

«علوم تربیتی»

سال چهارم - شماره ۱۳ - بهار ۱۳۹۰

ص. ص. ۲۶-۱۳

## بررسی و مقایسه نیمرخ‌های شخصیتی نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی تبریز

مهدی آقاپور<sup>۱</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه نیمرخ‌های شخصیتی نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی در زندان تبریز می‌باشد. روش پژوهش از نوع توصیفی است. حجم نمونه در این تحقیق ۴۰ نفر بزهکار و ۴۰ نفر عادی می‌باشد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این تحقیق جهت گردآوری اطلاعات از آزمون MMPI استفاده شده است. داده‌ها و اطلاعات بدست آمده از طریق آزمون t استودنت دو گروهی مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج بدست آمده نشانگر این است که بین D، Hy، Pd، Pa و Pt و Sc نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی تفاوت وجود دارد. همچنین نتایج تحقیق نشان داد بین Ma و Hs در دو گروه تفاوت معنادار وجود ندارد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

واژگان کلیدی: شاخص‌های بالینی؛ MMPI؛ نوجوانان و جوانان بزهکار.

۱- عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر، گروه روانشناسی، اهر، ایران.

## مقدمه

مسأله بزهکاری اطفال و نوجوانان از جمله مسائل بغرنج اجتماعی است که افکار عمومی را شدیداً به خود مشغول داشته است. از ابتدای قرن بیستم مسأله بزهکاری اطفال و نوجوانان بخصوص در کشورهای صنعتی توجه روان شناسان، جامعه شناسان، جرم شناسان، روانپزشکان و متخصصین تعلیم و تربیت را به خود جلب نموده، تا با اتخاذ تدابیری از ازدیاد و افزایش، آن جلوگیری بعمل آید. طبق گزارش سازمان ملل در طی سال‌های ۱۹۸۰ تا ۱۹۸۶ سالیانه به طور متوسط ۵ درصد بر میزان جرائم در سطح جهان افزوده شده که بیش از میزان رشد جمعیت است (دانش، ۱۳۷۲).

درباره ریشه‌یابی این مسأله تحقیقات انجام شده بر دو دسته از عوامل اشاره دارد. ۱- عوامل بزه‌زای فردی: شامل عوامل انسانی و روانی اعم از ساختمان بدنی، طرز کار غدد داخلی، ناراحتی‌های روانی، بیماری‌های جسمی و مغزی، اختلالات کروموزومی، عوامل مربوط به دوران حاملگی مادر، نظیر: (سن مادر، سوء تغذیه، مسمومیت دارویی، اعتیاد به الکل و مواد مخدر، ناراحتی‌های عاطفی، بیماری‌ها، اثر تشعشعات رادیو اکتیو) و یا انواع عقده‌های روانی شخص (عقده ادیپ و الکتر<sup>۱</sup>) و همچنین عوامل مربوط به دوران زایمان و... دانست.

۲- عوامل بزه‌زای محیطی: شامل کلیه تأثیرات ناشی از محیط؛ اعم از محیط خانوادگی، وضع اجتماعی، وضع اقتصادی و... می‌شود (شامبیانی، ۱۳۷۸).

نتایج تحقیقات نیز نشان داده است که سن، جنس، نژاد، محل اقامت، هوش، تحصیلات، پایگاه اقتصادی و اجتماعی و بطور کلی عوامل بزه‌زای فردی و محیطی، با مقیاس‌های پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا<sup>۲</sup> (MMPI) در ارتباطند. هنگامی که در مورد متغیرهای جمعیتی تصحیح انجام می‌گیرد، برافراشتگی نسبتاً یکسان پروفایل‌های MMPI ممکن است معانی کاملاً متفاوت داشته باشند. یکی از مهم‌ترین مواردی که از نتیجه تحقیقات حاصل گردیده، این است که معمولاً در مورد جمعیت‌های بهنجار مسن‌تر در مقیاس‌های خودبیمار انگاری و هیستری برافراشتگی دیده می‌شود لیکن مقدار میزان هیستری در بین افراد ناهنجار و عادی تفاوت معنی‌داری با هم ندارد ولی میزان خود بیمار انگاری در افراد ناهنجار بیش از افراد عادی دیده می‌شود (لئون<sup>۳</sup>، گیلوم<sup>۴</sup>، گوز<sup>۵</sup>، ۱۹۸۰، ص ۴۰۰)

---

۱- Oedipus and Electra Complex

۲- Minnesota Multiple Personality Inventory

۳- Leon

۴- Gillum

۵- Gouze

نتایج پژوهش غفوری (۱۳۵۹) تحت عنوان ناهنجاری‌های رفتاری و بزهکاری نوجوانان و کودکان بر روی ۳۱۸۳ بزهکار انجام یافته نشان داد که کودکان اکثر خانواده‌هایی که از نظر سواد خیلی پایین هستند ناهنجاری‌های رفتاری بیشتری دارند.

