

اثربخشی طرحواره درمانی بر تکانشگری و تاب‌آوری در زندانیان مرد The effectiveness of schema therapy on impulsivity and resilience in male prisoners

Reza Akbari Zalani

Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Masoud Shahbazi *

Department of Counseling, MaS.C., Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran.

masoudshahbazi53@iaau.ac.ir

Seyedeh Zahra Alavi

Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Maryam Gholamzadeh Jofreh

Department of Counseling, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

رضا اکبری زلانی

گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

مسعود شهبازی (نویسنده مسئول)

گروه مشاوره، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران.

سیده زهرا علوی

گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

مریم غلامزاده جفره

گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

Abstract

The present study was conducted to determine the effectiveness of schema therapy on impulsivity and resilience in male prisoners. The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a three-month follow-up period. The statistical population of this study included male prisoners in Kermanshah in 2024. 30 prisoners were selected through purposive sampling and randomly assigned to two experimental (15 people) and control (15 people) groups. The Barratt Impulsivity Scale (BIS-11; Patton et al., 1995) and the Connor and Davidson Resilience Scale (RISC-CD; Connor and Davidson, 2003) were used to collect data. Schema therapy group sessions were conducted based on the Young et al. protocol during ten 90-minute sessions. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance. The results showed that there was a significant difference between the pre-test and post-test of impulsivity and resilience in the experimental group ($P<0.05$), and there was also no significant difference between the post-test and follow-up mean in the experimental group, and the results were maintained in the follow-up period ($P<0.05$). The findings of this study showed that schema therapy was effective in reducing impulsivity and increasing resilience in male prisoners.

Keywords: Schema Therapy, Impulsivity, Resilience, Prisoners.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تکانشگری و تاب‌آوری در زندانیان مرد انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زندانیان مرد شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود. ۳۰ نفر از زندانیان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس تکانشگری بارات (BIS-11؛ پاتون و همکاران، ۱۹۹۵) و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (RISC-CD؛ کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) استفاده شد. جلسات گروهی طرحواره درمانی بر اساس پروتکل یانگ و همکاران طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج نشان داد که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تکانشگری و تاب‌آوری در گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود داشت ($P<0.05$) و همچنین بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود نداشت و نتایج در دوره پیگیری حفظ شد ($P<0.05$). یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که طرحواره درمانی بر کاهش تکانشگری و افزایش تاب‌آوری زندانیان مرد موثر است.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی، تکانشگری، تاب‌آوری، زندانیان.

مقدمه

زندانیان با طیف گسترده‌ای از مشکلات روانشناختی مواجه هستند که می‌تواند نقش موثری بر ارتکاب جرم داشته باشد (زنگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). در پژوهش‌های مختلف افسردگی به عنوان یک اختلال شایع شناسایی شده است و نرخ شیوع آن اغلب دو برابر جمعیت عمومی است و منجر به غم و اندوه مداوم، ناامیدی و کناره‌گیری از تعاملات اجتماعی در زندانیان می‌شود (اوروک^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین اختلال استرس پس از سانحه تقریباً ۱۰ درصد از زندانیان را در بدو ورود تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ اختلالات روان‌پریشی، از جمله اسکیزوفرنی، حدود ۳ تا ۴ درصد از زندانیان را درگیر می‌کند و باعث توهم، هذیان و تفکر آشفته می‌شود و عملکرد روزانه آنها را مختل می‌کند (امیلیان^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین شیوع اختلالات سوء مصرف مواد غالب است، به طوری که تقریباً ۴۰ درصد با وابستگی به مواد مخدر و ۲۴ درصد با مشکلات الکل دست و پنجه نرم می‌کنند که با افزایش رفتارهای پرخطر و پرخاشگری ارتباط دارد (بوکت^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این افکار خودکشی و اقدام به آن با نرخ ۳ تا ۱۱ بیشتر از سطح جمعیت عمومی رخ می‌دهد که ناشی از افسردگی و حمایت ناکافی است (فنتاهون^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). بر این اساس به نظر می‌رسد که این جمعیت خاص نیاز به مداخلات روانشناختی و درمانی هدفمند است.

تکانشگری به عنوان یک واکنش هیجانی-رفتاری ناکارآمد، نقش مهمی در بروز رفتارهای پرخطر و اختلالات کنترل تکانه ایفا می‌کند (لوپز-تورسیلاز^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). این ویژگی در میان زندانیان به عنوان یک خصیصه فراگیر شناخته می‌شود و معمولاً با اقداماتی سریع، نسنجیده و بدون توجه به پیامدهای بلندمدت، ناشی از نشانه‌های فوری هیجانی یا محرک‌های محیطی همراه است (پریهودوا^۷ و همکاران، ۲۰۲۴). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که تکانشگری اغلب ریشه در عملکرد ناقص قشر پیش‌پیشانی مغز دارد و می‌تواند ناشی از سابقه تروما یا اختلالات عصبی-رشدی، مانند بیش‌فعالی و نقص توجه، باشد. این ویژگی در محیط‌های پرتنش و استرس‌زای زندان، که با غفلت، سوء استفاده و تحریک‌های مکرر همراه است، شدت یافته و تشدید می‌شود (احمدآبادی و همکاران، ۲۰۲۴). پیامدهای تکانشگری در زندان چندبعدی و گسترده است. از منظر انضباطی، زندانیان تکانشی بیشتر در معرض تخلفات مکرر، از جمله درگیری‌های فیزیکی، نقض قوانین و عدم رعایت مقررات قرار دارند؛ این امر چرخه‌های انزوا و محرومیت را در آنان تشدید کرده و احتمال از دست رفتن امتیازات و طولانی‌تر شدن دوران محکومیت را افزایش می‌دهد. از نظر بین‌فردی، تکانشگری باعث کاهش اعتماد میان زندانیان شده و درگیری‌های روزمره را به خشونت‌های جدی و حملات فیزیکی تبدیل می‌کند، که محیط زندان را پرتنش‌تر و ناسالم‌تر می‌سازد (ریچل^۸ و همکاران، ۲۰۲۳). علاوه بر این، تکانشگری پیامدهای بلندمدتی نیز دارد، پس از آزادی مشروط یا پایان دوران محکومیت، زندانیانی که سطح تکانشگری بالایی دارند، با خطر بیشتری در تکرار جرم مواجه هستند و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این خطر می‌تواند تا ۵۰ درصد افزایش یابد (مونوز-لوپز^۹ و همکاران، ۲۰۲۴).

