دارد و مراجع، پیوسته، به افزایش این مهارت‌ها تشویق می‌گردد.
۴. در این شیوه، مراجع به دلیل وجود مسائل معنوی و معنویت درمانی، از درمانگر الگوی مثبت می‌گیرد و تنها به چشم درمانگر نگاه نمی‌کند.
۵. در روان‌درمانی دیگر، درمانگر فقط در اتاق درمان مورد پذیرش مراجع قرار می‌گیرد، ولی در این شیوه‌ی درمانی، درمانگر، همیشه، در کنار فرد حضور دارد و با او زندگی و ارتباط عمیق عاطفی، کلامی برقرار می‌کند. در این مرحله، درمانگر و مددجو همدیگر را می‌پذیرند.
۶. در درمان یکپارچه توحیدی، مراجع، به تدریج، معنای عمیق زندگی را، که عبارت است از توحید، ارتباط با خدا، توانایی تحمل مشکلات در پناه توکل به خدا و ایجاد آرامش روانی به وسیله‌ی ارتباط با قادر مطلق، به شیوه‌ای کاملاً علمی و روان‌شناسی درمی‌یابد.
۷. این رویکرد درمانی، مبتنی بر جهت‌گیری دینی یا معنوی بوده، به دنبال رسیدن به ارزش‌های مطلق حقیقی حرکت می‌کند.
۸. انگیزه، نقش مهمی در اصلاح و تغییر دارد و یکی از مسائلی که افراد دوباره به حالت سابق خود برمی‌گردند، ایجاد انگیزه‌های بیرونی و ضعف انگیزه‌های درونی است. در این شیوه‌ی درمانی، تلاش می‌شود انگیزه‌ی تغییر و اصلاح رفتار، بیشتر درونی باشد.

۹. در این شیوه‌ی درمانی، برای درمان آمادگی لازم است و به همین منظور، دوره‌های آموزشی- مهارتی روان‌شناختی در سه سطح (مقدماتی، تکمیلی و پیشرفته) و با بیش از چهل موضوع آموزشی برگزار می‌گردد. بیشتر این کلاس‌ها با هدف تغییر و اصلاح رفتار و شناخت مراجع برای ورود به مرحله‌ی درمان برگزار می‌شود (قاضوی، ۱۳۸۷).
۱۰. در درمان یکپارچه توحیدی، تغییرات با توجه به اجرای دقیق مراحل این روش دایمی (در سراسر عمر) خواهد بود، البته در صورتی که پی‌گیری شود و امکانات لازم برای پی‌گیری درمان در اختیار گروه درمانی قرار داشته باشد.
۱۱. در این شیوه، با توجه به رشد فکری افراد نیز تلاش‌های گسترده‌ای انجام می‌گیرد که بیشتر پیش از ورود به مرحله‌ی درمان می‌باشد، از جمله کتاب‌خوانی، مطالعه، کلاس‌های نویسندگی و
۱۲. در این شیوه، درمان مبتنی بر جهت‌گیری دینی یا معنوی و به دنبال رسیدن به ارزش‌های مطلق حقیقی است و به طور کلی، ترکیبی از مسائل روان‌شناسی، عرفان، معنویت و دین می‌باشد که مراجع، به تدریج، معنای عمیق زندگی را، که عبارت است از توحید، ارتباط با خدا، توانایی تحمل مشکلات در پناه توکل به خدا، ایجاد آرامش روانی به وسیله‌ی ارتباط با قادر مطلق، به شیوه‌ای کاملاً علمی و روان‌شناسی درک می‌کند.
۱۳. در این شیوه‌ی درمانی، واحد مشاوره و روان‌درمانی از نظر ارتباط مراجع با درمانگر، به منزله‌ی اتاق درمان است و ارتباط عمیق عاطفی، کلامی و رفتاری درمانگر با مراجع، همیشه، مورد توجه قرار می‌گیرد.
۱۴. در این روش درمانی، اصلاح و تغییر در فرد آن قدر تثبیت شود تا در برابر بزهکاری، فقر، تحقیر و برخوردهای ناشایست دیگران مقاومت داشته باشد.
۱۵. این شیوه‌ی درمانی در نظر دارد که این افراد در جامعه، نه تنها صالح باشند، بلکه راهنمای دیگران نیز به شمار روند.
۱۶. این شیوه‌ی درمانی را هر کس که شرایط گروه درمان را داشته باشد، صرف نظر از هر عقیده، دین یا مسلک می‌تواند اجرا کند.

بخش دوم: راهبردهای افزایش انگیزه در درمان یکپارچه توحیدی

درمان یکپارچه توحیدی با این پرسش کاربردی آغاز می‌شود: درمانگر برای افزایش انگیزه‌ی مراجع از چه راهبردهایی می‌تواند استفاده کند؟ از این منظر، اگر وجود انگیزه را عامل لازم برای تغییر رفتار بدانیم، توجه به فنون و تکنیک‌هایی که انگیزه را بالا برده، احتمال تغییر رفتار را افزایش می‌دهد، منطقی به نظر می‌رسد. به همین منظور، در این رویکرد، راهبردهای انگیزشی زیر مورد توجه قرار دارند (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷).

۱. **همدلی با مراجع:** سال‌هاست که متون روان‌شناسی بالینی اهمیت احترام به مراجع، داشتن رفتار حمایت‌گرانه و دلسوزانه، برخورد صمیمی و گرم و همچنین رابطه‌ی درمانی مبتنی بر پذیرش خیرخواهانه، درک همدلانه، داشتن روحیه‌ی تعهد و مسئولیت‌پذیری و توجه فعال در جلسه درمان را مورد توجه قرار داده‌اند (همان).

امروزه، پژوهش‌های متعددی در دست است که نشان می‌دهند روش همدلانه، با کاهش سطح مقاومت مراجع و همچنین طیف گسترده‌تری از پایداری رفتارهای تغییر یافته در ارتباط است (میلر و رولینک، ۲۰۰۲؛ پاترسون^{۵۰} و هیدور^{۵۱}، ۱۹۹۷).

۲. **نصیحت کردن:** اگر نصیحت و پند دادن به درستی انجام شود، می‌تواند موجب تغییر گردد. نصیحت و راهنمایی مؤثر و بهنگام می‌تواند تأثیر زیادی بر شخص داشته باشد. عناصر اصلی نصیحت و پند دادن مؤثر عبارت‌اند از:

الف. مشکل یا خطر به روشنی شناسایی و ترسیم گردد؛

ب. دلایل ضرورت تغییر وضع موجود به خوبی توصیف شود؛

ج. از تغییرات هر چند اندک و ناچیز مراجع حمایت شود.

۳. **رفع موانع:** شناسایی و رفع موانع مهم تغییر، سومین راهبرد افزایش انگیزه در مراجعین است؛ برای نمونه، ممکن است کسی در مرحله‌ی تردید برای رجوع به درمانگر باشد و بخواهد به مرحله‌ی اقدام گام بگذارد، ولی موانع خاصی مانند هزینه‌ی درمان، شرایط رفت و آمد، خجالت کشیدن، مدت زمان انتظار برای درمان و... موجب نگرانی یا ناامیدی مراجع

50. Patterson, C. H.

51. Hidore, S.

از درمان شده باشد. در این شرایط، درمانگر وظیفه دارد مراجع را در شناسایی عوامل ناامیدکننده و غلبه بر آنها یاری نماید. البته، گاهی، برای رفع موانع لازم است درمانگر ویژگی‌های قومی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و موقعیتی مراجعین را مورد توجه قرار دهد؛ برای نمونه، به ویژگی‌های زنان، ویژگی‌های گروه‌های سنی مختلف مانند جوانان یا سالخوردگان و همچنین جمعیت‌های مختلف نژادی، مذهبی و... توجه نماید. درمانگر، ضمن همدلی با مراجع، او را برای برطرف کردن این موانع راهنمایی می‌کند.

۴. **فراهم آوردن شرایط انتخاب:** هر چند برخی افراد دوست دارند به آنها گفته شود دقیقاً باید چه کاری انجام دهند یا چه روند مشخصی را دنبال کنند، ولی در بیشتر موارد، وقتی اشخاص احساس می‌کنند آزادی آنها محدود شده است، مقاومت می‌نمایند. به همین دلیل، انگیزه‌ی واقعی تغییر از طریق درکی که فرد، آزادانه، از روند مرحله‌ی عمل به دست می‌آورد، افزایش می‌یابد (دسی،^{۵۲} ۱۹۷۱)؛ بنابراین، درمانگر، برای افزایش انگیزه‌ی تغییر در مراجع، احساس آزادی و در واقع مسئولیت‌پذیری او را با فراهم آوردن شرایط انتخاب، تقویت می‌نماید.

