

اثر بخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی

مهدی هادی* / مسعود جان‌بزرگی**

چکیده

درمان یکپارچه توحیدی، یکی از رویکردهای درمانی است که ضمن اصل قرار دادن معنویت، به دنبال آن است که با یکپارچه‌سازی شخصیت و وحدت بخشیدن به آن در سایه توحید، زمینه انجام جرم و ارتکاب مجدد آن را از بین ببرد و راهی برای بازگشت سعادتمندانۀ مجرمان به جامعه فراهم آورد.

در این تحقیق، اثر بخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی مددجویان زندان مرکزی قم بررسی شده است. جامعه آماری، از میان ۱۱۲ نفری که مراحل درمان را پشت سر گذاشته‌اند، ۴۲ نفر به صورت تصادفی برگزیده شدند و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون حاصل از اجرای پرسش‌نامه تحلیل بالینی کتل، در این افراد مقایسه شد.

در پنج مورد از مؤلفه‌های شخصیت، یعنی ثبات عاطفی، سازگاری، جسارت، نایمینی روانی و اضطراب، و همچنین ده مورد از مؤلفه‌های بالینی یعنی خود بیمار انگاری، افسردگی با افکار خودتخریبی، افسردگی همراه با اضطراب، افسردگی با کمبود انرژی، احساس گناه و رنجش، بی‌حوصلگی و گوشه‌گیری، پارانویا، اسکیزوفرنیا، ضعف روانی، و بی‌کفایتی روانی، این روش درمانی اثر بخشی معناداری داشته است.

کلیدواژه‌ها: درمان یکپارچه توحیدی، مؤلفه‌های شخصیت، مؤلفه‌های بالینی، روان درمانی یکپارچه، توحید، معنویت.

* کارشناس ارشد روان‌شناسی مؤسسه آموزشی پژوهشی امام خمینی ☪

** استادیار پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. دریافت: ۸۸/۵/۱۷ - تأیید: ۸۸/۸/۱۸

مقدمه

جرم^۱ و بزهکاری، از پدیده‌های شوم و ناخوشایند حیات اجتماعی انسان‌هاست که از دیرباز در جوامع بشری وجود داشته‌اند. در بررسی همه‌جانبه این پدیده باید به ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی آن توجه شود، اما بی‌شک یکی از اصلی‌ترین ابعاد آنها که بر سایر جنبه‌ها نیز تأثیر عمیقی دارد، بُعد روان‌شناختی است.

کنکاش در ویژگی‌های شخصیتی- رفتاری بزهکاران نشان می‌دهد که فرآیند رشد و تحول در زندگی روانی بیشتر آنها با مشکلاتی همراه بوده است. پریشانی‌های روانی، محرومیت‌ها، ناکامی‌های پی‌در پی، خودمداری و فزون‌خواهی، پرخاشگری، خصومت و نفرت انباشته شده، نارسایی‌های تربیتی و یادگیری‌های غلط دوران کودکی، نظام خانوادگی آشفته، کمبود محبت و در یک کلام عقده‌های روانی، مهم‌ترین عامل‌گرایش به رفتارهای تبهکارانه و ضداجتماعی است.^۲

بررسی‌های تاریخی ویلسون^۳ و هرنتین^۴ (۱۹۸۵) بیانگر آن است که تقریباً در تمام دوره‌های تاریخی، عوامل روانی یکی از مهم‌ترین علل‌گرایش افراد به جرم و جنایت به شمار می‌آید و جوامع مختلف با روش‌های گوناگون سعی در کنترل و درمان آنان داشته‌اند.^۵

یکی از روش‌هایی که در بسیاری از نقاط جهان برای برخورد با مجرم و جلوگیری از جرم استفاده می‌شود، زندانی کردن مجرمان است. محرومیت از آزادی که در اواخر قرن هیجدهم در نظام قضایی اروپا تثبیت شد، با این هدف انجام شد که واکنش در برابر اعمال بزهکارانه را منطقی‌تر و انسانی‌تر از مجازات‌هایی کند که پیش‌تر اعمال می‌شد. اما دیری نپایید که در قالب اجرا،

زندان از حل تضادهای فردی و اجتماعی جرم‌زا یا افشاکننده جرم، ناتوان از کار درآمد. از آن پس، نهاد زندان همواره با بحران روبه‌رو بوده است.^۶

امروزه این پرسش برای بسیاری از کارشناسان مطرح است که آیا سیستم موجود زندان، در تحقق اهداف اصلی آن یعنی دور نگه داشتن جرم از اجتماع به منظور حفظ نظم، آرامش، امنیت و تسلی بخشیدن جامعه موفق بوده است؟

در پاسخ به این پرسش، بسیاری بر این باورند که نباید این واقعیت را فراموش کرد که اگر نظام موجود (حبس به عنوان مجازات) وجود نداشته باشد، رفتار انحرافی به مراتب توسعه بیشتری خواهد یافت، اما اهداف حبس کردن و محرومیت از آزادی به خوبی تحقق نمی‌یابند.^۷ نگاهی به آمار زندان‌های کشور و روند افزایش شمار زندانیان در سال‌های مختلف نشان‌دهنده بحران قابل توجهی است که کارشناسان را به فکر چاره‌جویی و بررسی گسترده آن انداخته است.^۸

از سویی بررسی‌ها نشان داده‌اند که زندانی کردن تأثیر منفی بر زندانیان دارد و آنان را به اجبار از کانون خانوادگی، شغل و زندگی اجتماعی طرد می‌کند و زمینه را برای روی آوردن به جرم و جنایت در زندان بیشتر می‌کند. به‌ویژه زندانیان جوان که از متخلفان با تجربه شیوه‌های مختلف جنایت را می‌آموزند. از سوی دیگر، برخی از کارشناسان بر این باورند که حبس و زندان، که جامعه برای رویارویی با رفتار بزهکارانه از آن بهره می‌گیرد، صرف‌نظر از هر نامی که به آن داده می‌شود، نوعی تنبیه است و این تنبیه غالباً مفید نیست؛ زیرا معمولاً مدت درازی پس از ارتکاب عمل بزهکارانه‌ای که قرار است به شرط بروز آن به کار گرفته شود، فرد مورد تنبیه قرار می‌گیرد. ضمن آنکه زندانی کردن یکی از پرخارج‌ترین اشکال تنبیه است. نگاهی به آمار موجود نشان می‌دهد که هزینه نگهداری یک زندانی گاهی به ۲۰۰ دلار در روز می‌رسد.^۹

بنابراین، ضروری است که در جست‌وجو و معرفی روشی باشیم که بتواند با اثربخشی همه‌جانبه بر فرد، افزون بر جلوگیری از آثار منفی حبس و محرومیت از آزادی، با ایجاد تغییرات درونی، زمینه‌های فردی ارتکاب جرم و بازگشت به زندان را از بین ببرد.

پس از استقرار روان‌شناسی به مثابه یک دانش تجربی و ظهور روش‌های نوین روان‌درمانی، توجه به اصلاح رفتار مجرمانه ابعاد وسیعی یافت؛ به‌گونه‌ای که امروزه در سراسر جهان روان‌شناسان زیادی تمام توان خود را صرف درک و شناخت پدیده جرم و بزهکاری کرده‌اند و با بررسی تاریخچه زندگی، استفاده از ابزار و روش‌های تشخیص بالینی و اجرای روش‌های درمانگری، می‌کوشند به این گروه از آسیب دیدگان اجتماعی کمک کنند.^{۱۰}

از نظر روان‌شناسان، هدف اصلی درمانگری روان‌شناختی، تغییر زمینه فردی تکرار اعمال بزهکارانه است و تغییر رفتار مجرمانه هدف غیرمستقیم این نوع درمانگری‌هاست.^{۱۱} به بیان دیگر، در الگوی روان‌درمانی سعی می‌شود کل شخصیت مجرم را متحول سازند تا بدین ترتیب زمینه‌های درون‌فردی ارتکاب مجدد جرم از بین برود.

در سال‌های اخیر، برای دستیابی به چنین هدفی در زندان‌های ایران، از درمانگری یک پارچه توحیدی بهره می‌برند. در این روش درمانی، اعتقاد بر این است که اگر آموزه‌های الهی و معنوی به‌ویژه مؤلفه اساسی توحید و ارتباط عمیق و صمیمانه با خداوند متعال با یافته‌های روان‌درمانی ادغام گردد، کارآمدی و پایداری درمان به صورت چشمگیری افزایش می‌یابد؛ زیرا عنصر توحید بیش از هر عامل دیگری توان انسجام‌بخشی و یکپارچه‌سازی شخصیت را دارا می‌باشد.^{۱۲}

در صد سال اخیر، روان‌شناسان روش‌های اصلاحی و درمانی فراوان و

متنوعی را پیشنهاد داده‌اند. به طوری که به گفته کازدین^{۱۳} (۱۹۸۷) تا آن زمان بیش از ۴۰۰ روش درمانگری متفاوت پیشنهاد شده بود.^{۱۴}

به رغم تأثیرهای درمانی غیرقابل انکار این فنون درمانی - چون اغلب آنها تحت تأثیر یکی از مکاتب روان‌شناختی معاصر بوده‌اند و بر اساس پارادایم جزنگری، به یک یا چند بخش از ابعاد وجودی انسان توجه کرده‌اند - در حل معضلات گسترده و فراگیر شخصیتی بزهکاران که همه ابعاد وجودی آنان از فلسفه، هدف و معنای زندگی گرفته تا روابط اجتماعی، ارتباطات میان‌فردی و الگوهای رفتاریشان را در برمی‌گیرد، توفیق چندانی نداشته‌اند.^{۱۵}