در مقابل تاب‌آوری در زندانیان به عنوان یک ظرفیت روانشناختی شناخته می‌شود که افراد را قادر می‌سازد تا در میان چالش‌های بی‌وقفه زندان، از جمله انزوا، خشونت و از دست دادن استقلال، سازگار شوند، که اغلب از طریق عوامل محافظتی مانند پیوندهای اجتماعی قوی قبل از زندان، سبک‌های مقابله خوش‌بینانه و طرز فکر رشد پس از سانحه پرورش می‌یابد (ملک‌زاده و همکاران، ۲۰۲۵). این ویژگی در برابر ناامیدی مقاومت می‌کند و با تقویت تنظیم هیجان و حل مسئله، میزان رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودکشی در زندانیان را کاهش می‌دهد. زندانیان تاب‌آور به طور فعال‌تری در برنامه‌های توانبخشی، مانند جلسات روان درمانی و آموزش حرفه‌ای، مشارکت می‌کنند و به میزان تکمیل بالاتر و کسب مهارت‌هایی که موفقیت شغلی پس از آزادی را پیش‌بینی می‌کنند، دست می‌یابند (اوکوسا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین زندانیان تاب‌آور از نظر سلامتی، شیوه‌های سالم خودمراقبتی را اتخاذ می‌کنند و با انتخاب‌های محتاطانه در محیط‌های

1 Zeng

2 O'Rourke

3 Emilian

4 Bukten

5 Fentahun

6 López-Torrecillas

7 Prihodová

8 Reichl

9 Muñoz-López

10 Okwuosa

پرخاطر، با شیوع بیماری‌های عفونی مقابله می‌کنند؛ همچنین از نظر روانی، امید و خودکارآمدی بیشتر دارند و در برابر موقعیت‌های استرس‌زا مقابله کارآمدی دارند (یه^۱ و همکاران، ۲۰۲۵).

با توجه به مباحث مطرح شده و لزوم کاهش تکانشگری و بهبود تاب‌آوری اجرای مداخلات روانشناختی در زندانیان از اهمیت بالایی برخوردار است. با توجه به اینکه تکانشگری و تاب‌آوری با تجارب اولیه زندگی و رویدادهای آسیب‌زای اولیه ارتباط دارند؛ طرحواره درمانی یک مداخله کارآمد برای این گروه آسیب‌دیده است (اسپیرو^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). طرحواره درمانی با هدف قرار دادن طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ذهنیت‌های طرحواره‌ای که زیربنای رفتارهای تکانشی هستند، به ویژه در جمعیت‌های قانونی و دارای اختلال شخصیت مانند زندانیان، نقش محوری در بهبود تکانشگری ایفا می‌کند (سوسا^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). اثربخشی آن را در کاهش تکانشگری در میان افراد بزهکار با پرخاشگری بالا نشان می‌دهد، به طوری که پژوهشی نشان می‌دهد پس از ۱۵ جلسه کاهش قابل توجهی در این زمینه مشاهده شده است که در پیگیری نیز از طریق تکنیک‌هایی مانند بازپروری محدود و کار با ذهنیت که ذهنیت بزرگسال سالم را تقویت می‌کنند، پایدار مانده است (برنستاین^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). در پژوهش‌های گذشته نشان داده شد که مداخله در تکانشگری و خودکنترلی نوجوانان دارای اختلال نامنظم خلقی اخلاک‌گرا با استفاده از طرحواره‌درمانی ذهنیت‌مدار و آموزش کنترل تکانه، به‌طور معناداری خودکنترلی را بهبود بخشید و تکانشگری را کاهش داد (پشنگیان و همکاران، ۱۴۰۱). همچنین، طرحواره‌درمانی هیجانی در زنان مبتلا به اختلال دوقطبی موجب کاهش معنادار تکانشگری و علائم خلقی شد و این اثر تا سه ماه پیگیری پایدار باقی ماند (عرفان و همکاران، ۱۳۹۸). در بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، ترکیب رفتاردرمانی دیالکتیک و طرحواره‌درمانی هیجانی به کاهش بدتنظیمی هیجانی و تکانشگری و اصلاح طرحواره‌های هیجانی منجر شد و نسبت به گروه کنترل نتایج بهتری نشان داد (صبری و همکاران، ۱۴۰۰). همچنین، در افراد دارای سوءمصرف مواد، طرحواره‌درمانی گروهی در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، توانست وسوسه و رفتارهای تکانشی را کاهش دهد (حاجیپور و همکاران، ۱۳۹۹). این یافته‌ها نشان دادند که رویکردهای مبتنی بر طرحواره درمانی، در کنترل تکانشگری و بهبود تنظیم هیجان در جمعیت‌های مختلف کارآمد بوده‌اند.