۵. **درک صحیح مشکل:** آگاهی کامل و روشن مراجع از وضعیت حاضر خود، یکی از عناصر انگیزشی مهم برای ایجاد تغییر است؛ به عبارت دیگر، برای این که شخص به درمان و تغییر رفتار خود اقدام کند، باید مشکل خود را به درستی شناخته و پذیرفته باشد. در این حالت، درمانگر با شفاف‌سازی مشکل و تبیین ابعاد مرضی و بیمارگونه‌ی رفتارهای مراجع، زمینه را برای درک صحیح وی از مشکلات موجودش فراهم می‌آورد.

۶. **یاری‌رسانی فعال:** اگر مراجعی نوبت حضور خود در جلسه‌ی درمان را حذف نمود، چه می‌توان کرد؟ درمانگر می‌تواند منتظر بماند تا مراجع احساس مسئولیت کند و برای وقت گرفتن دوباره تماس بگیرد. روش دیگر این است که به مراجع تلفن بزند یا دست‌نوشته‌ای برای او بفرستد. یا مسئولی را برای برقراری تماس، به منزل وی اعزام کند.

با وجود این که بیشتر درمانگران تمایلی برای یاری‌رسانی فعال و دعوت از مراجع ندارند و بیشتر مسئولیت تغییر را به عهده‌ی مراجع می‌گذارند، ولی اگر درمانگر با نامه‌ی محبت‌آمیز

ساده یا تماس تلفنی مراجع را به ادامه‌ی درمان ترغیب نماید، شانس ادامه‌ی مشاوره و تلاش مراجع برای تغییر بیشتر می‌شود. چون که یکی از اهداف درمان، تشویق مراجع به استمرار درمان و حفظ وی در فضای مشاوره است، درمانگر باید در یاری‌رسانی فعال باشد. در این صورت، مراجع در پذیرش مسئولیت تغییر دلگرم می‌شود. در مجموع، به نظر می‌رسد ابتکار عمل محبت‌آمیز و درمانگرانه، از بی‌تفاوتی و بی‌علاقگی به مراجع، بهتر نتیجه می‌دهد (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷).

بخش سوم: مؤلفه‌ی گروه‌درمانی در درمان یکپارچه توحیدی

الف. تعریف گروه‌درمانی در درمان یکپارچه توحیدی

مفهوم گروه در روان‌شناسی، از جامعه‌شناسی به عاریت گرفته شده است که «عبارت است از تعدادی از افراد انسانی که براساس روابط متقابل و احساس همبستگی، با یکدیگر همکاری و همیاری دارند.»^{۵۳} و واژه درمانی در گروه‌درمانی «به درمان اختلال‌های رفتاری و هیجانی اشاره نمی‌کند، بلکه در مقابل، هدف کلی گروه‌درمانی، افزایش آگاهی افراد از خویش و دیگران و کمک به آنها برای روشن ساختن تغییراتی است که در زندگی مایل‌اند بدانها دست یابند و فراهم ساختن ابزارهای لازم برای انجام این تغییرات. مشارکت‌کنندگان با تعامل با دیگران در محیط مطمئن و پذیرنده، فرصت می‌یابند که رفتارهای جدید را تجربه و بازخورد صادقانه‌ای از دیگران درباره‌ی به اثرات رفتارشان دریافت کنند. در نتیجه، افراد می‌آموزند که با دیگران چگونه برخورد کنند.»^{۵۴} در درمان یکپارچه توحیدی، جلسه‌ی گروه با هدایت درمانگر و با استفاده از فنون مشاوره‌ای همچون گوشه‌ن‌^{۵۵} یا بستن،

۵۳. محمدرسول، گلشن فومنی، *درآمدی بر دیدگاه روانی-اجتماعی پویایی گروه و سنجش آن*، انتشارات شیفته، چاپ دوم، ۱۳۷۴ ش.

۵۴. ماریان کوری، *اشنایدروجرالد؛ گروه درمانی*، ترجمه‌ی سیف‌الله بهاری و دیگران، انتشارات روان، چاپ اول، ۱۳۸۲ ش.

توجه کردن،^{۵۶} بیان مجدد،^{۵۷} باز خورد دادن^{۵۸} همدلی کردن،^{۵۹} روشن‌سازی،^{۶۰} جهت دهی،^{۶۱} پرسشگری،^{۶۲} گمانه‌زنی،^{۶۳} تفاوت یابی،^{۶۴} ربط یابی،^{۶۵} وانگرش،^{۶۶} رواداری سکوت^{۶۷} و بیان خود،^{۶۸} نگرانی‌ها و مقاومت‌های^{۶۹} افراد گروه را کاهش دهد و آنها را به مشارکت فعال در گروه ترغیب نماید. انسان موجودی اجتماعی است و اموری همچون نیاز به تعلق، پذیرش در جمع، ارزشمند بودن، محبوب بودن و داشتن منزلت اجتماعی، از جمله نیازهای بنیادین او به شمار می‌رود که اگر به درستی ارضا نشوند، می‌توانند سبب بیماری و حتی مرگ وی گردند. به همین دلیل، برای ایجاد این نظام درمانی جامع و یکپارچه، گروه‌درمانی نقش و اهمیت ویژه‌ای دارد. گروه درمانی، در واقع، نوعی درمان گروهی است که در آن شماری از افراد مبتلا به مشکلات روانی و اختلالات رفتاری، که براساس ملاک‌های ویژه‌ای انتخاب شده‌اند، با حضور درمانگر دور هم جمع شده، برای تغییر رفتار و حل مشکلات روانی خود از تعاملات گروهی استفاده می‌کنند (کاپلان، ۲۰۰۳). درمانگر در گروه نقش تسریع‌کننده،^{۷۰} جهت‌دهنده، تسهیل‌گر^{۷۱} و تفسیرکننده^{۷۲} را به عهده دارد (کرسینی، ۲۰۰۶).

56. Attending
57. Paraphrasing
58. Giving feedback
59. Empathizing
60. Clarifying
61. Directing
62. Questioning
63. Playing a hunch
64. Noting a hunch
65. Noting a theme
66. Noting a connection
67. Reframing
68. Allowing silence
69. Self – Disclosing
70. Catalyzing
71. Facilitating
72. Interpretation
73. Confrontation, T. J.

بدهی است که گروه نمی‌تواند تمام مشکلات مراجع را حل کند یا او را به رشد و تکامل برساند. همواره، باید گروه را در بافت بزرگ‌تری از زندگی مستمر شخص معنا کرد. گروه به شخص کمک می‌کند تا درباره‌ی مشکلاتش به گفت‌وگو بپردازد و درباره‌ی ابعاد مشکل بینش عمیق‌تری پیدا کند و در نهایت، عملکردش را بهبود بخشد (مکنزی، ۱۹۹۳).

ب. کاربرد گروه‌درمانی

گروه‌درمانی در روش درمان یکپارچه توحیدی، به ویژه برای کسانی توصیه می‌شود که دچار مشکلات بین فردی بازرزی مانند انزوا و تنهایی، کمرویی و ناامنی، دشواری‌های مربوط به روابط نزدیک و صمیمانه، ترس از کشمکش، نبود قاطعیت، انعطاف‌ناپذیری و سرسختی^{۷۵} بین فردی، ناتوانی در ابراز عواطف نامناسب یا خشم و نفرت انباشته‌شده هستند (شریفی‌نیا، ۱۳۸۷). افزون بر این، گروه‌درمانی برای افرادی هم که در شکل دادن نوع روابط دلخواهشان، با مشکل روبه‌رو هستند و مایل‌اند روابطشان با دیگران بهبود یابد مفید است. آنها با دریافت بازخورد دیگران می‌توانند، به تدریج، درباره‌ی مشکلاتشان مطالب بیشتری بیاموزند و عادات نادرست خود را تغییر دهند (ایرلی، ۲۰۰۰).

بعضی مراجعان با دیگران رابطه‌ی مخربی دارند، بدون این که متوجه آن باشند. چنین افرادی را در گروه می‌توان با هم‌تایان روبه‌رو و به آنها کمک کرد تا متوجه تأثیر رفتارشان بر دیگران بشوند (یالوم، ۱۹۹۵). با این که بیشتر مراجعان در درمان فردی احساس امنیت و آرامش بیشتری می‌کنند، ولی بعضی مراجعان، به ویژه اشخاصی که در دوران کودکی از روابط صمیمانه و نزدیک آسیب دیده‌اند، در بافت گروهی بیشتر احساس امنیت می‌نمایند. آنها بیشتر به گروه‌درمانی بهتر پاسخ داده‌اند و بیشتر پذیرای تغییر هستند (همان).

