



The effectiveness of group schema therapy on self-concept and impulsivity in people with post-traumatic stress disorder

Zohreh Khosravi¹, Mehdi Zohrevand^{2*}, Parviz Sabahi³

1. MA of General Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Markazi, Iran
2. MA of General Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Semnan University, Semnan, Iran
3. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Semnan University, Semnan, Iran

Citation: Khosravi, Z., Zohrevand, M., & Sabahi, P. (2023). The effectiveness of group schema therapy on self-concept and impulsivity in people with post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Achievements*, 8(4), 219-231.

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of group schema therapy on self-concept and impulsivity in people with post-traumatic stress disorder. This research was practical in terms of purpose and was carried out in the form of semi-experimental research and within the framework of a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population included all the people who referred to the two counseling centers of Arak City in the fall of 2022, from which 30 people were selected by the available sampling method and randomly by lottery in two experimental groups (15 people) and Control (15 people) were replaced. The experimental group was subjected to group schema therapy intervention during 8 sessions of 90 minutes and answered impulsivity questionnaires (Barat et al., 1998) and the self-concept of Rogers (1957). The data were analyzed using multivariate and univariate analysis of covariance and using SPSS-26 software. The results showed that schema therapy was able to have a significant effect in reducing impulsivity (components of unplanned, cognitive, and motor components) and increasing self-concept in the participants of the experimental group ($P < 0.01$). schema therapy intervention can be used to reduce impulsivity symptoms and increase self-concept for people with post-traumatic stress disorder and benefit from it.

Keywords: schema therapy, impulsivity, self-concept, post-traumatic stress disorder

* Corresponding Author: Mehdi Zohrevand

E-mail: Mehdizohrevand1995@gmail.com





اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر خودپنداره و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه

زهرة خسروی^۱، مهدی زهره‌وند^{۲*}، پرویز صباحی^۳

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم پزشکی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، مرکزی، ایران
۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران
۳. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر خودپنداره و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود. این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و در قالب یک پژوهش نیمه آزمایشی و در چهارچوب یک طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده به دو مرکز مشاوره شهر اراک، در پاییز سال ۱۴۰۱ بود که از این میان تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی با روش قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش در طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله طرح‌واره درمانی گروهی قرار گرفتند و به پرسشنامه‌های تکانشگری (بارت و همکاران، ۱۹۹۸) و خودپنداره راجرز (۱۹۵۷) پاسخ دادند. داده‌ها نیز با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری و تک متغیری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد طرح‌واره درمانی توانست در کاهش تکانشگری (مؤلفه‌های بی‌برنامگی، شناختی و حرکتی) و افزایش خودپنداره در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش تأثیر معناداری داشته باشد ($P < 0/01$). می‌توان از مداخله طرح‌واره درمانی در جهت کاهش نشانگان تکانشگری و همچنین افزایش خودپنداره برای افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه استفاده کرد و از آن سود جست.

کلید واژه‌ها: طرح‌واره درمانی، تکانشگری، خودپنداره، اختلال استرس پس از سانحه

مقدمه

اختلال استرس پس از سانحه Post-traumatic stress disorder یکی از اختلالات روانی است و زمانی رخ می‌دهد که فرد در معرض یک رویداد آسیب‌زای شدید قرار می‌گیرد (Huang et al., 2019). به طور کلی، شیوع این اختلال در سطح جمعیت عمومی از ۱٪ تا ۹٪ برآورد شده است. این اختلال اولین بار در طبقه‌بندی تشخیصی انجمن روان‌پزشکی آمریکا در سال ۱۹۸۰ معرفی شد (به شاپور و همکاران، ۱۳۹۴). در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا American Psychiatric Association, 2022)، علائم اختلال استرس پس از سانحه شامل علائم مزاحم، علائم اجتناب، تغییرات منفی در شناخت و خلق و خو و برانگیختگی است. بر اساس نتایج به دست آمده تخمین زده می‌شود که ۹۰ درصد افراد حداقل یک بار در طول زندگی خود در معرض یک رویداد آسیب‌زا قرار می‌گیرند. با این حال، همه افراد پس از یک رویداد آسیب‌زا به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا نمی‌شوند (Wharton et al., 2019).

