

**«خود» و بزهکاری: نقش درمان یکپارچه‌نگر در بهبود ادراک خود در بزهکاران معتاد**

حسین احمد برآبادی\*، سید جلال یونسی\*\*، نرگس طالقانی\*\*\*

**طرح مسئله:** معضل اعتیاد را می‌توان مهمترین مسئله و آسیب اجتماعی سالهای اخیر دانست. در مدل «ادراک خود» که دیمون و هارت (۱۹۹۱) ارائه کرده‌اند، تأکید بر سطح تحول و تأخیر رشد می‌باشد و مشکلات روانی به نقص یا تأخیر در استدلال نوجوان درباره خود نسبت داده می‌شود. هدف این پژوهش بررسی سطح تحول ادراک خود در بزهکاران معتاد و نقش درمان یکپارچه‌نگر بر ارتقای آن می‌باشد. اهداف جانبی این پژوهش نیز بررسی نقش درمان یکپارچه‌نگر در بهبود خودپنداره و عزت نفس بزهکاران معتاد است.

**روش:** در این پژوهش از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل غیرتصادفی که یک نوع مطالعه نیمه‌آزمایشی است، استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت مشهد می‌باشند. حجم نمونه پژوهش ۱۶ نفر بود (۸ نفر گروه آزمایش و ۸ نفر گروه گواه). جهت انتخاب شرکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد. ابزار پژوهش، مصاحبه بالینی دیمون و هارت، آزمون خودپنداره بک و آزمون عزت نفس پوپ بود.

**یافته‌ها:** نتایج مرحله پیش‌آزمون، نشان‌دهنده تأخیر سطح تحول ادراک خود بزهکاران معتاد می‌باشد. همچنین درمان یکپارچه‌نگر در ارتقاء سطح تحول ادراک خود، بهبود خودپنداره و افزایش عزت نفس بزهکاران معتاد نقش دارد.

**نتایج:** این یافته‌ها فرضیه درمان خودبخود را رد می‌کند. بنابراین نظام‌های اصلاحی و امنیتی می‌بایست کاری بیش از نگهداری و مجازات بزهکاران انجام دهند و آن توسعه مراکز مشاوره و روان‌درمانی در زندانها و مراکز نگهداری بزهکاران می‌باشد.

**کلید واژه‌ها:** ادراک خود، بزهکار معتاد، درمان یکپارچه‌نگر.

**تاریخ دریافت:** ۱۸/۵/۸۷      **تاریخ پذیرش:** ۱۱/۲/۸۹

\* کارشناس ارشد مشاوره خانواده <hossien.brabadi@gmail.com>

\*\* دکتر روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

\*\*\* دکتر مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

## مقدمه

صرفنظر از مدل‌های پزشکی و عضوی که علل آشفتگی‌های روانی را ناشی از اختلالات دستگاه عصبی مرکزی، اختلالات هورمونی و بیوشیمیایی خون، و بیماری‌های بدنی می‌دانند. نظریه‌های مختلف شخصیت و روان‌درمانی هر کدام سبب‌شناسی خاصی را برای اختلالات روانشناختی ذکر می‌کنند. نظریه‌های خود مفهوم خودپنداره<sup>۱</sup> و احترام و ارزش به خود<sup>۲</sup> را مناسب‌ترین مفهوم جهت سبب‌شناسی اختلالات عاطفی و روانی می‌دانند (بیگمن، ۱۹۷۲؛ بیرن، ۱۹۷۴). در مدل «ادراک خود» که دیمون و هارت (۱۹۹۱) ارائه کردند، تأکید بر روی سطح تحول و تأخیر رشد می‌باشد و بنابراین مشکلات روانی ممکن است ناشی از نقص یا تأخیر در استدلال نوجوان درباره خود باشد. دیمون و هارت (۱۹۹۱) ارتباط «ادراک خود»، با سلامت روان را به ویژه در دوره نوجوانی مهم می‌پندارند. آنها معتقدند که آشفتگی‌های روان‌شناختی در کودکان و نوجوانان می‌تواند ناشی از انحراف در ادراک خود باشد (زامانسکی و هارت، ۱۹۸۸). دیمون و هارت (۱۹۹۱) با استناد به پژوهش‌های مختلف بیان کرده‌اند که میان سن و سطوح یاد شده همبستگی قوی و مثبت وجود دارد، به گونه‌ای که کودکان کم‌سن‌تر در سطوح پایین تحول قرار دارند و با افزایش سن، سطوح استدلالی آنها ارتقاء می‌یابد. این محققان معتقدند که این مدل با در نظر گرفتن ابعاد مختلف خود (خود فاعلی و خود مفعولی) و با در نظر گرفتن سطوح تحولی، بسیار جامع‌تر به بررسی رشد خود و آسیب‌های احتمالی آن می‌پردازد. یافته‌های تحقیقی نشان می‌دهد که سطح ادراک خود نوجوانان بزهکار، به طور شناختی پایین‌تر از افراد رشد یافته می‌باشد. به عبارت دیگر اعمال ضد اجتماعی، ممکن است بازتابی از عدم توانایی تفکر مؤثر در مورد خود، در ارتباط با دیگران باشد (Damon, W. & Hart, D., 1999).

بررسی مفهوم خود اهمیت خاصی در درک رفتارهای نوجوانان آزاردیده دارد (Champion, 1991). لذا درک مفهوم خود و ادراک خود مرتبط با مشکلات رفتاری می‌تواند

---

1- Self concept  
2- Self value & self esteem

نشانه‌های مهمی را برای انگیزه‌های زیربنایی بزهکاری و رفتارهای ضد اجتماعی فراهم آورد. تمامی تحقیقات و مطالعات انجام گرفته بر نقش بنیادی حرمت خود در سازش‌یافتگی عاطفی، هیجانی و شناختی تأکید کرده‌اند و سطح پایین حرمت خود را حداقل به مثابه یک عامل مستعد کننده بزهکاری قلمداد نموده‌اند. پژوهش‌های انجام شده در زمینه حرمت خود نیز هر یک به گونه‌ای بر نقش و اهمیت حرمت خود و رابطه آن با سلامت روانی انسان تأکید دارند (کورتیز، هوگان، وایس، 1975؛ اسمیت، 1984؛ به نقل از P.A. 1990؛ سوئیتزر، 1992، دیمون و هارت 1991).

اهمیت نظری پژوهش حاضر این است که مشخص می‌سازد نوجوانان بزهکار معتاد چه نوع خودپنداره‌ای دارند و آیا از نظر سطح تحول ادراک خود دچار تأخیر هستند یا خیر؟ و این به درک بهتر و عمیق‌تر رفتارهای نوجوان بزهکار معتاد کمک می‌کند و دریچه‌هایی را جهت کمک به او می‌گشاید. از بعد عملی، این پژوهش با بررسی نقش شیوه درمانی «درمان یکپارچه‌نگر» بر ادراک خود، می‌تواند در بسیاری از موقعیتهای مشابه به کار برده شود. از طرفی با بررسی ادراک خود در نوجوانان معتاد و ابعاد مورد تأکید آنان و مشخص ساختن سطح استدلالی که در آن قرار دارند، زمینه را برای طراحی فنون درمانی و برنامه‌های بازتوانی نوجوانان معتاد فراهم می‌سازد.

### مدل تحولی ادراک خود

ویلیام دیمون و دانیل هارت از روانشناسان تحول‌نگر معاصر هستند که با یک دیدگاه شناختی، اجتماعی و ساختاری مدل تحولی ادراک خود را در سال ۱۹۸۸ مطرح ساختند. مدل تحولی ادراک خود نتیجه کوشش و پژوهش و مطالعات اجتماعی این محققان و حاصل تفحص و تعمق در دیدگاه نظریه‌پردازان قبل از خود و پژوهش‌های متعدد در این زمینه می‌باشد. این مؤلفان با پذیرش نظریه ویلیام جیمز عنوان کرده‌اند که خود دارای دو بعد ذهنی و عینی می‌باشد که در عین چندوجهی بودن، یکپارچه است. آن‌ها همچنین دیدگاه تحولی و ساختاری پیازه را پذیرفته، تغییرات ناشی از رشد را کیفی دانسته‌اند و با یک دیدگاه ساختاری اجتماعی و با در نظر گرفتن اصول سازمان‌یابی و روند تحول، مدل

ادراک خود را مطرح ساخته‌اند. این مدل، تحولی و مرحله‌مند است و بر مبنای سطوح مختلف استدلال دربارهٔ ادراک خود و برداشتی که فرد از خود دارد، تدوین شده است (دیمون و هارت، ۱۹۹۱).