فراهانی (۱۳۶۵) در تحقیقی تحت عنوان (پرخاشگری و رابطه آن با ساخت خانواده در میان دانش‌آموزان ابتدایی در شهر تهران) نتیجه گرفت که خانواده‌ها به علت عدم آگاهی نمی‌توانند با رفتارهای پرخاشگرانه فرزندان خود به موقع مقابله کنند و در نتیجه فرزندان آنان پرخاشگر می‌شوند و در جامعه کارهای ناهنجاری را مرتکب می‌شوند. همچنین یکی دیگر از نتایج حاصل شده در تحقیق فوق نشان می‌دهد که انحراف‌های روانی در بین نوجوانان بزهکار بیشتر از نوجوانان عادی است.

مظاهری تهرانی (۱۳۶۹) در تحقیقی با عنوان (مقایسه الگوی پاسخ‌های نوجوانان بزهکار و بهنجار به آزمون رورشاخ) به نتایج زیر رسیده است: ۱- آزمودنی‌های گروه بزهکار از سطح هوشی کمتری نسبت به گروه بهنجار برخوردارند. ۲- آزمودنی‌های گروه بزهکار از رشد یافتگی هیجانی کمتری برخوردارند. در پاسخ دادن به موقعیت‌های هیجانی با مشکلات فراوانی مواجه هستند و کنترل کمتری به هیجان‌های خود دارند. ۳- در پروتکل‌های گروه بزهکار نشانه‌های زیادی که حاکی از وجود دلهره و اضطراب هستند وجود دارد. تعداد علائم همگرا در این زمینه به ما اجازه می‌دهد از وجود یک نشانگان دلهره و اضطراب که خارج از حدود بهنجاری واقع شده سخن بگوییم. ۴- کنترل آزمودنی‌های گروه بزهکار بر اعمال، رفتار، افکار، هیجانات، عواطف و غرایز خود کمتر از گروه بهنجار و ناکافی است. ۵- در پروتکل‌های آزمون رورشاخ نوجوانان بزهکار پاسخ‌های با محتوای خون، آتش و آناتومی، بیشتر از نوجوانان بهنجار است.

انجمن نارکوئیک<sup>۱</sup> (۱۹۹۳) در مطالعه خود بر روی ۱۵۰ نفر معتاد متوجه گردید که اکثر این افراد در مراحل اولیه از بزهکاری و انحرافات اجتماعی شروع و در ادامه از مشکلات بالینی مانند افسردگی و ضعف روانی رنج می‌برند و بالاخره برای نجات خود از مشکلات روانی ناشی از شاخصه‌های بالینی به اعتیاد روی آورده‌اند.

فخرائی (۱۳۷۱) پژوهشی با عنوان مقایسه ویژگی‌های شخصیتی نوجوانان بزهکار و عادی پسران ۱۶-۱۸ ساله در شهر تهران انجام داد. این بررسی به روش پیمایشی و با استفاده از پرسشنامه MMPI روی ۱۵ نفر نوجوان بزهکار و ۱۵ نفر نوجوان عادی پسر انجام گرفته است. یافته‌ها نشان داد که علیرغم تحقیقات انجام شده در این زمینه که حاکی از وجود مشکلات رفتاری در گروه بزهکاران و بالا بودن پرخاشگری و خصومت در آنان نسبت به گروه مقایسه (عادی) بوده است اما نتایج تحقیق فخرائی بر خلاف تحقیقات قبلی بود به عبارت دیگر بین دو گروه بزهکار و عادی در هیچکدام از ابعاد شخصیتی MMPI تفاوت معنی‌دار مشاهده نشده است. عدم تأیید این فرضیه‌ها ممکن است تحت تأثیر عواملی

مانند عدم اجرا و نظارت درست بر اجرای پرسشنامه و ناآگاهی نوجوانان از مفاد آنها و در نتیجه کنترل پاسخ‌هایشان بوده باشد.

در نتایجی که کاپلان<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) از بررسی‌های خود در یک مرکز بازپروری نوجوانان بزهکار بدست آورد دیده می‌شود که اکثر نوجوانان از ناراحتی‌هایی مانند افسردگی و ضعف روانی رنج می‌برند. کاپلان در ادامه مطالعات خود به این نتیجه رسید که باید به این افراد کمک شود تا در درجه اول از ناراحتی‌هایی مانند افسردگی و ضعف روانی خلاص شوند (کاپلان، ۲۰۰۰، ترجمه پورافکاری، ۱۳۸۴). بایرن<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) در یک تحقیق که روی ۲۰۰ نفر از افراد بزهکار انجام داد به این نتیجه رسید که همه آنها از یک نوع استعداد بزهکاری و انحراف برخوردار هستند که بعداً خود را با نمودهای رفتاری بزهکاری نمایان می‌سازد. این افراد اکثراً از شاخص‌های بالینی انحراف اجتماعی، افسردگی و ضعف روانی برخوردار هستند (بایرن، ۲۰۰۲).