گروه‌درمانی همچنین می‌تواند گذرگاه خوبی از دوره‌ی آموزش مهارت‌های زندگی به زندگی روزمره باشد. گروه‌ها به بافت‌های اجتماعی معمولی و روابط صمیمی شباهت بیشتری دارند،

74. Mackenzie, K. R.
75. Stiffness
76. Earley, I.
77. Yalom, I. D.

در حالی که تا حدودی امنیت و پتانسیل درمانی فردی را حفظ می‌کنند. وقتی مراجع در آموزش مهارت‌های زندگی به حد اعلای پیشرفت خود رسیده باشد، ملحق شدن به گروه در بیشتر اوقات برای او مناسب است، خواه هنوز در حال آموزش باشد یا پس از پایان دوره‌ی مهارت‌های زندگی به گروه بپیوندد، زیرا در گروه فرصت می‌یابد راه‌های سالم‌تر زندگی کردن را، که در دوره‌ی آموزش مهارت‌های زندگی آموخته است، در محیط محافظت‌شده‌ی یادگیری، که اثر درمانی دارد، تجربه نماید (روتان^{۷۸} و استون^{۷۹}، ۱۹۹۳).

یکی از مهم‌ترین مزایای نه چندان آشکار گروه، ارائه‌ی نوع دیگری از تجربه رشد و کمال‌یافتگی در مقایسه با درمان فردی است. اعضای گروه با دیدن وضع و کار دیگران در گروه، تجربه می‌آموزند. اعضای جدید گروه با شنیدن موفقیت‌های اعضای قدیمی، در غلبه بر مشکلاتشان امیدوار می‌شوند. مراجع با آگاهی یافتن از این که او تنها کسی نیست که مشکلاتی دارد، عزت نفس^{۸۰} می‌یابد. همچنین مراجعان با تشخیص توانایی‌هایشان مبنی بر این که به حال دیگران سودمندند، احساس توانمندی و قدرت می‌کنند. افراد در گروه تمایل می‌یابند برای برقراری رابطه با دیگران توانایی خود را افزایش دهند و در گروه‌ها، سازمان‌ها و اجتماعات عمل کنند.

آنها در گروه تفاوت‌ها و منحصر به فرد بودن دیگران را بیشتر تحمل می‌نمایند و بدان ارجح می‌گذارند. همچنین قادر خواهند شد که بیشتر احساس تعهد کنند و با مردم بجوشند و در عین حال، می‌آموزند که چه طور در رویارویی با تقاضاهای دیگران برای یکرنگ شدن، استقلال خود را حفظ کنند. این شایستگی‌ها نه فقط سلامتی و بهزیستی مراجعان را افزایش می‌دهد، که به آنان کمک می‌نماید تا تبدیل به افرادی شوند که قادرند جامعه‌ی سالم‌تری بسازند (یالوم، ۱۹۹۵؛ ایرلی، ۲۰۰۰).

ج. ساختار گروه‌درمانی در درمان یکپارچه توحیدی

ساختار جلسه‌ی درمان، یکی از ابعاد مهم در هر درمانی است؛ در درمان یکپارچه توحیدی،

78. Rutan, J.

79. Stone, W. N.

80. Self-esteem

گروه‌درمانی یکی از مراحل مهم درمان می‌باشد. این روش را درمانگر حاذق با مدرک فوق لیسانس و بالاتر یا مشاور خبره، که تجربه‌ی کافی علمی و عملی در این زمینه دارد، اجرا می‌نماید. این مرحله از درمان، که با عنوان مداخلات گروه‌درمانی انجام می‌گیرد، برای اصلاح و تغییر رفتار و در نهایت درمان اختلالات رفتاری و شخصیتی بزهکاران طراحی شده است. در فرایند و ساختار گروه‌درمانی در درمان یکپارچه توحیدی، براساس شکل درمان، هر چند بیشتر از فنون مراجع‌محوری راجرز و گشتالت‌درمانی پرز استفاده می‌شود، ولی در واقع این شیوه، هرگز، خود را در حصار نظریه یا روش ویژه‌ای محدود نمی‌کند. در مقابل، براساس چارچوب جامع و نظام‌یافته‌ای عمل می‌نماید که بتواند تمام ابعاد شناختی، هیجانی، رفتاری و معنوی مراجع را دربر گیرد. این امر موجب می‌شود، همواره، امکان گسترش شیوه‌ی عمل و بهره‌مندی از فنون مختلف در فرایند گروه‌درمانی وجود داشته باشد. براساس این، می‌توان، همواره، مفاهیم و فنون متعددی از جدیدترین الگوهای درمانی را برگزید و آنها را با شرایط منحصر به فرد اعضای گروه منطبق ساخت. چارچوب مفهومی روش درمان یکپارچه توحیدی، ابعاد شناختی، احساسی، رفتاری و معنوی تجربه‌ی آدمی را تبیین می‌کند و براساس چارچوب و پی‌ریزی ساختمان، ساختارمند نمودن جلسه‌ی درمان از آن جهت حائز اهمیت است که اولاً این امکان را فراهم می‌سازد که از وقت حداکثر استفاده به عمل آید، ثانیاً شرایط مناسب را برای یادگیری مهارت‌های جدید فراهم می‌آورد و بالاخره پیوستگی جلسات با یکدیگر را حفظ می‌کند و حرکت به سوی اهداف درمان را سرعت می‌بخشد.

د. اندازه‌ی گروه، تعداد جلسات و طول دوره‌ی گروه

در این رویکرد درمانی، تعداد اعضای گروه، که به صورت پیوسته در جلسات شرکت می‌کنند، ۸-۱۴ نفر تنظیم می‌گردد که در هفته‌ی نخست تا چهارم، هر هفته دو جلسه و از هفته‌ی پنجم تا شانزدهم، هر هفته یک جلسه‌ی دوساعته برگزار می‌شود. از هفته‌ی هفدهم تا سی‌ویکم، در زندان باز و تحت مراقبت درمانی، هر هفته یک جلسه برگزار می‌گردد که در مجموع، اعضای گروه بیست جلسه‌ی گروه را در زندان بسته و پانزده جلسه‌ی گروه را در

زندان باز، که مرحله‌ی پی‌گیری درمان است، ادامه می‌دهد. مدت این جلسات معمولاً نود دقیقه می‌باشد که در جلسات ابتدا و انتهای هر قسمت از گروه‌درمانی، زمان این جلسات به دو ساعت می‌انجامد. لازم است یادآوری شود که براساس شرایط گروه، تعداد این جلسات کاهش یا افزایش می‌یابد. همچنین در برخی از جلسات به تشخیص درمانگر، جلسه از هویت گروه‌درمانی خارج و به گروه‌های آموزشی تبدیل می‌شود. البته این اتفاق زمانی رخ می‌دهد که اعضای گروه که در موضوعی مشترک و انتقال تجارب اعضای گروه به تشخیص درمانگر به یکدیگر ناکافی باشد یا از درمانگر تقاضای ارائه‌ی راهکار آموزشی بخواهند.

ه. معیارهای انتخاب اعضای گروه در درمان یکپارچه توحیدی

پس از مشخص شدن اعضای گروه، نوبت به سرند کردن و انتخاب اعضایی است که گروه را تشکیل می‌دهند. مطابق با کتاب *رهنمودهای اخلاقی مشاوران گروهی (ASGW)* (۱۹۸۹)،^{۸۱} در درمان یکپارچه توحیدی، درمانگر گروه تا جایی که ممکن است، آن دسته از اعضای گروه را، که مشکلات، نیازها و اهداف آنها با اهداف گروه هماهنگ است، انتخاب می‌کند و کسانی را، که مانع پیشرفت گروه می‌شوند و سازگاری با گروه ندارند یا سازگاری آنها تحت تأثیر تجربه‌ی گروه به خطر می‌افتد، از عضویت در گروه کنار می‌زند. این غربالگری در درمان یکپارچه توحیدی از چند دامنه انجام می‌گیرد. نخست درمانگر برای شناخت وضعیت اعضا چند جلسه‌ی آموزشی برگزار می‌کند. همچنین ارائه‌ی گزارش از سوی مشاوره‌ی فردی انجام می‌گیرد که اعضای گروه پیش از عضویت در گروه، دست کم باید دو جلسه مشاوره‌ی فردی داشته و در پرونده‌ی مشاوره‌ی آنان به ثبت رسیده باشد و نیز پرونده‌ی آموزشی هر عضو که باید دوره‌ی مهارت‌های زندگی را به پایان رسانیده باشد. از سوی دیگر، براساس اطلاعات موجود در پرونده‌ی درمانی و سنجش‌های رفتاری و روان‌شناختی، مراحل تشخیص و سرند اعضا تکمیل و برای تصمیم نهایی درمانگر در اختیار ایشان قرار می‌گیرد؛ بنابراین، درمانگر وضعیت

۸۱. ماریان کوری، جرالداشنايدر، گروه‌درمانی، ترجمه‌ی سیف‌الله بهاری و دیگران، انتشارات روان، چاپ اول، ۱۳۸۲ ش.