بنیان‌گذاران رویکرد تحولی خود با توجه به اصولی چند به تحقیق پرداخته‌اند که از جمله می‌توان به موارد ذیل اشاره کرد: توجه به سن به عنوان یکی از منابع اولیه، پرداختن به داده‌ها و یافته‌ها از طریق تحلیل‌های کیفی و بسنده نکردن به بخش‌های کمی و تمرکز بر سازمان‌یابی مجدد ادراکات در طول سالیان تحول. آنان به این منظور روش بالینی پیازه را بر زمینه ادراک خود انطباق داده، به کار بسته‌اند و با شیوه مصاحبه بالینی به پژوهش‌های متعدد طولی و مقطعی در ادراک خود کودکان و نوجوانان ۴ تا ۱۸ ساله پرداختند و پس از ۶ سال پژوهش مدل خود را مطرح کردند و اظهار داشتند که سطوح تحولی ادراک خود به صورت مرحله‌ای و در چهار سطح سازمان می‌یابد.

ادراک خود یا شناخت خود یکی از ویژگی‌های بنیادی انسان است که در روزهای آغازین زندگی شروع شده، تحول آن در تمام طول عمر ادامه دارد. ادراک خود در برگیرنده تمامی ملاحظات است که فرد را از دیگران متمایز می‌سازد. این ملاحظات می‌تواند در برگیرنده ویژگی‌های مادی و جسمی (قد، مالکیتها<sup>۱</sup> و... قابلیتها<sup>۲</sup> و فعالیتها (سرگرمیها، استعدادها و...)، ویژگی‌های اجتماعی و روانشناختی (تمایلات، عادات، منشها و... ) و باورهای فلسفی (ارزشهای اخلاقی، ایدئولوژیهای سیاسی و...) باشد.

من شناساگر یا عامل شناخت و منی که موضوع شناخت است، همراه هم «خودی» را تشکیل می‌دهند که در ادراک خود مطرح است. در این نظام بر خلاف نظامهای مفهومی دیگر، فرد است که خود را ادراک می‌کند. به همین دلیل ما با جملاتی چون «من از خودم عصبانی هستم» یا «من خودم را خوب نمی‌شناسم» روبرو هستیم که نشان‌دهندهٔ وضعیت دوگانه «خود» است: خودی که فاعل است و خودی که مفعول است.

1- possessions  
2- capabilities

ادراک خود می‌تواند از محدوده ویژگیهای فرد فراتر رفته، ملاحظات مربوط به گذشته یا آینده و تغییر یا ثبات در طی زندگی و نقش و مقدار دخالت فرد در این تغییرات را در بر گیرد. ادراک خود از طریق سازماندهی تجربیات در مفهوم «تداوم» مبنایی را فراهم می‌کند تا تجربیات شخص، نه به گونه اجزای جدا از یکدیگر، بلکه به صورت یک زندگی پیوسته ادراک شود.

ادراک خود برای متمایز ساختن فرد از دیگران به ارتباطهای موجود میان علایق خود<sup>۱</sup> و دیگران و متفاوت بودن یا شباهت داشتن آنها توجه کرده است و نهایتاً زمینه لازم جهت خود ارزیابی را که مبنای حرمت خود، احساس گناه، شرم و هویت شخصی است، فراهم می‌کند.

اصول کلی سازمان‌یابی در سطوح مختلف تحولی طرحواره‌های خود عینی به شرح زیر است:

سطح ۱- شناسایی مقوله‌ای: ادراک خود از اسناد مستقیم صفات بدنی و مادی، اعمال و مهارتهای عضویت گروهی، و احساسات و افکار لحظه‌ای به خود تأثیر می‌پذیرد و به صورت توصیفهای ساده‌ای ارائه می‌شود که هیچ استدلالی آنها را توجیه نمی‌کند و شناخت منسجمی از «خود» وجود ندارد.

سطح ۲- ارزیابیهای مقایسه‌ای: «خود» از خلال ارتباط با دیگران و استانداردهای فیزیکی و اجتماعی شناسایی می‌شود. ادراک خود بر مقایسه عملکردها و لیاقتهای فرد با عملکردها و لیاقتهای دیگران، واقعی یا تصویری، بنا شده است.

سطح ۳- استلزامهای بین فردی: ادراک خود بر خصوصیات متمركز است که بر تعامل با دیگران و جاذب بودن از نظر آنها اثری می‌گذارد و خودشناسی بر مبنای مقولاتی است که به لحاظ تعاملهای بین فردی ارزش یافته‌اند. این استلزامها شامل صفات شخصیتی، جاذبیت‌های فیزیکی، اسنادهای فعالیت یا حالت‌های ذهنی است که بر نوع یا شیوه زندگی بین فردی اثر می‌گذارند.

1- self-interesting

سطح ۴ - باورها و نقشه‌های نظام‌یافته: «خود» بر اساس نظام اصولی باورها، طرحها و نقشه‌های زندگی توصیف می‌گردد. از خلال این نظام اصولی باورهاست که ویژگی‌های خود و هویت شخصی معنی و مفهوم پیدا می‌کند. از میان این نظامهای اصولی می‌توان از نظام باورهای فلسفی یا اخلاقی، انتخابهای عقیدتی ایدئولوژیک یا انتخاب هر هدفی در زندگی نام برد.

شکل ۱. پیشرفت در ادراک خود ذهنی (بخش کناری)

سازمان آترونجوانی	اسناد و ویژگیهای بدنی که بیانگر یا منسک کننده انتظاراتی از ادای یا رفتارهای شخصی و اخلاقی می باشد	اسناد به فعلیتهای که بیانگر انتظارات و ارزشهای شخصی یا رفتارهای اخلاقی می باشد	انتظاراتی شخصی یا اخلاقی که بر ازیتهای اجتماعی یا ویژگی های شخصیت اجتماعی شمول دارد	نظام باورها فلسفه شخصی فرآیندهای فکری شخصی و مربوط به خود فرد	میزان آشنایی با این مفاهیم و توانایی درک آنها	ارزشیهای شخصی و اخلاقی روی خود این شخصیت از جمله باورها و عقاید
سازمان آترونجوانی	اسناد های فیزیکی و بدنی که موجب جانبداری و کنش در زمینه اجتماعی و روابط بین فردی میشود	اسناد به فعلیتهای که بر مقبولیت اجتماعی یا تعاملاتی بین فردی اثر می گذارد	ویژگی های شخصیت اجتماعی	حسابت اجتماعی، توانایی های ارتباطی و دیگر مهارت های روانی - اجتماعی	بر اساس نظرات دیگران در رابطه با این ویژگیها و توانایی ها	ارزشیهای شخصی و اخلاقی روی خود این شخصیت از جمله باورها و عقاید
کودکی میانی	صفات بدنی و فیزیکی و ایسته به فعلیت	لیاقتهای در ارتباط با دیگران	فعلیتهایی که از طریق مراجعه به منکس العمل دیگران (تایید یا رد) ایمنایافته اند	دانش ، مهارت های یاد گرفته شده ، انگیزش یا حالت های هیجانی فعلیت ایسته	بر اساس نظرات دیگران در رابطه با این ویژگیها و توانایی ها	ارزشیهای شخصی و اخلاقی روی خود این شخصیت از جمله باورها و عقاید
کودکی یا خردسالان	ویژگی های بدنی یا مالکیت های ادای	رفتار خاص یا بارز فرد	تعلق داشتن به گروه یا به ارتباط اجتماعی خاص	احساسات ، دلخواهها ، نرفتها و علق های لحظه ای	بر اساس نظرات دیگران در رابطه با این ویژگیها و توانایی ها	ارزشیهای شخصی و اخلاقی روی خود این شخصیت از جمله باورها و عقاید
	خود فیزیکی	خود فعال	خود اجتماعی	خود روانی	تدریس	ارزشیهای شخصی و اخلاقی روی خود این شخصیت از جمله باورها و عقاید
مبنای مفهومی خود یعنی یا به عنوان موضوع						

بخش کناری شکل ۱ بیانگر تحول در برداشت از خود به عنوان عامل شناخت یا شناسا است که بر اساس "من عامل" ویلیام جیمز طرح ریزی شده و دارای سه مؤلفه اراده یا اختیار، تداوم، و تمایز است. به دلیل مشکلات روشن شناختی و فنی، بعد اندیشیدن در نظر گرفته نشده است.

