
International Journal of Educational Sciences, Psychology and Sports Sciences

www.ijep.ir

IJESPSS. Vol. 1, No. 1 (2021) 21–28.



The Effectiveness of schema therapy to improve executive functions and aggression prisoners with a personality disorder

Amirhossein Akbari, Bahramali Ghanbari HashemAbadi, Mohammad Javad Asghari
EbrahimAbad

Master of Clinical Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

* Corresponding author: Amirhossein Akbari (akbari.amir379@yahoo.com)

Received: 18/05/2021

Reviewed: 02/07/2021

Revised: 20/09/2021

Accepted: 04/10/2021

Abstract

The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of schema therapy on improving the failure of executive actions and reducing the aggression of imprisoned criminals with personality disorder. The research society of imprisoned men was one of the counseling units of Mashhad Central Prison. Among them, 18 people who met the entry criteria were selected as the research sample and were randomly divided into the experimental group (9 people) and the control group (9 people). The research tools were Milon 3 multi-axis personality questionnaire, Barkley's executive action failure scale and Bass and Perry's aggression questionnaire. Research data were analyzed using univariate analysis of covariance. The findings of the research showed that schema therapy led to the reduction of aggression, but was not effective in improving executive actions. Therefore, according to the results of the research, it can be concluded that schema therapy can reduce the psychological injuries of prisoners.

Keywords: executive actions; aggression; personality disorders; Schema therapy.



اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود کنش‌های اجرایی و کاهش پرخاشگری زندانیان مبتلا به اختلال

شخصیت

امیرحسین اکبری^a، بهرامعلی قنبری هاشم آبادی^b، محمدجواد اصغری ابراهیم آباد^c

^a کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

^b استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

^c دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

نویسنده مسئول: امیرحسین اکبری (akbari.amir379@yahoo.com/۰۹۱۵۲۳۰۸۶۸۵)

چکیده: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود نارسایی کنش‌های اجرایی و کاهش پرخاشگری مجرمین زندانی مبتلا به اختلال شخصیت بود. جامعه‌ی پژوهش مردان زندانی یکی از واحدهای مشاوره زندان مرکزی شهر مشهد بود. از میان آن‌ها ۱۸ نفر که ملاک‌های ورود را دارا بودند، به صورت در دسترس به عنوان نمونه‌ی پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۹ نفر) و در گروه کنترل (۹ نفر) تقسیم شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه چند محوری شخصیتی میلون ۳، مقیاس نارسایی کنش‌های اجرایی بارکلی و پرسشنامه پرخاشگری باس و پری بود. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی منجر به کاهش پرخاشگری شد اما در بهبود کنش‌های اجرایی اثربخش نبود. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش می‌توان می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی می‌تواند آسیب‌های روان‌شناختی زندانیان را کاهش دهد.

کلمات کلیدی: کنش‌های اجرایی؛ پرخاشگری؛ اختلالات شخصیت؛ طرحواره درمانی.

۱. مقدمه

امروزه متخصصین آسیب‌شناسی، زندانیان را یک گروه آسیب‌شناختی دانسته و آن‌ها را از بُعد بهداشت روان مورد توجه قرار می‌دهند. در اکثر کتاب‌ها و پژوهش‌ها آسیب‌شناسی روانی این افراد به عنوان گروهی که دچار اختلالات روانی بوده و نیازمند خدمات بهداشت روان هستند در نظر گرفته می‌شوند. درصد بالایی از زندانیان سطح بالایی از پریشانی روان‌شناختی را تجربه می‌کنند. به خوبی اثبات شده است که اشخاصی که در زندان به سر می‌برند دچار مشکلات روان‌شناختی متعددی هستند [1].

بررسی‌های پژوهشگران از گذشته تا به امروز بیانگر آن است که تقریباً در تمام دوره‌های تاریخی، عوامل روانی یکی از مهم‌ترین علل گرایش افراد به جرم و جنایت محسوب می‌شود و جوامع مختلف نیز با راهکارهای مختلف سعی در کنترل و کاهش جرم داشته‌اند. ابتلا به اختلالات شخصیت یکی از عوامل روانی است که امروزه در بیشتر پژوهش‌ها رابطه‌ی آن با ارتکاب جرم و جنایت مورد تأیید قرار گرفته شده است.

اختلال شخصیت اختلالی شایع و مزمن است، شیوع آن بین جمعیت عمومی ۱۰ تا ۲۰ درصد تخمین زده می‌شود. افراد مبتلا به اختلالات شخصیت معمولاً برجسب‌های آزارنده، پرتوقع یا انگل دریافت می‌کنند، کلاً پیش‌آگهی آن‌ها نامطلوب شمرده می‌شود [2]. تقریباً نیمی از بیماران روان‌پزشکی دچار اختلالات شخصیت هستند که غالباً توأم با اختلالات محور I است. اختلالات شخصیت در عین حال زمینه‌ساز سایر اختلالات روان‌پزشکی نظیر سوءمصرف مواد، خودکشی، اختلالات عاطفی، اختلال کنترل تکانه، اختلال خوردن و اختلالات اضطرابی است و در درمان سندرم‌های محور I تداخل نموده و موجب افزایش ناتوانی، بیماری و مرگ‌ومیر در این بیماران می‌شود [3]. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت نسبت به مبتلایان به اختلال اضطراب، افسردگی و وسواسی - اجباری با احتمال بیشتری مداخله‌های درمانی را رد می‌کنند. علائم این اختلال‌ها مقبول اینگو است، لذا این افراد در مورد علائم و اختلال خود کمتر احساس اضطراب کرده، کمتر دنبال درمان می‌گردند. این در حالی است که این اختلال منجر به تخریب‌های جدی در حوزه ارتباطی و شغلی آن‌ها شده است [4].