این افراد با توجه به اختلالی که دچار آن شده‌اند، گاه‌گاه در ابعاد دیگر زندگی خود نیز دچار مشکلاتی می‌شوند. به اعتقاد انگلبرج و جابسون (Engelbrecht & Jobson, 2020) و سازمان بهداشت جهانی (World Health Organisation, 2019) خودپنداره این افراد می‌تواند کاهش پیدا کند. در واقع خودپنداره در طول زمان رشد می‌کند و ظهور می‌کند و در عین حال فرآیندی پویا و ساختار یافته است که بر اساس عوامل مختلف می‌تواند دگرگون شود و ادراک فرد را از آن تغییر بدهد اگر این ادراک مثبت و متوسط باشد، فرد از سلامت روانی خوبی برخوردار است و اگر خودپنداره فرد منفی باشد، از نظر روانی ناسالم محسوب می‌شود (حسینی، ۱۳۸۰، به نقل از زهره‌وند و همکاران، ۱۳۹۹). همین امر در مورد افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نیز صدق می‌کند. به طوری که بر اساس اعتقاد بانز (Banz et al., 2022) و اهلرز و کلارک (Ehlers & Clark, 2000)، یک خودپنداره منفی با شناخت‌های ناکارآمد درباره خود مشخص می‌شود و به عنوان یک عامل کلیدی در ایجاد و حفظ اختلال استرس پس از سانحه عمل می‌کند. میرزایی و همکاران (۱۳۹۶) نیز در پژوهشی دریافتند که میزان خودپنداره در نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه و عادی با یکدیگر تفاوت دارد. در International Classification of Diseases (ICD-11)، تشخیص جدید اختلال استرس پس از سانحه پیچیده Complex post-traumatic stress disorder (CPTSD) شامل یک خودپنداره منفی (باورهایی در مورد خود به عنوان یک فرد شکست خورده یا بی‌ارزش، همراه با احساس مداوم شرم، گناه، یا شکست در رابطه با آسیب‌زا) است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۹). که همین عوامل می‌تواند اینگونه افراد را به سمت ناسازگاری روان‌شناختی سوق دهد (Engelbrecht & Jobson, 2020). به عبارتی دیگر هر بار شروع اختلال استرس پس از سانحه باعث کاهش توانایی حافظه و عملکرد توجه می‌شود که در زندگی فرد اختلال ایجاد می‌کند و منجر به انکار خود می‌شود و در نتیجه باعث کاهش عزت نفس در بین افرادی می‌شود که دچار این اختلال هستند (Omasu et al., 2018).

از طرفی دیگر اختلال استرس پس از سانحه با طیفی از رفتارهای تکانشی (مثلاً رفتار جنسی پرخطر و رفتار ضداجتماعی) مرتبط است (Moeller et al., 2001) تکانشگری را (Patel et al., 2023; Morris et al., 2020; WEISS ET AL., 2012). در این باره (Moeller et al., 2001) تکانشگری را گرایش و آمادگی برای ابراز مولر واکنش‌های سریع و بی‌برنامه نسبت به محرک‌های درونی و بیرونی، بدون توجه به عواقب و پیامدهای آن‌ها تعریف کرده‌اند (محمود علیلو و همکاران ۲۰۱۸). بر اساس دیدگاه رفتاری، تکانشگری شامل سودهای کم ارزش و کوتاه مدت در برابر سودهای ارزشمندتر و بلندمدت در نظر گرفته می‌شود (Petry, 2001). سندرم کمبود پاداش مغزی از طریق اعتیاد یا رفتار پاداش جویانه شناخته می‌شود. بر اساس تحقیقات (Blum & Kozlowski, 1990)، افراد مبتلا به سندرم کمبود پاداش تمایل دارند شدیدترین انواع احساسات را دنبال کنند؛ این باعث می‌شود که آن‌ها بتوانند به یک احساس مستمر و پایدار از پاداش و لذت دست یابند و با این امر میزان آن افزایش می‌یابد. افزایش دوپامین در مغز آن‌ها باعث بروز انواع اختلالات روانی و پیدایش الگوهای مقاوم و نابهنجار در کسب لذت و پاداش می‌شود. افرادی که مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه هستند رفتار تکانشی را برای کاهش عاطفه منفی استفاده می‌کنند (Weiss et al., 2015; Weiss, 2014). در واقع، شواهدی وجود دارد مبنی بر اینکه افراد مبتلا به علائم اختلال استرس پس از سانحه در بازداری رفتاری در موقعیت‌هایی که ممکن است فوراً پربشانی را کاهش دهند، مشکل دارند (Casada & Roache, 2005). (Forkus et al., 2023) در همین زمینه بیان داشتند

که بروز هم‌زمان علائم اختلال استرس پس از سانحه و تکانشگری با احتمال بیشتری از انجام از رفتارهای مخاطره‌آمیز، خودتخریبی و در نتیجه خطرات ایمنی و سلامتی همراه است. بنابراین توجه به این موضوع در افراد مبتلا به علائم اختلال استرس پس از سانحه اهمیت زیادی پیدا می‌کند.