یکی از مهم‌ترین دلایل توفیق نداشتن شیوه‌های تک‌مکتبی در درمان کامل و پایدار اختلالات روانی، ناتوانی آنها در توجه هماهنگ و یکپارچه به ابعاد چندگانه زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در مواجهه با مشکلات روانی و نابهنجاری‌های رفتاری است.^{۱۶} اما از آنجا که انسان یک کل واحد و غیرقابل تجزیه است، سلامت روانی کامل وی هنگامی تحقق می‌یابد که وحدت و انسجام این سیستم حفظ، و اجزای آن با یکدیگر هماهنگ عمل کنند.^{۱۷}

عدم توجه روان‌درمانی سنتی به عنصر معنویت و ارزش‌های دینی در فرایند درمان، ناپایداری تغییرهای رفتاری ایجاد شده در دراز مدت و درصد بالای بازگشت به رفتارهای نابهنجار را به دنبال داشته است. توجه روزافزون روان‌شناسان و درمانگران به این حقیقت موجب شده است تا در دهه‌های اخیر، درمانگران به روش‌های درمان یکپارچه توجه جدی داشته باشند. اکنون آنان در جست‌وجوی روش‌های نوینی هستند که بتوانند 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 دهند تا سلامت روانی فرد تأمین شود. به همین دلیل، به گفته گارفیلد^{۱۸} و برجین^{۱۹} (۱۹۹۴)

امروزه بیشتر روان‌درمانگران استفاده از روش‌های التقاطی^{۲۰} و یکپارچه^{۲۱} را ترجیح می‌دهند.

یکی از این روش‌های کل‌نگر و تلفیقی، روش درمان یکپارچه توحیدی است.^{۲۲} این روش که تلفیقی از آخرین یافته‌های روان‌درمانی در حوزه‌های مختلف، به‌ویژه فنون انسانی‌نگر و وجودی از یک سو، و آموزه‌های توحیدی و عرفانی اسلام از سوی دیگر می‌باشد، با عنوان «روش توحید درمانی»^{۲۳} در سال ۲۰۰۱ توسط دکتر محمدمحسن جلالی‌تهرانی در کتابنامه روان‌درمانی‌های نوین^{۲۴} به ویراستاری ریموند کرسینی معرفی گردید. این روش با تأکید بر ارتقای رشد و تحول انسانی، به فرد امکان می‌دهد تا با جست‌وجوی معنای متعالی برای زندگی و تلاش برای درک خویشتن خویش، به توسعه روشی برای زندگی خود بپردازد که منجر به دستیابی مراحل بالاتر رشد و کمال گردد.

به گفته کرسینی، توحیددرمانی که از ادغام و یکپارچه‌سازی نگرش اسلام نسبت به سرشت انسان و نظریه و روش درمان انسان‌گرا به وجود آمده، برای اولین بار اسلام را به منزله یک شیوه درمانی مطرح کرده است.^{۲۵} این شیوه درمانی پس از معرفی و به‌کارگیری در دانشگاه فردوسی مشهد- در مرکز تربیت و اصلاح زندان مشهد- نتایج قابل‌قبولی را به دنبال داشت. به خاطر موفقیت‌های به دست آمده، این سبک درمانی به زندان‌های سراسر کشور گسترش یافت و اکنون متخصصان در زندان‌های همه مراکز استان‌ها، با بهره‌گیری از این شیوه در پی اصلاح رفتار مجرمان و جلوگیری از بازگشت مجدد آنها به سوی رفتارهای مجرمانه برآمده‌اند.^{۲۶}

براساس این روش، درمان پنج مرحله دارد: پذیرش، مشاهده بالینی، آموزش مهارت‌های زندگی، گروه‌درمانی، پیگیری درمان. در هر یک از این مراحل، با

مداخلات و اقدامات درمانی تلاش می‌شود که فرد دارای معیارهایی از پیشرفت در درمان شده، و از یک مرحله به مرحله بعد انتقال یابد.^{۲۷}

این پژوهش، برای بررسی تأثیرهای این روش شکل گرفته است. بر اساس این پژوهش، مداخله‌های درمانی به سبک یکپارچه توحیدی احتمالاً می‌تواند بر رگه‌های شخصیتی افرادی که به خاطر مسائل و نابهنجاری‌های رفتاری در زندان هستند، اثربخش باشد. همچنین بررسی می‌شود که آیا درمانگری یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت مثل ثبات عاطفی، خودتنظیمی، سوءظن و...، بر مؤلفه‌های بالینی مثل خودبیماری‌انگاری، ضعف روانی و... اثربخشی دارد؟ بررسی این موضوع با اخذ پیش‌آزمون و پس‌آزمون تست تحلیل بالینی کتل موسوم به CAQ مورد کاوش قرار می‌گیرد.

تاکنون در حوزه روان‌شناسی مکتب جدیدی با رویکرد اسلامی ظهور نیافته یا به اثبات نرسیده و یا مطرح نگردیده است؛ تنها در دهه اخیر چنین ادعایی مبنی بر وجود یک رویکرد درمانی در حوزه مداخلات و خدمات روان‌شناختی با عنوان توحید درمانی یا درمان یکپارچه توحیدی پا به عرصه گذاشته است؛ از این‌روی، محقق بر آن شد تا این هدف مهم را در نظر بگیرد که اولاً آیا مداخلات درمانی این شیوه، متناسب با رویکرد ادعایی آن می‌باشد؟! و ثانیاً آیا اثربخشی آن با توجه به اینکه یک رویکرد معنوی و الهی است، می‌تواند مانند نتایج سایر رویکردها مورد توجه قرار گیرد؟! از این‌روی، پژوهش حاضر درصدد است که یافته‌های پژوهشی یک درمان و نظریه جدید درمانی که مبتنی بر مبانی اسلامی و توحیدی است را بیازماید و ضمن رسیدن به پرسش‌های پژوهشی خود، به دنبال بررسی فرضیه‌های زیر است:

فرضیه اول: درمان یکپارچه توحیدی، بر مؤلفه‌های شخصیتی مددجویان اثربخشی دارد.

فرضیه دوم: درمان یکپارچه توحیدی بر مولفه‌های بالینی مددجویان اثربخشی دارد.

روان‌درمانی یکپارچه

شواهد روشنی وجود دارد که از اوایل دهه ۱۹۸۰، روان‌درمانی حرکت به سوی یکپارچه‌سازی و ادغام نظریه‌ها و فنون درمانی را آغاز کرده است. هدف این نهضت، ایجاد همگرایی در رویکردهای مختلف و تدوین الگوهای نظری کامل‌تری است که بر اساس آنها درمان‌های مؤثرتری پدید آیند.^{۲۸}

مشاوره و روان‌درمانی یکپارچه، فرایند انتخاب مفاهیم و الگوها از نظام‌های مختلف درمانی است. یکپارچه‌سازی کوششی است برای توجه به محدودیت‌های رویکردهای تک‌مکتبی و تأکید بر دیدن آنچه که از دیدگاه‌های دیگر می‌توان آموخت، به منظور بالا بردن اثربخشی درمان و افزایش سودمندی مراجعان از خدمات روان‌درمانی.^{۲۹}

دیدگاه یکپارچه، موافق با وسعت بخشیدن اساس نظریه‌های معاصر برای دربرگیری ابعاد زیستی، اجتماعی و معنوی انسان است. این نظریه‌ها همچنین قابل گسترش به موضوعات مربوط به جنس، تفاوت‌های فرهنگی، علایق معنوی و دلبستگی‌های سیاسی - اجتماعی مراجعان است و اعتقادات مذهبی، جنبه‌ای از زمینه فرهنگی مراجع است که باید به منزله بخش اصلی آگاهی بین فرهنگی درمانگر در نظر گرفته شود.^{۳۰}

حضور عنصر معنویت، مستلزم باور به یک نیروی برتر از خودمان است. این باور موجب کوشش برای جهت‌مند کردن زندگی‌مان به سمت این نیروی برتر می‌شود. افزون بر این، مسائل معنوی و الهی نیرویی است که می‌تواند فرد را دریافتن مفهومی منسجم و هدفمند از دنیا و معنادار کردن زندگی یاری رساند.