طرحواره درمانی با هدف قرار دادن طرحواره‌های ناسازگار ریشه‌دار (الگوهای شناختی-عاطفی پایدار شکل گرفته در دوران کودکی) که مقابله سازگارانه و ثبات عاطفی را تضعیف می‌کنند، نقش محوری در افزایش تاب‌آوری ایفا می‌کند. طرحواره درمانی از طریق تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی، تصویرسازی مجدد و تمرین‌های تجربی، به افراد کمک می‌کند تا این طرحواره‌ها، مانند رهاشدگی یا نقص را شناسایی و تضعیف کنند و نیازهای عاطفی سالم‌تری را برآورده سازند. این فرآیند با جایگزینی سبک‌های مقابله ناسازگار، مانند اجتناب یا جبران بیش از حد، با استراتژی‌های سازگارانه‌ای که تنظیم عاطفی و اثربخشی بین فردی را ارتقا می‌دهند، تاب‌آوری را ایجاد می‌کند (علی‌زاده مقدم و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات آزمایشی اثربخشی آن را نشان می‌دهند و پیشرفت‌های قابل توجهی در تاب‌آوری سلامت، تاب‌آوری روانشناختی و سازگاری اجتماعی پس از مداخله، با تغییر طرحواره‌ها به سمت امنیت و انعطاف‌پذیری، نشان می‌دهند (محمدخانی و همکاران، ۲۰۲۲). در پژوهش‌های پیشین مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر تاب‌آوری، تنظیم شناختی هیجان و ولع مصرف در افراد سوءمصرف‌کننده مواد نشان داده شد که هر دو روش درمانی در بهبود تاب‌آوری، تنظیم شناختی هیجان و کاهش ولع مصرف مؤثر بودند، اما طرحواره‌درمانی در مرحله پیگیری اثرات پایدارتری نسبت به رفتاردرمانی شناختی داشت (قوتی و همکاران، ۱۴۰۰). در مطالعه‌ای دیگر طرحواره‌درمانی بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی نوجوانان دختر شهر کرمان به‌طور معناداری باعث افزایش تاب‌آوری و بهبود سازگاری اجتماعی شد و نشان داد که این رویکرد می‌تواند مهارت‌های مواجهه با تنش‌های روانشناختی را در این گروه تقویت کند (خساره و همکاران، ۱۴۰۲). همچنین در مقایسه اثربخشی رویکرد متمرکز بر هیجان و طرحواره‌درمانی بر تاب‌آوری، ابهام و خودمهارگری زنان دچار دلزدگی زناشویی یافت شد که هر دو روش موجب ارتقاء تاب‌آوری و خودمهارگری شدند، اما طرحواره‌درمانی اثرات گسترده‌تری در کاهش ابهام هیجانی نشان داد (تنباکوجیان و همکاران، ۱۴۰۰). در نهایت، طرحواره‌درمانی در بیماران مبتلا به سرطان پستان به‌طور معناداری موجب بهبود تنظیم هیجان و افزایش تاب‌آوری شد، به‌طوری‌که پس از ارائه مداخله گروهی این درمان، مسیرهای تنظیم هیجان ناسازگار کاهش و راهبردهای انطباقی و تاب‌آوری افزایش یافت (میرزایی و پورفرج عمران، ۱۴۰۴).

1 Ye

2 Spirou

3 Sousa

4 Bernstein

در مجموع، با توجه به اهمیت تکانشگری به عنوان عامل خطر در رفتارهای پرخطر زندانیان و نقش تاب‌آوری در تقویت سازگاری و مدیریت فشارهای روانی، بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر این متغیرها ضروری است. انجام این پژوهش می‌تواند هم به غنای دانش نظری در حوزه روانشناسی جنایی و روان‌درمانی کمک کند و هم پیامدهای کاربردی مهمی داشته باشد؛ از جمله ارائه راهکارهای مداخله‌ای هدفمند برای کاهش رفتارهای پرخطر، ارتقای سلامت روان زندانیان، تقویت مهارت‌های مقابله‌ای و توانبخشی آنان و در نهایت کاهش احتمال بازگشت به جرم پس از آزادی. یافته‌های این پژوهش می‌توانند برای برنامه‌ریزان و متخصصان روانشناسی زندان به عنوان راهنمای علمی در طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیرانه و توانبخشی مورد استفاده قرار گیرند. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تکانشگری و تاب‌آوری در زندانیان مرد انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل زندانیان مرد شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برای هر گروه ۱۳ نفر محاسبه شد؛ جهت پیشگیری از ریزش احتمالی برای هر گروه ۱۵ نفر لحاظ شد. بر این اساس ۳۰ نفر از زندانیان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۲۱ الی ۵۰ سال، جنسیت مرد، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم ابتلاء به اختلالات روانشناختی سایکوتیک و همچنین عدم ابتلاء به بیماری‌های جسمانی مزمن بود که با استفاده از مصاحبه بالینی در شروع پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. انصراف از ادامه همکاری در جلسات درمانی، غیبت در جلسات درمانی، نیاز به درمان فردی، عفو و پایان دوران محکومیت به عنوان معیارهای خروج لحاظ شد. ملاحظات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که نام و اطلاعات هویتی آن‌ها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج داده‌ها استفاده می‌شود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی بین شرکت کنندگان توزیع شد. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد متناسب اختصاص داده شد. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه‌های مداخله تحت طرحواره درمانی گروهی قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس آزمون و پس از گذشت سه ماه مجدداً آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس تکانشگری بارت (BIS-11):^۱ این مقیاس توسط پاتون^۲ و همکاران (۱۹۹۵) با ۳۰ سوال طراحی و اعتباریابی شد؛ این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود؛ دامنه نمرات در این مقیاس بین ۳۰ الی ۱۲۰ است و نمرات بالاتر نشان دهنده تکانشگری بیشتر است. این مقیاس شامل سه مولفه تکانشگری توجهی، تکانشگری حرکتی و تکانشگری عدم برنامه‌ریزی است. روایی سازه این مقیاس به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شد؛ نتایج نشان که این سه عامل ۰/۷۸ درصد واریانس را تبیین کردند؛ همچنین آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شده است (پاتون و همکاران، ۱۹۹۵). در نمونه ایرانی خلوتی و همکاران (۲۰۲۴) روایی به روش تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شده و سه عامل از چرخش واریماکس عوامل استخراج شد که ۰/۶۷ درصد واریانس را تبیین کرد؛ همچنین همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۳ (RISC-CD): این مقیاس توسط کانر و دیویدسون^۴ (۲۰۰۳) طراحی شد و شامل ۲۵ سوال است و در مقیاس پنج درجه ای لیکرت از ۱ تا ۴ به صورت اصلاً درست نیست (۰)، به ندرت درست است (۱)، گاهی اوقات درست (۲)، اغلب درست است (۳) و تقریباً در همه اوقات درست است (۴) ارزیابی می‌شود. بنابراین دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ قرار می‌گیرد و نمرات