شواهد نشان می‌دهد که اگر این اختلال با مداخلات روان‌شناختی درمان نشود، فرد ممکن است در معرض خطر بسیاری از مشکلات روان‌پزشکی مانند افسردگی، اختلال سوء مصرف مواد، نقایص عصبی روانی، افزایش خطر خودکشی، مشکلات سلامت جسمانی، کاهش تاب‌آوری، سازگاری با خانواده، همسر و بیکاری قرار می‌گیرد (Difede et al., 2019). همچنین این اختلال منجر به هزینه‌های زیادی برای جامعه می‌شود (Bourassa et al., 2020). در نتیجه روان‌درمانی برای این افراد بسیار مهم است. یکی از این درمان‌ها می‌تواند طرح‌واره درمانی Schema therapy باشد. به طور کلی، طرح‌واره‌های معرفی شده توسط یانگ Young با توجه به پنج نیاز عاطفی اساسی که برآورده نشده‌اند به پنج حوزه تقسیم می‌شوند: قطع و طرد، محدودیت‌های مختل، جهت‌گیری دیگر، هشدار بیش از حد خودگردان، اختلال در عملکرد و عدم بازداری تقسیم می‌شود. (Young et al., 2021) و بر آسیب‌ها و تجربیات دوران کودکی تأکید دارد (Renner et al., 2016). هنگامی که این طرح‌واره‌ها شروع به کار می‌کنند، بر ادراک، واقعیت و پردازش روانی فرد تأثیر می‌گذارند (Cormier et al., 2010). طرح‌واره‌ها مجموعه‌ای از الگوهای اساسی هستند که بر افکار و رفتارهای فرد تسلط دارند. طرح‌واره‌ها با توجه به تجربیات فرد در زندگی شکل می‌گیرند و دگرگون می‌شوند. محتوای طرح‌واره‌ها شامل تجربیات مهم زندگی یک فرد است. دگرگونی طرح‌واره‌ها متأثر از فرهنگ، خانواده، مذهب، عوامل جنسیتی، سن و ویژگی‌های شخصیتی است. در واقع این طرح‌واره‌ها در یک سری شرایط خاص فعال می‌شوند و باعث سوگیری در ارزیابی افراد از رویدادها می‌شود و این ارزیابی گاهی باعث سوء تفاهم، نگرش‌های تحریف شده و برداشت‌های غیرواقعی می‌شود (یوسفی، ۱۳۸۹). در نتیجه هدف نهایی این درمان ایجاد آگاهی روان‌شناختی، کنترل و بهبود آگاهانه بر طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است. (Mandler, 2017). در زمینه اثربخشی نیز بر اساس پژوهش‌های انجام شده، اثربخشی طرح‌واره درمانی در کاهش اضطراب، افسردگی، خشم و غمگینی (Hoffort et al., 2002)، افزایش خودپنداره (زهره‌وند و همکاران، ۱۳۹۹؛ ضرغام حاجبی و همکاران، ۱۳۹۷؛ مصطفی و همکاران، ۲۰۲۱؛ Null et al., 2018)، بهبود تنظیم هیجان (عباسی و همکاران، ۱۳۹۹؛ محمدی و همکاران، ۱۳۹۸؛ Renner et al., 2018)، کاهش تکانشگری (عرفان و همکاران، ۱۳۹۸؛ حاجی‌پور و همکاران، ۱۳۹۹؛ Van Donzel et al., 2021) تأثیرگذار است.

بنابراین با توجه به مطالب گفته شده و اهمیت این موضوع که وجود رفتارهای تکانشگری در میان افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ممکن است منجر به اختلال عملکردی گسترده‌تر و نامطلوب شود که همین امر می‌تواند خودپنداره این افراد را تحت تأثیر خود قرار بدهد. همچنین با توجه به این نکته که تاکنون چنین پژوهشی بر روی افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه صورت نگرفته است، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر خودپنداره و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و در قالب یک پژوهش نیمه آزمایشی و در چهارچوب یک طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه اجرا شد. جامعه آماری شامل کلیه افراد مراجعه‌کننده به دو مرکز مشاوره شهر اراک، در پاییز سال ۱۴۰۱ بود که از این میان تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی با روش قرعه‌کشی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود همچنین شامل تشخیص اختلال استرس پس از سانحه توسط متخصص، داشتن حداقل مدرک دیپلم دبیرستان بود. معیارهای خروج شامل تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها و غیبت بیش از دو جلسه در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، ابتلا به اختلال روان‌شناختی حاد یا مزمن دیگر بود. همچنین به منظور کنترل اثر انتقال مداخله، گروه‌ها هیچ‌گونه تعاملی با یکدیگر نداشتند همین‌طور هم‌تا بودن گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. به طوری که در پژوهش حاضر در گروه آزمایش تعداد ۷ نفر مرد و ۸ نفر

زن و در گروه کنترل ۶ نفر مرد و ۹ نفر زن بودند. همین‌طور میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۳۱/۶۰ سال و با انحراف استاندارد ۵/۹۹ و در گروه کنترل ۳۲/۳۳ سال و با انحراف استاندارد ۴/۲۰ بود.