مراحل پیشین مداخلات مشاوره‌ای و آموزشی به اضافه‌ی پرونده‌ی درمانی هر یک از اعضای گروه را ارزیابی می‌کند و مراجعان واجد شرایط گروه را در گروه‌های متناسب با شرایط آنان جای می‌دهد. البته ویژگی‌هایی مانند سن، تأهل و مجرد، زبان مشترک و...، از مسائل فرعی مورد توجه درمانگر در غربالگری و عضوگیری اعضای گروه در درمان یکپارچه توحیدی است.

و. وظایف درمانگر

وظایف گروه درمانگر عبارت است از: انسجام دادن به فعالیت‌های گروه، اطمینان از حفظ فضای مطلوب برای فعالیت سازنده، سهولت بخشیدن به تعامل اعضا، ارائه‌ی اطلاعاتی که به اعضای گروه کمک می‌کند تا دریابند چه شیوه‌های رفتاری جایگزین دیگری وجود دارد و تشویق آنها برای اجرای افکار و اندیشه‌هایشان در قالب برنامه‌های عملی محسوس. رهبران گروه تا اندازه زیادی این نقش را با آموزش اعضا برای تأکید بر مفهوم این جا و اکنون و تعیین هدف‌های شخصی که به گروه جهت می‌دهد، انجام می‌دهند.

ز. وظایف مراجعان (اعضای گروه)

التزام اعضا به قوانین گروه الزامی است. این قوانین باید پیش از آغاز جلسات درمان به اطلاع همه‌ی اعضا برسد و اعضا خود را ملزم به رعایت آن نمایند.

۱. درمانگر پیش از هر جلسه (در هفته) درباره‌ی آنچه می‌خواهد در گروه مطرح کند، بیندیشد و در صورت لزوم بنویسد.
۲. باور داشته باشد که گروه، چیزی جز تجربه‌ی باورها و احساس‌ها نیست؛ بنابراین، نباید انتظار دست‌نیافتنی در خود ایجاد نماید.
۳. بحث‌های داخل گروه را به وضعیت شخصی خود مربوط سازد و از مقاومت بپرهیزد.
۴. از محدود کردن خود در بیان احساس پرهیز کند، زیرا مانع پیشرفت گروه است.
۵. انتظار تغییرات سریع در خود نداشته باشد.
۶. به پیشرفت‌های خود امتیاز دهد. (منتظر قدردانی دیگران نباشد).

۷. در هر زمان فقط یک احساس را بیان کند. (تمرکز روی یک احساس)
۸. نصیحت دیگران، پرسش از دیگران و بازخورد به دیگران ممنوع است.
۹. درون خود را عمیقاً کاوش نماید. (احساسات عمقی خود را بیان کند).
۱۰. به تغییر دیگران نیندیشد. (در گروه فقط به فکر تغییر خود باشد).
۱۱. انتظار درک شدن از سوی دیگران نداشته باشد.
۱۲. هنگام همکاری هر عضو، به وی توجه و تماس چشمی برقرار نماید.
۱۳. سخن اعضای دیگر را قطع نکند.
۱۴. پیش از ورود به گروه، تمام نقاب‌ها و عناوین خود را خارج کند.
۱۵. درباره‌ی میزان انگیزه‌ی خود برای تغییر بیندیشد.
۱۶. در ابتدای هر جلسه، درباره‌ی هدف خود از شرکت در این جلسه فکر کند.
۱۷. گروه، درمانگر است. (گروه، عامل تغییر در فرد است).
۱۸. سعی کند هنگام مشارکت هر عضو، او را درک کند. (همدلی) بکوشد خود را به جای او قرار دهد و احساس فعلی او را حس نماید.
۱۹. پس از خروج از جلسه‌ی گروه، هیچ صحبتی درباره‌ی مباحث مطرح شده در گروه، حتی با اعضای گروه مطرح نکند.
۲۰. در ابتدای ورود به گروه پنج دقیقه سکوت لازم است. (سعی کند ذهن خود را در جلسه گروه متمرکز نماید).
۲۱. از گفتن داستان اجتناب کند.
۲۲. پس از پایان صحبت هر عضو، حداقل سی ثانیه سکوت لازم است.
۲۳. نخستین عامل درمانی در گروه، احساس پیوستگی اعضای گروه با یکدیگر است. (همانند برقراری ارتباط بین مددجو و مشاور در درمان فردی، که شرط اولیه‌ی درمان است)
۲۴. اعتماد اعضا به یکدیگر، شرط پیوستگی اعضا با یکدیگر است.
۲۵. احساس این که او تنها کسی نیست که از مشکلاتش رنج می‌برد، به وی آرامش و آمادگی بیشتر برای درمان می‌دهد.
۲۶. پایه‌های درمان در گروه: ۱. تشخیص مشکلات؛ ۲. افزایش آگاهی از توانایی‌ها و

۳. تجارب اصلاحی هیجانی و شناختی؛ ۴. یادگیری پاسخ‌های جدید؛
۵. انتقال یادگیری به زندگی واقعی روزمره؛ ۶. پذیرش واقعیت؛ ۷. مسئولیت‌پذیری.

ج. فرایند و فنون درمانی در گروه‌درمانی

ردیف	فرایندها	فنون درمانی	نظام‌های روان‌درمانی
۱	افزایش آگاهی	ایجاد بینش و افزایش آگاهی‌های مراجع، به وسیله‌ی بازخورد و آموزش	درمان‌های روان‌تحلیلی، وجودی، شناختی
۲	پالایش روانی	تخلیه‌ی هیجانی و شیوه‌های خود بیانگری	روان‌کاوی، درمان مراجع محوری و گشتالت درمانی
۳	خودارزیابی مجدد	خودآزمایی، اصلاح طرحواره‌های ذهنی	شناخت‌درمانی، ساختارگرایی و درمان آدلری
۴	بازارزیابی محیط	پردازش اطلاعات، با تأکید بر محیط	درمان‌های ساختاری، رفتاری شناختی، درمان آدلری و درمان‌های محیط‌نگر
۵	خودآزادی‌سازی	تمرکز بر آزادی درونی	درمان‌های وجودی، آدلری و تحلیل تبادل
۶	آزادسازی اجتماعی	تمرکز بر رهایی از فشارهای اجتماعی	درمان‌های محیط‌نگر، سیستمی و ساختاری
۷	کنترل محرک‌ها	مدیریت محرک‌های درونی و بیرونی	شناخت-رفتاردرمانی
۸	تثبیت رفتار	تثبیت رفتارهای جایگزین و تبدیل آنها به عادت‌های رفتاری جدید	رفتاردرمانی
۹	تقویت معنویت	موعظه‌ی دینی، ذکر الهی، یادگیری مشاهده‌ای	ادیان الهی و عرفان عملی
۱۰	یاری‌رسانی	برقراری رابطه‌ی یاورانه با دیگران	گروه‌های خودیار

ط. محتوای جلسات پیش‌نیاز گروه

آمادگی اعضا برای شرکت فعال در گروه، مستلزم ایجاد شرایط لازم برای ورود به گروه‌درمانی در درمان یکپارچه توحیدی است. در این جلسات، که افراد برای عضویت در گروه معرفی شده‌اند، تلاش می‌گردد تأثیرات آموزش‌های پیشین و درصد تأثیر مداخلات پیش از درمان، با تست‌های دقیق روان‌شناختی مورد ارزیابی و تحلیل قرار گیرد. در این جلسات، اگر میزان نارسایی‌های مداخلات پیشین درمانی چشم‌گیر نباشد، درمانگر تلاش می‌کند سطح هوشیاری افراد را افزایش دهد و به شناختی مؤثر دست یابد را انجام و افراد را برای عضویت در گروه آماده کند. از سوی دیگر، ممکن است ضریب اطمینان درمانگر از مداخلات پیشین را کاهش دهد و تشکیل گروه را تا وصول به شرایط مناسب به تأخیر بیندازد. افزون بر این، در این جلسات، قوانین گروه برای اعضای احتمالی به صورت شفاف بیان می‌گردد. همچنین در آخرین جلسه، پیش‌نیاز شیوه‌های تن‌آرامی یا تنش‌زدایی تدریجی عضلانی، که پیش‌تر آموزش دیده‌اند، به اعضای گروه برای استفاده در جلسات گروه مرور می‌شود.