راه‌های متعددی برای ارضای نیازهای معنوی وجود دارد و وظیفه درمانگر این نیست که مسیر خاصی را توصیه کند، ولی این از مسؤلیت‌های درمانگر است که آگاه باشد معنویات، نیروی برجسته‌ای برای بسیاری از مراجعانش است و فعال کردن علایق معنوی می‌تواند نقش مؤثری در حل مشکلات وی داشته باشد. به عبارت دیگر، همان‌طور که بهداشت عمومی مراجعان و نگرش‌ها و عملکردشان را در مورد بهداشت جسمی‌شان بررسی می‌کنند، باید درباره ارزش‌ها، اعتقادات و منابعی که مراجع به واسطه آنها سعی در معنایابی زندگی می‌کند، نیز تحقیق کند. به عنوان قسمتی از فرایند ارزیابی، پرسش درباره اعتقادات و ارزش‌های مراجع که از فرهنگ و احتمالاً مذهب‌شان نشئت می‌گیرد، ضروری است. اگر مراجعی اشاره کند که نگرانی‌هایی درباره اعتقادات یا اعمال خود دارد، این مسئله کانون توجه مفیدی برای پی‌گیری می‌باشد. به نظر می‌رسد در دهه آینده، تأکید فزاینده‌ای بر یکپارچه‌سازی فنون درمانی با دیدگاه‌های معنوی رخ خواهد داد.^{۳۱}

درمان یکپارچه توحیدی

درمان یکپارچه توحیدی^{۳۲} روش درمانی جامع و چندوجهی است که برای بازپروری معتادان و اصلاح رفتار مجرمان زندانی و بازگشت سعادتمندان آنان به جامعه تهیه و تدوین شده است. در این روش، تلاش می‌شود با ادغام چندین روش درمانی و درون‌مایه‌ای توحیدی - معنوی، ارزش‌هایی در فرد احیا گردد که توان یکپارچه‌سازی و انسجام بخشیدن به کل شخصیت فرد را داشته باشد.^{۳۳}

در واقع، مفهوم توحید مستلزم وجود یک نظام ارزشی وحدت‌بخش است که برای جهت بخشیدن در زندگی شخصی به کار می‌آید. این نظام ارزشی می‌تواند مبتنی بر یک جهت‌گیری اصیل دینی یا معنوی باشد؛ نظام ارزشی‌ای که ویکتور فرانکل^{۳۴} (۱۹۸۰) و هوبارت مورر^{۳۵} (۱۹۶۷) نیز به آن اشاره کرده‌اند.^{۳۶} این روش

روش درمانی بر اساس آرا و نظریه‌هایی درباره آثار مثبت دین و باورها و مناسک دینی در سلامت روانی و درمان اختلالات هیجانی، درصدد است با ادغام اعتقاد به خداوند و برقراری رابطه عمیق عاطفی - هیجانی با او، در نظریه‌ها و فنون مختلف روان‌درمانی، اختلالات روانی و انحراف رفتاری مجرمین و بزهکاران را درمان کند؛^{۳۷} نظریه‌هایی مانند نظریه آلپورت^{۳۸} (۱۹۶۳) در مورد ارزش‌های دینی به منزله مهم‌ترین نیروی وحدت‌بخش در شخصیت انسانی؛ کنکاش گسترده مزلو^{۳۹} درباره شخص بافضیلت در جامعه سالم (۱۹۷۱) و نظریه وی درباره رشد همه ابعاد وجودی در مقابل رشد ناقص (۱۹۶۲)؛ تأکید مارسل^{۴۰} (۱۹۹۵) بر ارزش‌ها و دیدگاه او درباره رابطه انسان با خداوند به منزله بخش اساسی تجربه کامل انسانی؛ پژوهش‌های جلالی تهرانی (۱۹۹۶ و ۱۹۹۷) درباره نقش تلفیق آموزه‌های روان‌شناسی و باورهای دینی در معنابخشی به زندگی، و ده‌ها پژوهش دیگر (برای نمونه: پارگامنت^{۴۱} و اولسون،^{۴۲} ۱۹۹۲؛ پارگامنت و همکاران، ۱۹۹۸؛ پولنر،^{۴۳} ۱۹۸۹؛ پیکوک^{۴۴} و پولوما،^{۴۵} ۱۹۹۹؛ دماریا^{۴۶} و کاسینو،^{۴۷} ۱۹۸۸).

بنابراین، درمان یکپارچه توحیدی مجموعه اصول و فنون روان‌درمانی است که با توجه به چندبعدی بودن انسان، بر اساس تلفیق دیدگاه‌های انسان‌گرایی، شناختی، وجودی و آموزه‌های الهی - معنوی تدوین گردیده است تا از آن به صورت فردی و گروهی برای کاهش رفتار بزهکارانه و تغییرهای رفتاری و شخصیتی زندانیان مورد استفاده قرار گیرد.

ویژگی‌های درمان یکپارچه توحیدی

الگوی درمان یکپارچه توحیدی ویژگی‌هایی دارد که آن را از دیگر روش‌های درمانی متمایز می‌سازد. مهم‌ترین ویژگی‌های درمان یکپارچه توحیدی را می‌توان به این شرح بیان کرد:^{۴۸}

۱. درمان یکپارچه توحیدی افزون بر ایجاد انسجام و یکپارچی در ابعاد زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی، بر بعد معنوی مراجع نیز تأکید دارد؛
۲. نظریه اهمیت پایه‌های زیستی در بروز اختلالات روانی و ناهنجاری‌های رفتاری، در این روش دارودرمانی و تنظیم بیولوژیکی ارگانیزم، قبل از شروع مداخلات روان‌شناختی یا همراه با آن مورد اهتمام می‌باشد؛
۳. الگوی حاضر به یافته‌های تمام مکاتب و نظریه‌های روان‌شناسی احترام می‌گذارد و ضمن استفاده هماهنگ و سازمان‌یافته از آنها، تلاش می‌کند معنویت را بر چهار پایه رفتار، شناخت، ناهشیار، و نیاز به رشد و خودشکوفایی بنا نهد؛
۴. این روش با پذیرش نقش شناخت‌ها و پردازش اطلاعات در عواطف و رفتارها، بر ایجاد تغییرهای بنیادین در منش، باورها و رفتارها تأکید دارد و معتقد است این مؤلفه‌ها باید به‌طور هماهنگ و یکپارچه تغییر یابند تا مشکل به صورت ریشه‌ای و دائمی حل گردد؛
۵. این شیوه درمانی به دلیل بررسی نقش عوامل مختلف روانی، هیجانی، شناختی، رفتاری و عاطفی در اختلال به وجود آمده، و تأکید بر تغییرهای بنیادین و نه صرفاً حذف نشانه‌ها، درازمدت است، نه کوتاه‌مدت. به عبارت دیگر، این روش در بررسی متغیرهای تأثیرگذار بر اختلال، نامحدود و از نظر زمانی درازمدت است؛
۶. در این روش با توجه به نقش هشیاری‌افزایی و ایجاد بینش در حل تعارض‌های درونی و افزایش سازگاری با محیط، تلاش می‌شود مراجع با عوامل ناهشیار مؤثر بر رفتارهای آشنا گردد و زمینه‌های استفاده افراطی بیمار از مکانیسم‌های دفاعی کاهش یابد؛
۷. رویکرد یکپارچه توحیدی ضمن بررسی روابط گذشته و پذیرش نقش آن در رفتارهای کنونی مراجع، بیشتر بر روابط فعلی و تأثیر آن بر خلیات و

رفتارهای مراجع متمرکز می‌شود. در واقع، این روش می‌خواهد مراجع را به درک عمیق این نکته برساند که اگر در رفتارهای گذشته بماند، نتایج قبلی تکرار خواهند شد.

۸. درمان یکپارچه توحیدی با تأکید بر پذیرش مسئولیت شخصی در نابهنجاری پیش آمده، ضمن بررسی ویژگی‌ها و صفات درون‌فردی، می‌کوشد با بهبود بخشیدن به روابط بین‌فردی و آموزش شیوه‌های مقابله با فشارها و تنش‌های اجتماعی، خشنودی وی از تعامل مثبت با محیط را افزایش داده، از این طریق به تقویت درونی دست یابد؛

۹. در این روش ضمن شناسایی دفاع‌ها و ایجاد بینش در مراجع نسبت به آنها، سعی می‌شود مراجع به توانایی‌ها و موهبت‌هایی که در اختیار دارد، بیشتر توجه کرده و بدین ترتیب به خودباوری، خودبستگی و عزت نفس بالاتر دست یابد؛

۱۰. هرچند در این روش تأکید اولیه بر درمان و حل مشکلات مراجع است، این واقعیت به مراجع گوشزد می‌شود که برخی امور را نمی‌توان تغییر داد، فقط باید با آنها کنار آمد، درمانگر نحوه کنار آمدن مراجع با مشکلات خاص را به او آموزش می‌دهد.

۱۱. الگوی یکپارچگی توحیدی با تأکید بر واقعیت نیاز به وجود معنا و رشد در زندگی، درصدد است با به حداکثر رساندن انگیزه تغییر از طریق برقراری رابطه همدلانه و مبتنی بر اعتماد متقابل، مراجع را به اتخاذ اهداف متعالی، رشددهنده و معنابخش ترغیب سازد؛

۱۲. این روش واردکردن مؤلفه ارتباط مراجع با خداوند را در درمان کارآمدتر می‌داند و معتقد است در صورتی که مراجع به درک اهمیت و کارکردهای ارتباط معنوی با خداوند دست یابد، نتایج درمان پایدار و دائمی خواهد گردید.