بعد از انجام همتاسازی و جایگذاری شرکت‌کنندگان، گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت انجام مداخله طرح‌واره درمانی قرار گرفت که خلاصه این مداخله در جدول (۱) به صورت مختصر گزارش شده است. بعد از انجام مداخله و اجرای پس‌آزمون آر هر دو گروه آزمایش و گواه، داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند و با استفاده از نرم افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱. مختصری از پروتکل طرح‌واره درمانی (حکاک، ۱۴۰۱؛ یانگ، ۲۰۲۱)

| جلسه | هدف | محتوا | تکلیف |
|-------|--|---|---|
| ۱ | خوش آمدگویی/پذیرش و آشنایی کلی با نوع درمان و اهداف درمان در طی جلسات بعدی | تجربه مورد احترام و استقبال قرار گرفتن ملاقات درمانگران (گروه درمانی در چند موقعیت) ارتباطات اولیه با هم گروهی‌ها و درمانگران آشنایی با قوانین زیربنایی برنامه فهم آنچه از تجربه جلسات اولیه گروه انتظار می‌رود آشنایی با هیجان‌ها، تکانشگری و خودپنداره و نقش آن در افراد مبتلا به اختلال PTSD اجرای پیش‌آزمون | تکمیل برگه هدف و انتظارات خود از درمان تکمیل پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار یانگ |
| ۲ و ۳ | آموزش طرح‌واره درمانی | آشنایی با طرح‌واره درمانی فهم نقش نیازهای برآورده نشده مهم دوره کودکی و ذهنیت‌ها در مشکلات روان‌شناختی خود فهم اهداف این برنامه (تأثیر طرح‌واره درمانی بر اختلال PTSD) | تکمیل جداول افکار و طرح‌واره‌ها و شناسایی لحظات فعال شدن طرح‌واره‌ها نوشتن شیوه برآورده شدن نیازها در کودکی، نوجوانی و حال حاضر |
| ۴ و ۵ | آگاهی از ذهنیت‌ها | فهم تجربه کودک درونی، مقابله‌های ناسازگار، والد ناکارآمد و ذهنیت‌های سالم کسب توانایی شناسایی حضور ذهنیت‌ها شناسایی برانگیزان‌های ذهنیت‌ها و نیازهای زیربنایی آن‌ها نظارت کردن فعالیت روزانه ذهنیت‌های خود | نوشتن ذهنیت‌های بکارگرفته شده تا به اکنون نوشتن موقعیت‌هایی که ذهنیت‌های مرتبط با اختلال فعال می‌شود و ارتباط دادن آن‌ها |
| ۶ و ۷ | مدیریت ذهنیت‌ها | ایجاد راهبردهای شناختی، رفتاری و تجربی برای مدیریت ذهنیت‌ها و رفتار سالم به منظور برآوردن نیازهای زیربنایی فرمول‌بندی برنامه‌های مدیریت ذهنیت و تمرین به‌کارگیری آن‌ها تمرکز بر روی مدیریت فوری‌تر و کوتاه مدت ذهنیت و همچنین مدیریت بلندمدت ذهنیت برقراری گفتگو میان جنبه سالم و جنبه ناسالم طرح‌واره، | به‌کارگیری مهارت‌های کسب شده و استفاده از آن‌ها در زندگی روزمره و در حیطه اختلال PTSD نوشتن نامه به والدین نوشتن اتفاق مرتبط با اختلال PTSD |
| ۸ | کار تجربی روی ذهنیت‌ها و خاتمه جلسات | کار تغییر ذهنیت تجربی طرح‌واره درمانی تصویرسازی، شامل بازسازی روند خاطره، ایفای نقش‌های ذهنیتی، تجارب اصلاحی هیجانی به رهبری درمانگر تجربه تعلق و مورد پذیرش قرار گرفتن در موقعیتی مشابه با خانواده گسترش باز والدینی حد و مرز دار به رابطه با سایر اعضای گروه اجرای پس‌آزمون | |