با توجه به اینکه اکثر زندانیان دچار اختلال شخصیت هستند پژوهش‌های مختلف بیان می‌کنند که از نظر کنش شناختی یا اجرایی نیز دچار مشکل هستند [5]. کنش‌های اجرایی شامل بازداری، انعطاف‌پذیری ذهنی، برنامه‌ریزی، تنظیم هیجان، مهارت حل مسئله و خودآگاهی است. کنش‌ها اجرایی برای رفتار هدفمند ضروری‌اند. آسیب در قشر پیشانی می‌تواند موجب بدکاری در کنش‌ها اجرایی شود اما ضرورتاً علت بدکاری نمی‌باشد [6]. کنش‌ها اجرایی در افراد ثابت و بدون تغییر نیست، بلکه روش‌ها و راهکارهایی برای تقویت آن‌ها وجود دارد. به‌عنوان مثال تمرین می‌تواند باعث افزایش جریان خون مغزی در نواحی مربوط به کنش‌ها اجرایی شناختی گردد؛ که در نتیجه این امر فعالیت‌ها و سوخت‌وساز نورونی در مغز افزایش پیدا می‌کند [7].

کنش‌های اجرایی نقش بسزایی در فرآیندهای یادگیری و کنترل هیجانات دارند. کنش‌ها اجرایی هم در دوره کودکی و هم در دوره سالخوردگی اهمیت زیادی دارند، به‌عنوان مثال کنش‌های اجرایی دوره کودکی عملکرد تحصیلی و اجتماعی خوب در نوجوانی را پیش‌بینی می‌کند. آشفتگی در کنش‌ها اجرایی با نقایص عصب‌شناختی و رفتارهای گوناگون و بیماری‌های روان‌پزشکی همراه می‌باشد [8].

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که اختلال مداوم در کنش‌های اجرایی افراد مبتلا به اختلالات شخصیت در مقایسه با گروه‌های شاهد وجود دارد. نقص‌های قابل توجهی در تصمیم‌گیری، حافظه‌ی کاری، بازداری و انعطاف‌پذیری مشاهده شده است [9]. نقص در برنامه‌ریزی، حل مسئله [10] و بازداری [11] در اختلال شخصیت مرزی؛ نقص در بازداری، انعطاف‌پذیری شناختی [12]؛ برنامه‌ریزی [13]؛ حافظه کاری [14] در اختلال شخصیت وسواسی - جبری؛ نقص در تصمیم‌گیری، توجه، یادگیری معکوس، برنامه‌ریزی [15]؛ نقص در جابه‌جایی و بازداری رفتاری [16] در اختلال شخصیت ضد اجتماعی؛ نقص در تصمیم‌گیری در اختلال شخصیت خودشیفته [17] در پژوهش‌ها گزارش شده‌اند. در مورد نقص در کنش‌های اجرایی در سایر اختلالات شخصیت شواهد پژوهشی وجود ندارد و کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته شده است.

علاوه بر کنش‌های اجرایی، پرخاشگری از مسائلی است که در زندانیان نقش مهمی دارد. این افراد توانایی کنترل و مهار هیجانات خود را ندارند و نسبت به مسائل مختلف خشم و بدبینی دارند؛ بنابراین، کوچک‌ترین مشکلی را به صورت پرخاشگرانه پاسخ می‌دهند و دعوا و نزاع می‌کنند. به خصوص که کمبود در مدیریت خشم زندانیان در زندان مشکلات زیادی را برای مسئولین زندان ایجاد کرده است و زندانیان بر سر مسائل مختلف با یک دیگر دعوا می‌کنند. محققان در طول چند دهه گذشته بیش از ۲۰۰ تعریف متفاوت از پرخاشگری ارائه داده‌اند [18]. در تعاریف متعدد، پرخاشگری به‌طور کلی به‌عنوان عملی از رفتار تهاجمی تعریف شده است که در آن قصد آسیب رساندن به فرد دیگری از یک فرد صادر می‌شود. در راستای کنترل این رفتارها، مرتکب شونده باید باور داشته باشد که رفتارش به هدف آسیب رساندن به دیگری بوده است که پیامد آن برانگیختگی رفتاری اجتنابی است [19].

خشم نوعی هیجان است و پرخاشگری نوعی رفتار با هدف آسیب رساندن به فرد دیگر یا تخریب اموال است. پرخاشگری سه ویژگی بارز دارد. اول اینکه پرخاشگری رفتاری واقعی است و هیجان، فکر یا خاطره نیست اما در زندگی واقعی قابل مشاهده است. دوم اینکه پرخاشگری باید هدفمند و عمدی باشد و فرد پرخاشگر به صورت عمدی منجر به آسیب رساندن به شخصی بشود. سومین ویژگی پرخاشگری آن است که فرد قربانی ناخواسته مورد پرخاشگری قرار می‌گیرد [20]. پرخاشگری می‌تواند فیزیکی، کلامی یا رابطه‌ای باشد [21].

یکی از رویکردهایی که می‌تواند برای زندانیان مورد استفاده قرار گیرد، طرحواره درمانی است. طرحواره درمانی که توسط یانگ به وجود آمد، درمانی نوین و یکپارچه‌ای است که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی - رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است [22]. طرحواره درمانی بر الگوهای خود ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. در چارچوب واژه‌های طرحواره درمانی، این الگوها طرحواره ناسازگار اولیه نامیده می‌شوند. عدم ارضاء و ناکامی در برآورده شدن نیازهای بنیادی (نیاز به امنیت و پذیرش، هویت، خودانگیختگی، تفریح و خویش‌داری) در دوران کودکی فرد، موجب شکل‌گیری طرحواره‌های مختل می‌شوند [23].