مؤلفه‌های معنوی و دینی درمان یکپارچه توحیدی

مشاوره و روان‌درمانی با دین و معنویت یکسان نیستند، اما این دو در کنار هم بهتر می‌توانند مشکلات روانی و رفتاری نوع بشر را برطرف کنند. بی‌تردید برخی از جنبه‌های اختلالات روانی و مشکلات رشدی با فنون روان‌شناختی و تکنیک‌های درمانگری حل و فصل می‌شوند و در برخی دیگر، از طریق راهنمایی معنوی و انجام مناسک مذهبی می‌توان به نتیجه رسید. با وجود این، امروزه طیف وسیعی از درمانگران بر این باورند که برای بارور کردن روان‌درمانی و افزایش اثربخشی آن، باید راه‌کارهای دینی و معنوی با نظریه‌ها و روش‌های علمی روان‌درمانی در چارچوب مذهب قرار گیرد؛ زیرا مفاهیمی مانند وجدان، آگاهی، عهد و پیمان، مثبت‌اندیشی، نوع‌دوستی، عشق، اعتراف، تنویر افکار و... که در ادیان اهمیت به‌سزایی دارند، عمیقاً در روان‌درمانی تأثیرگذارند. از سوی دیگر، اگر ارزش‌های دینی و معنویت مراجعان نادیده گرفته شود، احتمالاً آنها دچار آسیب و ناراحتی خواهند شد که در این صورت چنین کاری غیراخلاقی است.^{۴۹}

در ادامه چند مؤلفه مهم را که آثار درمانی‌شان بیشتر مورد توجه است و در درمان یکپارچه توحیدی مورد استفاده قرار گرفته‌اند، به اختصار بررسی می‌کنیم:

۱. ایجاد فضای حمایتی

یکی از عوامل دینی که از نظر سلامت روانی و آثار درمانی زیاد درباره آن بحث شده است، حمایت اجتماعی ادیان از پیروانشان می‌باشد. در واقع دین با ایجاد یک فضای حمایتی و منبع وحدت‌یافتگی اجتماعی برای فرد، بر سلامت او تأثیر بسزایی می‌گذارد.^{۵۰}

۲. آیین‌ها و نمادها

آیین‌ها و نمادهای مذهبی نیز پژوهش‌های علمی متعددی را به خود اختصاص

داده است.^{۵۱} برخی از این پژوهش‌ها نشان دادند که مشارکت در مراسم مذهبی و عباداتی مثل نماز، باعث کاهش تنش و رهایی از پریشانی‌های عاطفی می‌گردد.^{۵۲}

۳. دعا و مناجات

تأثیر دعا و مناجات به مثابه یک آیین دینی بر سلامت روانی و بهبود بالینی، موضوع پژوهش‌های بسیاری بوده است. در واقع دعا رفتاری است که در آن فرد مستقیماً با خداوند راز و نیاز می‌کند و معمولاً حالت معنوی آن برای افراد لذت‌بخش و مطبوع است. دعا احساس دینی افراد را تقویت می‌کند و فرهنگ استعانت از خداوند را در حوزه رفتاری فرد گسترش می‌دهد. مراجعان از طریق دعا کردن در فاصله جلسات درمان، مقدار زیادی از دردهای روان‌شناختی عمیقی را که با آنها دست به گریبان هستند، در ذهنشان تجزیه و تحلیل می‌کنند. دعا، مناجات و گفت‌وگو با خداوند واقعیت‌هایی نادیدنی و ناشنیدنی‌اند که تضمین‌کننده سلامت روانی انسان‌ها می‌باشند.^{۵۳}

۴. اعتراف و توبه

توبه عبارت است از نوعی انقلاب درونی، یا قیامی که از ناحیه خود انسان علیه او رخ می‌دهد.^{۵۴} به عبارت دیگر، هنگامی که انسان احساس می‌کند زمام امور رفتارش به دست نفس اماره افتاده، و انسجام و سازمان‌یافتگی شخصیتش در معرض تهدید قرار گرفته است، نگران شده و با یک اقدام همه‌جانبه می‌کوشد از این وضع خارج شود و عقل را بر نظام روان‌شناختی خود حاکم گرداند.

۵. تقوا و خودمهارگری

سلامت نفس و کمال انسان در اسلام و ادیان توحیدی از اهمیت بنیادی برخوردار است. این امر که در یک فضای تعارضی و از خلال حل تعارض‌های مختلف تحقق می‌یابد، هنگامی به نتیجه می‌رسد که بر اثر تحول روحی و معنوی،

قوای عقلانی بر سایر قوا مسلط شوند و تمامی ابعاد وجودی انسان در کنترل عقل و شرع قرار گیرد.^{۵۵}

۶. مراقبه و هشیارافزایی

مراقبه عبارت است از «تلاش هشیارانه برای متمرکز کردن توجه».^{۵۶} در فرهنگ اسلامی، نظارت بر خود و هشیارافزایی برای رسیدن به تعالی و تکامل دارای چهار مرحله دارد: مشارطه، مراقبه، محاسبه و معاقبه. مشارطه یعنی اینکه انسان هر روز صبح با خود شرط کند مراقب رفتار و گفتار خویش باشد و بکوشد اعمال خوب و پسندیده انجام دهد و از کردار و اعمال زشت و ناپسند دوری کند. مراقبه یعنی انسان با تمرکز بر اعمال خویش، هشیارانه از خود مراقبت کرده و رفتارهای خود را به دقت زیر نظر بگیرد. محاسبه عبارت است از اینکه انسان با ارزیابی دقیق و منصفانه، به بررسی کارهای روزانه‌اش بپردازد و میزان کامیابی و ناکامی خود را در انجام رفتارهای مورد نظر بسنجد. منظور از معاقبه نیز آن است که فرد خود را برای کامیابی‌های به دست آمده پاداش دهد و خدا را شکر کند و از طرفی، به خاطر کوتاهی‌ها توبه کند.^{۵۷}

۷. ذکر و احساس حضور

یکی از روش‌های کاهش ناهشیاری و غفلت، ذکر و یادآوری است. ذکر موجب می‌شود فعالیت ذهن همواره هدف‌مند باشد و افکار خودکار را که موجب احساسات بیمارگونه و اعمال نسنجیده می‌شوند، مهار کند. با ذکر و تذکر، عقل و هشیارایی تقویت می‌گردد.^{۵۸}

اهداف درمان یکپارچه توحیدی

۱. اهداف معنوی و دینی

۱-۱. افزایش توان خودمهارگری فرد؛ ایجاد ملکه تقوی یا مهار نفس اماره، یکی از

اهداف مهم ادیان توحیدی است. خداوند در همهٔ ادیان به ویژه دین مبین اسلام با عناوین و مفاهیم مختلفی همچون ایمان، عمل صالح، تقوی، تفکر، بشارت، انذار، دعا و... انسان‌ها را به مهار نفس و تکامل شخصیت انسانی‌شان فرا می‌خواند.^{۵۹}

۲-۱. حرکت به سوی کمال و سعادت؛ از نظر قرآن حرکت به سوی کمال و فلاح، زیباترین و ضروری‌ترین نوع رقابتی است که در آن سبقت جستن از همراهان مجاز و مطلوب شمرده شده است: «و السابِقون السابِقون اولئک المقربون».^{۶۰} البته کسانی که در این مسیر پیشتاز و برجسته باشند، به مقام راهنمایی و پیشوایی دیگران می‌رسند و خود اسوه دیگران می‌گردند: «و اجعلنا للمتقین اماما...».^{۶۱}

۳-۱. فراهم آوردن زمینه حیات طیبه یا زندگی معنوی برای فرد؛ حیات طیبه یا زندگی معنوی پیامد تلاش انسان‌هایی است که در فرایند خودمهارگری موفق هستند. از نظر قرآن کریم، آنچه انسان را به حیات طیبه می‌رساند، ایمان به خدا، و انجام عمل صالح است^{۶۲} و رسیدن به حیات طیبه یا زندگی معنوی، جز با اجابت دعوت پیامبران ممکن نیست. افزون بر این، کسی که به حیات طیبه یا زندگی معنوی دست یابد، کمتر دچار آسیب‌های روانی و آشفتگی‌های جسمانی می‌شود؛ زیرا یکی از آثار دستیابی به حیات طیبه یا سبک زندگی معنوی و الهی آن است که به انسان ثبات و استواری شخصیت می‌بخشد: «يُثَبِّتُ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا بِالْقَوْلِ الثَّابِتِ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَفِي الْآخِرَةِ».^{۶۳}

۲. اهداف روان‌شناختی درمان یکپارچهٔ توحیدی

خودآگاه کردن ناخودآگاه، بازسازی اساسی شخصیت، کمک به مراجع برای بازیابی تجارب اولیه و حل تعارض‌های سرکوب‌شده و کسب آگاهی عقلانی، از

جمله اهداف این رویکرد است. به چالش طلبیدن مفروضات و اهداف اساسی مراجع، ایجاد امید و دلگرمی به گونه‌ای که بتواند اهداف اجتماعی را گسترش دهد. تغییر انگیزه‌های معیوب و کمک به مراجع برای اینکه دریابد که آزاد است، با دیگران احساس برابری کند و از توانایی‌ها و امکاناتش آگاه شود. ایجاد درک و تشخیص اینکه مسئول وقایعی هستند که قبلاً فکر می‌کردند برای آنها پیش آمده است. مشخص نمودن عواملی که مانع از آزادی می‌شود.^{۶۴}

فراهم آوردن جوئی امن و آرام، که موجب خودکامی مراجع و تشخیص موانع رشد آن گردد و بتواند جنبه‌هایی از خود را، که قبلاً نادیده انگاشته یا تحریف شده بود، تجربه نماید. قادر نمودن آنها برای حرکت به سوی خودپذیری، کاهش عادات و تعصب‌های غیرمنطقی، اعتماد بیشتر به خود، تمایل به خود شکوفایی، افزایش خودانگیزگی و سرزنده‌گی، به قبول مسئولیت برای حمایت درونی، به جای وابسته بودن به حمایت خارجی و کمک کردن به افراد تا در رویارویی با نیازهایشان مؤثرتر شوند. دعوت از آنها برای ارزشیابی آنچه که در حال انجام هستند و سنجش اینکه چقدر این رفتار برای آنها نتیجه بخش است. همچنین دعوت مراجعان به مقابله مؤثر با باورهای انحرافی با شواهد متناقضی که آنها جمع‌آوری و ارزشیابی می‌کنند. کمک به مراجعان برای جستجو کردن باورهای پدیدآورنده جرم و به حداقل رسانیدن آنها، شناخت افکار خودکار و تلاش برای تغییر آنها.^{۶۵}

ویژگی‌های درمانگر یکپارچه توحیدی

از آنجا که در این رویکرد مشاوره و روان‌درمانی عمدتاً یک فعالیت ایمانی مبتنی بر عشق است، نه کاربرد خشک روش‌های علمی و تکنیک‌های درمانی، مشاوران و درمانگران یکپارچه‌نگر، باید علاوه بر دانش روان‌شناسی و تسلط بر نظریه‌ها و

فنون درمانی، از ایمان به خدا و عطوفت و عشق عمیق به انسان‌ها برخوردار باشند. به همین دلیل، لازم است همه درمانگران طی دوره آموزش خود، با اطلاعات اساسی مربوط به معنویت، خدا و اعتقادات عمده موجود در جامعه خود آشنا شوند تا راه‌های گوناگون شناسایی رشد معنوی انسان‌ها را شناخته و درک عمیقی نسبت به رابطه خود با مذهب و دین پیدا کنند.^{۶۶}

یکی از محققان ویژگی‌های درمانگر در این رویکرد درمانی را چنین توضیح می‌دهد:^{۶۷}

الف. نگرش درمانگر

دیدگاه‌های اسلامی و انسان‌گرایانه، که انسان را ذاتاً خوب، جایز الخطا و در مورد فعالیت به سوی تکامل و رشد مسئول می‌دانند، همه در نگرش درمانگر منعکس شده‌اند. نگرش درمانگر در توحید درمانی، شامل سه مؤلفه باور، احترام و پذیرش است.