الف) اختیار و اراده (بیانات مربوط به وجود، شکل‌گیری یا کنترل خود)  
سطح ۱) نیروهای اجتماعی، زیستی یا فوق طبیعی که در وجود یا شکل‌گیری خود مؤثرند.  
سطح ۲) تلاشها، انگیزه‌ها، آرزوها یا استعدادهاى خود که در وجود و شکل‌گیری خود مؤثرند.  
سطح ۳) ارتباط با دیگران که در وجود و شکل‌گیری خود مؤثرند.  
سطح ۴) ارزیابی‌های اخلاقی یا شخصی از امکانات زندگی که در وجود و شکل‌گیری خود اثر می‌گذارند.

ب) تداوم (بیانات مربوط به احساس تداوم در طول زمان)  
سطح ۱) اشاره به تداوم فرد در زمینه داراییها، رفتارها و امکانات جسمی ثابت می‌باشد.  
سطح ۲) اشاره به تداوم فرد در زمینه تواناییهای شناختی و فعال فرد است.  
سطح ۳) اشاره به تداوم فرد در زمینه بازشناسی دیگران است.  
سطح ۴) اشاره به تداوم فرد که در واژه‌هایی از ارتباطات بین خصوصیات فعلی و گذشته فرد است.

ج) تمایز (بیانات مربوط به احساس تمایز از دیگران)  
سطح ۱) اشاره به تمایز فرد بر پایه ویژگیهای جسمی و مادی.  
سطح ۲) اشاره به تمایز فرد به عنوان ریشه‌ای از تفاوت‌های بین خود و دیگران به همراه یک بعد شناختی، شخصیتی یا ویژگی.  
سطح ۳) ارجاع به تمایز فرد که از ترکیب یگانه خصوصیات جسمی و روانی منشأ گرفته است.  
سطح ۴) ارجاع به تمایز فرد که پیامد تجربیات ذهنی یگانه او و تفسیرهای ذهنی او از جهان است.

### درمان یکپارچه‌نگر (I.T)

یکپارچگی<sup>۱</sup> برای شخصیت سالم ضروری است. از شروع روانشناسی جدید شخصیت، یکپارچگی و مفاهیم مرتبط با آن در بسیاری از تعاریف شخصیت دیده شده است (آلپورت، ۱۹۵۱؛ آنجلا، ۱۹۵۶؛ بانر، ۱۹۶۱؛ لکی، ۱۹۶۱؛ لوی، ۱۹۷۰). درمان

1- integration

یکپارچه‌نگر، که اساس نظری آن منطبق بر اسلام است و با برخی نظریات شناخته شده روان‌شناسی مخصوصاً نظریه‌های انسان‌گرا وجه اشتراک دارد، یکپارچگی را برای شخصیت سالم، ضروری می‌داند. در این شیوه درمانی یکپارچگی به عنوان عاملی ضروری در سلامت روان، از طریق تمرکز بر اهداف و ارزشها به دست می‌آید: یک هدف درجه اول که به همه اهداف کوچکتر و سایر ارزشهایی که به این اهداف جهت می‌دهد، معنی می‌بخشد (جلالی طهرانی، ۱۳۷۵).

از فرضهای اساسی درمان یکپارچه‌نگر آن است که دین بالاترین قدرت را برای وحدت بخشیدن به انسان دارد (آلپورت؛ ۱۹۵۱؛ تیلیچ، ۱۹۵۷) و دین اسلام وحدت‌بخش‌ترین دین است (جلالی طهرانی، ۱۹۸۵)، لذا انسان سالم، هم در درون وجود خود هماهنگی و آرامش احساس می‌کند و هم خود را با کل هستی همراه و هم‌جهت می‌بیند و در نتیجه زندگی معنایی ارضا کننده می‌یابد. درمان یکپارچه‌نگر در اصل روشی است که افراد را در رسیدن به این دید و معنی کمک می‌کند (جلالی طهرانی، ۱۹۹۵).

### روش درمان یکپارچه‌نگر

این شیوه درمانی را می‌توان با در نظر گرفتن چند مؤلفه اصلی درک کرد (جلالی طهرانی، به نقل از کرسینی، ۲۰۰۱):

#### ۱) تیم درمانی<sup>۱</sup>

درمان یکپارچه‌نگر به همه ابعاد عملکرد بشر و مسائل مورد توجهش اهمیت می‌دهد. تیم درمانی در موقعیتهای مختلف به کار گرفته می‌شود تا یک درمان کامل و همه جانبه را تضمین نماید. این تیم شامل یک سرپرست بالینی، درمانگران، مددکاران اجتماعی، مربیان آموزشی و تربیتی، پزشک و دستیاران مشاور می‌باشد. جهت انجام پژوهش حاضر با هماهنگی‌های لازم تیم درمانی فعال شده و محقق نیز جهت نظارت بهتر بر فرایند تحقیق به عضویت تیم درآمد.

1- The therapeutic team

## ۲) فرآیند پذیرش اولیه<sup>۱</sup>

در فرآیند پذیرش اولیه، اطلاعات جمعیت‌شناختی معینی از قبیل سن، وضعیت تأهل، و تحصیلات از مراجع اخذ می‌گردد. در این مرحله محقق با مراجعه به اطلاعات ثبت شده در پرونده درمان‌جویان افرادی را برای این پژوهش انتخاب نمود و اطلاعات آنها را ثبت نمود. همچنین پیش‌آزمون از هر دو گروه کنترل و آزمایش به عمل آمد.

## ۳) جهت‌یابی<sup>۲</sup>

قبل از وارد شدن به مرحله فعال درمان، به هر مراجع یک آشنایی کلی از فرآیند و چشم‌انداز درمان داده می‌شود. همچنین مرحله آشنایی (جهت‌یابی) اغلب علاقه به درمان، امید برای تغییر، و انگیزه برای رجوع به خود را برمی‌انگیزد. پس از انتخاب شرکت‌کنندگان و انتقال گروه آزمایش از بند عمومی به محیط درمانی، یک جلسه توجیهی جهت آشنایی درمان‌جویان با فرایند درمان و اهداف و مراحل کار توسط محقق برگزار گردید.

## ۴) رابطه درمانی

در درمان یکپارچه‌نگر، بیشترین تأکید بر رابطه درمانی است، زیرا ابتدایی‌ترین وسیله برای تغییر شناخته شده است.

الف) نگرش درمانی<sup>۳</sup>: دیدگاه انسان‌گرایی و اسلام انسان را موجودی فطرتاً خوب و مستعد خطا می‌داند که با عملکرد مسئولانه به سمت رشد و کمال حرکت می‌کند.

ب) رویکرد درمانی<sup>۴</sup>: برای درمانگر تنها داشتن نگرش درمانی کافی نیست؛ او می‌بایست آن را از طریق رویکرد درمانی به مراجع نشان دهد. حضور درمانی، همدلی و درگیری شخصی، رویکرد درمانی را نشان می‌دهند.

---

1- The intake interview  
2- Orientation  
3- The therapeutic attitude  
4- The therapeutic approach

از آنجا که تیم درمانی می‌بایست با این نگرش و رویکرد آشنا می‌شدند، همه اعضای تیم درمانی قبل از شروع درمان، آموزش‌های لازم را توسط سرپرست بالینی تیم که کاملاً بر این شیوه درمانی مسلط بود دریافت نمودند.

### ۵) پرداختن به محتوای درمان<sup>۱</sup>

در کار درمان پرداختن به محتوای جلسات شامل سه عنصر است: (۱) حل مسئله (۲) برانگیزش خرد درونی و وجدان و فعال کردن شرافتها<sup>۲</sup> (رفتارهای شرافتمندانه مثل صداقت، امانتداری، مسئولیت و اجتناب از دروغ، غیبت و...) (۳) یکپارچه کردن معنا<sup>۳</sup>. همه این مراحل تمایل دارند که همزمان اتفاق بیفتند، گرچه سهم هر یک از آنها در دوره درمان تغییر می‌کند. تأکید در جلسات اولیه روی حل مسئله و مشکلات واقعی مراجع است به دنبال آن برانگیزش و بیداری خرد درونی و وجدان، و در مرحله بعد یکپارچگی معنی اصل مهمی برای مراجع است.

جهت رسیدن به اهدافی که در مرحله محتوای درمان مطرح است، اقدامات ذیل در این شیوه درمانی اجتناب‌ناپذیر است.