ی. تشکیل گروه و ایجاد فضای ممکن با شرایط درخور گروه‌درمانی

ایجاد فضای مناسب فیزیکی، یکی از ارکان آغاز کار گروه است. محدود نبودن مکان و دارا بودن تهویه‌ی مناسب، ایجاد فضای امن و رفع دغدغه‌ی افشای اسرار به اعضا، می‌تواند در شکل‌گیری و سرعت رشد گروه در گام‌های آغازین گروه نقش مهمی داشته باشد. در درمان یکپارچه توحیدی، فراهم‌سازی این شرایط برای برگزاری گروه در مکانی همچون زندان، که پیش از حضور در گروه معمولاً در محیط پرتنش قرار داشته‌اند، از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ از این رو، بر وجود فضای مناسب تأکید بیشتری می‌شود و باید تا کامل نشدن امکانات موجود - حتی‌الامکان - از برگزاری گروه خودداری گردد.

ک. آغاز جلسات گروه

چنانچه پیش از این گفته شد، جلسات گروه در درمان یکپارچه توحیدی دارای ساختار منظم است، به این دلیل که اولاً می‌توان از وقت گروه حداکثر استفاده را برد و ثانیاً شرایط

را برای یادگیری مشاهده‌ای و حرکت به سوی اهداف درمان فراهم می‌سازد. در درمان یکپارچه توحیدی، این جلسات در دو بخش زندان باز (گروه‌درمانی در مرحله‌ی پی‌گیری درمان) و بسته (گروه‌درمانی در مرحله‌ی درمان) انجام می‌گیرد. درمانگران پیش از آغاز جلسات گروه تلاش می‌کنند که برای ایجاد رابطه و تعمیق آن با مهارت‌های خاص خود عمل نمایند. این رابطه‌ی درمانی اگرچه در عرض برگزاری جلسات عمیق‌تر می‌شود، ولی پیش از آغاز گروه، در راه‌اندازی گروه بسیار اهمیت دارد؛ بنابراین، با توجه به اهمیت گروه‌درمانی در درمان یکپارچه توحیدی، ناگزیر باید ساختار مشخصی را دنبال کرد.

ل. ساختار یک جلسه گروه با رویکرد درمان یکپارچه توحیدی

۱. معرفی اعضا

مراجعان پس از ورود به جلسه‌ی گروه و با احترام، کنار یکدیگر می‌نشینند. درمانگر، ابتدا، خود را معرفی می‌نماید و هر یک از اعضا با نام و نام خانوادگی خویش را بیان می‌کند. درمانگر به مراجعان می‌گوید که همه دور هم جمع شده‌اند تا به همدیگر کمک کنند. با تکنیک‌های ایجاد صمیمیت و مرور رابطه‌ی درمانی تلاش می‌گردد شرایط مساعد برای شکل‌گیری گروه در آغاز صورت بگیرد. معمولاً از واژگان مناسب و جملات کوتاه برای این هدف استفاده می‌شود و مراجعان را برای مشارکت فعال در گروه و اشتیاق به گوش دادن و پذیرش دیگران آماده می‌کند.

۲. نماهنگ معنوی یا ایباد انگیزش درمان

پس از ایجاد صمیمیت نسبی، جلسه گروه با کمک درمانگر به نماهنگ معنوی، که ممکن است به منظور کاهش فشار و استرس ابتدایی ورود به گروه همراه مراجع باشد، گوش سپرده، به اتفاق فضای جلسه را به سوی معنادهی به گروه سوق می‌دهد. هدف از این نماهنگ، که همراه مدیتیشن و راهنمایی درمانگر صورت می‌گیرد، تحریک انگیزه‌ی معنوی، یادآوری و تذکر حضور در جلسه‌ی معنوی و احساس نزدیکی و قرب به خداوند است. البته در چهار هفته‌ی نخست گروه‌درمانی، که هر هفته دو جلسه برگزار می‌گردد، از

مضامین دعا و... استفاده نمی‌گردد و پس از آن، به تدریج، به سوی معنویت و ایجاد فضای معنوی و حتی دعای گروهی برای بهبودی و پیشرفت می‌انجامد. به عقیده‌ی وست (۲۰۰۰)، درمانگر متمایل به معنویت، برای فراهم آوردن امکان تغییر و رشد بیشتر مراجع، راه توفیق یافتن از جانب خداوند را باز می‌گذارد. این تغییر و رشد، بسیار بیشتر از رشدی است که با مهارت‌های معمول درمانگران امکان‌پذیر می‌شود. افزون بر این، درمانگر باید پیش از ورود مراجع برای شرکت در جلسه‌ی درمان، خود را از نظر روانی تقویت و برای رویارویی درمانی آماده نماید. بسیاری از درمانگران معنوی، پیش از جلسات درمان یا در بین آنها، به دعا و نیایش، تفکر عمیق، مراقبه و دیگر تدابیر معنوی می‌پردازند. (وست، ۲۰۰۰)

۳. تن آرامی

سکوت، از مهم‌ترین مسائل آغاز جلسه‌ی گروه‌درمانی است؛ پس از مرحله‌ی ایجاد انگیزه‌ی معنوی یا ایجاد فضای معنوی، درمانگر و اعضای گروه در حالت آرام و راحت قرار می‌گیرند و همزمان، از اصول «تنفس پاک‌کننده»^{۸۲} استفاده می‌کنند و سپس درمانگر می‌گوید: «ابتدا، نفس عمیقی بکشیم. در حقیقت، ما می‌خواهیم با آخرین توان خود، هوا را با صدای بلند به درون بکشیم، آن طور که به اختصار به شما نشان می‌دهم. سپس نفس خود را نگه می‌داریم و تا پنج می‌شماریم. بالاخره می‌رسیم به قسمت خوب کار که هوا را به صورت بسیار آهسته خارج می‌کنیم و همچنان که این کار را می‌کنیم، همه‌ی تنش‌های درون بدنمان را از خود دور می‌کنیم تا زمانی که همه‌ی هوا تخلیه شود».^{۸۳}

سپس با انجام اعمال ریلکسیشن یا تنش‌زدایی تدریجی عضلانی، درمانگر و اعضای گروه در حالت راحتی و آرامش کامل قرار گرفته، با رها کردن عضلات بدن و تنفس عمیق، خود را در حالت ریلکس یا تن‌آرامی قرار می‌دهند.^{۸۴} درمانگر براساس آنچه از اصول عملی تنش‌زدایی تدریجی^{۸۵} در جلسات پیش از گروه آموزش داده است، در جلسه‌ی نخست

82. Cleansing breath

۸۳. رابرت اپستاین، فعالیت‌های آرام‌بخش بازی‌هایی برای رهایی از استرس، ترجمه‌ی حمیده جعفر یزدی و زهره دهقانی، انتشارات جوانه رشد، تهران، ۱۳۸۴ش.

۸۴. مسعود جان بزرگی، شیوه‌های درمانگری اضطراب و تنبیدگی (استرس)، انتشارات سمت، تهران، ۱۳۸۲ش.

85. Progressive relaxation training

یادآوری و تکرار می‌نماید تا از یادگیری دقیق همه‌ی اعضای گروه مطمئن شود. در صورت وجود امکانات صوتی- تصویری مناسب در اطلاق گروه‌درمانی، از جلسه‌ی سوم به بعد، برای تعمیق حالت ریلکس و افزایش حالت جذب و پذیرش در مددجویان، بهتر است، پیش از آغاز تنفس عمیق، نوای موسیقی آرام‌بخش، با پخش صحنه‌های زیبایی از طبیعت کوه، جنگل یا دریا همراه شود. از جلسه‌ی هفتم به بعد، می‌توان به جای نوای موسیقی، از نوای دلنشین آیات قرآن در باب توبه و رحمت الهی یا دعاهای قرآنی استفاده کرد. تحقیقات متعدد^{۸۶} نشان داده است، شنیدن صوت قرآن، اگر زیبا و دلنشین قرائت شده باشد، اثر آرام‌بخش عمیقی بر افراد داشته، آنها را علاوه بر احساس نزدیکی به خداوند متعال، به سیر درونی و تأمل در خویشتن وامی‌دارد.

۴. مروری بر مطالب جلسه‌ی پیش و بازبینی تکلیف منزل

به منظور ایجاد پیوستگی و انسجام در محتوای جلسات درمانی و یادآوری مباحث جلسه‌ی پیش برای اعضای گروه، لازم است پیش از تعیین موضوع جلسه‌ی حاضر، درمانگر با مشارکت اعضا، به اختصار، مطالب مطرح‌شده در جلسه‌ی پیش را مرور نماید و درباره‌ی انجام تمرین‌های رفتاری و تکالیف درمانی خواسته‌شده از مراجعین، از آنها پرس‌وجو کند، زیرا تکلیف منزل می‌تواند در رشد و توسعه‌ی فعالیت گروه و مشارکت اعضا از سویی و یادگیری بهتر نقش مؤثری داشته باشد. «ثراندایک» از قانون تمرین^{۸۷} می‌گوید: «ما با انجام دادن، یاد می‌گیریم و با انجام ندادن، از یاد می‌بریم».^{۸۸}

درمانگر باید سعی کند تمرکز و استمرار را در جلسات درمان حفظ نماید. او باید از خود بپرسد: موضوعات مورد بحث در این جلسه چه ارتباطی با مباحث مطرح‌شده در جلسه‌ی پیش دارد و این مباحث چگونه با اهداف کلی مرتبط می‌شوند؟

به منظور کسب درک صحیحی از دنیای بیمار، مرور مختصر حوادث پیش آمده برای اعضا

۸۶. تأثیر قرآن بر کاهش اضطراب نوجوانان دختر دبیرستان‌های استان کرمان.