درمانگر کارآمد در توحید درمانی بر این باور است که، انسان سرشتی (فطرتی) پاک دارد، به سوی کمال برانگیخته شده است و مخیر است که فعالیت در مسیر این انگیزش را انتخاب کرده و یا از این مسئولیت شانه خالی کند. این درمانگر هم چنین باور دارد که، توانایی و انگیزش برای تغییر، با این که بوسیله نفس انجام می‌پذیرد، ولی در واقع از منبعی متعالی سرچشمه می‌گیرد. از نظر مسلمانان، این منبع متعالی با نام مقدس «الله» سبحانه و تعالی، در نظر دیگران با نام‌های مختلفی، که برای پروردگار به کار می‌برند و نزد برخی دیگر به روح مطلق، حقیقت مطلق، یا نیروی متعالی دیگری مشهور است.

توحید درمانگر بر این باور است که، انسان ذاتاً درصدد تحصیل رشد، شکوفایی و کمال خویش می‌باشد و مراجع کسی است که برای به فعلیت

رساندن و شکوفایی خود، درمان را انتخاب کرده است. از این رو، از نظر او بسیار مورد احترام و کرامت است. علائمی که به عنوان بیماری‌های روانی شناخته می‌شوند، به منزله کشمکش عمیق و رنج آور فرد، در نظر گرفته می‌شود. می‌توان درد و رنج و بحران‌هایی را، که شخص را به سمت درمان سوق می‌دهند، موهبت محسوب کرد، زیرا این امور فرد را وادار به استعانت کرده و توجه دقیق‌تر او را به فرایند رشد می‌طلبد.

توحید درمانگر کسی است که، در فرایند و جریان رشد خود قرار دارد، با چالش‌های زیادی مواجه شده، ناکامی‌هایی را چشیده و موفقیت‌هایی را تجربه کرده است. از آن جایی که، درمانگر علت اصلی تغییر را امری فراتر از نقش خود در درمان می‌داند، دلیلی ندارد که دچار غرور یا احساس برتری نسبت به مراجع شود.

درمانگر، مراجع را چون هم‌سفری در امتداد طریق رشد می‌پذیرد. او خود را نه به منزله کسی که به سلامت روان رسیده است می‌بیند، بلکه به عنوان فردی که متعهد به پیمودن مسیری می‌داند که به رشد و تکامل می‌انجامد. این تعهد، تعهدی مادام‌العمر است. توحید درمانگر فرصت همراهی با مراجع را در این سیر و سلوک غنیمت شمرده و در عین تفاوت مشکلات و چالش‌های مراجع با خودش، آنها را به خوبی شناخته و درک کرده و احساس همدلی دارد.

ب. رویکرد درمانگر

برای درمانگر، تنها داشتن نگرش‌های مذکور کافی نخواهد بود؛ او باید این نگرش‌ها را در اثنای برخورد درمانی به مراجع ابراز کند. رویکرد درمان شامل سه قسمت حضور درمانی،^{۶۸} همدلی^{۶۹} و علاقه مندی عمیق شخصی^{۷۰} است.

حضور درمانی بدین معناست که درمانگر در جلسه درمان به مراجع نشان دهد که زندگی، تلاش و کشمکش‌ها و حضور مراجع، برای او در درجه اول اهمیت قرار دارد. درمانگر، برای حفظ حضور، هر آنچه را که مانع توجه به

مراجع است، کنار می‌گذارد. این موانع ممکن است مشکلات و دل‌نگرانی‌های شخصی درمانگر، نظریه‌ها و تشخیص‌های روان‌شناختی دربارهٔ مراجع، یا حتی تصویری از مراجع باشد که بر اساس پیشینهٔ او و یا جلسات قبلی درمان، شکل گرفته است. هر جلسه در «اینجا و اکنون» رخ می‌دهد. مقصود از این واژه آن است که درمانگر توجه کامل خود را به آنچه که در همان لحظه در اتاق درمان اتفاق می‌افتد، معطوف داشته و توجهی به مسائل گذشته، آینده، حوادث خارجی و موارد دیگر ندارد.

همدلی، یعنی درک و شناخت حالات، تفکرات، احساسات و محتوای گزارش‌های مراجع، و سپس انعکاس آنها به وسیله درمانگر. در همدلی باید سعی شود آنچه مراجع تجربه می‌کند، بدون اینکه هرگز قضاوتی در مورد آن صورت گیرد، درک شود و این درک به صورت بازخورد ارائه گردد و سپس مراجع، به تأیید یا اصلاح درک درمانگر بپردازد.

درمانگر با قرار دادن اساس همه تعاملات بر پایهٔ همدلی، در جلسه درمان مراجع را، جهت‌دهنده درمان قرار می‌دهد؛ شریک تجربیات او می‌شود و تا حد امکان می‌کوشد این تجربیات را از دیدگاه و منظر او بفهمد. چه بسا درمانگر ایضاً بیشتری مطالبه کند، اما از جلسهٔ درمان برای کسب اطلاعات یا بیان نظرهای خویش استفاده نمی‌کند. این برخورد حاوی این پیام است که مراجع تنها کسی است که مستقیماً، به طریق و جریان رشد خود دسترسی دارد. این مراجع است که باید جریان رشد را برای درمانگر آشکار کند، نه درمانگر. جریان و فرایند رشد از جهتی یک پدیدهٔ مشترک بین همه انسان‌هاست، اما موانع آن منحصر به فردند. این موانع، به متغیرهایی از قبیل تجربهٔ گذشته، خلق و خو، وراثت، ساختارهای شناختی، تحصیلات، پیشینهٔ فرهنگی و مانند آن بستگی دارد. هدف طریق و جریان رشد، پرده برداشتن از روی عقل است و درمانگر در امتداد

این مسیر همراه مراجع بوده، با همدلی به او کمک می‌کند تا موانع و سد راه‌های رسیدن به هدف را بردارد. در توحیددرمانی، تجربه شده است که شایع‌ترین اشتباهی که درمانگر می‌تواند مرتکب شود - اشتباهی که به یقین درمان را از ثمر بخشی دور می‌کند- تجزیه و تحلیل، هدایت، عجله و یا هر نوع دخالت دیگر در فرآیند و جریان رشد مراجع است. در عوض، توحید درمانگر با تکیه بر همدلی که عبارت است از تلاش مستمر برای درک و شناخت و سپس انعکاس و ابراز، همراه با مراجع، در مسیر کاملاً شخصی رشد او قرار می‌گیرد.

سومین جنبه از رویکرد درمان، علاقه‌مندی عمیق شخصی است؛ به این معنا که درمانگر با گفتار و رفتارش، باور خود را مبنی بر توانایی مراجع در ایجاد تغییر، به وی منتقل می‌کند. چه بسا در مواقع مناسب، نگاهی اجمالی به تلاش‌های شخصی درمانگر در فرایند درمان- از جمله شکست‌ها و موفقیت‌هایش- این امکان را به مراجع می‌دهد که تصویر مشخص‌تری از درمانگر داشته باشد. همچنین درمانگر متعهد است که در جهت ایجاد تغییر در مراجع بکوشد و با صبر و از روی اعتقاد، توجه و دل‌نگرانی خود را به مراجع ابراز کند. مراجع، به وسیله علاقه‌مندی عمیقی که درمانگر نسبت به او دارد، باور، امید و پذیرش جدیدی به خود پیدا کرده و خود را شخصی می‌یابد که می‌تواند یک زندگی مبتنی بر فضیلت و شرافت را بنا کند و به ارزش‌های درونی حقیقی خود وفادار باشد.

شیوه برخورد توحید درمانگر می‌تواند سرمشق و الگویی برای بسیاری ارزش‌ها باشد که مراجع سرانجام برای خود می‌پذیرد. ارزش‌ها و فضایل باید از درون فرد نشئت بگیرد، نه اینکه از بیرون تعلیم داده شود. رفتارهای فضیلت‌آمیزی که مراجع در درمانگر مشاهده می‌کند، همچون نیروهای جاذبه، فضایل باطنی خود مراجع را شکوفا می‌سازد. این شیوه برخورد، آشکارا

نشان دهنده این است که نسبت به اصول و معیارهای خاصی متعهد است. درمانگر با مقرر اصلی عقل خود در ارتباط بوده و قادر است از آن پایگاه، با عقل درونی مراجع ارتباط برقرار سازد. درمانگر، ویژگی‌هایی همچون شرافت، ایمان، احترام، توجه، خویش‌داری، مدارا، شکیبایی، صداقت و پذیرش را عینیت و تجسم می‌بخشد.