1 Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)

2 Patton

3 Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

4 Connor & Davidson

بالتر نشان دهنده تاب‌آوری بالاتر است. آلارسون^۱ و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای روایی همگرایی این مقیاس را با مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده ($r=0/44$) و پایداری آن با همسانی درونی آن به روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ $0/89$ گزارش کرده است. در ایران بخشایش اقبالی و همکاران (۲۰۲۲) این مقیاس را ترجمه و اعتباریابی کردند، روایی به روش تحلیل عاملی تایید بررسی و 25 آیت در زیرمقیاس تایید شدند و همه سوالات بار عاملی بیش از $0/30$ داشتند، همچنین پایداری به روش همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ $0/94$ محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ $0/80$ محاسبه شد.

مداخله طرحواره درمانی: جلسات گروهی طرحواره درمانی بر اساس پروتکل یانگ^۲ و همکاران (۲۰۰۳) طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی (هر هفته دو جلسه) اجرا شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی گروهی

جلسات	اهداف و محتوا
۱	پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف طرحواره درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب رویکرد طرحواره درمانی صورت بندی شد. بر روی موارد زیر تاکید گردیده است: ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و مقررات مربوط به طرحواره درمانی، مرور اهداف و منطق کلی درمان، برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، بیان قواعد (رازداری، محرمانه بودن، احترام و گوش دادن و ...)، شناخت مشکل فعلی مراجع و سنجش مراجعان برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه فردی.
۲	شواهد عینی تأیید کننده یا رد کننده طرحواره‌ها بر اساس زندگی فعلی و گذشته مورد بررسی قرار می‌گیرد و پیرامون جنبه طرحواره موجود با طرحواره سالم بحث و گفتگو گردیده است. اهداف اختصاصی این جلسه شامل، تعریف طرحواره درمانی، تعریف طرحواره‌های ناسازگار اولیه،
۳	تعریف ویژگی‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تعریف ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها می‌باشد.
۴	تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابل‌های آموزش داده شد. اهداف این جلسه شامل: معرفی حوزه‌های طرحواره و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شرح مختصر در مورد بیولوژی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، توضیح در مورد عملکردهای طرحواره می‌باشد.
۵	مفهوم بزرگسال سالم در ذهن بیمار تقویت شد، نیازهای هیجانی ارضا نشده آنها شناسایی و راهکارهای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آموزش داده شد. اهداف این جلسه شامل: معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار که باعث تداوم طرحواره‌ها می‌گردند به همراه مثال‌هایی از زندگی روز مره، تعریف مفهوم ذهنیت‌های طرحواره‌ای و ایجاد آمادگی در بیمار برای سنجش و تغییر طرحواره‌ها می‌باشد.
۶	برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی آموزش داده گردیده است. اهداف دیگر این جلسه شامل ایجاد آمادگی برای تغییر، سنجش طرحواره‌ها از طریق پرسشنامه و ارائه بازخورد برای شناسایی بیشتر طرحواره‌ها می‌باشد.
۷	ارائه راهبردهای شناختی برای تغییر؛ در جلسه ششم تکنیک‌های مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها آموزش داده شده است.
۸	رابطه درمانی، رابطه با افراد مهم زندگی و نقش بازی کردن آموزش داده شد. اهداف دیگر شامل برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره توسط بیماران و آموزش تکمیل فرم ثبت طرحواره توسط بیماران.
۹	معرفی راهبردهای تجربی برای تغییر؛ در جلسه هشتم به تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفا نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید آموزش داده شد. اهداف دیگر این جلسه شامل انجام گفتگوهای خیالی، نوشتن نامه به عنوان تکالیف خانگی، ارائه منطق استفاده از چنین تکنیک‌هایی در درمان و باز والدینی در حین کار با تصاویر ذهنی می‌باشد.
۱۰	(الگو شکنی رفتار): مزایا و معایب رفتارهای سالم و ناسالم مورد بررسی قرار گرفت و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار آموزش داده شد. تعیین رفتارهای خاص به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر، اولویت‌بندی رفتارها برای الگو شکنی و آمادگی برای انجام الگو شکنی رفتاری اهداف دیگر این جلسه هستند.
۱۱	(ادامه الگو شکنی رفتار): مطالب جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یادگرفته شده تمرین شد. اهداف درمانی شامل: افزایش انگیزه برای تغییر، آموزش تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش و آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی می‌باشد.