الف) محیط درمانی<sup>۴</sup>: محیط درمانی نقش مهمی را در درمان یکپارچه‌نگر ایفا می‌کند. محیط درمانی می‌بایست تمام جنبه‌های آزادی بشر در ابعاد بدنی، اقتصادی، اجتماعی، شناختی، روانی و معنوی را تأمین نماید. علاوه بر آن دارای فضای مناسب جهت فعالیتهای درمانی باشد. برای این منظور در خارج از بند عمومی کانون یک محیط مناسب درمانی محیا گردید و اعضای گروه آزمایش جهت انجام مداخلات درمانی وارد این محیط گردیدند.

ب) بعد بدنی: سلامت جسمانی باعث تقویت یکپارچگی می‌شود. رسیدن به یکپارچگی

1- Dialing with content

2- Uncovering the seat of wisdom and activating the virtues

3- Integration meaning

4- Milieu therapy

نیاز به سلامت جسمانی دارد تا انرژی لازم برای انگیزش و تحمل فشارها برای تغییرات را داشته باشد. به محض ورود درمان‌جویان به محیط درمانی معاینات پزشکی به عمل آمد و در صورتی که درمان‌جویان نیاز به پیگیری داشتند، اقدامات لازم به عمل آمد.

همچنین در طول دوره درمان، شرکت‌کنندگان همه روزه به مدت یک‌ساعت ورزش می‌نمودند (امکانات ورزشی در محیط درمانی فراهم بود). آنها همچنین هر دو هفته یک‌بار به همراه دستیاران به مراکز تفریحی می‌رفتند.

ج) بعد اقتصادی: ثبات و امنیت اقتصادی و احساس امنیت اقتصادی در رابطه با آینده جهت یکپارچگی و هماهنگی در اجتماع ضروری است. نیازهای اقتصادی - چه واقعی و چه کاذب - منبع غیرقابل انکاری برای ارتکاب جرم هستند. بنابراین در این شیوه درمانی بر آموزش مهارت‌های شغلی تأکید می‌شود تا از این طریق زندانیان قادر شوند برای خود و خانواده‌شان آسایش فراهم نمایند. مددکار تیم درمانی با توجه به علاقه درمان‌جویان برایشان کاریابی می‌نمود و آنها پس از کسب آمادگی لازم از نظر جسمی و روانی جهت حرفه آموزشی اعزام به کار می‌شدند.

د) بعد اجتماعی: روابط اجتماعی، هماهنگی بین‌فردی را بازسازی می‌نماید. تعاملات اجتماعی در محیط درمانی تشویق می‌شود تا افراد بتوانند روابط بین‌فردی معنی‌داری بسازند. کارکنان به عنوان الگو در تعاملات، یک شیوه درست و مؤدبانه را ارائه می‌نمایند. اظهار وجود بدون خصومت، گوش کردن، صبر و شکیبایی، بعضی از مهارت‌های اجتماعی هستند که در این برنامه وجود دارد. برای رسیدن به اهداف این مرحله هر هفته یکبار شرکت‌کنندگان با خانواده‌هایشان ملاقات می‌نمودند. هفته‌ای دو بار جلسات بحث و گفتگو و انتقاد برگزار می‌گردید. دستیاران در کنار درمان‌جویان زندگی می‌کردند و در جاهای لازم آموزش‌های لازم را ارائه می‌نمودند.

ه) جنبه شناختی: رفتارهای خودتخریبگر اغلب نتیجه تفکر غیرمنطقی هستند. تدابیر شناخت‌درمانی به افراد کمک می‌کند تا به خودفهمی و خودکنترلی برسند. مهارت‌های

سازگاری برای مقابله با افسردگی، نگرانی، کمال‌گرایی غیرمنطقی، و انتظارات نامناسب از دیگران، زندانیان را قادر می‌سازد تا به انتخاب بهتری برای رفتارشان دست یابند. محقق هفته‌ای دو جلسه آموزش‌های شناختی برگزار می‌نمود. در این آموزش‌ها درمان‌جویان یاد می‌گرفتند که افکارشان را ثبت نمایند، خطاهای فکرشان را شناسایی نمایند، و افکار منطقی را جایگزین نمایند. آموزش‌های بهداشتی هر دو هفته یک‌بار درباره بیماری‌های مختلف از جمله نشانگان اکتسابی کمبود ایمنی (ناکا)<sup>۱</sup> و هپاتیت ارائه می‌گردید.

(و) بعد روانی: خدمات روان‌درمانی که از طریق درمان یکپارچه‌نگر ارائه می‌شود، رشد فردی و یکپارچگی افراد را حمایت می‌کند. درمان‌جویان، درمان چندجانبه‌ای را می‌گذرانند تا از طریق آن فشارها آزاد و موانع رشد برطرف شود. درمان‌های فردی، گروهی، و خانوادگی از طریق مشاوران فراهم می‌شود. به دنبال این تجربه‌ها، افراد به جنبه‌های روحانی و فرافردی در تجربیاتشان نزدیک‌تر می‌شوند برخی از انواع روان‌درمانی که از این طریق ارائه می‌شود، چنین است:

رفتاردرمانی: ثبت مشاهدات رفتار شرکت‌کنندگان در طول دوره درمان توسط دستیار، ثبت نمودار وضعیت رفتاری هفتگی، و دادن بازخورد مناسب به رفتارها به طور مستمر انجام می‌شد.

واقعیت‌درمانی: جهت یادگیری رفتار مسئولانه در طول دوره درمان، مسئولیت‌های واحد به آنها واگذار گردید.

گروه‌درمانی: جهت تخلیه هیجانی و نزدیک شدن درمان‌جویان به همدیگر هفته‌ای یک‌بار گروه‌درمانی راجرزی برگزار می‌گردید.

درمان فردی: بسته به نیاز شرکت‌کنندگان معمولاً هفته‌ای یک جلسه درمان فردی برای حل مشکلات درمان‌جویان برگزار می‌گردید.

خانواده‌درمانی: از آنجا که بسیاری از مشکلات درمان‌جویان ناشی از اختلال در نظام

1- Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)

خانوادگی ایشان بود، در طول دوره درمان برای خانواده‌های آنها نیز جلسات خانواده‌درمانی برگزار می‌گردید.

ز) بعد معنوی: اگر چه درمان یکپارچه‌نگر برای حل مشکلات رفتاری، هیجانی، شناختی و رشد فردی و حل تعارضات بین فردی و درون فردی از دیگر شیوه‌های روندرمانی رایج استفاده می‌نماید و به نیازهای جسمانی، اقتصادی، اجتماعی و روانی درمانجویان توجه می‌نماید، اما جنبه‌های فرافردی، معنوی و روحانی فرد و ارتباط با خالق هستی را که می‌تواند به زندگی معنا و هدف ببخشد، از نظر دور نداشته، توجه ویژه‌ای به این جنبه دارد. همین توجه ویژه به نیازهای معنوی و رساندن مراجع به یک معنای یکپارچه از زندگی، آن‌را از دیگر شیوه‌های درمانی متمایز می‌سازد. مطابق این شیوه درمانی دین، بیشترین سهم را در وحدت بخشیدن به شخصیت و ایجاد معنا در زندگی دارد. نماز خواندن، عبادت، مراقبه و مباحثه از روشهای ارزشمند این برنامه درمانی هستند که حلقه‌های اصلی جنبه‌های معنوی فرد را شکل می‌دهند.

در این پژوهش برای پرداختن به این جنبه اقدامات زیر انجام گرفت:

- آموزش باورهای دینی برگرفته از مفاهیم قرآنی (توحید، نبوت، معاد، اختیار و مسئولیت‌های انسان، شناخت انسان) هفته‌ای یک جلسه توسط سرپرست بالینی برگزار می‌گردید.
- آموزش اخلاق اسلامی (فضایل و رذایل اخلاقی) و احکام، هفته‌ای یک جلسه توسط دستیاران برگزار می‌گردید.
- انجام رفتارهای دینی: نماز، روزه، دعا و ذکر از برنامه‌های روزانه بود.
- جلسه محاسبه نفس و خودنگری روزانه قبل از غروب در طول دوره درمان برگزار می‌گردید.

## ۶) مرحله پیگیری یا تداوم<sup>۱</sup>

بعد از ورود به مرحله معنی، کار عمده افراد حفظ این وضعیت در زندگی روزانه است، تا معنی‌دهی به زندگی را ادامه دهند. و به سمت یکپارچگی حرکت نمایند. جهت انجام این مرحله با هماهنگی‌های لازم شرکت‌کنندگان به منزلی در داخل شهر منتقل شدند که تحت نظر کانون اداره می‌گردید. از آنجا به محل کار می‌رفتند و با مشکلات واقعی زندگی مواجه می‌شدند. دو دستیار در این منزل جهت کمک و خدمت‌رسانی حضور داشتند.