طرحواره درمانی یکی از درمان‌های نوین است که به درمانگر کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده و آن‌ها را به گونه‌ای قابل درک سازمان‌دهی کند. در این الگو، رد پای طرحواره‌ها با تأکید بر روابط بین فردی بیمار از زمان کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. با به‌کارگیری این الگو، بیماران می‌توانند مشکلات شخصیتی خود را به صورت ناهمخوان ببینند و در نتیجه، برای رها شدن از مشکلات انگیزه‌ی بیشتری پیدا کنند. درمانگران با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین فردی، در مبارزه با طرحواره‌ها با بیماران هم‌پیمان می‌شوند و بیماران را به شیوه‌ی همدلانه با دلایل و ضرورت تغییر روبه‌رو می‌کنند [22].

طرحواره درمانی در اختلالات مختلفی از جمله افسردگی و اضطراب [24-26]. اختلال شخصیت مرزی [27-29]، اختلال شخصیت وسواسی - اجباری [30, 31]، اختلال شخصیت اجتنابی [32]، سوءمصرف مواد [33] و در ناسازگاری بین زوجین [34] استفاده شده است و باعث بهبود بیماران و مشکلاتشان شده است. کلچا، برسیر، بلکی و برنستین [35] به کاربرد طرحواره درمانی برای مسائلی که نیاز به بررسی قانونی دارند، پرداختند. آن‌ها بیان می‌کنند که این روش برای کمک به مسائل پزشکی قانونی نیز مفید است. اسمیت [36] نیز به بررسی کیفی طرحواره‌های شناختی پرداخت و بررسی کرد که طرحواره درمانی تا چه حد در تغییر ادراک افراد مجرم اثربخش است.

1. inhibition

2. Young, E. J.

3. Klecha, D., Bersier, K., Beckley, K., & Bernstein, D

4. Smith, M. E.

یکی از اهداف اصلی طرحواره درمانی ایجاد تعامل سالم با جنبه انعطاف پذیر، مثبت و خلاق ترکیبی از تکنیک‌های شناختی و تجربی است که می‌تواند بین بخش طرحواره فرد و بخش سالم که توسط باورهای ناسازگار رد شده است، ارتباطی دو طرفه برقرار کند و بیمار به تدریج در درمان با برقراری ارتباط بین این دو جنبه به اصلاح طرحواره‌های ناسازگار خود می‌پردازد. طرحواره‌درمانی به بیمار یاد می‌دهد که چگونه با تمرکز بر روی عمل خود، کمبودهایی که در کنش‌های اجرایی دارد، اصلاح کند. زمان خود را مدیریت کند. به سازمان‌دهی و حل مسئله کارهای خود بپردازد. هیجانات و احساساتی را که در اثر طرحواره‌های ناسازگار مختل شده‌اند، بهبود بخشد. در کارهایی که به دلیل طرحواره‌های ناسازگار بی‌انگیزه شده‌اند، به انگیزه دست یابد و هیجاناتی که به دلیل طرحواره‌های ناسازگار نظم‌جویی و کنترلشان را از دست داده است، با اصلاح و بهبود آن‌ها، به نظم‌جویی هیجانات خود بپردازد [37].

با توجه به آن‌چه که بیان شد می‌توان گفت که امروزه جامعه‌شناسان و روان‌شناسان تلاش می‌کنند تا مشکلات روان‌شناختی زندانیان را شناسایی کرده و آن‌ها را کاهش دهند. طرحواره درمانی توسط یانگ برای اختلالات شخصیت به کار گرفته شده است؛ بنابراین، با توجه به مسائل و مشکلات زندانیان و نقش مهم جرم در جوامع و زندگی افراد، پژوهشگر تصمیم گرفت تا برای بهبود کنش‌های اجرایی زندانیان و کاهش پرخاشگری آنان از طرحواره درمانی استفاده کند و به این سؤال پاسخ بدهد که آیا طرحواره درمانی بر بهبود کنش‌های اجرایی و کاهش پرخاشگری زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت اثربخش است یا نه؟

۲. روش پژوهش

روش پژوهش حاضر کاربردی از نوع شبه آزمایشی است که در آن از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه مورد مطالعه‌ی این پژوهش مردان زندانی یکی از واحدهای مشاوره زندان مرکزی شهر مشهد بودند (۴۰۸ نفر). از میان آن‌ها ۱۸ نفر که ملاک‌های ورود را دارا بودند یعنی در پرسشنامه میلیون واجد اختلال شخصیت بودند و نمرات بالا در کنش‌های اجرایی و پرخاشگری کسب نمودند، به صورت در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (۹ نفر) و در گروه کنترل (۹ نفر) تقسیم شدند. در مرحله پیش آزمون شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل پرسش‌نامه کنش‌های اجرایی و پرخاشگری را پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند. در نهایت پس از اجرای درمان، تمامی آزمون‌های ذکر شده دوباره در مرحله پس آزمون اجرا شدند.

۳. ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه چند محوری شخصیتی میلیون ۳ (MCM-III): این پرسش‌نامه یک مقیاس خود سنجی با ۱۷۵ گویه‌ی بله/خیر است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می‌سنجد و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا استفاده می‌شود. MCM-III تحت ۲۸ مقیاس جداگانه و براساس طبقه‌بندی‌های زیر نمره‌گذاری می‌شود: شاخص‌های تغییرپذیری، الگوهای بالینی شخصیت، آسیب‌شناسی شدید شخصیت، نشانگان بالینی و نشانگان شدید. این مقیاس در ایران توسط شریفی هنجاریایی شده است. در مورد پایایی این مقیاس در نسخه فارسی به شیوه بازآزمایی، برای مقیاس‌های اختلالات شخصیت همبستگی‌های متوسطی از ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ (افسرده) با متوسط ۰/۷۸ به دست آمده است. در مورد مقیاس‌های نشانگان بالینی همبستگی متوسطی از دامنه ۰/۴۴ (PTSD) تا ۰/۹۵ (افسردگی اساسی) با متوسط ۰/۸۰ به دست آمده است [38].