اسمعی کورانه (۱۳۷۹) در تحقیقی تحت عنوان مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای مجرمین و افراد بهنجار به این نتیجه رسید که مجرمین به میزان کمتری از ابعاد شخصیتی مثبت و بهنجار برخوردار بوده‌اند و الگوهای ناهنجار و نشانگان بالینی شدیدتری از اختلالات شخصیتی را نشان داده‌اند و خود بیمارانگاری نوجوانان و جوانان بزهکار بیش از افراد عادی است. گارت<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) در یک تحقیق بر روی دو گروه از افراد بزهکار و عادی به این نتیجه رسیده است که افراد بزهکار خیلی بیشتر از افراد عادی افسرده هستند بطوریکه ۹۱ درصد از گروه بزهکار شرکت کننده در پژوهش گارت افسرده بوده‌اند.

ابراهیمی‌نسب (۱۳۸۷) تحقیقی با عنوان بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی پسران نوجوان (۱۴ تا ۱۸ سال) بزهکار و عادی در شهر اصفهان انجام داد و به این نتیجه رسید که پسران نوجوان بزهکار به طور معنی داری، برون‌گراتر از پسران نوجوان عادی بوده‌اند همچنین پسران نوجوان بزهکار، به طور معنی داری، روان‌رنجورتر از پسران نوجوان عادی بوده‌اند و اینکه پسران نوجوان بزهکار، به طور معنی داری، روان‌پریش‌تر از پسران نوجوان عادی بوده‌اند.

کامرانی (۱۳۶۷) طی تحقیقی با عنوان بررسی میزان افسردگی در نزد نوجوانان مقیم مراکز امور رفاهی در مقایسه با نوجوانان مقیم در خانواده با توجه به برخی از عوامل زمینه ساز در شهر تهران نتیجه گرفت متغیر سن و میزان تحصیلات، داشتن خواهر و برادر، رضایت از زندگی با خانواده و وجود عدم وجود پدر و مادر و وجود دوستان با میزان افسردگی نوجوانان ارتباط داشت و بطور کل نوجوانان

۱- Kaplan

۲- Byrne

۳- Garrett

مراکز امور رفاهی از میزان افسردگی بالاتری برخوردار بودند. همچنین نوجوانان پسر در هر دو گروه از میزان افسردگی بالاتری نسبت به دختران برخوردار بودند.

قدس و ماکسول<sup>۱</sup> (۱۹۹۰) معتقدند چون افراد در تمایل نسبت به تجارب نیاز به تحرک و شیوه‌های پاسخ‌دهی به امور متفاوتند همین تفاوت‌ها می‌تواند برخی از آنها را به سوی ترک بزهکاری سوق دهد. بنابراین بزهکاری را می‌توان بخشی از رفتار هیجان طلبی یا تحریک‌پذیری ناشی از ابعاد شخصیت فرض کرد.

به طور کلی لزوم تحقیق در این مورد می‌تواند به قول کواراتیوس<sup>۲</sup> در دو چیز دانست: ۱- کمک و هدایت فوری بزهکاران کنونی، ۲- چیزی که معمولاً فراموش می‌شود، انجام تحقیق دامنه‌دار، تا روش معتبری برای شناسایی و کمک به خردسالان که ممکن است روزی رفتارشان به بزهکاری منجر شود، فراهم آید ((کوراکیوس، (یونسکو) ترجمه نجفی‌زند، ۱۳۶۷، ص ۴۵)) در نهایت یکی دیگر از جنبه‌های اهمیت انجام پژوهش حاضر اینکه، چنین پژوهش‌هایی موجب توجه به بزهکاری نوجوانان و جوانان و به احتمال قوی پیشگیری از بروز بزهکاری در آنها است.

بنابراین هدف کلی پژوهش حاضر مقایسه شاخص‌های بالینی بین نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی شهرستان تبریز است. در تحقیق حاضر منظور از بزه عملی است که در قانون برای آن مجازات تعیین شده است مانند: قتل، سرقت، ضرب و جرح و منظور از بزهکار شامل فردی است که به علت ارتکاب عمل غیر قانونی در مرکز کانون اصلاح و تربیت تبریز محبوس است.

### جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری تحقیق حاضر عبارت است از کلیه بزهکاران دستگیر شده در زندان تبریز که از میان آنها ۴۰ نفر که دارای تحصیلات راهنمایی بودند به روش در دسترس انتخاب و به همان تعداد بصورت در دسترس از بین نوجوانان و جوانان عادی مورد مطالعه قرار گرفت. روش تحقیق پژوهش حاضر توصیفی می‌باشد.