### روش پژوهش

در این پژوهش از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بدون انتخاب تصادفی که یک نوع مطالعه نیمه آزمایشی است، استفاده شده است. در این طرح شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی انتخاب نمی‌شوند و به صورت تصادفی نیز در گروه‌ها، جایگزین نمی‌شوند. در صورتی که میانگینها و انحراف معیارهای پیش‌آزمونها مشابه باشند طرح تحقیق دارای اعتبار درونی نسبتاً رضایت بخشی است (ایزاک، ۱۳۷۶).

جامعه آماری پژوهش حاضر را نوجوانان بزهکار مقیم کانون اصلاح و تربیت مشهد تشکیل می‌دهند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شده است. کسانی که در بدو ورود به کانون دچار اعتیاد بودند به پژوهشگر معرفی شدند. پژوهشگر، افرادی را که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند انتخاب نمود. این معیارها چنین بود:

۱- داشتن حداقل ۵ ماه حبس، چون افرادی که زودتر آزاد می‌شدند، نمی‌توانستند دوره درمان را کامل بگذرانند.

۲- نداشتن جریمه‌های سنگین مالی و حبسهای طولانی، به علت اینکه محیط درمانی دارای آزادیهای خاصی است که اقدامات امنیتی اجازه ورود افراد با جریمه‌های سنگین مالی و حبسهای طولانی را به این محیط نمی‌دهد.

1- Maintenance

۳- داشتن اعتیاد به مواد مخدر در بدو ورود به کانون.

۴- محدوده سنی بین ۱۵ تا ۱۸ سال.

حجم نمونه پژوهش ۱۶ نفر است که پس از انتخاب، بر روی آنها پیش‌آزمون اجرا گردید. سپس ۸ نفر از آنها که شرایط امنیتی اجازه می‌داد، به عنوان گروه آزمایش به محیط درمانی منتقل شدند و تحت درمان یکپارچه‌نگر قرار گرفتند و ۸ نفر دیگر به عنوان گروه کنترل در بند عمومی باقی ماندند و این درمان را دریافت نکردند.

ابزار پژوهش «مصاحبه بالینی ادراک خود» دیمون و هارت بود. این مصاحبه (پیوست) در مجموع دارای هفت پرسش اصلی یا هسته‌ای است: چهار سوال اصلی مربوط به خود به عنوان موضوع، یا خود عینی و سه سؤال اصلی دیگر مربوط به خود به عنوان فاعل یا خود ذهنی است. هر سؤال اصلی عبارت از یک مجموعه از سؤالات است که در پی آن سؤالات متعدد دیگر به عنوان سؤالات محک پرسیده می‌شوند و پرسش آنها ضرورت کامل دارد. یعنی الزاماً در پی دریافت پاسخ به هر یک از سؤالات اصلی باید سؤال محک (وارسی) را پرسید تا دانست که کودک چگونه پاسخ خود را توجیه می‌کند.

شیوه اجرای پرسشنامه، کاملاً مبتنی بر روش بالینی پیازه است که به زمینه ادراک خود انطباق داده شده است.

پایایی این مصاحبه با روش باز آزمایی در تحقیق حسینی سدهی (۱۳۸۰) با برگزاری مجدد بیست مصاحبه با فاصله زمانی چهل روز به دست آمده است. همبستگی بین نمرات میانگین وزنی در خود عینی و خود ذهنی به ترتیب ۸۰٪ و ۸۲٪ بوده است. در مطالعات خامسان (۱۳۷۴)، اسیر سیانس (۱۳۷۶) و رضانی (۱۳۷۸) پایایی این مصاحبه تایید شده است.

### شناسه‌گذاری مصاحبه

پس از اجرا، شناسه‌گذاری بر اساس واحدهای اطلاعاتی به نام «قطعه»<sup>۱</sup> انجام می‌گیرد. هر «قطعه» در برگیرنده یک ویژگی توصیفگر خود شرکت‌کننده است (چشم آبی

است، باهوشم، هر یک از این اوصاف یک قطعه است). این ویژگی در طی پاسخ شرکت‌کننده به سؤالها، یا به گونه خود جوش حین بیانات او، یا در پاسخ به سؤالات محک به دست می‌آید (دیمون و هارت، ۱۹۹۱). برای شناسه‌گذاری شیوه‌نامه به هفت بخش تقسیم می‌شود. چهار بخش مربوط به طرحواره‌های جسمی، فعالیت، اجتماعی و روان‌شناختی است و سه بخش دیگر اختیار، تداوم و تمایز را در بر می‌گیرد. ابتدا سؤالهای چهار بخش اول که مربوط به خود به گونه موضوع است، بررسی می‌شود و واحدهای اطلاعاتی که به هر یک از چهار طرحواره خود (جسمی، فعال، اجتماعی و روانی) مربوط‌اند، مشخص می‌گردد. برای نمونه چنانچه در پاسخ به سؤال «شما چه طور آدمی هستید؟» گفته شود «من بلند قد هستم»، «من هر روز اطاقم را مرتب می‌کنم»، «خجالتی هستم»، «باهوشم» به ترتیب در خود - طرحواره جسمی، فعالیت، اجتماعی و روان‌شناختی شناسه‌گذاری خواهند شد و سپس، با پاسخی که شرکت‌کننده به سؤالهای واری می‌دهد سطوح تحولی و استدلال او مطابق معیار هر سطح، مشخص می‌شود.

### پرسشنامه خودپنداره بک

پرسشنامه خودپنداره بک یک آزمون ۲۵ سؤالی است. محورهای آزمون عبارت‌اند از توانایی ذهنی، جذابیت جسمی، مسائل اخلاقی، کفایت کاری و روابط اجتماعی. هر ماده این آزمون در واقع یک صفت یا خصوصیت را مطرح می‌کند که شرکت‌کننده باید در این صفت خودش را با دیگران مقایسه کند. این آزمون را در ایران برای اولین بار نبوی (۱۳۷۳) استفاده کرد و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۵ نشان داد.

### پرسشنامه عزت نفس پوپ و همکاران (پنج‌مقیاسی)

این پرسشنامه (پوپ و همکاران، ۱۹۸۹) عزت نفس را در پنج حوزه (عمومی، تحصیلی، جسمانی، خانوادگی، اجتماعی) می‌سنجد و آن را غفاری و رضانی (۱۳۷۳) زیر نظر دکتر دلاور و دکتر بهرامی در دانشگاه علامه طباطبایی هنجاریابی کرده‌اند. ضریب

پایایی این آزمون ۸۶٪ بود و با تمام مقیاس‌ها در سطح احتمال خطاپذیری یک هزارم همبستگی معنی‌داری را نشان می‌دهد.

## یافته‌ها

### نتایج توصیفی

دیمون و هارت سه نوع داده کمی را برای محاسبه و تحلیل اطلاعات مصاحبه شناسه‌گذاری شده مطرح نموده‌اند:

- ۱- مقدار بهترین سطح: بهترین سطح دربرگیرنده بالاترین سطحی است که یک فرد استدلال می‌نماید و می‌تواند هر یک از چهار سطح تحولی ادراک خود باشد.
- ۲- مقدار سطح نما: دربرگیرنده سطحی است که فرد، بیشترین فراوانی قطعه‌ها را در آن دارد.

۳- نمره میانگین وزنی سطوح: نشان دهنده میانگین کل سطوح پاسخهای فرد است که بر اساس معادله زیر به دست می‌آید:

میانگین وزنی برای فرد  $x = \frac{\text{مجموع قطعه‌های نمره گذاری شده در کلیه سطوح برای فرد}}{\text{ارزش سطح می‌تواند ۱، ۲، ۳ یا ۴ باشد}}$

جدول ۲. میانگین وزنی، بهترین سطح و سطح‌نما در خود عینی

گروه	سطوح	درصد فراوانی چانه‌های هر سطح				میانگین وزنی	تعداد آزمودنی در بهترین سطح				تعداد آزمودنی در سطح نما			
		1	2	3	4		1	2	3	4	1	2	3	4
آزمایش	۳/۵	۷۵/۴۵	۱۴/۴۰	۷/۰۱	۲/۲۴	۰	۲	۴	۲	۰	۰	۸	۰	۰
کنترل	۱۷/۵۵	۴۷/۲۸	۳۵/۱۲	۰	۲/۱۷	۰	۱	۷	۰	۰	۱	۶	۱	۰
آزمایش	۰	۱۵/۱۴	۳۷/۸	۴۶/۹۶	۳/۳۱	۰	۰	۰	۰	۰	۸	۰	۰	۵
کنترل	۲۸/۰۴	۴۹/۱	۲۱/۰۳	۱/۷۵	۲/۵۹	۰	۱	۵	۲	۱	۲	۷	۱	۰

مقدار بهترین سطح: با توجه به جدول (۲) مشاهده می‌شود که در مرحله پیش‌آزمون، بالاترین سطحی که بیشترین فراوانی را دارد، سطح ۳ می‌باشد (در گروه آزمایش ۴ نفر و در گروه کنترل ۷ نفر در سطح ۳ استدلال نموده‌اند). اما در مرحله پس‌آزمون، بالاترین سطحی که بیشترین فراوانی را در گروه آزمایش دارد، سطح ۴ می‌باشد (۸ نفر)، ولی در گروه کنترل بیشتر افراد (۵ نفر)، تا سطح ۳ استدلال نموده‌اند.