مقیاس نارسایی در کنش‌های اجرایی بارکلی: این مقیاس توسط بارکلی [39] و با هدف بازنمایی نارساکنش‌وری اجرایی در جمعیت‌های غیر بالینی و بالینی به ویژه بزرگسالان مبتلا به ADHD طراحی شد. این مقیاس ۸۹ سوالی یک ابزار خود گزارشی است که برای محدوده سنی ۱۸ تا ۸۱ سال قابل اجرا بوده و پاسخ‌دهی به آن بر مبنای طیف لیکرت چهار درجه‌ای (هرگز تا همیشه) می‌باشد. مقیاس مذکور شامل پنج خرده مقیاس است که این خرده مقیاس‌ها ۵ کنش اجرایی خود مدیریتی زمان (۲۱ سؤال)، خود سازماندهی/ حل مسئله (۲۴ سؤال)، خود کنترلی/ بازداری (۱۹ سؤال)، خود انگیزشی (۱۲ سؤال) و خود نظم‌جویی هیجان (۱۳ سؤال) را اندازه‌گیری می‌کنند. به طور کلی، نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیان‌گر نارسایی بیش‌تر در آن کنش اجرایی می‌باشد. برای کل مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱۸ و برای خرده مقیاس خود مدیریتی زمان، خود سازماندهی/ حل مسئله، خود کنترلی/ بازداری، خود انگیزشی و خود نظم‌جویی هیجان به ترتیب ۰/۹۴۵، ۰/۹۵۸، ۰/۹۳، ۰/۹۱۴ و ۰/۹۴۶ و برای فهرست کنش‌های اجرایی در ADHD نیز ضریب آلفای ۰/۸۴ گزارش شده است [39].

پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری: پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری [40] یک مقیاس خود گزارشی دهی است که نمره‌گذاری آن به صورت لیکرت از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) می‌باشد. در این ابزار دو سؤال ۹ و ۱۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار چهار خرده مقیاس پرخاشگری بدنی (سؤالات ۲، ۵، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۲۲، ۲۵، ۲۹؛ نمره بین ۹ تا ۴۵)، پرخاشگری کلامی (سؤالات ۴، ۶، ۱۴، ۲۱، ۲۷؛ نمره بین ۵ تا ۲۵)، خشم (سؤالات ۱، ۹، ۱۲، ۱۸، ۱۹، ۲۳، ۲۸؛ نمره بین ۷ تا ۳۵) و خصومت (سؤالات ۳، ۷، ۱۰، ۱۵، ۱۷، ۲۰، ۲۴، ۲۶؛ نمره بین ۸ تا ۴۰) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمرات بالاتر در هر مقیاس نشان‌دهنده پرخاشگری بیشتر در آن مقیاس است. نمره کل برای پرخاشگری با مجموع نمرات زیر مقیاس‌ها به دست می‌آید. در بررسی اعتبار مقیاس

⁵ million clinical multi-axial inventory (MCM-III)

⁶ barkley deficits in executive functioning

پرخاشگری توسط باس و پری به روش بازآزمایی بر روی ۳۷ نفر پس از نه هفته ضربیه همبستگی ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۲ و ۰/۷۲ به ترتیب برای عوامل پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت گزارش گردید. نتایج اجرای پرسشنامه روی ۴۰۰ دانش آموز مهاجر و غیر مهاجر سال اول متوسطه در شهر بجنورد توسط لنگری [40] نشان می‌دهد که ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های پرخاشگری بدنی، کلامی، خشم و خصومت به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۵۸، ۰/۷۶ و ۰/۶۴ و ضریب آلفای کل نمرات پرسشنامه ۰/۷۰ بوده است [40].

۴. یافته‌های پژوهش

شرکت‌کنندگان پژوهش زندانیان مرد مبتلا به اختلال شخصیت بودند.

جدول ۱. وضعیت جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

گروه	میانگین	انحراف معیار	تخصصیات	گروه	فراوانی	درصد
آزمایش	۲۳/۴۴	۲/۵۵	سن	آزمایش	۱	۱۱/۱
کنترل	۲۲/۳۳	۱/۶۵		کنترل	۰	۰
تخصصیات	میانگین	انحراف معیار	تخصصیات	آزمایش	۱	۱۱/۱
				کنترل	۰	۰
بی‌سواد	میانگین	انحراف معیار	تخصصیات	آزمایش	۲	۲۲/۲
				کنترل	۲	۲۲/۲
دبستان	میانگین	انحراف معیار	تخصصیات	آزمایش	۱	۱۱/۱
				کنترل	۳	۳۳/۳
راهنمایی	میانگین	انحراف معیار	تخصصیات	آزمایش	۴	۴۴/۴
				کنترل	۴	۴۴/۴
دبیرستان	میانگین	انحراف معیار	تخصصیات	آزمایش	۱	۱۱/۱
				کنترل	۰	۰
دانشگاهی	میانگین	انحراف معیار	تخصصیات	آزمایش	۹	۱۰۰
				کنترل	۹	۱۰۰

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین سنی و انحراف معیار شرکت‌کنندگان گروه آزمایش (۲۳/۴۴، ۲/۵۵) و گروه کنترل (۲۲/۳۳؛ ۱/۶۵) بود. از نظر وضعیت تحصیلی در گروه آزمایش ۱۱/۱ درصد بی‌سواد بودند. ۲۲/۲ درصد هم در گروه آزمایش و هم در گروه کنترل دارای سواد دبستان، ۱۱/۱ درصد در گروه آزمایش و ۳۳/۳ درصد در کنترل دارای سواد راهنمایی، ۴۴/۴ درصد هم در آزمایش و هم در کنترل دارای سواد دبیرستان، ۱۱/۱ درصد نیز در گروه آزمایش دارای سواد دانشگاهی بودند.