### ابزار اندازه‌گیری

برای اندازه‌گیری شاخص‌های بالینی افراد در این پژوهش از فرم کوتاه ۷۱ سؤالی تست استاندارد شده پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا (MMPI) استفاده شده است. پرسشنامه چند وجهی مینه سوتا (MMPI) توسط هته وی و مک کین لی<sup>۳</sup> (۱۹۴۳) تهیه شده است (گراهام<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶؛ ترجمه کافی ماسوله و یعقوبی،

۱- Ghodse & Maxwell

۲- Quaratiuse

۳- Hathaway & McKinley

۱۳۸۸). چهارچوب اصلی آزمون از ۵۰۴ جمله مثبت که بصورت صحیح و غلط به آنها پاسخ داده می‌شد تشکیل شده بود. بعدها با افزودن ماده‌های تکراری و مقیاس‌های مردانگی - زنانگی و درونگرایی اجتماعی تعداد ماده‌ها به ۵۶۶ رسید (مارنات<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳). MMPI در سال ۱۹۶۷ توسط کانن<sup>۳</sup> به ۷۱ سؤال تقلیل یافت. وی ادعا نمود این ماده‌ها می‌توانند همان قدرت تشخیصی آزمون اصلی را داشته باشند. اخوت، براهنی، شاملو و نوع پرست (۱۳۵۴) با در نظر گرفتن فرهنگ و ارزش‌های ایرانی این آزمون را روی دانشجویان و دانش‌آموزان دختر و پسر نرم کردند. فرم ۷۱ سؤالی شامل ۸ مقیاس بالینی و سه مقیاس روایی می‌باشد. مقیاس‌های روایی عبارتند از L: مشخص کننده میزان تلاش مراجع برای ارائه توصیف مثبت از خود است. مقیاس F: میزان پاسخ‌های انحرافی و استثنایی فرد را اندازه می‌گیرد. مقیاس K: نشان دهنده تلاش آزمودنی برای انکار آسیب شناسی و ارایه خودشان بصورت مطلوب یا بر عکس برای اغراق در آسیب شناسی و تلاش برای بدتر نشان دادن خودشان است. مقیاس‌های بالینی عبارتند از: ۱- افسردگی<sup>۴</sup> (D)، ۲- خود بیمار انگاری<sup>۵</sup> (Hs)، ۳- هیستری<sup>۶</sup> (Hy)، ۴- انحراف اجتماعی<sup>۷</sup> (Pd)، ۵- پارانوئیا<sup>۸</sup> (Pa)، ۶- ضعف روانی<sup>۹</sup> (Pt)، ۷- اسکیزوفرنیا<sup>۱۰</sup> (Sc)، ۸- هیپومانیا<sup>۱۱</sup> (Ma)، (خدایاری فرد و پرنده، ۱۳۸۸).

### اعتبار<sup>۱۲</sup> و روایی<sup>۱۳</sup> MMPI

میان‌ه‌ی اعتبار مقیاس‌های آزمون اصلی با روش دو نیمه کردن بین ۷۰٪ تا ۸۰٪ است که بعضی از این ضرایب برابر ۹۶٪ اما برخی دیگر خیلی کمتر از آن است. میان‌ه‌ی ضرایب همبستگی مقیاس‌ها از راه باز آزمایی بین ۵۰٪ تا ۹۰٪ است (با میان‌ه‌ی ۸۰٪). گرچه ضرایب گزارش شده در مقایسه با ضرایب اعتبار

۱- Graham

۲- Marnat

۳- Canon

۴- Depression

۵- Hypochondrias

۶- Hysteria

۷- Psychopathic Deviation

۸- Paranoia

۹- Psychasthenia

۱۰- Schizophrenia

۱۱- Hypomania

۱۲- Reliability

۱۳- Validity

آزمون‌های معتبر توانایی‌های ذهنی از انسجام کمتری برخوردارند اما بالاتر از ضرایب اعتبار سایر آزمون‌های شخصیتی مشابه‌اند. مطالعات انجام شده درباره خصایص الگوهای معین نیمرخ‌های روانی، شواهدی از روایی سازه آزمون را نشان می‌دهد (فتحی آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸).

### روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌های بدست آمده در این پژوهش از روش‌های آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و روش استنباطی آزمون تی تست مستقل<sup>۱</sup> استفاده شد.

### یافته‌ها

جدول ۱: نتایج آزمون تی تست جهت مقایسه میانگین نمرات خود بیمارانگاری نوجوانان و

#### جوانان بزهکار و عادی

مقیاس بالینی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	سطح معناداری
خود بیمار انگاری	بزهکار	۵/۴	۲/۶	۲/۳	* ۰/۰۲۲
	عادی	۴/۲	۱/۸		

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۱ مقدار t محاسبه شده (۲/۳) کوچکتر از t جدول (۲) است، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم میانگین خود بیمارانگاری نوجوانان و جوانان بزهکار به طور معنادار متفاوت و بیشتر از گروه نوجوانان و جوانان عادی می‌باشد.