روش تحقیق

روش تحقیق اعمال شده در پژوهش حاضر، روش پیش‌آزمایشی است. طرح‌های پیش‌آزمایشی اساساً در مطالعات مقدماتی و پیش‌تست برخی از فرضیه‌های پژوهشی و نیز در پژوهش‌های اکتشافی (به‌ویژه در تعلیم و تربیت) از فنون مفید و باارزش به شمار می‌آید.^{۷۱} متغیر مستقل، استفاده از درمان یکپارچه توحیدی و متغیر وابسته مؤلفه‌های شخصیتی و بالینی‌ای می‌باشد که ریموند کتل بر شمرده است. تغییرهای این متغیر بر اساس تأثیرهایی که متغیر مستقل اعمال می‌کند، با استفاده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون سنجیده می‌شود.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از روش آماری آزمون t تک‌نمونه‌ای استودنت استفاده شد. گفتنی است، در اینجا چون فرضیه مخالف، جهت‌دار است، آزمون مزبور یک‌سویه است. جامعه آماری این پژوهش متشکل از ۱۱۲ نفر از مددجویان زندان قم است که دوره درمان را پشت سر گذاشته، و مورد مداخلات درمان یکپارچه توحیدی قرار گرفته‌اند تعداد نمونه ۴۲ نفر است که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از میان این جامعه انتخاب شده‌اند.

در این پژوهش، از پرسش‌نامه تحلیل عاملی کتل CAQ به منزله ابزار اندازه‌گیری و سنجش مؤلفه‌های شانزده‌گانه شخصیت به اضافه دوازده مؤلفه بالینی استفاده شده است.^{۷۲}

مراحل درمان

این پژوهش، محصول اقدامات و مداخلات درمانی درمانگران درمان یکپارچه توحیدی را هدف خود قرار داده است. بنابراین لازم است این مراحل که با مراحل اجرای این پژوهش هماهنگ و همگام بوده است تبیین گردد که به طور معمول هجده ماه زمان نیاز دارد. این مراحل عبارتند از:

۱. پذیرش

در این مرحله، زندانیانی که بر اثر تبلیغات داخل زندان با طرح روان‌درمانی و ارزش زندگی سالم آشنا شده‌اند، درخواست انتقال به بخش روان‌درمانی را دارند. کارشناسان با انجام مصاحبه اولیه که بیشتر بر داشتن انگیزه قوی نظر و تأکید دارد، تعدادی از افراد را وارد فرآیند درمان می‌کنند.

۲. مشاهده بالینی

مشاهده وضعیت جسمی، روحی - روانی، رفتاری و شناختی افراد توسط کارشناسان و دستیاران آموزش دیده در این مرحله انجام می‌گیرد. این مرحله به دلیل شناخت ویژگی‌های مددجویان اهمیت دارد و در آن، تست‌های روان‌شناختی مانند GHQ، CAQ و مصاحبه بالینی و ثبت مشاهدات انجام می‌گیرد.

۳. آموزش مهارت‌های زندگی

در این مرحله برای ایجاد نگرش‌ها و باورهای مثبت و آموزش رفتارهای مناسب به زندانیان و در نتیجه تلاش برای اصلاح رفتار آنان، آموزش‌های متنوع دینی و روان‌شناختی ارائه می‌گردد؛ زیرا اصولاً درمان‌گری روان‌شناختی مجرمان بیش از آنکه شبیه روان‌درمانی‌های معمول و متداول باشد، به بازپروری‌های آموزش و پرورش نزدیک است.

۴. گروه درمانی

گروه‌های درمانی در این مرحله تشکیل می‌شود که شامل یک درمان‌گر و حدود ده تا پانزده مددجو است. گروه درمانی نوعی درمان گروهی است که در آن تعدادی از افراد مبتلا به مشکلات روانی و اختلالات رفتاری که بر اساس ملاک خاصی انتخاب شده‌اند، با حضور یک درمان‌گر دور هم جمع شده، برای تغییر رفتار و حل مشکلات روانی خود از تعاملات گروهی استفاده می‌کنند.

در درمان یکپارچه توحیدی، گروه‌درمانی درسی جلسه دوساعته برگزار می‌شود که در ابتدا هر هفته دو جلسه و از جلسه یازدهم، هفته‌ای یک جلسه برگزار می‌شود. ممکن است با تشخیص درمانگر، تعداد جلسات به چهل جلسه افزایش یابد.

۵. پیگیری درمان

در هر درمان، بقای درمان به مداومت، پیگیری و استمرار آن وابسته است. در درمان اختلالات شخصیت نیز اگر درمان مقطعی باشد، بیماری دوباره عود می‌کند؛ یکی از دلایل ارتکاب مجدد جرم و بازگشت مجدد زندانیان به زندان - با وجود انجام اقدامات اصلاحی - تربیتی خاصی هم که معمولاً انجام می‌گیرد - همین مسئله است که اقدامات درمانی مقطعی بوده، و فرد تا زمانی که در زندان حضور داشته، تغییر یافته و اصلاح شده تلقی می‌شده است.

در این مرحله، با انجام تشریفات قانونی، زندانی فرصت می‌یابد در طول روز وارد محیط‌های کار در شرایط طبیعی شود و شب‌ها به زندان برگردد. این فرصت مناسبی است که ضمن این که برنامه‌های تربیتی - اصلاحی استمرار دارد، فرد در محیط‌های طبیعی محک بخورد.

تجزیه و تحلیل نتایج

باتوجه به جداول ۱ و ۲، به تجزیه و تحلیل نتایج پژوهش می‌پردازیم.

جدول شماره ۱ (نتایج حاصل از آزمون t، برای مؤلفه‌های شخصیت).

مؤلفه‌های شخصیت	میانگین	انحراف استاندارد	t	معناداری (دو دامنه) $p < .05$
T1	۵/۳۸۱۰	۲/۱۴۰۸۲	-۱/۷۲۸	۰/۰۹۱
A				
T2	۶/۱۱۹۰	۱/۷۹۷۰۵		
T1	۶/۰۷۱۴	۱/۷۰۲۱۲	-۰/۴۶۹	۰/۶۴۲
B				
T2	۶/۲۳۸۱	۱/۷۳۶۴۰		
T1	۵/۸۳۳۳	۱/۸۹۸۸۷	-۴/۷۴۵	۰/۰۰۰
C				
T2	۷/۹۰۴۸	۲/۱۸۴۳۱		
T1	۵/۹۰۷۸	۲/۰۶۹۶۴	-۰/۰۵۲	۰/۹۵۹
E				
T2	۵/۹۲۸۶	۲/۶۷۲۲۹		
T1	۵/۶۹۰۵	۱۳/۸۰۰۹۲	-۰/۷۲۶	۰/۴۷۲
F				
T2	۵/۸۸۱۰	۱/۴۵۱۷۰		
T1	۶/۱۱۹۰	۲/۱۴۳۶۵	-۳/۵۱۸	۰/۰۰۱
G				
T2	۷/۴۵۲۵	۱/۳۲۸۹۰		
T1	۶/۰۹۵۲	۲۵۰۳۱۲	-۳/۱۱۸	۰/۰۰۳
H				
T2	۷/۳۵۷۱	۲/۱۶۱۹۹		
T1	۵/۲۱۴۳	۱/۸۸۱۰۴	۱/۱۵۲	۰/۲۵۶
I				
T2	۴/۷۳۸۱	۲/۳۹۹۷۹		

۰/۲۴۶	۱/۱۷۷	۱/۷۰۶۰۴ ۱/۹۴۸۲۳	۵/۳۳۳۳ ۴/۷۰۴۸	T1 L T2
۰/۰۹۰	۱/۷۳۷	۱/۶۵۶۳۰ ۱/۶۶۶۸۷	۵/۵۲۳۸ ۴/۹۵۲۴	T1 M T2
۰/۳۶۵	۰/۹۱۶	۱/۹۰۳۱۴ ۱/۷۳۳۰۶	۵/۵۰۰۰ ۵/۱۴۲۹	T1 N T2
۰/۰۰۰	۵/۱۴۲	۱/۸۵۸۵۳ ۲/۵۳۰۶۵	۵/۹۰۴۸ ۳/۷۱۴۳	T1 O T2
۰/۵۴۸	۰/۶۰۶	۱/۹۹۷۶۸ ۱/۸۹۰۱۳	۵/۷۶۱۹ ۵/۵۲۳۸	T1 Q1 T2
۰/۸۱۳	۰۰/۲۳۸	۲/۰۴۳۰۹ ۲/۰۲۱۹۵	۵/۱۴۲۹ ۵/۲۳۸۱	T1 Q2 T2
۰/۰۰۸	-۲/۷۶۸	۲/۳۱۱۰۳ ۱/۴۴۱۰۶	۵/۶۹۰۵ ۶/۸۵۷۱	T1 Q3 T2
۰/۰۰۰	۵/۳۷۸	۲/۲۱۷۵۵ ۲/۰۵۷۸۲	۵/۷۶۱۹ ۳/۰۹۵۲	T1 Q4 T2

جدول شماره ۲ (نتایج حاصل از آزمون t، برای مؤلفه‌های بالینی).