1 Alarcón

2 Young

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۰ نفر در دو گروه ۱۵ نفری مشارکت داشتند، میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش ($51/93 \pm 2/46$) و گروه کنترل ($53/80 \pm 2/21$) بر حسب سال همگون بود. همه شرکت‌کنندگان دو گروه مرد بودند. از نظر تحصیلات در گروه آزمایش ۵ نفر ($33/3\%$) دیپلم، ۳ نفر (20%) کاردانی و ۷ نفر ($46/7\%$) کارشناسی؛ همچنین در گروه کنترل ۴ نفر ($26/7\%$) دیپلم، ۴ نفر ($26/7\%$) کاردانی و ۷ نفر ($46/7\%$) کارشناسی بودند. از نظر وضعیت تاهل در گروه آزمایش ۸ نفر ($53/3\%$) مجرد، ۲ نفر ($13/3\%$) متاهل و ۵ نفر ($33/3\%$) مطلقه؛ همچنین در گروه کنترل ۷ نفر ($46/7\%$) مجرد، ۴ نفر ($26/7\%$) متاهل و ۴ نفر ($26/7\%$) مطلقه بودند. شرکت‌کنندگان از نظر نوع جرم در طیف گسترده‌ای از جرائم عمد و غیرعمد قرار داشتند که در هر دو گروه به‌صورت برابر ۵ نفر ($33/3\%$) جرائم عمد و ۱۰ نفر ($66/7\%$) جرائم غیرعمد جایگذاری شدند. از نظر سابقه محکومیت، هیچ یک از افراد دارای سابقه محکومیت قبلی نداشتند. همچنین از نظر طول مدت محکومیت برای گروه آزمایش ($2/0 \pm 18/89$) و گروه کنترل ($2/21 \pm 1/12$) سال بود. در جدول ۲ شاخص‌های گرایش مرکزی متغیرهای تکانشگری و تاب‌آوری و نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی متغیرهای تکانشگری و تاب‌آوری به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	مراحل	گروه	میانگین	انحراف معیار	شاپیرو ویلک آماره	معناداری
تکانشگری	پیش آزمون	آزمایش	71/13	5/95	0/98	0/94
		کنترل	72/93	6/02	0/93	0/24
	پس آزمون	آزمایش	63/73	6/07	0/95	0/55
		کنترل	72/80	5/84	0/92	0/17
	پیگیری	آزمایش	64/00	5/80	0/97	0/84
		کنترل	72/86	5/73	0/93	0/24
تاب‌آوری	پیش آزمون	آزمایش	45/40	5/30	0/96	0/63
		کنترل	45/33	4/77	0/96	0/81
	پس آزمون	آزمایش	51/86	6/22	0/97	0/88
		کنترل	46/20	4/63	0/96	0/69
	پیگیری	آزمایش	51/46	6/32	0/96	0/72
		کنترل	46/40	4/40	0/97	0/84

در جدول ۲ نتایج نشان می‌دهد که گروه مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیرهای تکانشگری و تاب‌آوری داشته است؛ در واقع روند تغییرات در در متغیر تکانشگری کاهشی اما در تاب‌آوری افزایشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌های هر دو متغیر در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال بودند ($P > 0/05$)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در هر دو متغیر به تفکیک مراحل سنجش همگون بود؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار بود ($P > 0/05$). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیرهای تکانشگری و تاب‌آوری معنادار نبود، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به ملاحظات مورد نظر در پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای تکانشگری و تاب‌آوری

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۳	۲۴/۳۰	۴	۱۱۲	۰/۰۱	۰/۴۶	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۷	۷۵/۲۹	۴	۱۱۰	۰/۰۱	۰/۷۳	۱
	اثر هتلینگ	۱۲/۹۶	۱۷۴/۹۵	۴	۱۰۸	۰/۰۱	۰/۸۷	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۱۲/۹۶	۳۶۲/۸۴	۲	۵۶	۰/۰۱	۰/۹۳	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیر وابسته به‌طور همزمان ($F=24/30$, $P=0/01$)، $\eta^2=0/93$ (ثریلایی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیرهای مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در دو گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نیست که در کدام یک از گروه‌ها در ترکیب متغیرها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای متغیرهای تکانشگری و تاب‌آوری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
تکانشگری	زمان	۲۷۱/۷۵	۲	۱۳۵/۸۷	۳۰۹/۰۴	۰/۰۱	۰/۹۱	۱
	زمان*گروه	۲۵۶/۹۳	۲	۱۲۸/۴۸	۲۹۲/۲۱	۰/۰۱	۰/۹۱	۱
	خطا	۲۴/۶۲	۵۶	۰/۴۴				
تاب‌آوری	بین گروه‌هی	۹۷۳/۵۱	۱	۹۷۳/۵۱	۹/۴۱	۰/۰۱	۰/۲۵	۱
	زمان	۲۶۱/۷۵	۲	۱۳۰/۸۷	۱۳۲/۹۸	۰/۰۱	۰/۸۳	۱
	زمان*گروه	۱۴۱/۸۰	۲	۷۰/۹۰	۷۲/۰۴	۰/۰۱	۰/۷۲	۱
	خطا	۵۵/۱۱	۵۶	۰/۹۸				
	بین گروه‌هی	۴۹۱/۶۰	۱	۴۹۱/۶۰	۶/۴۵	۰/۰۱	۰/۱۸	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر تکانشگری ($F=9/41$, $P=0/01$) و تاب‌آوری ($F=6/45$, $P=0/01$)، $\eta^2=0/18$ تفاوت معنادار وجود دارد؛ در واقع مداخله نقش موثری بر کاهش تکانشگری و افزایش تاب‌آوری داشته است. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغییرات درون گروهی متغیرهای تکانشگری و تاب‌آوری

متغیرها	مراحل سنجش	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
تکانشگری	پیش‌آزمون	۷/۴۰	۰/۰۱	۰/۱۳	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	۷/۱۳	۰/۰۱	۰/۰۷	۱/۰۰
	پس‌آزمون	۰/۲۷	۱/۰۰	۰/۰۷	۱/۰۰
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	۶/۴۷	۰/۰۱	۰/۸۶	۰/۲۳
	پیش‌آزمون	۶/۰۷	۰/۰۱	۱/۰۶	۰/۱۷
	پس‌آزمون	۰/۴۰	۰/۱۰	۰/۲۰	۰/۲۵