جدول ۲: نتایج آزمون تی تست جهت مقایسه میانگین نمرات افسردگی نوجوانان و جوانان

#### بزهکار و عادی

مقیاس بالینی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	سطح معناداری
افسردگی	بزهکار	۹/۶	۳/۳	۳/۹	** ۰/۰۰۱
	عادی	۶/۹	۲/۵		

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۲ مقدار t محاسبه شده (۳/۹) بزرگتر از t جدول (۱) است، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم میانگین افسردگی نوجوانان و جوانان بزهکار به طور معنادار متفاوت و بیشتر از گروه نوجوانان و جوانان عادی می‌باشد.

۱- Independent t-test

جدول ۳: نتایج آزمون تی تست جهت مقایسه میانگین نمرات هیستریک نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی

مقیاس بالینی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	سطح معناداری
هیستریک	بزهکار	۱۰/۷	۲/۷	۱/۲	۰/۲۳۳
	عادی	۱۰	۲/۷		

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۳ مقدار t محاسبه شده (۱/۲) کوچکتر از t جدول (۱) است بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم میانگین نمرات هیستریک نوجوانان و جوانان بزهکار تفاوت معناداری با گروه عادی ندارند.

جدول ۴: نتایج آزمون تی تست جهت مقایسه میانگین نمرات انحراف اجتماعی نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی

مقیاس بالینی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	سطح معناداری
انحراف اجتماعی	بزهکار	۹/۶	۲/۵	۲/۲	* ۰/۰۳۲
	عادی	۸/۲	۳/۱		

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۴ مقدار t محاسبه شده (۲/۲) کوچکتر از t جدول (۱) است، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم میانگین نمرات انحراف اجتماعی نوجوانان و جوانان بزهکار به طور معنادار متفاوت و بیشتر از گروه نوجوانان و جوانان عادی می‌باشد.

جدول ۵: نتایج آزمون تی تست جهت مقایسه میانگین نمرات پارانوئید نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی

مقیاس بالینی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	سطح معناداری
پارانوئید	بزهکار	۶/۶	۲/۲	۲/۵	* ۰/۰۱۲
	عادی	۵/۳	۲/۴		

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۵ مقدار t محاسبه شده (۲/۵) بزرگتر از t جدول (۱) است، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم میانگین نمرات شاخص پارانوئید نوجوانان و جوانان بزهکار به طور معنادار متفاوت و بیشتر از گروه نوجوانان و جوانان عادی می‌باشد.



جدول ۶: نتایج آزمون تی تست جهت مقایسه میانگین نمرات ضعف روانی نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی

مقیاس بالینی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	سطح معناداری
ضعف روانی	بزهکار	۱۰	۳/۵	۲/۸	** ۰/۰۰۵
	عادی	۷/۹	۲/۷		

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۶ مقدار t محاسبه شده (۲/۸) بزرگتر از t جدول (۱) است، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم میانگین نمرات ضعف روانی نوجوانان و جوانان بزهکار به طور معنادار متفاوت و بیشتر از گروه نوجوانان و جوانان عادی می‌باشد.

جدول ۷: نتایج آزمون تی تست جهت مقایسه میانگین نمرات اسکیزوفرنی نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی

مقیاس بالینی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	سطح معناداری
اسکیزوفرنی	بزهکار	۱۱/۱	۳/۸	۲/۸	** ۰/۰۰۵
	عادی	۸/۹	۳/۱		

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۷ مقدار t محاسبه شده (۲/۸) بزرگتر از t جدول (۱) است، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم میانگین نمرات اسکیزوفرنی نوجوانان و جوانان بزهکار به طور معنادار متفاوت و بیشتر از گروه نوجوانان و جوانان عادی می‌باشد.

جدول ۸: نتایج آزمون تی تست جهت مقایسه میانگین نمرات مانیک نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی

مقیاس بالینی	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t	سطح معناداری
مانیک	بزهکار	۶	۱/۹	۰/۹۲۲	۰/۳۵۹
	عادی	۵/۶	۲/۱		
N= 40 هر گروه ۷۸ = درجه آزادی      **P<0 / ۰۱      *P< ۰/۰۵					

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۸ مقدار t محاسبه شده (۰/۹۲۲) کوچکتر از t جدول (۱) است، بنابراین با اطمینان ۰/۹۵ درصد نتیجه می‌گیریم میانگین نمرات مانیک نوجوانان و جوانان بزهکار تفاوت معناداری با گروه عادی ندارند.