مؤلفه‌های بالینی	میانگین	انحراف استاندارد	t	معناداری (دو دامنه) $p < .05$
T1	۴/۸۰۹۵	۲/۶۲۴۸۲	۴/۹۲۰	./۰۰۰
D1	۲/۴۷۶۲	۱/۸۳۷۷۹		
T1	۴/۴۲۸۶	۲/۵۳۸۹۰	۵/۹۵۱	./۰۰۰
D2	۱/۷۸۵۷	۱/۰۲۴۹۵		
T1	۵/۰۹۵۲	۲/۱۹۵۴۴	۰/۶۹۰	./۴۹۴
D3	۴/۷۶۱۹	۱/۹۷۳۱۱		
T1	۴/۶۱۹۰	۱/۹۳۷۴۷	۳/۷۶۲	./۰۰۱
D4	۳/۱۹۰۵	۱/۹۲۸۴۵		
T1	۵/۱۱۹۰	۲/۸۹۸۳۰	۶/۸۲۷	./۰۰۰
D5	۱/۹۶۰۵	۱/۴۰۵۳۶		
T1	۵/۵۰۰۰	۲/۲۱۱۳۹	۶/۷۵۵	./۰۰۰
D6	۳/۱۱۹۰	۱/۹۰۲۵۳		
T1	۲/۳۰۹۵	۲/۳۰۰۴۶	۴/۸۸۲	./۰۰۰
D7	۲/۱۹۰۵	۱/۳۴۷۷۷		
T1	۴/۴۷۶۲	۱/۹۲۸۴۵	۴/۴۷۴	./۰۰۰
Pa	۲/۵۹۵۲	۱/۶۲۳۹۰		

./۱۷۸	-۱/۳۷۱	۱/۷۸۱۴۷	۵/۴۰۴۸	T1 Pp T1
		۱/۷۹۳۱۷	۵/۸۳۳۳	T1
./۰۰۰	۶/۸۰۶	۲/۲۵۰۳۱	۴/۹۰۴۸	T1 Sc T1
		۱/۵۳۱۱۳	۲/۲۶۱۹	T1
./۰۰۳	۳/۱۵۶	۲/۲۳۲۸۲	۴/۸۸۱۰	T1 As T1
		۲/۴۰۱۲۴	۳/۵۴۷۶	T1
./۰۰۰		۲/۰۵۴۰۰	۳/۹۷۶۲	T1 Ps T1
	۶/۳۷۳	۱/۳۵۳۷۹	۱/۸۵۷۱	T1

فرضیه اول پژوهش: درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیتی مددجویان اثربخشی دارد.

نتایج بررسی‌ها و تحلیل و تجزیه آماری نشان داد که از میان شانزده مؤلفه شخصیتی که براساس CAQ معرفی شد، این فرضیه در پنج مورد تأیید شد. این موارد عبارتند از: ۱. ثبات عاطفی (C)؛ ۲. سازگاری (G)؛ ۳. جسارت (H)؛ ۴. نایمینی روانی (O)؛ ۵. اضطراب (Q4).

اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه ثبات عاطفی (C) به این معناست که این درمان باعث شده است مددجویان در برابر استرس‌ها و مشکلات زندگی از تحمل و قدرت بیشتری برخوردار شوند و درباره مسائل واقع‌نگرتر باشند. منظور از اثربخش بودن این درمان بر مؤلفه سازگاری (G) این است که درمان باعث شده است مددجویان از ثبات قدم بیشتری برخوردار گردند و کنترل بیشتری بر خود و رفتارشان داشته باشند و در احترام به دیگران و پایداری به اخلاق مصمم‌تر شوند.

درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه جسارت (H) نیز اثربخش بوده است و مفهومش آن است که بر اثر درمان، مددجویان از انرژی بیشتری برخوردار شده‌اند و جسارت بیشتری برای روبه‌رو شدن با مشکلات زندگی پیدا کرده‌اند.

همچنین درمان یکپارچه توحیدی توانسته است بر مؤلفه ناایمنی روانی (O) اثربخش باشد؛ یعنی باعث کاهش احساس کهنتری و خودملامت‌گری مددجویان شود و احساس ایمنی و خوش‌بینی و امیدواری را در آنها افزایش دهد. مفهوم اثربخش بودن درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه اضطراب (Q4) این است که تمایل و کشش برای برانگیختگی و خشمگین شدن در مددجویان، پس از درمان کاهش یافته است.

همچنین نتایج تجزیه و تحلیل‌ها نشان می‌دهد که درمان یکپارچه توحیدی بر یازده مؤلفه اثربخشی ندارد؛ یعنی در یازده مورد فرضیه اول ما رد شده است. این مؤلفه‌ها عبارتند از: ۱. صمیمت (A)؛ ۲. هوش (B)؛ ۳. سلطه‌جویی (E)؛ ۴. نشاط و سرزندگی (F)؛ ۵. حساسیت (I)؛ ۶. سوءظن (L)؛ ۷. ابتکار و خلاقیت (M)؛ ۸. زیرکی (N)؛ ۹. نواندیشی (Q1)؛ ۱۰. خود کفایتی (Q2)؛ ۱۱. خود نظمی (Q3).

فرضیه دوم پژوهش: درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های بالینی مددجویان اثر بخشی دارد.

نتایج بررسی‌ها و تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که از میان دوازده مؤلفه بالینی که براساس CAQ معرفی شد، این فرضیه در ده مورد تأیید شده است. این موارد عبارتند از: ۱. خود بیمار انگاری (D1)؛ ۲. افسردگی با افکار خود تخریبی (D2)؛ ۳. افسردگی همراه با اضطراب (D4)؛ ۴. افسردگی با کمبود انرژی (D5)؛ ۵. احساس گناه و رنجش (D6)؛ ۶. مؤلفه بی‌حوصلگی و گوشه‌گیری (D7)؛ ۷. پارانویا (Pa)؛ ۸. اسکیزوفرنی (Sc)؛ ۹. ضعف روانی (As)؛ ۱۰. بی‌کفایتی روانی (Ps).

اثربخش بودن درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه خود بیمارانگاری (D1) بیان‌کننده این مطلب است که شکایت‌های جسمانی و نگرانی درباره بدن خود در مددجویان پس از درمان کاهش می‌یابد. بیماری‌های بدنی با منشأ روانی در آنها کمتر شده و کمتر از ضعف مزمن و بی‌حالی و اختلال خواب رنج می‌برند.

اثربخش بودن درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه افسردگی با افکار خودتخریبی (D2) نشان می‌دهد که افکار مربوط به آسیب رساندن به خود، و افکار مربوط به خودکشی پس از درمان کاهش پیدا می‌یابد. مفهوم اثربخش بودن این درمان بر مؤلفه افسردگی همراه با اضطراب (D4)، این است که شیوه درمانی یکپارچه توحیدی توانسته است در کاهش ناراحتی و اضطرابی که همراه با افسردگی در فرد ظاهر می‌شود بکاهد و باعث افزایش تصمیم‌گیری و اعتماد به نفس در مددجویان پس از درمان شود.

اثربخش بودن درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه افسردگی با کمبود انرژی (D5) به این معناست که پس از درمان، احساس غم و اندوه پایان‌ناپذیر کاهش یافته، فرد با انرژی بیشتری از خواب برمی‌خیزد و شور و شوق بیشتری برای زندگی دارد. اثربخش بودن این درمان بر مؤلفه احساس گناه و رنجش (D6) بیان‌کننده این مطلب است که درمان توانسته است احساس تقصیر و بیزاری از خود و دیگران را در مددجو کاهش دهد.

منظور از اثربخش بودن درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه بی‌حوصلگی و گوشه‌گیری (D7) این است که پس از درمان کمرویی و خجالتی بودن، سکوت و گوشه‌گیری در مددجویان کاهش یافته و می‌توانند در موقعیت‌های اجتماعی، احساس راحتی و اطمینان بیشتری داشته باشند.

اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه پارانوئا (Pa) حکایت از آن دارد که درمان باعث شده است که احساس‌هایی هم چون حسادت و بدبینی و احساس

گزند و آسیب و صدمه دیدن از دیگران کاهش یافته، و مددجو می‌تواند به دیگران بیشتر اعتماد کند و خوش‌بین‌تر باشد.

مفهوم اثربخش بودن درمان بر مؤلفه اسکیزوفرنی (Sc) این است که مددجویان پس از درمان، با واقعیت‌ها ارتباط بهتری پیدا می‌کنند؛ رویا و خیال‌پردازی در هنگام مواجهه با استرس در آنها کمتر می‌شود و نگرش‌های غیرمعمول و توهمی در آنها کاهش می‌یابد.

اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه ضعف روانی (As) نشان دهنده آن است که میزان تفکرات آزاردهنده و تکراری و نشخوارهای ذهنی که اغلب پیرامون احساس ناامنی و حقارت دور می‌زند، در مددجویان کاهش می‌یابد؛ رفتارهای اجباری کمتر شده و فرد درباره توانایی مهار خود و افکارش احساس بهتری پیدا کند.

منظور از اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه بی‌کفایتی روانی (Ps) آن است که بعد از درمان، این احساس که فنا شده و به هیچ دردی نمی‌خورد، در فرد کاسته شده و در مواجهه با مسائل روزمره، از کفایت روانی بالاتری برخوردار می‌گردد و توجه بیشتری به ارزش واقعی خود پیدا می‌کند.

همچنین تجزیه و تحلیل‌ها نشان‌دهنده این مطلب است که در مورد دو مؤلفه فرضیه دوم پژوهش تأیید نمی‌شود؛ این دو مورد عبارتند از: مؤلفه بی‌قراری (D3) و مؤلفه گرایش‌های ضداجتماعی (Pd).