مقدار سطح نما: با مشاهده جدول (۲) مشخص می‌شود که بیشتر شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون، بیشترین فراوانی قطعه‌ها را در سطح ۲ دارند (در گروه آزمایش ۸ نفر و در گروه کنترل ۶ نفر). اما در مرحله پس‌آزمون، ۵ نفر از گروه آزمایش، بیشترین فراوانی قطعه‌ها را در سطح چهارم دارند ولی گروه کنترل، بیشتر شرکت‌کنندگان (۷ نفر)، بیشترین فراوانی قطعه‌ها را در سطح دوم دارند.

نمره میانگین وزنی: جدول (۲) نشان می‌دهد که میانگین وزنی سطوح هر دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون تقریباً در سطح ۲ می‌باشد. اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین وزنی سطوح در گروه آزمایش به بالاتر از سطح سوم (۳/۳۱) افزایش یافته، ولی میانگین وزنی سطوح در گروه کنترل اگر چه نسبت به مرحله پیش‌آزمون، افزایش یافته، اما هنوز به سطح سوم نرسیده است (۲/۵۹).

اطلاعات حاصل از این سه متغیر (مقدار بهترین سطح، سطح نما و نمره میانگین وزنی سطوح) نشان‌دهنده ارتقاء سطح تحول ادراک خود عینی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون می‌باشد.

جدول ۳. درصد فراوانی قطعه‌های هر سطح و میانگین وزنی در خود ذهنی

مرحله	درصد فراوانی قطعه‌های هر سطح					میانگین وزنی
	سطح گروه	1	2	3	4	
پیش‌آزمون	آزمایش	۲۶/۰۸	۵۶/۵۲	۸/۷۰	۸/۶۸	۲
	کنترل	۱۶/۶۶	۵۸/۳۲	۲۰/۸۴	۴/۱۷	۲/۱۲
پس‌آزمون	آزمایش	۴/۱۷	۲۰/۸۳	۲۹/۸۳	۴۵/۸۳	۳/۱۶
	کنترل	۲۶/۰۸	۳۹/۱۲	۳۰/۴۳	۴/۳۴	۱/۱۹

باتوجه به جدول (۳) مشاهده می‌شود در خود ذهنی نیز هر دو گروه آزمایش و کنترل، در مرحله پیش آزمون، بیشترین درصد فراوانی قطعه‌ها را در سطح ۲ دارند، اما در مرحله پس‌آزمون، بیشترین درصد فراوانی در گروه آزمایش در سطح چهار (۴۵/۸۳ درصد) و در گروه کنترل در سطح دو (۳۹/۱۲ درصد) قرار دارد.

بررسی میانگین وزنی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون نشان می‌دهد که میانگین وزنی هر دو گروه تقریباً در سطح دو قرار دارد، اما در مرحله پس‌آزمون میانگین وزنی گروه آزمایش به سطح سه افزایش یافته، در حالی که میانگین وزنی گروه کنترل به پایین‌تر از سطح دو کاهش یافته است.

با توجه به جداول (۲) و (۳) و مقایسه میانگین‌های وزنی خود عینی و خود ذهنی در مرحله پیش‌آزمون، مشاهده می‌شود که شرکت‌کنندگان هر دو گروه هم در خود عینی و هم در خود ذهنی دچار تأخیر سطح تحول بوده‌اند و تقریباً در سطح دو استدلال نموده‌اند. اما در مرحله پس‌آزمون، گروه آزمایش، در خود عینی و ذهنی از نظر سطح تحول ارتقاء یافته و بیشترین درصد فراوانی قطعه‌ها، در سطح چهار شناسه‌گذاری شده است که نشانه مؤثر بودن درمان در افزایش سطح ادراک خود عینی و ذهنی می‌باشد.

به منظور بررسی معنی‌دار بودن تفاوت بین دو میانگین، آزمون  $t$  برای گروه‌های مستقل مورد استفاده قرار گرفت. همچنین جهت بررسی متفاوت نبودن شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون، مقایسه میانگینها در دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد.

جدول ۴. مقایسه میانگین و انحراف معیار مقیاس ادراک خود در مرحله پیش‌آزمون

شاخص گروهها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	df	آلفا	$t_m$	$t_b$
آزمایش	۸	۲/۱۸	۰/۴۱	۱۴	۰/۰۵	۰/۲۶	۱/۷۶
کنترل	۸	۲/۱۳	۰/۳۶				

با توجه به جدول (۴)، چون  $t$  محاسبه شده (۰/۲۵) از  $t$  جدول (۱/۷۶)، کوچکتر است، بنابراین فرضیه صفر تأیید و فرض پژوهش رد می‌گردد؛ پس با سطح اطمینان ۹۵٪ می‌توان گفت دو گروه آزمایش و کنترل از نظر سطح ادراک خود تفاوت معناداری نداشته‌اند.

جدول ۵. مقایسه میانگین و انحراف معیار مقیاس ادراک خود در مرحله پس‌آزمون

شاخص / گروهها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	Df	آلفا	$t_m$	$t_b$
آزمایش	۸	۲/۰۱	۰/۳۶	۱۴	۰/۰۵	-۷/۶۰	۱/۷۶
کنترل	۸	۳/۳۰	۰/۳۱				

با توجه به جدول (۵)، چون قدر مطلق  $t$  محاسبه شده (-۷/۶۰) از  $t$  جدول (۱/۷۶) بزرگتر است، بنابراین فرضیه صفر رد و فرض پژوهش تأیید می‌گردد؛ پس با سطح اطمینان ۹۵٪ می‌توان گفت که سطح ادراک خود در گروه آزمایش به طور معنی‌داری از گروه کنترل بیشتر شده است.

جدول ۶. مقایسه میانگین و انحراف معیار مقیاس خود پنداره بک در مرحله پیش‌آزمون

شاخص / گروهها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	df	آلفا	$t_m$	$t_b$
آزمایش	۸	۷۳/۲۵	۱۲/۲۰	۱۴	۰/۰۵	۰/۲۶	۱/۷۶
کنترل	۸	۷۴/۷۵	۱۰/۷۱				

با توجه به جدول (۶)، چون  $t$  محاسبه شده (۰/۲۶)، کوچکتر از  $t$  جدول (۱/۷۶) است، بنابراین فرضیه صفر تأیید و فرض پژوهش رد می‌گردد، پس با سطح اطمینان ۹۵٪ می‌توان گفت: دو گروه آزمایش و کنترل از نظر سطح خودپنداره، تفاوت معنی‌داری نداشته‌اند.

جدول ۷. مقایسه میانگین و انحراف معیار مقیاس خودپنداره بک در مرحله پس‌آزمون

شاخص / گروهها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	df	آلفا	t <sub>م</sub>	t <sub>ب</sub>
آزمایش	۸	۹۵/۱۲	۹/۴۷	۱۴	۰/۰۵	۶/۰۴	۱/۷۶
کنترل	۸	۷۰	۶/۹۷				

با توجه به جدول (۷)، چون t محاسبه شده (۶/۰۴)، از t جدول (۱/۷۶) بزرگتر است، بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تایید می‌گردد؛ پس با سطح اطمینان ۹۵٪ می‌توان گفت که خود پنداره در گروه آزمایش به طور معنی‌داری از گروه کنترل بیشتر شده است.