87. Law of exercise

۸۸. بی آر هرنگهان، و میتو اچ السون، مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری، ترجمه‌ی علی‌اکبر سیف، انتشارات دوران، چاپ پنجم، ۱۳۷۹ش.

در هفته‌ی گذشته مفید است. برای ساختارمند نمودن این مرور، درمانگر می‌تواند فرمی حاوی پرسش‌های مناسب از فعالیت‌های مراجعین تهیه نماید و از اعضای گروه بخواهد که آن را به سرعت تکمیل کنند و به درمانگر تحویل دهند. این مرور باید حتی‌الامکان مختصر و فقط شامل حوادث اصلی و تعیین‌کننده باشد تا وقت ارزشمند جلسه صرف گفت‌وگوهای بیهوده درباره‌ی اتفاقات جزئی زندگی بیماران نشود.

درمانگری که از بررسی تکلیف منزل در هر جلسه غفلت می‌کند، چند مشکل را به وجود می‌آورد: ۱. مراجع گمان خواهد کرد که تمرین‌های رفتاری در درمان، اهمیتی ندارد. ۲. درمانگر فرصت تصحیح اشتباهات رفتاری و شناختی مراجع را از دست می‌دهد. ۳. درمانگر این فرصت را از دست می‌دهد که درس‌های مفیدی از تکالیف داده‌شده و پی‌آمدهای آن را استخراج و به عنوان مثال‌های عینی مناسبی از رفتارهای سازش‌یافته تقویت نماید. ۴. کارآمدی گروه کاهش می‌یابد. تحقیقات ایسلر، هرسن و آگراس (۱۹۷۳) و دیگران نشان می‌دهد که روش‌های تمرین رفتار، وسیله‌ی مناسب و مؤثری برای تسهیل رفتار همراه با جرئت یا ابراز خود می‌باشد.^{۸۹}

اگر مراجع تکلیف منزل را انجام نداده بود، درمانگر باید علت آن را مورد بررسی قرار دهد. روشی ساده برای این منظور، استفاده از فهرست بازبینی دلایل احتمالی انجام ندادن تکلیف خودیاری است. این فهرست، به علل انجام ندادن تکلیف منزل از سوی مراجع کمک می‌کند. درمانگر نسخه‌ای از این فهرست را به مراجع می‌دهد و از او می‌خواهد تا ماده‌هایی را که دلیل ناپیروی او است، انتخاب نماید. بعضی از ماده‌های این فهرست بدین قرارند: وقت کافی ندارم، خیلی کار دارم، احساس تنهایی می‌کنم و کسی نیست کمکم کند، احساس می‌کنم نمی‌توانم کارهایی را که تعهد می‌کنم، انجام بدهم، وضع من خراب‌تر از آن است که چیزی بتواند به من کمک کند، این کارها کودکانه است و هیچ فایده‌ای ندارد.

این مسائل اهداف جدیدی برای بررسی و آزمایش به شمار می‌روند؛ بنابراین، چون تکلیف منزل پلی بین جلسات درمانی می‌باشد و فرصتی برای بررسی باورها و تمرین مهارت‌های

۸۹. ماروین آر گلدفرید، و جرالدهی دیوسون، رفتاردرمانی بالینی، ترجمه‌ی فرهاد ماهر، انتشارات آستان قدس رضوی، چاپ دوم، ۱۳۷۲ش.

آموخته‌شده در جلسه‌ی درمان فراهم می‌کند، درمانگر باید بازبینی تکالیف منزل اعضای گروه را با جدیت دنبال نموده، دلایل انجام نشدن آن را به دقت بررسی کند و اقدامات درمانی لازم را برای رفع آنها انجام دهد.

۵. تعیین موضوع جلسه با مشارکت اعضا

گروه‌درمانی در درمان یکپارچه توحیدی، از جمله گروه‌های ساخت‌دار^{۹۰} است؛ در این نوع گروه‌ها، اعضای گروه معمولاً بر موضوعی خاص در جلسه‌ی گروه متمرکز می‌شوند. در درمان یکپارچه توحیدی نیز موضوع ویژه‌ای از پیش به اعضای گروه معرفی می‌شود. موضوع جلسه با مشارکت اعضا، بین آنان هماهنگی به وجود آورده، برای جلسه‌ی درمانی چارچوبی فراهم می‌نماید. همچنین به مراجعین آموزش می‌دهد تا اولویت‌ها را تعیین کنند. افراد روان‌رنجور، معتاد، مضطرب و وسواسی معمولاً فاقد مهارت تعیین اولویت‌ها هستند. چون این بیماران وقت زیادی را صرف شکل خود می‌نمایند، بیشتر برای تمرکز بر حل مسائلی که در حال تخریب زندگی آنها می‌باشد، مشکل دارند.

افزون بر این، وجود دستور کار مشخص، اثر مثبتی بر اتحاد درمانی دارد و همدلی بین اعضا و درمانگر را تقویت می‌کند.

شایان ذکر است که درمانگر باید در تعیین موضوع جلسه، انعطاف‌پذیر باشد. گاهی، بیماران در شرایط بحرانی مانند دریافت خبر ناگوار، لغزش مصرف مواد مخدر یا سیگار، اخراج از کار، ترک همسر، از دست دادن عزیزان یا هر نوع آسیب روانی شدید دیگر به جلسه‌ی درمان می‌آیند. بیشتر این نوع مشکلات مستلزم توجه فوری درمانگر هستند و بر مباحث جاری رجحان پیدا می‌کنند. به ویژه درمانگر باید لغزش اعضا را مورد توجه فراوان قرار دهد، زیرا بیشتر بیمارانی که مواد مصرف نموده‌اند، از توانایی خود برای ترک اعتیاد ناامید می‌شوند و بدین ترتیب در معرض خطر فزاینده‌ی عود کامل قرار می‌گیرند. این امر به نوبه‌ی خود، بیشتر به گسترش احساس نومیدی از درمان منجر شده، ممکن است موجب شود بیمار درمان خود را رها کرد.

یکی از نکات کلیدی، اهمیت انعطاف‌پذیری و سرسختی نکردن درمانگر در پیروی از دستور جلسات است. او باید متناسب با حال و هوای اعضا و اهمیت موضوع مورد بحث، درباره‌ی ادامه‌ی بحث یا خاتمه‌ی آن تصمیم بگیرد؛ برای نمونه، هنگامی که وی احساس کرد موضوع خاصی به گفت‌وگوی بیشتری نیاز دارد تا به طور کافی مطرح گردد، لازم است موضوعات کم‌اهمیت‌تر را به تأخیر اندازد یا از آنها صرف نظر کند.

۴. بحث درباره‌ی موضوعات جلسه توسط اعضا

پس از مشخص شدن موضوع مورد بحث در جلسه‌ی امروز، درمانگر سکوت می‌کند تا یکی از اعضا گفت‌وگو را داوطلبانه آغاز نماید. با آغاز صحبت، افراد دیگر گروه و درمانگر با توجه و همدلی به سخنان وی گوش می‌دهند. وی مجاز است حداکثر پنج دقیقه در چارچوب موضوع تعیین‌شده درباره‌ی احساس خودش صحبت کند. با تمام شدن سخنان مراجع، در صورت لزوم، درمانگر بازخورد مناسبی به وی ارائه می‌دهد. سپس همه‌ی افراد حداقل سی‌ثانیه سکوت می‌کنند. پس از پایان یافتن سی‌ثانیه، عضو داوطلب دیگری بحث را ادامه می‌دهد. اگر بلافاصله داوطلبی وجود نداشت، درمانگر آن قدر سکوت را ادامه می‌دهد تا فردی داوطلب ادامه‌ی بحث شود. به هر حال، درمانگر کسی را مجبور به مشارکت در بحث نمی‌کند. البته مواردی وجود دارد که درمانگر احساس می‌کند عضوی آماده‌ی صحبت می‌باشد، ولی از اعتماد به نفس و شهامت لازم برای آغاز سخن برخوردار نیست. در این مواقع، درمانگر با نگاه‌های صمیمانه و ترغیب‌کننده و احياناً با یکی دو کلمه تشویق‌آمیز، از او حمایت عاطفی می‌نماید تا بتواند سخن در گلو مانده‌ی خود را به زبان جاری نماید. به هر حال، درمانگر با صبوری، متانت و حمایت‌های عاطفی-شناختی و بازخوردهای به موقع، می‌کوشد امکان مشارکت مساوی برای همه‌ی اعضای گروه را فراهم سازد. افزون بر این در مواقع مناسب با پرسشگری سقراطی و روبه‌رو کردن مراجع با خودش از طریق انعکاس، به هشیاری‌افزایی اعضای گروه کمک می‌کند. پرسشگری سقراطی،^{۹۱} روشی مداخله‌ای است که بیمار را به تأمل، ارزش‌یابی و تحلیل منابع متعدد اطلاعات تشویق می‌کند (اورهولسر،^{۹۲}