ابزار پژوهش

پرسشنامه تکانشگری Impulsivity Questionnaires: این ابزار، یک پرسشنامه خودگزارشی و شامل ۳۰ آیتم است. نمره‌گذاری در یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای انجام می‌شود و سه عامل ۱- بی‌برنامگی (به صورت جهت‌یابی لحظه‌ای یا نبود آینده‌نگری) ۲- تکانشگری شناختی گرفتن تصمیم‌های شناختی) ۳- تکانشگری حرکتی (عمل کردن بدون فکر) را ارزیابی می‌کند (Barat et al., 1998). نمرات از ۳۰ تا ۱۲۰ متغیر هستند (Barat et al., 1998). به نقل از (Whiteside & Lynam, 2001). نمرات بالاتر، نماینگر تکانشگری بیشتر و بالعکس نمرات پایین‌تر نمایانگر تکانشگری کمتر می‌باشند. همسانی درونی این ابزار توسط سازندگان آن، روی جمعیت‌های معتادین به مواد مخدر، دانشجویان، زندانیان و بیماران روان‌پزشکی در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ محاسبه شده است (Diemen et al., 2007). این پرسشنامه دارای همبستگی مثبت و معنادار با پرسشنامه تکانشگری آیزنک می‌باشد (Barat et al., 1998) (Cited in Whiteside & Lynam, 2001). در ایران ضرایب پایایی این ابزار توسط اختیاری، رضوان فرد و مکرری (۲۰۰۸)، در دامنه ۰/۴۷ تا ۰/۸۴ محاسبه شده است. همچنین روایی عبارات پرسشنامه در قالب مقایسه گروه‌های شناخته شده، روایی هم‌زمان و همخوانی داخلی بین مقیاس‌ها تأیید شد. در پژوهش عسکری (۱۳۹۳) از روایی محتوا به منظور تعیین روایی پرسشنامه استفاده شده است و میزان آن مطلوب گزارش شد. آلفای کرونباخ پرسشنامه حاضر در این پژوهش برابر با ۰/۸۱ بود.

مقیاس خودپنداره راجرز Self-Concept Scale: کارل راجرز، این پرسشنامه را در سال ۱۹۵۷ به منظور سنجش میزان خویشتن‌پنداری افراد تهیه کرده که شامل دو فرم جداگانه ۲۵ سؤالی «الف» و «ب» است، فرم «الف» خویشتن‌پنداره پایه یعنی فرد را آن‌گونه که خودش را می‌بیند و تصور کنونی او از خودش را می‌سنجد، فرم «ب» خودپنداره ایده‌آل یا آرمانی را می‌سنجد. طرز تکمیل سؤالات به این شکل است که در برابر هر صفت متضاد آن هم نوشته شده، آزمودنی باید خود را با توجه به آن دو صفت ارزیابی کند و به خودش نمره‌های بین ۱-۷ دهد. نمره صفر تا ۷ نشان دهنده خودپنداره مثبت، نمره ۷ تا ۱۰ مبین خودپنداره منفی و نمره بیشتر از ۱۰ نشان‌دهنده خودپنداره نوروپیک است (Marani, 2001). ضریب اعتبار آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن برآورد و معادل ۰/۸۰ گزارش شده است (موسوی، ۱۳۷۸). به نقل از زهره‌وند و همکاران، (۱۳۹۹). شفیع آبادی و ولی نوری (۱۹۹۴) پایایی آزمون خودپنداره را با استفاده از روش دو نیمه کردن (تصنیف) و آلفای کرونباخ، برای فرم الف برابر با ۰/۷۹ و برای فرم ب برابر با ۰/۷۵ به دست آوردند. آلفای کرونباخ پرسشنامه حاضر در این پژوهش برابر با ۰/۷۸ بود.

یافته‌ها

در ابتدا به بررسی شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد بررسی در جدول (۲) اشاره خواهد شد.

جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیر مورد بررسی

| متغیرها | | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|------------------|---------|------------------|---------|------------------|------------------|
| گروه | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | انحراف استاندارد |
| بی‌برنامگی | آزمایش | ۲۸/۵۳ | ۲۱/۴۰ | ۲/۵۰ | |
| | کنترل | ۲۶/۲۶ | ۲۴/۰۰ | ۳/۷۷ | |
| شناختی | آزمایش | ۲۰/۲۶ | ۱۶/۴۰ | ۲/۳۵ | |
| | کنترل | ۲۱/۷۳ | ۲۰/۴۳ | ۳/۲۲ | |
| حرکتی | آزمایش | ۲۷/۹۳ | ۲۰/۲۶ | ۲/۵۲ | |
| | کنترل | ۲۷/۲۶ | ۲۵/۴۶ | ۷/۴۲ | |
| نمره کل تکانشگری | آزمایش | ۷۶/۷۳ | ۵۸/۰۶ | ۴/۰۲ | |
| | کنترل | ۷۵/۲۶ | ۷۱/۲۰ | ۹/۶۹ | |
| خودپنداره | آزمایش | ۶/۰۰ | ۸/۸۶ | ۱/۹۹ | |
| | کنترل | ۶/۸۶ | ۶/۲۰ | ۱/۳۲ | |

اطلاعات مندرج در جدول شماره (۲) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان داده شده است. جهت بررسی نتایج از تحلیل کوواریانس چند و تک متغیری استفاده شد.