نتایج آزمون بن‌فرونی نشان داد که فقط در گروه مداخله بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود داشت ($P=0/01$)؛ این در حالی است که در گروه مداخله بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات نتایج در طول زمان است ($P<0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تکانشگری و تاب‌آوری در زندانیان مرد انجام شد. یافته اول نشان داد که طرحواره درمانی گروهی بر کاهش تکانشگری زندانیان مرد موثر بوده است؛ این یافته با پژوهش‌های پشنگیان و همکاران (۱۴۰۱)، صبری و همکاران (۱۴۰۰)، حاجیپور و همکاران (۱۳۹۹) و عرفان و همکاران (۱۳۹۸) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که ساختار و محتوای جلسات طرحواره‌درمانی، با تأکید نظام‌مند بر شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ریشه‌های تحولی آن‌ها، زمینه افزایش بینش هیجانی-شناختی نسبت به الگوهای تکانشگرانه را فراهم می‌سازد. بزهکاران غالباً واجد طرحواره‌هایی نظیر محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری و خویش‌داری ناکافی هستند که با نقص در تحمل هیجانی و ضعف بازداری رفتاری همراه بوده و به تکانشگری منجر می‌شود (قوتی و همکاران، ۱۴۰۰). طرحواره‌درمانی از طریق به‌کارگیری هم‌زمان فنون شناختی، هیجانی و تجربی، باورهای هسته‌ای ناکارآمد مرتبط با این طرحواره‌ها را فعال، مورد بازسازی و تعدیل قرار می‌دهد. به‌ویژه، مداخلات هیجانی-تجربی مانند تصویرسازی ذهنی و گفت‌وگوی صندلی‌ها با کاهش شدت برانگیختگی هیجانی، به بهبود تنظیم هیجان و مهار پاسخ‌های تکانشگرانه کمک می‌کند (برنستاین و همکاران، ۲۰۲۳). افزون بر این، آموزش و تمرین سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه به جای الگوهای اجتنابی یا جبرانی افراطی، موجب ارتقای خودکنترلی و کنترل رفتاری می‌گردد. در این راستا، تقویت «ذهنیت بزرگسال سالم» به‌عنوان هسته مداخله‌ای طرحواره‌درمانی، نقش تعیین‌کننده‌ای در افزایش خودکنترلی و کاهش تکانشگری دارد (حاجیپور و همکاران، ۱۳۹۹). همچنین، بستر گروهی درمان از طریق یادگیری مشاهده‌ای و بازخورد اصلاحی اعضای گروه، به تثبیت مهارت‌های بازداری رفتاری کمک می‌نماید. در مجموع، این فرایندها موجب می‌شود فرد به‌تدریج قادر به ایجاد فاصله شناختی-هیجانی میان محرک و پاسخ شده و از بروز رفتارهای تکانشگرانه پیشگیری کند.

یافته دوم نشان داد که طرحواره درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری زندانیان مرد موثر بوده است؛ این یافته با پژوهش‌های میرزایی و پورفرج عمران (۱۴۰۴)، خساره و همکاران (۱۴۰۲)، قوتی و همکاران (۱۴۰۰) و تنباکوجیان و همکاران (۱۴۰۰) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که طرحواره‌درمانی با مداخله در سطوح عمیق و زیربنایی شخصیت و تنظیم هیجان، نقش مؤثری در ارتقای تاب‌آوری ایفا می‌کند؛ به‌گونه‌ای که فراتر از کاهش نشانه‌ها، به بازسازی الگوهای پایدار مقابله با استرس می‌پردازد. این رویکرد با شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه برخاسته از تجارب نامطلوب دوران کودکی، موجب افزایش خودآگاهی و بینش هیجانی نسبت به الگوهای دیرپای آسیب‌پذیری می‌شود که نحوه مواجهه فرد با فشارهای روانی را شکل می‌دهند. درک ریشه‌های تحولی این آسیب‌پذیری‌ها، زمینه عادی‌سازی واکنش‌های هیجانی به تنیدگی و کاهش خودناتوان‌سازی را فراهم می‌سازد که از مؤلفه‌های اساسی تاب‌آوری محسوب می‌شوند (محمدخانی و همکاران، ۲۰۲۲). فنون هیجانی-تجربی طرحواره‌درمانی امکان پردازش هیجانی تجارب دردناک حل‌نشده و نیازهای هیجانی ارضانده را فراهم کرده و از این طریق به یکپارچگی عاطفی و افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شوند. هم‌زمان، تضعیف سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار نظیر تسلیم، اجتناب و جبران افراطی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را افزایش داده و فرد را قادر می‌سازد به‌صورت فعال و سازنده با استرس مواجه شود و دست از رفتارهای طرحواره خاست بردارد و در نتیجه افراد با واقعیت زندگی مواجه شده و الگوی رفتاری تاب‌آورانه و مبتنی بر حل مسئله اتخاذ کنند (خساره و همکاران، ۱۴۰۲). از سوی دیگر، رابطه درمانی مبتنی بر «بازپروری محدود» به‌عنوان یک تجربه هیجانی اصلاحی، احساس ایمنی، اعتماد و حمایت درونی شده را در فرد تقویت می‌کند که این امر ظرفیت تحمل ناکامی‌ها و بازایی پس از ناکامی‌ها را افزایش می‌دهد. علاوه بر این، طرحواره‌درمانی با پرورش معنا، شفقت به خود و هدف‌گذاری واقع‌بینانه، منابع درونی پایدار لازم برای سازگاری مؤثر با ناملایمات را فراهم می‌سازد (علی‌زاده‌مقدم و همکاران، ۲۰۲۴). در مجموع، طرحواره‌درمانی از طریق بازسازی باورهای هسته‌ای، بهبود تنظیم هیجانی و بهبود سبک‌های مقابله‌ای، بستر شکل‌گیری و تداوم تاب‌آوری روان‌شناختی را در مواجهه با فشارهای زندگی فراهم می‌کند.