به‌منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. لازم به ذکر است متغیر کنش‌های اجرایی، نارسایی در کنش‌های اجرایی می‌باشد و کاهش نمرات آن به معنای بهبودی است. در ادامه در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات به‌دست آمده از آزمون کنش‌های اجرایی و پرخاشگری در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	مراحل	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنش‌های اجرایی	پیش‌آزمون	۲۰۴	۲۹/۸۱	۱۸۹	۵۸/۶۳
پرخاشگری	پس‌آزمون	۱۸۰/۱۱	۲۵/۱۴	۱۸۵/۴۴	۴۸/۱۸
	پیش‌آزمون	۹۹/۲۲	۱۶/۲۴	۸۷/۸۸	۱۷/۴۱
پس‌آزمون	۸۲	۱۴/۴۸	۸۷/۶۶	۱۸/۶۱	

قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات کلی کنش‌های اجرایی، باید یادآور شد که نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف نشان داد برای کنش‌های اجرایی، این آزمون معنادار نبود ($p > 0/05$). عدم معناداری نشان می‌دهد که داده‌ها نرمال هستند. نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها از لحاظ آماری معنادار نبود (کنش‌های اجرایی: $F_{(1,16)} = 0/33$, $p = 0/56$; پرخاشگری: $F_{(1,16)} = 1/12$, $p = 0/30$) و این به معنای برقراری مفروضه همگنی واریانس‌ها می‌باشد. هم خطی رگرسیونی برای روابط متغیر کنش‌های اجرایی با متغیر کمکی تصادفی (پیش‌آزمون) رعایت شده بود. همگنی رگرسیونی نیز رعایت شده بود (کنش‌های اجرایی: $F = 0/23$, $p = 0/63$; پرخاشگری: $F = 2/87$, $p = 0/11$).

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه گروه‌ها در کنش‌های اجرایی و پرخاشگری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	p	اندازه اثر
کنش‌های اجرایی	پیش‌آزمون	۱۶۵۱۷/۰۴	۱	۱۶۵۱۷/۰۴	۳۴/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	گروه	۱۰۷۷/۰۴	۱	۱۰۷۷/۰۴	۲/۲۷	۰/۱۵	۰/۱۳
	خطا	۷۱۱۴/۰۶	۱۵	۴۷۴/۲۷			
	کل	۶۲۵۰۹۸	۱۸				
پرخاشگری	پیش‌آزمون	۲۱۵۲/۶۷	۱	۲۱۵۲/۶۷	۱۵/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	گروه	۷۲۴/۴۶	۱	۷۲۴/۴۶	۵/۰۷	۰/۰۴	۰/۲۵
	خطا	۲۱۴۳/۳۲	۱۵	۱۴۲/۸۸			
	کل	۱۳۳۹۸۱	۱۸				

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است بین افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش طرحواره درمانی و گروه کنترل از لحاظ کنش‌های اجرایی تفاوت معناداری وجود ندارد ($F = 2/27$, $p = 0/15$). بین افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش طرحواره درمانی و گروه کنترل از لحاظ پرخاشگری تفاوت معناداری وجود دارد ($F = 5/07$, $p = 0/04$) و همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد پرخاشگری افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون کاهش معناداری نشان داده شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر ۲۵ می‌باشد، یعنی ۲۵ درصد کاهش پرخاشگری در نمرات پس‌آزمون پرخاشگری، مربوط به تأثیر طرحواره درمانی می‌باشد.

۵. بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود کنش‌های اجرایی و کاهش پرخاشگری زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که طرحواره درمانی منجر به بهبود معناداری در کنش‌های اجرایی زندانیان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نشد. تاکنون پژوهشی که به طور مستقیم اثربخشی طرحواره درمانی بر کنش‌های اجرایی را بررسی کند، انجام نشده است. کنش‌های اجرایی کارکردهایی هستند که در زندگی فرد منجر به تغییرات اساسی می‌شوند. فرد با کمک کنش‌های اجرایی به رفتارهای معطوف به هدف و خود کنترلی دست می‌یابد. طرحواره‌ها از خاطرات، هیجان‌ها، افکار و احساس‌هایی تشکیل شده‌اند که طی دوران کودکی یا نوجوانی پدید می‌آیند و در طول زندگی پیچیده‌تر می‌شوند. طرحواره‌ها به شدت مقاوم هستند و تغییر آن‌ها سخت است. طرحواره‌ها در واقع الگوهای شناختی و رفتاری فرد را تعیین می‌کنند؛ بنابراین، می‌توان بیان کرد که طرحواره‌ها در ایجاد کنش‌های اجرایی فرد نقش دارند و با تغییر در طرحواره‌ها می‌توان تغییراتی در توجه، برنامه‌ریزی، مسئله‌گشایی، بازداری، تصمیم‌گیری و ... مشاهده کرد.