در ابتدا برای بررسی مؤلفه‌های تکانشگری (بی‌برنامگی، شناختی و حرکتی) و تکانشگری از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. در بررسی مفروضه‌ها و پیش‌شرط‌های مانکووا مشخص گردید که بین کوواریانس ماتریس‌های دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=29/860$ و $Box's M=0/19$ و $p=0/019$). آزمون کرویت بارلت نیز نشان داد که همبستگی معناداری بین متغیرهای وابسته وجود دارد ($Approx. Chi-Square=37/452$ و $p=0/001$). همچنین، آزمون‌های مربوط به همگنی شیب خط رگرسیون نیز نشان داد که شیب خط رگرسیون برای در هر یک از متغیرهای مورد بررسی در سطح $p>0/05$ یکسان است. بنابراین پیش‌شرط‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس وجود داشت. بدین ترتیب، نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به مقایسه گروه‌های مورد بررسی در مؤلفه‌های تکانشگری (بی‌برنامگی، شناختی و حرکتی) و تکانشگری مورد نظر در جدول (۳) آمده است.

جدول ۳. آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مؤلفه‌های تکانشگری (بی‌برنامگی، شناختی و حرکتی) و تکانشگری

| آماره | ارزش | F | df | سطح معناداری | مجذور ایتای تفکیکی | توان آماری |
|---------------|-------|--------|----|--------------|--------------------|------------|
| T پیلایی | ۰/۷۲۳ | ۲۰/۰۲۵ | ۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۲۳ | ۱/۰۰۰ |
| لامبدای ویلکز | ۰/۲۷۷ | ۲۰/۰۲۵ | ۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۲۳ | ۱/۰۰۰ |

جدول (۳) نشان می‌دهد که اثر عضویت گروهی بر ترکیب خطی مؤلفه‌های مورد نظر معنادار است. همین‌طور در بررسی پیش‌فرض این آزمون‌ها نیز آزمون لوین برای همگونی واریانس‌های خطا نشان داد که در هر چهار مؤلفه بی‌برنامگی ($F=0/072, P=0/790$)، شناختی ($F=0/550, P=0/366$)، حرکتی ($F=2/558, P=0/121$) و تکانشگری ($P=0/132$)، همگونی واریانس‌های خطا برقرار است ($p=0/05$). جدول (۴) نتایج این آزمون‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۴. آزمون‌های اثرات بین گروهی برای مؤلفه‌های تکانشگری (بی‌برنامگی، شناختی و حرکتی) و تکانشگری

| متغیرهای وابسته | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | مجذور ایتای تفکیکی | توان آماری |
|-----------------|------------|-----------------|--------|--------------|--------------------|------------|
| بی‌برنامگی | ۱ | ۱۰۲/۶۰۱ | ۱۸/۴۰۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۲۴ | ۰/۹۸۵ |
| شناختی | ۱ | ۱۱۶/۱۰۱ | ۴۱/۵۷۵ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۲۴ | ۱/۰۰۰ |
| حرکتی | ۱ | ۱۳۶/۸۸۶ | ۴/۷۲۵ | ۰/۰۳۹ | ۰/۱۵۹ | ۰/۵۵۲ |
| تکانشگری | ۱ | ۱۰۶۳/۰۲۷ | ۲۵/۵۱۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۰۵ | ۰/۹۹۸ |

جدول (۴) نشان می‌دهد که F مشاهده شده برای مؤلفه‌های تکانشگری (بی‌برنامگی، شناختی و حرکتی) و تکانشگری معنادار است. بنابراین، میانگین گروه‌ها در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. با مشاهده میانگین نمرات گروه‌ها در جدول میانگین‌ها (جدول ۲)، در هر یک از متغیرهای وابسته مشخص می‌شود که گروه آزمایش در مؤلفه‌های بی‌برنامگی، شناختی و حرکتی نمرات کمتر و در مؤلفه خودپنداره نمرات بیشتری نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند. به عبارتی دیگر طرح‌واره درمانی گروهی باعث کاهش میزان تکانشگری و مؤلفه‌های آن (بی‌برنامگی، شناختی و حرکتی) و افزایش خودپنداره در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه شد ($p<0/05$).