### بحث و نتیجه گیری

در جدول (۱) نتایج آزمون تی تست جهت مقایسه میانگین نمرات شاخص‌های بالینی در مقیاس خود بیمار انگاری گروه نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی شهر تبریز به همراه میانگین و انحراف استاندارد شاخص‌ها به تفکیک گروه آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج، بین خود بیمار انگاری نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی تفاوت وجود دارد و میانگین گروه بزهکار بیشتر از گروه عادی می‌باشد. نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیق لئون و گیلوم و گوز (۱۹۸۰) مبنی بر اینکه سن، جنس، نژاد، محل اقامت، هوش، تحصیلات و پایگاه اقتصادی و اجتماعی، همگی با مقیاس‌های MMPI در ارتباطند، همسویی دارد. و میزان خود بیمار انگاری در افراد ناهنجار بیش از افراد عادی دیده می‌شود (لئون، گیلوم و گوز، ۱۹۸۰، ص ۴۰۰). همچنین نتیجه تحقیق اسمعلی (۱۳۷۹) مبنی بر اینکه مجرمین به میزان کمتری از ابعاد شخصیتی مثبت و بهنجار برخوردار بوده است و الگوهای ناهنجار و نشانگان بالینی شدیدتری از اختلالات شخصیتی را نشان داده است و خود بیمار انگاری و نوجوانان بزهکار بیش از افراد عادی است همسو است. خود بیمار انگاری عبارت است از نگرانی مبالغه آمیز در مورد سلامت جسمی که مبنای عضو ندارد بلکه بر تعبیر غیر واقعی نشانه‌ها یا غیر طبیعی بودن احساس متکی است (کاپلان، ۲۰۰۷).

بر اساس نتایج جدول (۲) بین افسرگی نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی تفاوت وجود دارد. نتایج تحقیق حاضر با تحقیق سرمست (۱۳۷۷) با عنوان بررسی شیوع افسردگی در زندانیان نوجوان ندامتگاه تأدیبی شهرستان یزد و نتایج اسمعلی کورانه که میزان اضطراب و افسردگی در میان مجرمین در سطح بالاتری قرار دارد همسو است. طبق نظر سالیوان افسردگی یک فرایند عمده‌ی مخرب است که همه‌ی انگیزه‌های برقراری روابط سازنده با دیگران را قطع کرده و تنها شرایط مخرب را باقی می‌گذارد (آزاد، ۱۳۸۴).

بر اساس نتایج جدول (۳) بین هیستریک نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی تفاوت وجود ندارد. در تأیید نتیجه یاد شده لئون، گیلوم و گوز در مطالعات و تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که مقدار میزان هیستری در بین افراد ناهنجار و عادی تفاوت معنی‌داری با هم ندارد. هیستری نوعی بیماری روانی است که به صورت بیماری جسمی تجلی می‌کند از نشانه‌های آن می‌توان دردهای مختلف، اضطراب، اختلال گوارشی، اختلال در روابط جنسی، عصبانیت و... را نام برد برای توصیف حالتی که در آن، اختلالات روانی به صورت بیماری‌های جسمی تجلی می‌کند از اصطلاح هیستری تبدیلی استفاده می‌کنند. نشانه‌های هیستری تبدیلی عبارتند از: بی‌حسی، بی‌هوشی، کوری، فلج‌شدن، اختلال در راه رفتن، از دست دادن حافظه و... (کاپلان، ۲۰۰۷)

بر اساس نتایج مندرج در جدول (۴) بین انحراف اجتماعی نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی تفاوت وجود دارد. و انحراف‌های روانی اجتماعی در نوجوانان و جوانان بزهکار بیش از نوجوانان و جوانان عادی

است. نتیجه تحقیق حاضر با نتایج فراهانی (۱۳۶۵) مبنی بر اینکه که انحراف‌های روانی در بین نوجوانان بزهکار بیشتر از نوجوانان عادی است، همچنین با نتایج مظاهری تهرانی (۱۳۶۹) همسو است.

بر اساس نتایج مندرج در جدول (۵)، بین پارانوئید نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی تفاوت وجود دارد. و پارانوئید در نوجوانان و جوانان بزهکار بیش از نوجوانان و جوانان عادی است. نتیجه بدست آمده با نتایج رهنما (۱۳۷۲) که نشان داد میانگن نمرات نوجوانان بزهکار در مقایسه با نوجوانان عادی با سطح اطمینان ۹۹ درصد معنی‌دار و میزان پارانوئید نوجوانان و جوانان بزهکار بیش از نوجوانان عادی بود همسو است. پارانویا نوروژی است که جلوه‌های زیادی دارد. این جلوه‌ها می‌توانند از عدم تعادل روانی خفیف تا سایکوزهای شدید و توهمات گسترش یابند (مارنات ۲۰۰۳؛ ترجمه شریفی، ۱۳۸۷).