در مجموع، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که طرحواره درمانی با هدف شناسایی و اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، توانسته است به‌طور معناداری تکانشگری را در زندانیان مرد کاهش داده و هم‌زمان با تقویت راهبردهای مقابله‌ای سازگار، سطح تاب‌آوری آنان را افزایش دهد؛ از این‌رو می‌توان این رویکرد درمانی را به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در ارتقای سلامت روان این گروه مورد توجه و استفاده قرار داد.

با وجود نتایج قابل توجه پژوهش حاضر، این مطالعه با محدودیت‌هایی همراه است که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرد؛ از جمله می‌توان به حجم نمونه نسبتاً کوچک و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر زندانیان، به‌ویژه در شهرها و شرایط فرهنگی متفاوت، محدود می‌سازد. همچنین تمرکز پژوهش صرفاً بر زندانیان مرد با دامنه سنی و سطح تحصیلی مشخص، امکان تعمیم یافته‌ها به زندانیان زن یا افراد با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت را کاهش می‌دهد. استفاده از ابزارهای خودگزارشی می‌تواند تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی و تمایل به پاسخ‌های اجتماعی مطلوب، به‌ویژه در محیط زندان، قرار گیرد. علاوه بر این، کنترل کامل متغیرهای مداخله‌گر نظیر شرایط محیطی زندان، حمایت‌های اجتماعی، وضعیت قضایی و تفاوت‌های فردی شرکت‌کنندگان امکان‌پذیر نبود. در نهایت، اگرچه دوره پیگیری سه‌ماهه برای بررسی پایداری اثرات درمان در نظر گرفته شد، اما بازه‌های زمانی طولانی‌تر می‌توانست اطلاعات دقیق‌تری درباره ماندگاری اثرات طرحواره درمانی ارائه دهد. با توجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده با حجم نمونه بیشتر و روش‌های نمونه‌گیری تصادفی انجام شود تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. همچنین بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در زندانیان زن و افراد با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت، استفاده از روش‌های چندمنبعی گردآوری داده‌ها به‌منظور کاهش سوگیری خودگزارشی، کنترل دقیق‌تر متغیرهای مداخله‌گر و طراحی دوره‌های پیگیری طولانی‌مدت‌تر می‌تواند به غنای یافته‌ها و افزایش اعتبار پژوهش‌های آتی کمک کند. با توجه به اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش تکانشگری و افزایش تاب‌آوری زندانیان مرد، پیشنهاد می‌شود این رویکرد به‌صورت برنامه‌ای ساختاریافته در قالب مداخلات روان‌درمانی گروهی در مراکز اصلاح و تربیت و زندان‌ها به‌کار گرفته شود و با آموزش و به‌کارگیری درمانگران متخصص، به‌عنوان بخشی از خدمات سلامت روان زندان‌ها برای ارتقای سازگاری روانشناختی مورد استفاده قرار گیرد.

منابع

- پشنگیان، ن.، کیخسروانی، م.، امینی، ن.، و عباسی، م. (۱۴۰۱). مداخله‌ای در تکانشگری و خودکنترلی نوجوانان دارای اختلال نامنظم خلقی اخلاخل گرانه: اثربخشی و کارآمدی طرحواره درمانی ذهنیت مدار و آموزش کنترل تکانه. *روانشناسی مدرسه و آموزشگاه*، ۱۱ (۲)، ۳۸-۲۱.
- https://jssp.uma.ac.ir/article_1722.html?lang=fa
- تنباکوچیان، ر.، زنگنه مطلق، ف.، و بیات، م. ر. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی رویکرد متمرکز بر هیجان و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری ابهام و خودمهارگری زنان دچار دزدگی زناشویی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۹ (۱)، ۱۲-۱۰.
- <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-969-fa.html>
- حاجیپور، ح.، بیاضی، م. ح.، و نجات، ح. (۱۳۹۹). مقایسه اثر بخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف‌کننده مواد. *روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۱۰ (۱)، ۵۵-۳۹.
- https://tpccp.um.ac.ir/article_39362.html
- خساره، ح.، پولادی ریشه‌ری، ع.، و محمدی، س. ی. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در نوجوانان دختر شهر کرمان. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۷ (۶۸)، ۱۱۵-۱۲۲.
- https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15326.html
- صبری، و.، یعقوبی، ح.، حسینی، ج.، و محمود علیلو، م. (۱۴۰۰). تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک و طرح‌واره‌درمانی هیجانی در تکانشگری، بد تنظیمی هیجانی و طرح‌واره‌های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۹ (۲)، ۱۶-۱.
- https://cpap.shahed.ac.ir/article_3304.html
- عرفان، ع.، قزلباش، س.، کاظمیان، م.، و نوربالا، الف. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تکانشگری و علائم خلقی زنان مبتلا به اختلال دوقطبی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷ (۳)، ۳۸۸-۳۹۹.
- <https://rbs.mui.ac.ir/article-1-675-fa.html>
- قوتی، ع.، آهوان، م.، و بلقان آبادی، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر تاب‌آوری، تنظیم شناختی هیجان و ولع مصرف در افراد سوء مصرف‌کننده مواد. *فصلنامه علمی/اعتیادپژوهی*، ۱۵ (۶۲)، ۱۱۳-۱۴۰.
- <http://etiadpajohi.ir/article-1-2573-fa.html>
- میرزایی، س.، و پورفرج عمران، م. (۱۴۰۴). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تنظیم هیجانی و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه نیمه‌تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۲۴ (۴)، ۳۵۹-۳۴۶.
- <http://journal.rums.ac.ir/article-1-7472-fa.html>
- Ahmadabadi, M. S. S., Mirsaleh, Y. R., & Yousefi, Z. (2024). Effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) on Self-Control and Impulsivity in Male Prisoners. *Iranian Journal of Psychiatry*, 19(2), 185.
- <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11055976/>