جدول ۸. مقایسه میانگین و انحراف معیار گروه کنترل و آزمایش در مقیاس عزت نفس در ۵ حوزه عمومی، تحصیلی، جسمانی، خانوادگی و اجتماعی در مرحله پیش‌آزمون

شاخص / گروهها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	df	آلفا	t <sub>م</sub>	t <sub>ب</sub>
عزت نفس عمومی	آزمایش	۶/۵	۱/۸۵	۱۴	۰/۰۵	۰/۳۴	۱/۷۶
	کنترل	۶/۸۷	۲/۴۱				
عزت نفس تحصیلی	آزمایش	۷/۲۵	۱/۳۸	۱۴	۰/۰۵	۰/۴۱	۱/۷۶
	کنترل	۶/۷۵	۳/۱۹				
عزت نفس جسمانی	آزمایش	۸/۱۲	۱/۳۶	۱۴	۰/۰۵	۰/۶۲	۱/۷۶
	کنترل	۸/۷۵	۲/۵۴				
عزت نفس خانوادگی	آزمایش	۷/۲۵	۱/۹۸	۱۴	۰/۰۵	۰/۰۸	۱/۷۶
	کنترل	۷/۷۸	۳/۲۷				
عزت نفس اجتماعی	آزمایش	۷	۳/۰۲	۱۴	۰/۰۵	۰/۲۹	۱/۷۶
	کنترل	۷/۳۷	۱/۹۳				

با توجه به جدول (۸)، چون  $t$  محاسبه شده در تمام حوزه‌های عزت نفس عمومی (۰/۳۴)، تحصیلی (۰/۴۱)، جسمانی (۰/۶۲)، خانوادگی (۰/۰۸) و اجتماعی (۰/۲۹)، از  $t$  جدول (۱/۷۶) کوچکتر است، بنابراین فرضیه صفر تایید و فرض پژوهشگر رد می‌شود؛ پس با سطح اطمینان ۹۵٪ می‌توان گفت در مرحله پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل از نظر سطح عزت نفس در حوزه‌های مختلف تفاوت معنی‌داری نداشتند.

جدول ۹. مقایسه میانگین و انحراف معیار گروه کنترل و آزمایش در مقیاس عزت نفس در ۵ حوزه عمومی، تحصیلی، جسمانی، خانوادگی و اجتماعی در مرحله پس‌آزمون

ب	م	آلفا	df	انحراف استاندارد	میانگین	تعداد	شاخص گروهها	
							آزمایش	کنترل
۱/۷۶	۴/۸۱	۰/۰۵	۱۴	۴/۴۵	۱۴/۱۲	۸	آزمایش	عمومی
				۱/۴۸	۶/۲۵	۸	کنترل	
۱/۷۶	۲/۱۲	۰/۰۵	۱۴	۱۰/۱۲	۱۰/۱۲	۸	آزمایش	تحصیلی
				۴/۸۸	۴/۷۵	۸	کنترل	
۱/۷۶	۴/۹۱	۰/۰۵	۱۴	۳/۱۲	۱۵	۸	آزمایش	جسمانی
				۲/۱۹	۸/۳۷	۸	کنترل	
۱/۷۶	۳/۰۸	۰/۰۵	۱۴	۴/۵۸	۱۳/۱۲	۸	آزمایش	خانوادگی
				۲/۶۱	۵/۵	۸	کنترل	
۱/۷۶	۴/۲۵	۰/۰۵	۱۴	۲/۱۲	۱۱/۲۵	۸	آزمایش	اجتماعی
				۱/۳۰	۷	۸	کنترل	

با توجه به جدول (۹)، چون  $t$  محاسبه شده در تمام حوزه‌های عزت نفس شامل عمومی (۴/۸۱)، تحصیلی (۲/۱۲)، جسمانی (۴/۹۱)، خانوادگی (۳/۰۸) و اجتماعی (۴/۲۵)، بزرگتر از  $t$  جدول (۱/۷۶)، است بنابراین فرضیه صفر رد و فرضیه پژوهش تأیید می‌شود؛ پس با سطح اطمینان ۹۵٪ می‌توان گفت که عزت نفس در تمام حوزه‌ها، در گروه آزمایش به طور

معناداری از گروه کنترل بیشتر شده است .

## بحث

ادراک خود بزهکاران معتاد نسبت به سنشان دچار تأخیر می‌باشد. یافته‌های حاصل از این پژوهش همسو با نتایج دیمون وهارت (۱۹۹۸)، ملچر (۱۹۸۶)، کال، جان و لیتون (۱۹۸۹)، اسیرسیانس (۱۳۷۶) است، مبنی بر این که سطح ادراک خود نوجوانان بزهکار، به طور شناختی پایتتر از افراد رشد یافته است.

این عقب‌ماندگی و تأخیر تحولی صرف نظر از علت آن باعث تقویت و تداوم اختلالات رفتاری و مشکلات روانی می‌گردد، زیرا بزهکاران معتاد به علت تأخیر و عقب‌ماندگی در سطح تحول (سطح دوم) به جاذبیت خود از دید دیگران اهمیتی نمی‌دهند؛ چیزی که در سطح سوم تحول می‌بایست به آن برسند. بنابراین آنها خودشان را برای انجام رفتارهای سازش‌نا یافته و نامطلوب دچار مانع نمی‌بینند. پیامد این گونه رفتارهای سازش‌نا یافته و نامطلوب، تأخیر در رشد است، زیرا طرد «خود» از طرف دیگران باعث می‌شود تا تصور «خود» در ارتباط با آنها رنج آور باشد و این موقعیت، تحکیم و تثبیت سطح دوم را - هر چند این سطح به لحاظ تحولی نامناسب است - موجب می‌گردد. هر چه دوام اشکالات نوجوانان در ادراک و تصور خود در بافت اجتماعی، بیشتر باشد، به همان نسبت اشکالات او در زمینه‌های تحصیلی، اجتماعی و قانونی بیشتر خواهد بود. از این رو، تلاش در تقویت ادراک خود و تقویت سطح استدلال نوجوان در گذار به سطوح عالی‌تر شیوه‌ای است که می‌بایست آن را در برنامه‌های درمانی اعتیاد وارد ساخت. مهم، تقویت گذار از سطح پایین‌تر به سطح بالاتر، فی نفسه نیست بلکه موضوع مهم ایجاد تحول در دید و برداشتی است که نوجوان از خود دارد. با ایجاد تحول در دید، افق‌هایی برای نوجوان گشوده می‌شود که قبل از آن به آنها توجه نمی‌شد.

تأیید فرضیه‌های پژوهش اثربخشی شیوه درمان یکپارچه‌نگر بر ارتقای سطح ادراک خود، بهبود خودپنداره و افزایش عزت نفس بزهکاران معتاد را نشان می‌دهد. این نتایج فرضیه درمان خودبخودی را رد می‌کند. بنابراین نظام‌های اصلاحی و امنیتی می‌بایست

کاری بیش از نگهداری و مجازات بزهکاران انجام دهند و آن توسعه مراکز مشاوره و روان‌درمانی در زندانها و مراکز نگهداری بزهکاران می‌باشد.

بعد از فرآیند تشخیص، انتخاب شیوه درمانی مهم است. اگر چه شیوه‌های درمانی مختلفی جهت تأمین سلامت روان مطرح است، اما به نظر می‌رسد درمان یکپارچه‌نگر توجه نمودن به همه جنبه‌های انسانی و استفاده از تمام شیوه‌های درمانی و در نهایت رساندن مراجع به یک سبک زندگی معنوی، به عنوان الگوی مناسب درمانی در درمان بزهکاران و حتی سایر مراجعان مناسب باشد و شایسته است این شیوه درمانی مورد مطالعه بیشتر قرار گیرد.

نکته قابل بحث دیگر در این مطالعه مداخلات معنوی و دینی می‌باشد. ارزشها و معانی نشان داده‌اند که سهم اصلی را در سلامت روان داشته و می‌توانند پایه و اساس وحدت را تشکیل دهند. برخی تحقیقات (پروپس، ۱۹۸۰؛ واتکینز و ماشبرن، ۱۹۹۲؛ میلر، ۲۰۰۰) نقش مداخلات معنوی و دینی را در تأمین سلامت روان در مطالعات خود خاطر نشان کرده‌اند. بنابراین وقت آن رسیده که روان‌شناسی و علوم انسانی بی‌توجهی کنونی به یکی از بادوام‌ترین نظام‌های ارزشی یعنی دین را رها سازند (مایرز ۱۹۹۳؛ ردهارد کریشان ۱۹۵۶). با توجه به نظریه‌ها و تحقیقات نشان‌دهنده اهمیت ارزشها در زندگی انسان به نظر کاملاً مناسب است سهمی را که دین می‌تواند در شکل‌دهی به سلامت شخصیت بازی کند، مجدداً بررسی کنیم.