در پژوهش حاضر نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر کنش‌های اجرایی تأثیر نداشته است. می‌توان یکی از دلایل عدم اثربخشی را داشتن افراد ناهمگن از نظر طرحواره‌های ناکارآمد اشاره کرد. یانگ ۱۸ طرحواره‌ی ناکارآمد با پنج حوزه‌ی اصلی معرفی کرد. هر فردی با توجه به کودکی و روابط بین فردی که داشته است چند طرحواره ناکارآمد دارد که با افراد دیگر متفاوت است؛ بنابراین، تغییر در طرحواره‌های ناکارآمد هر فرد متفاوت از فرد دیگر بوده و با توجه به ناهمگن بودن طرحواره‌ها تغییرات در کنش‌های اجرایی افراد نیز به میزانی نبود که منجر به تفاوت معناداری بین یکدیگر گردد.

از علل دیگر رد شدن فرضیه‌ی فوق را می‌توان ناسازگار بودن فرآیند آموزشی - درمانی طرحواره‌درمانی با سطح سواد و سواد و سوگیری منفی زندانیان نسبت به امر آموزش دانست. هرچند مفاهیمی که در این مدل درمانی لازم به آموزش بود از طرف درمانگر به صورت کاملاً بومی‌سازی شده و با اصطلاحات رایج زندانیان بیان گردید. یکی دیگر از دلایل رد شدن اثربخشی دوره‌ی آموزشی کوتاه برای تغییر طرحواره‌ها بوده است. اگر جلسات بیشتری ادامه پیدا می‌کرد، اثرات غیر مستقیم آن روی کنش‌های اجرایی قابل ملاحظه می‌شد. همچنین ساختارگرایانه بودن درمان طرحواره با روح قانون‌گریزی زندانیان ناهمخوانی دارد.

همچنین نتایج نشان داد که طرحواره درمانی منجر به کاهش معناداری در پرخاشگری زندانیان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل نشد. نتایج پژوهش حاضر با گلی و همکاران [41] و همتی ثابت و همکاران [42] همسو است.

پرخاشگری یکی از ویژگی‌های شخصیتی است که نقش مهمی در زندگی افراد و آسیب‌های جسمانی و روان‌شناختی ایفا می‌کند. پژوهشگران از عوامل مؤثر در پرخاشگری را طحوراه‌های ناکارآمدی می‌دانند که افراد آنان را در خود درونی کرده‌اند و دامنه‌ای از اطلاعات اجتماعی را در ذهن خود ثبت کرده‌اند. این طحوراه‌ها شامل اطلاعات ناکارآمدی است که فرد را نسبت به خود و دیگران بدبین می‌کند و منجر به خشم و پرخاشگری در فرد می‌شود. طحوراه درمانی به افراد کمک می‌کند تا طحوراه‌های ناکارآمد خود را شناسایی کنند و از عوامل تداوم آن‌ها آگاه شوند و آن‌ها را اصلاح نمایند تا سوءگیری و ذهنیت طحوراه‌ای در افراد کاهش پیدا کند و در نتیجه‌ی آن از پرخاشگری افراد کاسته شود.

طحوراه درمانی توانست زندانیان را نسبت به طحوراه‌های ناکارآمد خود آگاه کند و افراد بعد از آگاهی از طحوراه‌های خود با کمک درمانگر درصدد تغییر طحوراه‌های ناکارآمد خود برآمدند و بدبینی نسبت به دیگران را در خود کاهش دادند؛ بنابراین، با بهبود طحوراه‌های ناکارآمد و کاهش بدبینی خود توانستند پرخاشگری را در خود کاهش دهند.

بررسی وضعیت سلامت روانی در زندانیان و ارابه‌ی خدمات بهداشت روانی یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های مسئولین زندان می‌باشد. پژوهش‌ها در کشورهای مختلف و هم‌چنین در ایران حاکی از آن است که شیوع مشکلات روانی در زندانیان بیشتر از افراد عادی است. ابتلا به انواع اختلالات شخصیت، نقص در کنش‌های اجرایی، پرخاشگری و خشم و... از جمله مشکلات روانی آنان است. این افراد نیازمند توجه بیشتری هستند تا علاوه بر کاهش مشکلات زندانیان، مشکلات خانوادگی، فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی و... که به دلیل زندانی شدن آنان به وجود می‌آید، کاهش یابد. بنابراین، ضرورت کمک به زندانیان را در جامعه احساس می‌شود و مسئولان بهداشت روانی جامعه در صدد رفع مشکلات زندانیان برآمده‌اند.

طحوراه درمانی نیز از جمله درمان‌هایی است که برای کاهش مشکلات زندانیان به کار برده می‌شود. طحوراه درمانی بر الگوهای خود ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. طحوراه درمانی به دنبال بررسی عمیق‌تر و دقیق‌تر مشکلات افراد است و طحوراه‌های ناکارآمد را از زمان کودکی تا زمان حال فرد مورد بررسی قرار می‌دهد. با بررسی طحوراه‌های ناکارآمد زندانیان می‌توانند ریشه‌ی مشکلات خود را بشناسند و در نتیجه برای رها شدن از آن‌ها انگیزه‌ی بیشتری داشته باشند. درمانگران با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین فردی، در مبارزه با طحوراه‌ها با بیماران هم‌پیمان می‌شوند و بیماران را به شیوه‌ی همدلانه با دلایل و ضرورت تغییر روبه‌رو می‌کنند. یکی از اهداف اصلی طحوراه درمانی ایجاد تعامل سالم با جنبه انعطاف‌پذیر، مثبت و خلاق ترکیبی از تکنیک‌های شناختی و تجربی است که می‌تواند بین بخش طحوراه فرد و بخش سالم که توسط باورهای ناسازگار رد شده است، ارتباطی دو طرفه برقرار کند و بیمار به تدریج در درمان با برقراری ارتباط بین این دو جنبه به اصلاح طحوراه‌های ناسازگار خود می‌پردازد.