در مجموع، نگاهی به نتایج به دست آمده و تحلیل‌های موجود مشخص می‌کند که این روش درمانی بر مؤلفه‌های بالینی نسبت به مؤلفه‌های شخصیت، اثربخشی بیشتری دارد.

پی‌نوشت‌ها

1. Crim.

۲. غلامعلی افروز، بیجه چرا جانی شد؟، ص ۱۴.

3. Wilson, J.

4. Herrnstein, R.

۵. محمدحسین شریفی‌نیا، مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتارهای مجرمانه و سوء مصرف مواد در زندانیان معناد زندان قم، پایان‌نامه دکتری، ص ۷.

۶. همان، ص ۸.

۷. عباس عبدی، آسیب‌شناسی اجتماعی: تأثیر زندان‌ها بر زندانیان، ص ۵.

۸. هیئت تحریریه ماهنامه اصلاح و تربیت، شهریور ۱۳۷۶.

۹. عباس عبدی، آسیب‌شناسی اجتماعی: تأثیر زندان‌ها بر زندانیان، ص ۷.

۱۰. محمدحسین شریفی‌نیا، ارزیابی تأثیر روش درمان یکپارچه توحیدی در کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر زندانیان زندان مرکزی قم، ص ۲۰.

۱۱. پریخ دادستان، روان‌شناسی جنایی، ص ۲۹۸.

۱۲. محمدحسین جلالی تهرانی، «توحید درمانی»، نقد و نظر، ش ۳ و ۴، سال نهم، ص ۴۷.

13. Kazdin, A.E.

14. Kazdin, A. E. "Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions". *Psychological Bulletin*, P.102.

۱۵. محمدحسین شریفی‌نیا، مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتارهای مجرمانه و سوء مصرف مواد در زندانیان معناد زندان قم، ص ۲۵.

۱۶. همان، ص ۲۷.

۱۷. محمدحسین جلالی تهرانی، «توحید درمانی»، نقد و نظر، ش ۳ و ۴ سال نهم، ص ۴۸.

18. Garfield, S. L.

19. Bergin, A. E.

20. Electrical.

21. integrated.

۲۲. محمدحسین شریفی‌نیا، ارزیابی تأثیر روش درمان یکپارچه توحیدی در کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر زندانیان زندان مرکزی قم، ص ۳۰.

23. integration therapy

24. Handbook of innovative therapies.

25. Corsini, R. J, Handbook of innovative therapies, P.321.

۲۶. هیئت تحریریه روان درمانی زندان مرکزی قم، مروری بر درمان یکپارچه توحیدی، ص ۲.

۲۷. همان، ص ۳.

28. Goldfried, M. R., & Costanguay, L. G, "The future of psychotherapy integration". *Psychotherapy*, 29, P.4.

29. Arkowitz, H, "Integrative theories of therapy". In P. L. Wachtel, & S. B. Messer (Eds.). *Theories of psychotherapy of psychotherapy: Origins and evolution*, P.227.

۳۰. محمدحسین شریفی‌نیا، مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتارهای مجرمانه و سوء مصرف مواد در زندانیان معناد زندان قم، ص ۵۶.

۳۱. همان، ص ۵۹.

32. Monotheistical Integrated Therapy.

۳۳. هیأت تحریریه روان درمانی زندان مرکزی قم، مروری بر درمان یکپارچه توحیدی، ص ۴.

34. Frankl, V.E.

35. Mowrer, Hobart.

36. Corsini, R. J, *Handbook of innovative therapies*, P.322.

۳۷. محمدحسین جلالی تهرانی، «توحید درمانی»، نقد و نظر، ش ۳ و ۴، سال نهم، ص ۴۸.

38. Allport, G. W.
39. Maslow, A. H.
40. Marcel, G.
41. Pargament.
42. Olson, H.
43. Pollner, M.
44. Peacock, J. K.
45. Poloma, M. M.
46. Demaria, T.
47. Kassino, H.
۴۸. محمدحسین شریفی‌نیا، ارزیابی تأثیر روش درمان یکپارچه توحیدی در کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر زندانیان زندان مرکزی قم، ص ۵۵.
۴۹. همان، ص ۶۴.
۵۰. محمدحسین شریفی‌نیا، مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتارهای مجرمانه و سوء مصرف مواد در زندانیان معتاد زندان قم، ص ۹۶.
51. Griffith, E. E., English, T., & May, F. V., "Possession, prayer and testimony: Therapeutic aspects of the wednesday night meeting in a black church". *Psychiatry*, 43, P.123.
52. Griffith, E. E., Young, J. L., & Smith, D. L., "Therapeutic elements in a black church service". *Hospital and Community Psychiatry*, 35, P.467
۵۳. محمدحسین شریفی‌نیا، مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتارهای مجرمانه و سوء مصرف مواد در زندانیان معتاد زندان قم، ص ۹۷.
۵۴. ر.ک: مرتضی مطهری، انسان کامل.
۵۵. محمدحسین شریفی‌نیا، مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتارهای مجرمانه و سوء مصرف مواد در زندانیان معتاد زندان قم، ص ۹۷.
56. C.f: Shapiro, D. (1980). Mediation: Self regulation strategy and altered state of consciousness.
۵۷. محمدحسین شریفی‌نیا، مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتارهای مجرمانه و سوء مصرف مواد در زندانیان معتاد زندان قم، ص ۹۸.
۵۸. همان، ص ۹۹.
۵۹. همان، ص ۱۰۰.
۶۰. واقعه: ۱۰ و ۱۱.
۶۱. فرقان: ۷۴.
۶۲. نحل: ۹۷.
۶۳. ابراهیم: ۲۷.
۶۴. محمدحسین شریفی‌نیا، ارزیابی تأثیر روش درمان یکپارچه توحیدی در کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر زندانیان زندان مرکزی قم، ص ۶۶.
۶۵. همان، ص ۶۹.
۶۶. هیئت تحریریه روان درمانی زندان مرکزی قم، مروری بر درمان یکپارچه توحیدی، ص ۶.
۶۷. محمدحسین جلالی تهرانی، «توحید درمانی». نقد و نظر، ش ۳ و ۴، سال نهم، ص ۴۸.
68. therapeutic presence.
69. empathy.
70. personal involvement.
۷۱. علی اسماعیلی و اسماعیل بیابانگرد، آمار و روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی، ص ۷۳.
۷۲. سیدرضا حسینی کلاته، استاندارد ساختن پرسش‌نامه تحلیل بالینی کتل (CAQ)، ص ۳۱.

منابع

- قرآن کریم، ترجمه محمد مهدی فولادوند، تهران، دارالقرآن الکریم، ۱۳۷۶.
- افروز، غلامعلی، *بیجه چرا جانی شد؟*، تهران، راه تربیت، ۱۳۸۴.
- جلالی تهرانی، محمدحسین، «توحید درمانی»، *نقد و نظر*، سال نهم، ش ۳ و ۴، ۱۳۸۳، ص ۴۶-۴۸.
- حسینی کلاته، سیدرضا، *استاندارد ساختن پرسش‌نامه تحلیل بالینی کتل (CAQ) در بین زندانیان کل کشور*، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و امنیتی کشور، ۱۳۸۳.
- دادستان، پریخ، *روان‌شناسی جنایی*، تهران، سمت، ۱۳۸۲.
- شریفی‌نیا، محمدحسین، *ارزیابی تأثیر روش درمان یکپارچه توحیدی در کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای پرخطر زندانیان زندان مرکزی قم*، قم، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و امنیتی کشور، ۱۳۸۶.
- شریفی‌نیا، محمدحسین، مقایسه اثر بخشی درمان یکپارچه توحیدی و شناخت درمانی در کاهش رفتارهای مجرمانه و سوء مصرف مواد در زندانیان معتاد زندان قم، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۸۷.
- عبدی، عباس، *آسیب‌شناسی اجتماعی: تأثیر زندان‌ها بر زندانیان*، تهران، مؤسسه تحقیقاتی و انتشاراتی نور، ۱۳۷۱.
- هیئت تحریریه روان‌درمانی زندان مرکزی قم، *مروری بر درمان یکپارچه توحیدی*، قم، سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و امنیتی کشور، ۱۳۸۶.
- مطهری، مرتضی، *انسان کامل*، تهران، صدرا، ۱۳۶۴.
- علی اسماعیلی و اسماعیل بیابانگرد، *آمار و روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*، تهران، سنجش تهران، ۱۳۸۲.
- هیئت تحریریه ماهنامه اصلاح و تربیت شهریور، ۱۳۷۶.
- Arkowitz, H, "Integrative theories of therapy", In P. L. Wachtel, & S. B. Messer (Eds.), *Theories of Psychotherapy of Psychotherapy: Origins and evolution*, Washington, DC: American Psychological Association, 1997.
- Corsini, R. J, *Handbook of Innovative Therapies*, New York, Wiley, chapter 30, 2001
- Goldfried, M. R., & Costanguay, L. G, "The future of psychotherapy integration". *Psychotherapy*, 29, 4-10, 1992.
- Griffith, E. E., English, T., & May, F. V, "Possession, prayer and testimony: Therapeutic aspects of the wednesday night meeting in a black church". *Psychiatry*, 43, 1980.
- Griffith, E. E., Young, J. L., & Smith, D. L, "Therapeutic elements in a black church service", *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 1984.
- Kazdin, A. E, "Treatment of antisocial behavior in children: Current status and future directions", *Psychological Bulletin*, 102, 1987.
- Shapiro, D, *Mediation: Self Regulation Strategy and Altered State of Consciousness*, Chicago, Aldine, 1980.