نتایج جدول (۶)، نشانگر این است که بین ضعف روانی نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی تفاوت وجود دارد و ضعف روانی در نوجوانان و جوانان بزهکار بیش از نوجوانان و جوانان عادی است. این یافته با نتایج رهنما (۱۳۷۲) که ضعف روانی نوجوانان و جوانان بزهکار بیش از نوجوانان عادی است همسو می‌باشد. ضعف روانی شامل وسواس‌های عملی، ترس‌های غیرمنطقی و تردیدهای افراطی بوده و کاملاً شبیه اختلال وسواس فکری-عملی است. با وجود این چند تفاوت عمده وجود دارد. ضعف روانی بیشترین ترس‌ها و اضطراب‌های آشکار را که ممکن است شخص تجربه کند اندازه می‌گیرد. بر عکس کسانی که به اختلال وسواس فکری-عملی مبتلا هستند ممکن است در مقیاس ضعف روانی نمره کاملاً پایینی بگیرند. زیرا رفتارها و وسوس‌های فکری آنان در کاهش سطح اضطرابشان مؤثر است (مارنات، ۲۰۰۳؛ پاشا شریفی، ۱۳۸۷).

بر اساس نتایج مندرج در جدول ۷ بین اسکیزوفرنی نوجوانان بزهکار و عادی تفاوت وجود دارد. نتایج تحقیق مبنی بر متفاوت بودن اسکیزوفرنی این دو گروه با نتایج تحقیق علی مددی (۱۳۷۹) تحت عنوان بررسی ویژگی‌های زیستی، شناختی، شخصیتی بزهکاران کانون اصلاح و تربیت تبریز و با این نتیجه که بین اسکیزوفرنی نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی تفاوت وجود دارد همسو است.

بر اساس نتایج جدول ۸ بین مانیک نوجوانان و جوانان بزهکار و عادی تفاوت وجود ندارد. نتیجه یاد شده با نتایج علی مددی (۱۳۷۹) همسو است.

تغییرات روانی-اجتماعی، شناختی و بیولوژیکی در دوره نوجوانی، فرصت‌های تحولی بی‌شماری را برای نوجوانان فراهم می‌کند تا در رفتارهایی درگیر شود که به طور ضمنی در اتخاذ سبک زندگی همراه با سلامت یا به خطر انداختن سلامت اهمیت دارد (هریس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). استنزفیلد و کرسیم<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) مطرح می‌کنند که نوجوانی، دوره رفتارهای پرخطر و افزایش اکتشاف است (خسروی و همکاران، ۱۳۸۶). بر اساس مقالات مطرح شده و شماری از تحقیقات در ایران با آسیب‌های عمده و در حال

۱- Harris

۲- Stansfield & Kirsteim

گسترشی روبرو هستیم (عبداللهی، ۱۳۸۱). میزان جرائم نیز در بین نوجوانان و جوانان رو به افزایش است (صدیق سروستانی، ۱۳۸۱؛ راجزاده، ۱۳۸۰؛ رقیبی، ۱۳۸۱؛ حسینی، ۱۳۸۱ به نقل از پالاهنگ و همکاران، ۱۳۸۱). بنابراین با توجه به نتیجه تحقیق حاضر و تحقیقات مشابه می‌توان با آموزش‌های مناسب مانند آموزش روابط صحیح بین فردی، مهارت‌های ارتباط مؤثر، جرأت‌ورزی، کنترل خشم و پرخاشگری، آموزش مهارت‌های زندگی و آموزش حل مسئله از روی آوردن نوجوانان و جوانان به بزه و بزهکاری و مشکلات روانی آنان کاهش داد، تا بدین طریق هم بهداشت روانی افراد جامعه را بالا برد و هم از هزینه‌های درمان و بازپروری و خسارت‌های ناشی از بزهکاری آنان کاهش داد.

#### مآخذ

- آزاد، حسین (۱۳۸۴). **آسیب شناسی روانی** (با ضمیمه طبقه‌بندی DSM-IV)، [چاپ نهم]، تهران: انتشارات بعثت، ۱۳۸۴.
- ابراهیمی‌نسب، ک. (۱۳۸۷). **بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های شخصیتی پسران نوجوان (۱۴ تا ۱۸ سال) بزهکار و عادی در شهر اصفهان**. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد چاپ نشده. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- اسمعیلی کورانه، احمد (۱۳۷۹). **مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای مجرمین و افراد بهنجار** پالاهنگ، ح؛ وکیل‌زاده، س.ب؛ دریس، ف؛ (۱۳۸۱). **بررسی فراوانی اختلال‌های شخصیت در مجرمین مرد زندانی در زندان شهرکرد (۱۳۷۹-۱۳۸۰)**. مجله اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره ۳.
- حسینی، س.ق؛ (۱۳۷۷). **بررسی عوامل روانی، اجتماعی در یکصد نفر نوجوان بزهکار مقیم زندان تبریز**، تحقیق (چاپ نشده) اداره کل زندان‌های استان آذربایجان شرقی.
- خدایاری فرد، محمد؛ پرنده، اکرم (۱۳۸۸). **ارزیابی و آزمون‌گری روانشناختی**. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- خسروی، زکریا؛ کیامنش، علیرضا؛ بنی‌جمالی، شکوه و نیک‌منش، زهرا (۱۳۸۶). **بررسی کیفی نقش عملکرد خانواده در بروز رفتارهای مخاطره آمیز**. مجله مطالعات روانشناختی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه الزهرا. دوره ۳، شماره ۴.
- دانش، تاج زمان (۱۳۷۲). **اطفال و جوانان بزهکار**. تهران: مؤسسه تهران تایمز.
- رهنما، اکبر (۱۳۷۲). **بررسی تحول اخلاقی نوجوانان بزهکار پسر و مقایسه آن با نوجوانان عادی پسر**، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران، دانشگاه تربیت معلم تهران، دانشکده علوم تربیتی.