91. socratic questionnig

92. Overholser

۱۹۸۸). هدف این نوع پرسشگری، که کشف هدایت‌شده^{۹۳} نیز نامیده می‌شود، این است که اطلاعات در معرض توجه بیمار قرار گیرد؛ بنابراین، پرسش‌ها به گونه‌ای طراحی می‌شوند که بیشتر تأمل را برانگیزاند و آگاهی را افزایش دهد. بازخورد، یکی از فنون مهم درمانی است که تلویحات متعددی در پی دارد. افزون بر این، بازخورد، یکی از اجزای اصلی هر نوع رابطه‌ی انسانی است. به همین دلیل، معمولاً درمانگران و بیماران در جلسات درمانی به یکدیگر بازخورد می‌دهند. درمانگر با طرح پرسش‌هایی می‌خواهد مطمئن شود آنچه به اعضا گفته است، به درستی درک کرده‌اند و سوءتعبیری رخ نداده است؛ برای نمونه، درمانگر ممکن است بپرسد: آیا متوجه شدید که با این پرسش‌ها می‌خواهم چه بگویم؟ چنین پرسش‌هایی به بیمار و درمانگر فرصت می‌دهد تا سوءتعبیرها را در جلسه‌ی درمان روشن سازند. در پایان جلسه، درمانگران می‌کوشند تا از مراجعین در موارد زیر بازخورد دریافت نمایند:

۱. از این جلسه چه چیزی یاد گرفته است؟

۲. در جلسه‌ی درمان چه احساسی داشت؟

۳. به نظر مراجع، چه نکات مهم دیگری باقی‌مانده که لازم است مطرح شوند؟ مثلاً درمانگر ممکن است را بپرسد: جلسه‌ی امروز برای شما نتیجه‌ای داشت؟ در جلسه چیزی پیش آمد که شما را نگران کرده باشد؟ آیا احساس می‌کنید روند درمان برای شما مفید است؟ شیوه‌ی دیگر دریافت بازخورد، توجه به رفتارهای غیرکلامی مراجعین در جلسه‌ی درمان است؛ برای نمونه، ممکن است مراجعی ناگهان اخم کند یا عمیقاً در خود فرورود یا صورتش را در دست‌ها بیوشاند. در این مواقع، درمانگر با پرسشی مانند این که «احساس می‌کنم دارید به چیزی فکر می‌کنید؟»، مراجع را وادار به گفت‌وگو درباره‌ی احساسش در آن لحظه می‌نماید. این گونه پرسش‌ها، بیشتر اوقات، به استخراج بازخورد ارزشمند منجر می‌گردد و احساسات درونی مراجع را برملا می‌سازد.

نکته‌ی کلیدی که باید به خاطر داشت، این است که درمانگر باید در استخراج و پاسخ دادن به بازخورد کلامی و غیرکلامی در جلسه‌ی درمان مهارت پیدا کند. همچنین درمانگر باید از درست فهمیدن مراجع اطمینان حاصل نماید.

93. guided discovery

۷. فاصله‌سازی و جمع‌بندی مطالب

خلاصه‌سازی و جمع‌بندی، بخشی از فرایند یادگیری در جلسات درمانی است. طبق قاعده‌ای کلی، درمانگر یا اعضای گروه باید مطالب کلیدی مورد بحث را حداقل دو بار خلاصه نمایند. نخستین خلاصه‌سازی، که معمولاً به صورت انعکاس ارائه می‌شود، در پایان صحبت‌های هر عضو انجام می‌گیرد. این امر ضمن هشیارافزایی و بازخورد به گوینده، به دیگران کمک می‌کند تا بین گفته‌های وی با موضوع جلسه و اهداف درازمدت درمان ارتباط برقرار نمایند. دومین جمع‌بندی، که در پایان جلسه صورت می‌گیرد، به درمانگر و اعضا کمک می‌کند تا افکار خود را جمع نمایند. این کار همچنین فرصتی مناسب برای تصحیح هرگونه سوءبرداشت از مطالب گفته‌شده را فراهم می‌کند و درمان را برای بیمار قابل فهم‌تر می‌نماید. جمع‌بندی نهایی در جلسات اولیه، بیشتر توسط درمانگر انجام می‌شود، ولی به تدریج که جلسات درمانی ادامه می‌یابد، درمانگر باید این مسئولیت را به اعضا واگذار کند. هنگامی که مسئولیت خلاصه کردن به بیماران واگذار شود، آنها توانایی پردازش مطالب مطرح‌شده را خواهند یافت. این امر به درمانگران فرصت می‌دهد تا فهم اعضا را از آنچه در جلسه مورد بحث قرار گرفته است، بازبینی نمایند.

۸. تعیین تکلیف منزل

بعضی از راهبردها و فنونی که در تحکیم تجاربی که اعضا از جلسه‌های گروه فراگرفته‌اند و می‌خواهند آنها را در رویارویی با موقعیت‌های روزمره به کار گیرند، مؤثر است، عبارت‌اند از: قراردادهای تکالیف خانگی، برنامه‌های مبتنی بر عمل، فنون خودنظارتی، سیستم‌های حمایتی و برنامه‌های خودرهبی. این روش‌ها-جملگی- بر نقش اعضا و تعهد آنها در عمل کردن به رفتارهای جدید و دستیابی به طرح واقع‌بینانه و گسترش روشهای عملی اجرای این برنامه در زندگی روزانه تأکید می‌کنند.

تمرین‌های رفتاری، که مراجع باید در فاصله‌ی دو جلسه انجام دهد، کارکردهای درمانی مفید متعددی دارد: نخست این که تمرین‌های رفتاری پلی بین جلسات به شمار می‌رود و درمانگر اطمینان می‌یابد که مراجع در فاصله‌ی بین جلسات درباره‌ی مشکلاتش کار

می‌کند. دوم این که برای بیمار فرصتی را فراهم می‌کند تا به جمع‌آوری اطلاعات بپردازد و رفتارهای جدید را بیازماید (بلک برن^{۹۴} و دیوید سون، ۱۹۹۰^{۹۵}). سوم این که تمرین‌های رفتاری که فرد در منزل انجام می‌دهد، موجب یکپارچه‌سازی و انسجام‌بخشی به فرایند درمان می‌شود (برنز^{۹۶} و اورباخ، ۱۹۹۲^{۹۷}؛ پرسنز، ۱۹۸۸^{۹۸}؛ پرلاف برنز، ۱۹۸۸^{۹۹}). افزون بر این، چون جلسه‌ی درمان از نظر وقت محدودیت دارد، تکالیف منزل این فرصت را برای مراجع فراهم می‌کند تا مهارت‌های مختلفی را که در جلسه‌ی درمان آموخته‌اند، تمرین نمایند.

بهتر است تکالیف داده‌شده از متن جلسه‌ی درمان برخاسته باشد، چون وقتی تکلیف منزل گسترش منطقی جلسه‌ی درمان باشد، تأثیر فراوانی دارد (نیومن، ۱۹۹۳^{۱۰۰}). فرض بر این است که اگر تمرین‌های مزبور به درستی انجام شوند، می‌توانند جانشین عادت‌های سازش‌نیافته‌ی پیشین شده، پس از پایان درمان نیز ادامه یابند.

همچنان که گفته شد، درمانگر باید در هر جلسه، پیش از آغاز مباحث، بازبینی تکلیف منزل اعضا را در دستور کار خود قرار دهد. با انجام این کار، درمانگر بیمار را متوجه می‌سازد که تکلیف منزل، بخش مهمی از درمان است (برنز و باخ، ۱۹۹۲). افزون بر این، با بررسی تکلیف منزل جلسه‌ی پیش، درمانگر می‌تواند اشتباهات بیماران را در آغاز درمان تصحیح کند؛ برای نمونه، بازبینی دقیق یادداشت‌های روزانه‌ی اعضا به درمانگر فرصت می‌دهد که از اجرای درست مهارت‌های شناختی و رفتاری اعضای گروه اطمینان یابد. درمانگر می‌تواند با توضیح نقش تمرین‌های رفتاری داده‌شده در فرایند درمان و بررسی موانع احتمالی انجام آن توسط مراجعین و نیز سعی در برطرف کردن آنها، میزان سرپیچی آنان از انجام تکلیف منزل را به حداقل کاهش دهد (نیومن، ۱۹۹۳). همچنین، اگر درمانگر درباره‌ی فهم

94. Black Burn, I. M.
95. David Son, K. M.
96. Burns, D. D.
97. Auerbach, A. H.
98. Persons, J. B.
99. Perloff, J. M.
100. Newman. C. F.