The effectiveness of schema therapy on impulsivity and resilience in male prisoners

- Alizade Moghaddam, A., Vaslehchi, T., Azimi Takami, Z., Azimi Takami, F., & Kiani, S. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Health Anxiety and Health Stubbornness of People Visiting Neurology Clinics. *Health Nexus*, 2(1), 21-28. <https://doi.org/10.61838/kman.hn.2.1.3>
- Bakhshayesh Eghbali, B., Pourramzani, A., Bahadivand Chegini, A. H., Mirniam, L., Hasanzadeh, K., & Saadat, S. (2022). Validity and reliability of connor-davidson resilience scale in patients with multiple sclerosis: a psychometric study in Iran. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 9(2), 45-50. http://ajnpp.umsha.ac.ir/browse.php?a_id=404&sid=1&slc_lang=en&html=1
- Bernstein, D. P., Keulen-de Vos, M., Clercx, M., De Vogel, V., Kersten, G. C., Lancel, M., ... & Arntz, A. (2023). Schema therapy for violent PD offenders: A randomized clinical trial. *Psychological medicine*, 53(1), 88-102. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9874993/>
- Bukten, A., Virtanen, S., Hesse, M., Chang, Z., Kvamme, T. L., Thylstrup, B., ... & Stavseth, M. R. (2024). The prevalence and comorbidity of mental health and substance use disorders in Scandinavian prisons 2010–2019: a multi-national register study. *BMC psychiatry*, 24(1), 95. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05540-6>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12964174/>
- Emilian, C., Al-Juffali, N., & Fazel, S. (2025). Prevalence of severe mental illness among people in prison across 43 countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 10(2), e97-e110. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00280-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00280-9)
- Fentahun, S., Wondie, M., Melkam, M., Tadesse, G., & Tesfaw, G. (2024). Suicidal ideation, attempt and associated factors among prisoners in Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. *PLoS one*, 19(4), e0301410. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0301410>
- Khalvati, M., Harouni, G. G., Ghazanfarpour, M., Asgari, M., Hadinezhad, P., Khosravifar, S., & Babakhanian, M. (2024). Cultural adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS) in a population of Iranian drug and alcohol addicts. *Environment and Social Psychology*, 9(6), 20-24. <https://doi.org/10.54517/esp.v9i6.2042>
- López-Torrecillas, F., Castillo-Fernández, E., Ramírez-Uclés, I., & Martín, I. (2021). Impulsivity and compulsivity and their relationship with non-adherence to treatment in the prison population. *International journal of environmental research and public health*, 18(16), 8300. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168300>
- Malekzadeh, M., Zoladl, M., & Movahedi, H. (2025). The effect of reality therapy on resilience and self-efficacy of prisoners: a randomized controlled trial study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 69(13-14), 1860-1872. <https://doi.org/10.1177/0306624X231188230>
- Mohammadkhani, S., Foroutan, A., Akbari, M., & Shahbahrami, M. (2022). Emotional schemas and psychological distress: Mediating role of resilience and cognitive flexibility. *Iranian Journal of Psychiatry*, 17(3), 284. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9699810/>
- Muñoz-López, L., Serrano, F., López-Torrecillas, M. D. C., Sánchez-Barrera, M. B., Martín, I., & López-Torrecillas, F. (2024). Impulsive and compulsive reading comprehension in the prison population. *BMC psychiatry*, 24(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05372-w>
- Okwuosa, L. N., Onu, D. U., & Onyedibe, M. C. C. (2025). Inmates' adaptation to prison: investigating the mediating role of resilience in the relationship between religiosity and prison adjustment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 69(13-14), 1910-1924. <https://doi.org/10.1177/0306624X241246097>
- O'Rourke, R., Marriott, M., Trigg, R., & Kitson-Boyce, R. (2025). A phenomenological analysis of young male prisoners' experiences of trauma: 'Trauma is every day'. *International Journal of Law, Crime and Justice*, 81, 100732. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1756061625000084>
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768-774. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8778124/>
- Příhodová, K., Fazio, R., Kázmér, L., Příhodová, T., Lawyer, S. R., Rasmussen, E. B., & Vevera, J. (2024). Impulsivity profile in the prison population—a comparative case-control study. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 24(5), 856-873. <https://doi.org/10.1080/24732850.2023.2290001>
- Reichl, D., Heindl, B., Distler, A. L., & Steins-Loeber, S. (2023). Attentional impulsivity accounts for the association of antisociality with craving and mental health problems in incarcerated individuals with substance dependence. *International journal of prisoner health*, 19(4), 653-667. <https://doi.org/10.1108/IJPH-03-2022-0023>
- Sousa, M., Gouveia, C., Cunha, O., & de Castro Rodrigues, A. (2024). The effectiveness of schema therapy in individuals who committed crimes: a systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(5), 3631-3642. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11545328/>
- Spirou, D., Raman, J., Bishay, R. H., Ahlenstiel, G., & Smith, E. (2022). Childhood trauma, posttraumatic stress disorder symptoms, early maladaptive schemas, and schema modes: a comparison of individuals with obesity and normal weight controls. *BMC psychiatry*, 22(1), 517. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04169-7>
- Ye, Z., Wang, J., & Wang, J. (2025). Resilience solution to solve prisoner's dilemma in port shore power usage: The value of government subsidies on port. *Journal of Sea Research*, 205, 102578. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1385110125000176>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press.
- Zeng, Y., Zhang, Q., Yan, J., Qi, K., Ma, A., Liu, X., & Xiao, J. (2024). The relationship between nature exposure and depression among Chinese prisoners: A moderated mediation model. *Frontiers in Psychology*, 15, 1252864. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1252864>