مشکلات و مسائلی که زندانیان با آن‌ها مواجهه هستند گسترده و پیچیده است و در جنبه‌های مختلف زندگی زندانیان خود را نشان می‌دهد. طحوراه درمانی توانسته بود پرخاشگری را در زندانیان کاهش دهد. کاهش پرخاشگری در زندانیان منجر به بهتر شدن فضای زندان شده بود و مسئولان زندان کم شدن نزاع و درگیری‌های زندانیان تحت درمان را گزارش کردند.

هر پژوهشی محدودیت‌هایی دارد. از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به محدودیت در تعمیم‌پذیری نتایج به جوامع مشابه، پایین بودن سطح سواد و سوگیری منفی نسبت به مسائل آموزشی و درمانی و عدم پیگیری درمان به علت اتمام حبس برخی از زندانیان اشاره کرد.

همچنین پیشنهاد می‌شود که طحوراه درمانی با مدت زمان بیشتر بر کنش‌های اجرایی زندانیان اجرا شود. دوره‌های آموزشی جهت آشنایی کارکنان زندان با اختلالات شخصیت برگزار گردد. نقش تعدیل‌گر تأهل، تحصیلات، فرهنگ و... نیز در پژوهش‌های آینده مورد بررسی قرار گیرد. کنش‌های اجرایی زندانیان با استفاده از آزمون‌های کنش‌های اجرایی، دستگاه‌های مورد استفاده در علوم شناختی جهت مشخص شدن نواحی آسیب‌دیده مغزی در این افراد مورد بررسی قرار گیرد. افراد براساس طحوراه‌های مشترک تقسیم‌بندی شوند و درمان در آنان مورد بررسی قرار گیرند.

منابع

- [1] شریفی‌نیا، م. ح. (۱۳۸۹). خدمات روان‌شناسی و مشاوره در زندان، جلد اول، تهران: سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، راه تربیت.
- [2] سادوک، ب. ج؛ سادوک، و. آ و روئیز، پ. (۱۳۹۴). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری/ روان‌پزشکی بالینی. ترجمه ف. رضاعی، تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۱۵).

- [3] Cloninger, C. R., & Svrakic, D. M. (2016). Personality disorders. In *The medical basis of psychiatry* (pp. 537-550). Springer New York.
- [4] Mullins-Sweatt, S. N., Bernstein, D., Widiger, T.A. (2012). Retention or deletion of personality disorder diagnoses for DSM-5: An expert consensus approach. *Journal of Personality Disorders* 26, 689-703.
- [5] Fertuck EA, Lenzenweger MF, Clarkin JF, Heormann S, Stanley B. Executive neurocognition memory systems and borderline personality disorder. *Clin Psychol Rev*. 2006; 26: 346-375
- [6] Sira, C. S. (2014). Executive Function. *Encyclopedia of the Neurological Sciences*, 239-242.
- [7] Locas, S. J. E. Ainslie, P. N. Murrell, C. J. Thomas, K. N. Franz, E. A. & Cotter, J. D. (2012). Effect of age on exercise-induced alterations in cognitive executive function: Relationship to cerebral perfusion. *Experimental Gerontology*, 47, 541-551.
- [8] Geppert, S. E. Huster, R. J. & Herrmann, C. S. (2013). Boosting brain functions: Improving executive functions with behavioral training, neurostimulation, and neurofeedback. *International Journal of Psychophysiology*, 88, 1-16.
- [9] Garcia-Villamisar, D., Dattilo, J., & Garcia-Martinez, M. (2017). Executive functioning in people with personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(1), 36-44.
- [10] Gvirts, H. Z., Harari, H., Braw, Y., Shefet, D., Shamay-Tsoory, S. G., & Levkovitz, Y. (2012). Executive functioning among patients with borderline personality disorder (BPD) and their relatives. *Journal of affective disorders*, 143(1), 261-264.