مراجع از چگونگی انجام تکلیف داده‌شده تردید دارد، باید ضمن ارائه‌ی توضیحات لازم، رفتار مورد نظر را پیش از پایان جلسه تمرین نماید. تکلیف باید ادامه‌ی منطقی جلسه‌ی درمان و با اهداف درمان مرتبط باشد. درمانگر با توضیح دلایل ضرورت انجام تکلیف در درمان و مشکلات احتمالی ناشی از اهمال در انجام آنها، می‌کوشد پیروی نکردن مراجعین را به حداقل برساند. به منظور تسهیل فهم بیمار، درمانگر از اعضا می‌خواهد که حداقل یک بار تکلیف داده‌شده را در جلسه‌ی درمان تمرین کنند و به آنان یادآوری می‌نماید که این تکلیف را در جلسه‌ی بعد مورد بررسی قرار خواهد داد.

۹. فتم جلسه همراه با دعا

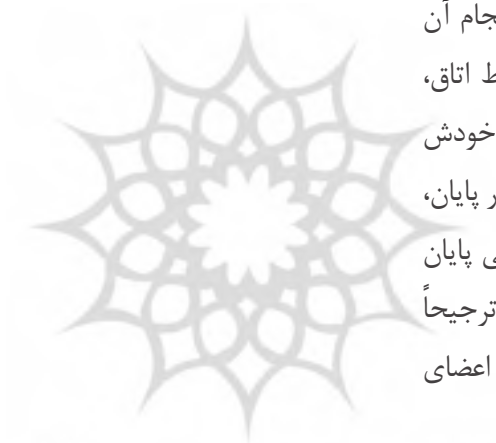
پس از تعیین تکلیف منزل و اطمینان درمانگر از آشنایی کامل اعضا با شیوه‌ی انجام آن و پاسخ به پرسش‌های احتمالی اعضا، همه‌ی افراد گروه از جا بلند شده، در وسط اتاق، دایره‌وار، با صمیمانه دست یکدیگر را می‌گیرند. آن‌گاه هر یک از اعضای گروه برای خودش یا دیگر اعضا دعا نموده، دیگران با گفتن آمین، با وی همدلی می‌کنند. درمانگر نیز در پایان، دست کم سه دعا برای موفقیت و بهبودی گروه نموده، جلسه با صلوات دسته‌جمعی پایان می‌یابد. توجه داشته باشید که مضمون دعای افراد، درخواست حاجت فردی و ترجیحاً متناسب با موضوع جلسه و مضمون دعا‌های درمانگر کلی و برای رفع موانع بهبود اعضای گروه می‌باشد.

۱۰. ارائه‌ی راهنمایی‌های فردی و اختصاصی

پس از پایان جلسه، درمانگر در اتاق جلسه یا اتاق مجاور، که برای مشاوره‌ی فردی مناسب باشد، می‌نشیند و افرادی را که در جلسه احساس کرده است به راهنمایی فردی نیاز دارند و باید مطالبی را خارج از چارچوب گروه به آنها گوشزد کرد، به حضور پذیرفته، راهنمایی‌های لازم را در پنج تا ده دقیقه به وی ارائه می‌نماید.

۱۱. مکتوب نمودن کلیات مسائل مطرح‌شده

با توجه به این که فاصله‌ی بین جلسات گروه تا یک هفته به طول می‌انجامد، درمانگر باید برای هر یک از اعضای گروه پوشه‌ی مخصوصی داشته باشد که پس از هر جلسه‌ی گروه، وضعیت مشارکت و موضوعات مطرح‌شده را در آن ثبت نماید. این مسئله ضمن بهبود در فرایند گروه، سبب شناخت بیشتر جایگاه گروه و تکرار نشدن موضوع در جلسات بعد خواهد شد.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

منابع

۱. گلشن فومنی، محمدرسول، *درآمدی بر دیدگاه روانی-اجتماعی پویایی گروه و سنجش آن*، انتشارات شیفته، چاپ دوم، ۱۳۷۴ ش.
۲. کوری، ماریان اشنايدر و جerald، *گروه‌درمانی*، ترجمه‌ی سیف الله بهاری و دیگران، انتشارات روان، چاپ اول، ۱۳۸۲ ش.
۳. اپستاین، رابرت، *فعالیت‌های آرام‌بخش بازی‌هایی برای رهایی از استرس*، ترجمه‌ی حمیده جعفر یزدی و زهره دهقانی، انتشارات جوانه‌ی رشد، تهران ۱۳۸۴ ش.
۴. جان بزرگی، مسعود، *شیوه‌های درمانگری اضطراب و تنیدگی (استرس)*، انتشارات سمت، تهران، ۱۳۸۲ ش.
۵. *تأثیر قرآن بر کاهش اضطراب نوجوانان دختر دبیرستان‌های استان کرمان (سامانه‌ی پایان‌نامه‌های کشور irandoc)*.
۶. هرنگهان، بی آر- السون، میتوچ، *مقدمه‌ای بر نظریه‌های یادگیری*، ترجمه‌ی علی‌اکبر سیف، انتشارات دوران، چاپ پنجم، ۱۳۷۹ ش.
۷. گلدفرید، ماروین آر- دیوسون، جerald سی، *رفتاردرمانی بالینی*، ترجمه‌ی فرهاد ماهر، انتشارات آستان قدس رضوی، چاپ دوم، ۱۳۷۲ ش.
۸. چوپانی صوری، مراد و دیگران، *بررسی تأثیر گروه‌درمانی مذهبی و شناختی- رفتاری بر عزت نفس و نگرش‌های زناشویی*، دو فصل‌نامه‌ی *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، شماره‌ی ۶، بهار و تابستان ۱۳۸۹، ص ۳۱.
۹. شریفی‌نیا، محمدحسین، *درمان یکپارچه توحیدی*، رویکردی دینی در درمان اختلالات روانی، دو فصل‌نامه‌ی *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، شماره‌ی ۴، بهار و تابستان ۱۳۸۸، ص ۶۵.
۱۰. همو، *بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی در کاهش بزهکاری زندانیان*، دو فصل‌نامه‌ی *مطالعات اسلام و روان‌شناسی*، شماره‌ی ۲، بهار و تابستان ۱۳۸۷، ص ۷.
۱۱. همو و دیگران، *مقایسه‌ی اثربخشی دو روش درمان یکپارچه توحیدی و شناخت‌درمانی در کاهش رفتار مجرمانه‌ی زندانیان*، *روان‌شناسی و علوم تربیتی*، سال سی و ششم، شماره‌ی ۳، پاییز ۱۳۸۶، ص ۸.
۱۲. همو، *مقایسه‌ی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی و شناخت‌درمانی در کاهش رفتارهای مجرمانه و سوء مصرف مواد در زندانیان معتاد*، *روان‌شناسی و علوم تربیتی*، سال سی و ششم، شماره‌ی ۳، پاییز ۱۳۸۶، ص ۸.
۱۳. همو، *ارزیابی تأثیر روش درمان یکپارچه توحیدی در کاهش مصرف مواد مخدر و*

- رفتارهای مجرمانه و سوء مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر زندانیان زندان مرکزی قم، قم، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور (۱۳۸۶ ش).
۱۴. همو و دیگران، *مراحل و اقدامات اجرایی درمان یکپارچه توحیدی*، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، ۱۳۸۷ ش.
 ۱۵. مهدی، هادی، *اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی در مددجویان زندان مرکزی قم*، پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، مؤسسه‌ی آموزشی و پژوهشی امام خمینی (۱۳۸۷ ش).
 ۱۶. مقاله‌ی *توحیددرمانی*، مجله‌ی *نقد و نظر*، سال نهم، شماره‌ی سوم و چهارم، پاییز و زمستان ۱۳۸۳ ش.
 ۱۷. قاضوی، سیدتقی، *مروری بر درمان یکپارچه توحیدی*، قم، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، ۱۳۸۶ ش.
 ۱۸. مطهری، مرتضی، *انسان کامل*، تهران، انتشارات صدرا، ۱۳۶۴ ش.

19. Jalali – Tehrani, S. M. M. (1996a). Islamic theory and humanistic Psychology. *The Humanistic Psychologist*, 3(24), 341-349