- سرمست، حسین (۱۳۷۷). **بررسی شیوع افسردگی در زندانیان نوجوان ندامتگاه تأدیبی شهرستان یزد، پایان نامه دکترا**، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دانشکده پزشکی. شامبیانی، هوشنگ (۱۳۷۸). **بزهکاری اطفال و نوجوانان** [چاپ هشتم] تهران: انتشارات ژوبین. ضوابطی، مهدی (۱۳۶۵). **مبانی مشکل شناسی (کودکی و نوجوانی)** [چاپ اول] تهران: انتشارات نشر فردا.
- عبداللهی، محمد (۱۳۸۱). **آسیب‌های اجتماعی و روند تحول آن در ایران**. مجموعه مقالات اولین همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در ایران. تهران انجمن جامعه شناسی ایران، ص ۲۴. فتحی آشتیانی، علی (۱۳۸۸). **آزمون‌های روان شناختی (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان)**. تهران: انتشارات مؤسسه بعثت.
- فخرائی، زینت (۱۳۷۱). **مقایسه ویژگی‌های شخصیتی نوجوانان بزهکار و عادی پسران ۱۶-۱۸ ساله در شهر تهران**، دانشگاه علامه طباطبائی. پایان‌نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد. فراهانی، محمد تقی (۱۳۶۵). **پرخاشگری و رابطه آن با ساخت خانواده در میان دانش‌آموزان ابتدایی شهر تهران**. غفوری، (۱۳۵۹). **بررسی ناهنجاری‌های رفتاری و بزهکاری نوجوانان و کودکان**. کاپلان، هارولد و سادوک، ویرجینا (۲۰۰۳). **خلاصه روانپزشکی (علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی)**، ترجمه پورافکاری (۱۳۸۲)، تهران: شهرآب.
- کامرانی، صغری (۱۳۶۷). **بررسی میزان افسردگی در نزد نوجوانان مقیم مراکز امور رفاهی در مقایسه با نوجوانان مقیم در خانواده با توجه به برخی از عوامل زمینه‌ساز در شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد**، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده پرستاری و مامائی. کوارکیوس، ویلیام سی (یونسکو)، (۱۳۶۷). **بزهکاری نوجوانان مسئله‌ای برای دنیای مدرن**، ترجمه نجفی زند. ناشر: نمایشگاه کتاب کودک.
- گراهام، جان رابرت (۲۰۰۶). **ارزیابی شخصیت و آسیب شناسی روانی**، ترجمه کافی ماسوله و یعقوبی، (۱۳۸۸). تهران: نسل فردا، ارجمند.
- گری گراث، مارنات (۲۰۰۳). **راهنمای سنجش روانی** [چاپ سوم] ترجمه حسن پاشا شریفی (۱۳۸۷). تهران: انتشارات رشد، [جلد اول].
- مددی، علی (۱۳۷۹). **بررسی ویژگی‌های زیستی، شناختی، شخصیتی بزهکاران کانون اصلاح و تربیت تبریز**.
- مظاهری تهرانی، محمدعلی (۱۳۶۹). **مقایسه الگوی پاسخ‌های نوجوانان بزهکار و بهنجار به آزمون رورشاخ**، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران: دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

- Byrne, D. F., (2002). **The development of role taking in adolescence.** Dissertation abstract. 34, Vol.11, 5647 B.
- Harris, K., Mullan, Duncan, G., Boisjoly (2002). **Evaluation the role of "Noting to lose" Attitudes on Risky Behavior in Adolescence.** Social forces, 00377732. Vol.11.80(3).
- Garrett Flopyd (2002). **The Addicts Dilemma**
- Ghadse, H., & Maxwell, D., (1990). **Substance abuse and dependency.** Macmill press.
- Kaplan & Sadock (2007). **Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry.** 9 edition. Baltimore, Williams & Wilkins.
- Narcotics Anonymous (1993). **A resource in your community copyright narcotics anonymous' inc.**
- Stansfield, K.H., Kirstein, C.L., (2005). **Neuro Chemical Effect of Cocaine in Adolescence Compared to Adulthood.** Developmental Brain Research, Vol.159(2). P.119.