همین‌طور جهت بررسی تأثیر میزان اثربخشی مداخله صورت گرفته بر هر یک از مؤلفه‌های ذکر شده به صورت جداگانه، از تحلیل کوواریانس تک متغیری برای حذف اثرات پیش‌آزمون پرداخته شده است. قبل از اجرای تحلیل

کوواریانس، آزمون‌های مربوط به همگنی شیب خط رگرسیون و همسانی واریانس‌ها نیز انجام شده است. بر اساس نتایج این آزمون‌ها، شیب خط رگرسیون برای هر دو شرایط آزمایشی در هر یک از متغیرهای مورد بررسی در سطح $p > 0/05$ یکسان بود. بنابراین پیش‌شرط‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس تک متغیری برقرار بود. بدین ترتیب، نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری مربوط به مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های تکانشگری (برنامگی، شناختی و حرکتی) و تکانشگری در جدول (۵) آمده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره مربوط به مقایسه دو گروه در مؤلفه‌های تکانشگری (بی‌برنامگی، شناختی حرکتی) و خودپنداره

| مؤلفه | منابع تغییرات | مجموع مجذورها | درجه آزادی | میانگین مجذورها | نسبت F | سطح معناداری | ضریب سهمی اتا |
|------------|---------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|---------------|
| بی‌برنامگی | intercept | ۱۴/۰۶۷ | ۱ | ۱۴/۰۶۷ | ۲/۳۵۶ | ۰/۱۳۶ | ۰/۰۸۰ |
| | پیش‌آزمون | ۱۲۶/۳۷۳ | ۱ | ۱۲۶/۳۷۳ | ۲۱/۱۶۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۳۹ |
| | گروه | ۱۰۷/۷۰۴ | ۱ | ۱۰۷/۷۰۴ | ۱۸/۰۳۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۴۰۰ |
| | خطا | ۱۶۱/۲۲۷ | ۲۷ | ۵/۹۷۱ | | | |
| کل | | ۱۵۷۹۷/۰۰۰ | ۳۰ | | | | |
| شناختی | intercept | ۲/۸۹۶ | ۱ | ۲/۸۹۶ | ۱/۰۸۱ | ۰/۳۰۸ | ۰/۰۳۸ |
| | پیش‌آزمون | ۲۱۲ | ۱ | ۲۱۲/۱۸۴ | ۷۹/۱۸۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۴۶ |
| | گروه | ۱۲۲/۵۵۹/۱۸۴ | ۱ | ۱۲۲/۵۵۹ | ۴۵/۷۳۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۶۲۹ |
| | خطا | ۷۲/۳۴۹ | ۲۷ | ۲/۶۸۰ | | | |
| کل | | ۰۰۰۱۱۴۰۴ | ۳۰ | | | | |
| حرکتی | intercept | ۵۰/۲۵۷ | ۱ | ۵۰/۲۵۷ | ۱/۷۸۹ | ۰/۱۹۲ | ۰/۰۶۲ |
| | پیش‌آزمون | ۱۰۲/۰۳۲ | ۱ | ۱۰۲/۰۳۲ | ۳/۶۳۱ | ۰/۰۶۷ | ۰/۱۱۹ |
| | گروه | ۲۲۷/۰۵۶ | ۱ | ۲۲۷/۰۵۶ | ۸/۰۸۱ | ۰/۰۰۸ | ۰/۲۳۰ |
| | خطا | ۷۵۸/۶۳۵ | ۲۷ | ۲۸/۰۹۸ | | | |
| کل | | ۱۶۷۵۰/۰۰۰ | ۳۰ | | | | |
| خودپنداره | intercept | ۴۵/۵۰۱ | ۱ | ۴۵/۵۰۱ | ۱/۱۳۰ | ۰/۲۹۷ | ۰/۰۴۰ |
| | پیش‌آزمون | ۴۵۶/۲۶۷ | ۱ | ۴۵۶/۲۶۷ | ۱۱/۳۳۳ | ۰/۰۰۲ | ۰/۲۹۶ |
| | گروه | ۱۴۶۵/۳۵۶ | ۱ | ۱۴۶۵/۳۵۶ | ۳۶/۳۹۶ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۵۷۴ |
| | خطا | ۱۰۸۷/۰۶۶ | ۲۷ | ۴۰/۲۶۲ | | | |
| کل | | ۱۲۸۱۶۱/۰۰۰ | ۳۰ | | | | |

بر اساس آنچه که در جدول (۵) مشاهده می‌شود، نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس تک متغیری برای پیش‌آزمون‌های دو گروه نشان می‌دهد که F محاسبه شده برای مؤلفه‌های تکانشگری (بی‌برنامگی، شناختی حرکتی) و خودپنداره معنادار بوده که بیانگر اثر پیش‌آزمون است. با این حال، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تأثیر طرح‌واره درمانی بر نمرات پس‌آزمون دو گروه در این مؤلفه‌ها معنی‌دار و دو گروه در پس‌آزمون متفاوت هستند. به طوری که گروه آزمایش در مؤلفه‌های بی‌برنامگی، شناختی و حرکتی نمرات کمتر و در مؤلفه خودپنداره نمرات بیشتری نسبت به گروه کنترل کسب کرده بودند ($p < 0/05$) که حاکی از اثربخش بودن طرح‌واره درمانی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر خودپنداره و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه بود. بر اساس نتایج به دست آمده طرح‌واره درمانی توانست باعث کاهش تکانشگری (بی‌برنامگی، شناختی و حرکتی) در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش شود که این نتیجه با عرفان و همکاران (۱۳۹۸)، حاجی‌پور و