- [11] Hagenhoff, M., Franzen, N., Koppe, G., Baer, N., Scheibel, N., Sammer, G.,... & Lis, S. (2013). Executive functions in borderline personality disorder. *Psychiatry research*, 210(1), 224-231.
- [12] Chamberlain, S. R., Fineberg, N. A., Blackwell, A. D., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (2006). Motor inhibition and cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder and trichotillomania. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1282-1284.
- [13] Fineberg, N. A., Day, G. A., de Koenigswarter, N., Reghunandan, S., Kolli, S., Jefferies-Sewell, K., .. & Laws, K. R. (2015). The neuropsychology of obsessive-compulsive personality disorder: a new analysis. *CNS spectrums*.
- [14] García-Villamisar, D., & Dattilo, J. (2015). Executive functioning in people with obsessive-compulsive personality traits: evidence of modest impairment. *Journal of personality disorders*, 29(3), 418-430.
- [15] Zeier, J. D., Baskin-Sommers, A. R., Hiatt Racer, K. D., & Newman, J. P. (2012). Cognitive control deficits associated with antisocial personality disorder and psychopathy. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(3), 283.
- [16] Bagshaw, R., Gray, N. S., & Snowden, R. J. (2014). Executive function in psychopathy: the tower of London, Brixton spatial anticipation and the Hayling sentence completion tests. *Psychiatry research*, 220(1), 483-489.
- [17] Brunell, A. B., & Buelow, M. T. (2015). Narcissism and Performance on Behavioral Decision-making Tasks. *Journal of Behavioral Decision Making*.
- [18] Underwood, M. K. (2003). *Social aggression among girls*. Gilford Press.
- [19] Anderson, C. A. & Bushman, B. J. (2001). Effects of violent video games on aggressive behavior, aggressive cognition, aggressive affect, physiological arousal, and prosocial behavior: A meta-analytic review of the scientific literature. *Psychological science*, 12(5), 353-359.
- [20] Bushman, B. J., & O'Brien, E. H. (2012). *Aggression*. *Encyclopedia of Human Behavior*, In V.S. Ramachandran (Ed), Encyclopedia of Human Behavior (pp: 37-43).
- [21] Martin, P. E. (2012). *Female Aggression and Violence: A Case Study*. (Doctoral dissertation, Department of Advanced Studies, Leadership and Policy), Morgan state university.
- [22] یانگ، ج. کلوسکو، ژ و ویشار، م. (۱۳۸۶). طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی) جلد اول. ترجمه ج. حمیدپور و ز. اندوز. تهران: انتشارات ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۳).
- [23] Scott, H. k., & Young, E.J., (2006), Schema therapy for borderline personality disorder, *Journal of clinical psychology*, 62(4); 445-458.
- [24] Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, Ch. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Affective Disorders*, 151, 2, 500-505.
- [25] Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25, 4, 257- 276.
- [26] زره پوش، ا.، نشاط دوست، ح. ط.، عسگری، ک.، عابدی، م.، ر.، صادقی هسنیجه، ا. ح. (۱۳۹۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر افسردگی مزمن در دانشجویان، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۰ (۴)؛ ۲۸۵-۲۹۱.
- [27] Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., Marrie, H. J., & Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33, 3, 426- 447.
- [28] Dickhaut, V., & Arntz, A. (2014). Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45, 2, 242-251.
- [29] گل، ع. ر.، آقامحمدیان شریف، ح. ر.، صداقت سروندانی، ف. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود علائم، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ترس از صمیمیت، اضطراب و افسردگی مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی، اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روان‌شناسی و مطالعات اجتماعی ایران، قم، دبیرخانه دائمی کنفرانس، مؤسسه بین‌المللی مطالعات و توسعه علم خاورمیانه.
- [30] Hopwood, Ch. J., & Thomas, K. M. (2014). Schema Therapy is an affective treatment for avoidant, dependent and obsessive- compulsive personality disorders. *Evidence- Based Mental Health Online First*.
- [31] منتظری، م.، ص.، نشاط دوست، ح. ط.، عابدی، م.، ر.، عابدی، ا. (۱۳۹۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش علائم افسردگی و اختلال شخصیت وسواسی - جبری: پژوهش مورد منفرد، *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۵ (۱)؛ ۳۵-۴۵.
- [32] گل، ع. ر.، آقامحمدیان شریف، ح. ر.، کارشکی، ح. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش نشانگان شخصیت اجتنابی: مطالعه تک آزمودنی، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد.
- [33] تاجیک زاده، ف.، زارع، ا.، نظیری، ق.، افشاری، ر. (۱۳۹۴). تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مردان تحت درمان نگه‌دارنده با متادون، *فصلنامه شخصیت و تفاوت‌های فردی*، ۴ (۷)؛ ۱-۲۳.
- [34] Panahifar, S., Taghizade, M., Mahdavi, A., Salehi, S., & Esfandiyari, H. (2014). Effectiveness of Schema-Focused Couple Therapy to Reduce Marital Relations Conflict Applicant for Divorce. *Switzerland Research Park Journal*, 103, 1.
- [35] Klecha, D., Bersier, K., Beckley, K., & Bernstein, D. (2011). *Application of Schema Therapy in forensic contexts*. *Zeitschrift fur Psychiatrie Psychologie und Psychotherapie*, 59(3), 205-212.
- [36] Smith, M. E. (2011). A qualitative review of perception of change for male perpetrators of domestic abuse following abuser schema therapy (AST). *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(2), 156-164.
- [37] Gheisari, M. (2016). The Effectiveness of Schema Therapy Integrated with Neurological Rehabilitation Methods to Improve Executive Functions in Patients with Chronic Depression. *Health Science Journal*, 10(4), 1-5.
- [38] سید مهدوی اقدام، م. ر.، ا. محمود علیلو، م. رضائی، ا. (۱۳۹۲). رابطه تجربه انواع مختلف سوءرفتار دوره کودکی و اختلال‌های شخصیت خوشه B. *مجله علوم پزشکی ارومیه*، ۲۴ (۳)؛ ۲۱۰-۲۱۸.
- [39] مشهدی، ع.، میردورقی، ف.؛ حسین‌زاده ملکی، ز.؛ حسنی، ج.؛ حمزه‌لو، م. (۱۳۹۴). ساختار عاملی، اعتبار و روایی نسخه فارسی مقیاس نارسایی‌ها در کنش‌وری اجرایی بارکلی - نسخه بزرگسال. *روان‌شناسی بالینی*، ۷ (۱)؛ ۶۳-۵۱.
- [40] خاتجانی، ز.، ظفر قلیزاده، ن. (۱۳۸۸). رابطه‌ی بین پرخاشگری و رضایت زناشویی در کارمندان متأهل بانک‌های دولتی شهر ارومیه، زن و مطالعات خانواده، ۲ (۵)، ۶۶-۴۱.

- [41] گلی، ر؛ هدایت، س؛ دهقان، ف؛ حسینی شورا، م. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و پرخاشگری دانشجویان، سلامت و مراقبت، ۱۸ (۳): ۲۷۰-۲۵۸.
- [42] هم‌تی ثابت، و؛ روحانی شهرستانی، ن؛ هم‌تی ثابت، ا؛ احمدپناه، م. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش پرخاشگری و اضطراب اجتماعی نوجوانان پسر ۱۷ تا ۱۸ سال شهرستان همدان. مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۳ (۲): ۸۲-۹۳.