شرایط حاکم و برخی محدودیتهای قانونی در کانون اصلاح و تربیت، عدم انتخاب تصادفی شرکت‌کنندگان و همچنین دسترسی نداشتن به آنها برای مطالعه تعقیبی از محدودیتهای این پژوهش بود که می‌تواند بر قدرت تعمیم یافته‌ها و نتایج تأثیر بگذارد. بنابراین تحقیق مشابه با انتخاب تصادفی شرکت‌کنندگان و با ویژگیهای جمعیت‌شناختی یکسانتر همراه با مطالعه تعقیبی پیشنهاد می‌شود.

## پیوست: مصاحبه ادراک خود

### (۱) توصیف خود

سؤال اصلی: شما چگونه آدمی هستید؟ چه چیز بیانگر یا معرف شما است؟ چه چیز بیانگر یا معرف شما نیست؟

سؤال واری: چرا این مهم است؟ این چه چیزی را درباره شما می‌گوید؟ اگر این گونه نبودید، چه فرقی می‌کرد؟

### (۲) خودارزشیابی

سؤال اصلی: چه چیز باعث افتخار شما در مورد خودتان می‌شود؟ چه چیز باعث غرورتان می‌شود؟ چه چیز را در خودتان بیشتر می‌پسندید؟

سؤال واری: این چه چیزی درباره شما می‌گوید؟ چرا مهم است؟ اگر نبود چه تفاوتی می‌کرد؟

### (۳) خود در گذشته و آینده یا خود در بعد زمان:

سؤال اصلی: فکر می‌کنید ۵ سال آینده همین آدمی خواهید بود که الان هستید؟ ۵ سال قبل چه طور؟ آیا فرق کرده‌اید؟

سؤال واری: چرا اینها مهم‌اند؟ چه چیزی تفاوت می‌کند یا ثابت می‌ماند؟ چه چیزی همین که هست خواهد ماند؟ چه چیزی متفاوت خواهد بود؟ چرا این آن‌قدر مهم است؟

### (۴) علائق خود

سؤال اصلی: دلت می‌خواهد چگونه آدمی بودی؟ چه آرزویی داری؟ دوست داشتی چه تیپ آدمی باشی؟

سؤال واری: چرا این آرزو را داری؟ چرا می‌خواهی این گونه باشی؟ غیر از اینها چه چیز دیگری می‌خواهی؟

### (۵) تداوم

سؤال اصلی: آیا از این سال به سال بعد تغییر می‌کنی؟ چگونه؟ چگونه می‌دانی همیشه

خودت هستی اگر در حال تغییری؟

سؤال واری: آیا این چیز مهمی درباره شما بیان می کند؟ چرا؟ چگونه و از چه جهت همیشه همان هستی؟ آیا این چیز مهمی است که درباره شما گفته شود؟ چرا؟

#### ۶) اختیار و اراده

سؤال اصلی: چگونه این آدمی شدی که الان هستی؟ چه عواملی شما را این آدمی کرده که الان هستی؟ چگونه می توانی آدم دیگر، یک آدم متفاوت بشوی؟ سؤال واری: آیا این تنها دلیل است؟ چگونه عمل می کند؟ چه چیز دیگر می تواند شما را متفاوت بکند؟

#### ۷) تمایز

سؤال اصلی: آیا فکر می کنی کسی باشد که از هر جهت مثل تو باشد؟ چه چیزی شما را از دیگر افرادی که می شناسید، متفاوت می سازد؟ سؤال واری: چرا اینها مهم اند؟ آیا کاملاً متفاوت هستید یا فقط در بعضی جنبه ها؟ چگونه؟ از کجا می دانید؟ تذکر: سؤالات واری بر اساس پاسخ شرکت کننده به سؤالات اصلی پرسیده می شود و الزاماً شامل سؤالات بالا نیست.

- اسپرسیانس، روبرت، (۱۳۷۶)، بررسی رابطه ادراک خود، قضاوت اخلاقی و رفتار اخلاقی در نوجوانان عادی و بزهکار، پایان‌نامه تحصیلی کارشناس ارشد، دانشگاه تهران.
- ایزاک، استفان، (۱۳۷۶)، راهنمای تحقیق و ارزشیابی در روان‌شناسی و علوم تربیتی، ترجمه علی دلاور، تهران: نشر ارسباران.
- پوپ، ا، (۱۹۸۸)، افزایش احترام به خود در کودکان و نوجوانان، ترجمه تجلی، پ، ۱۳۷۳: انتشارات رشد.
- جلالی طهرانی، س.م.م (۱۳۷۵)، حل تعارض در زندان: بنای هماهنگی درون فردی و بین فردی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- خدیوی، کیانوش. (۱۳۷۴)، کاربرد درمان مشترک اعتیاد، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، مشهد.
- شعاع حسینی، سیدجواد. (۱۳۸۲)، یک تغییر مثبت، طرح روان‌درمانی کانون اصلاح و تربیت مشهد.
- Allport, G.W. (1951), **The individual and his religion**. New York: Macmillan
- Angyal, A (1956), **A Theoretical model for personality studies**. In C.E. Mistakes (ed), *The self* (pp. 44-58). New York: Harper & Row.
- Baughman, E.E. (1972), **Personality**. Englewood cliffs, New Jersey prentice – Hall.
- Bonner, H. (1961), **Psychology of personality**. New York: the Rand press.
- Byrne, D (1974), **An introduction to personality**. Englewood cliffs, New Jersey: prentice – Hall.
- Champion J.D. (1999), **Effects of abuse on self perception of rural Mexican-American and non-Hispinic white adolescents**. *Arc vala es psychiatry nursing*, 13(1), 12-8.
- Corsini Raymond , j, (2001), **Handbook of innovative therapy** second edition.
- Damon, W., & Hart. D. (1991), **Self-understanding in childhood and adolescence**. Canada: Cambridge university press.

- Friedman, M. Thoreson, C.E, Gill, J.J., ulmer, D., Dowell, L.H, price, V.A, Brown, B., Thompson, L. Rabin, D.D. Breall, W.s., Bourg, E. levy, R. & Dixon, T. (1986), **Alteration of type A behavior and its effect on cardiac recurrence in post myocardial infraction patients**. Summary results of the Recurrent coronary prevention project. American Health journal, 112, 653-665.
- Hart,D, and Zamanski ,M. (1988), **psychotherapeutic implication of development of self-understanding. In cognitive development and child psychotherapy**. shirk,s(ED),plenum press.N.Y.pp 161-186..
- Jalali – Tehrani, S.M.M. (1995), **The prison Project: Progress Report II**. Mashhad, Iran: Khorasan Corrections.
- Jalali – Tehrmi, S.M.M. 1985. **Religious commitment as a factor in personality integration – A factor in mental health**. Unpublished doctoral dissertation. Saybrook Institute, San Francisco.
- Lecky, P. (1961), **Self – consistency**. USA: shoestring press.
- Levy, L. H. (1970). **Conceptions of personality**. New York: Random House.
- Mashburn, D. (1992), & Watkins, p., Dean, T. **Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive – behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individual**. Journal of consulting and clinical psychology, 60, 94-103
- Miller, W. R. (2000), **Integrating spirituality into treatment**. Resources for practitioners. Edit by wiliim m R. Miller.
- Nowinski, J., Baker, S. & Carroll, K. (1992), **Twelve step facilitation therapy manual; A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence (vol. 1, project MATCH monograph servise)**. Rockville, MD: National institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Ornish, D., Brown, S.E., scherwitz, L. W., Billings, J.H., Armstrong, W.T. & Ports, T.A (1990), **Can coronary artery disease be reversed?** Lancet, 33 b. 129-133.
- Propst,I.R.(1980).**The comparative effecacy of religious and nonreligious imagery for the treatment of mild depression in religious individuals**. Cognitive therapy and Research, 4. 167-168.
- Psychological Abstracts (P.A) (1984-1990), *The American psychological Association Inc*, Washington, D.C.
- Schweitzer, R. (1992), **The relationship between self – steem and psychological adjustment in young adolescents**. Journal Adolescence, 15 (1). 83-97.

- Spiegel, D. Kaplan, G.A, Kramer, H.C., & Goltheil, E. (1989), **Effects of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer.** Lancet, 14, 888-891.
- Steffen, hagen , R. A, & Burns, J. D. (1987), **The social Dynamic of self – Esteem.** New York: praeger.
- Tillich, P. (1957), **Dynamics of faith.** New York: Harper & Row.