همکاران (۱۳۹۹) و (Van Donzel et al., 2021) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که رفتارهای تکانشگری در افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه ممکن است زیاد باشد (Engelbrecht & Jobson, 2020) که به بی و بندباری جنسی، رانندگی بی‌محابا، روابط بین فردی نامطلوب و ناکارآمد، سوء مصرف مواد، اختلال خوردن، افسردگی، مشکلات بین فردی با نداشتن کنترل هیجانی همراه بوده و به رفتار ضداجتماعی مثل درگیری فیزیکی می‌انجامد. در واقع افرادی که در تجربیات محیطی خود آسیب‌های تروماتیک و متعددی داشته‌اند، دچار علائم افسردگی و اضطراب شده و با سبک‌های رفتاری ناکارآمد و اغلب منفعل در روابط حضور پیدا می‌کنند که نتیجه آن تکرار آسیب‌هاست. در این بین طرح‌واره درمانی با بهبود در مهارت‌های حل مسئله، کاهش اضطراب و افسردگی، کاهش در نمرات طرح‌واره‌ها و تغییر در رفتارهای ناکارآمد اثربخش بوده است (Nordahl et al., 2005). در همین زمینه، بهشتی و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرح‌واره درمانی باعث کاهش تکانشگری و بهبود ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی شد. در واقع پرداختن به همدلی و تمرین‌های گروهی، مطرح کردن احساسات، آسیب‌ها و تکانه‌ها در گروه، چالش و نقد گروه نسبت به طرح‌واره‌ها و سپس حمایت همراه با پذیرش از اعضای گروه در جلسات طرح‌واره گروهی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مداخلات در بهبود طرح‌واره‌ها، افزایش امید، احساس امنیت، حمایت، و نیز به دست آوردن احساس کنترل و در نتیجه کاهش تکانه در افراد دارای اختلال پس از سانحه تأثیرگذار است. درمانگر درباره آسیب‌زا بودن این رفتارها به بیمار آموزش می‌دهد و سعی می‌کند در این زمینه به فرد بینش بدهد. بنابراین، راهبرد نخست در برخورد با چنین رفتارهایی پایبندی به دگرگونی است. همین‌طور با توجه به این که یک نیاز عاطفی دیگر به پنج نیاز عاطفی قبلی معرفی شده (Young et al., 2021)، به نام نیاز به انسجام خود و نیاز به انصاف، توسط (Dweck et al., 2017) معرفی شد، در پژوهش حاضر سعی شد این نیاز بیشتر مورد توجه قرار گیرد. زیرا افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ممکن است که به واسطه این اختلال دارای انسجام کمتری باشند (میکائیلی و همکاران، ۱۳۹۵)، که باعث کاهش بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها (به خصوص در حوزه تکانشگری) می‌شود. بنابراین طرح‌واره درمانی باعث انسجام بیشتر این افراد، به خصوص در مؤلفه بی‌برنامگی شد و در نتیجه تکانشگری آن‌ها کاهش یافت. در همین راستا تیلور (Taylor et al., 2017) بر اثربخشی طرح‌واره درمانی برای درمان تروماهای پیچیده، تأکید شد. همین‌طور با توجه به این یکی از ذهنیت‌های موجود در ذهنیت کودکان، ذهنیت کودک تکانشگر است، طرح‌واره درمانی باعث می‌شود که این ذهنیت به ذهنیت بزرگسال سالم تبدیل شود تا از میزان این ذهنیت و تکانشگری آن (مانند حیطه شناختی و حرکتی) کاهش پیدا کند که این مسئله در پژوهش حاضر باعث شد که میزان تکانشگری شرکت‌کنندگان کاهش پیدا کند. همچنین نتایج نشان داد که طرح‌واره درمانی گروهی توانست باعث افزایش خودپنداره در افراد شرکت‌کننده شود که این نتیجه با نتایج تحقیقات زهره‌وند و همکاران (۱۳۹۹)، ضرغام حاجبی و همکاران (۱۳۹۷)، مصطفی و همکاران (۲۰۲۱) (Null et al., 2018) همسو است. در این باره می‌توان گفت که بر اساس نتایج یافته‌های قبلی، طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوا (کناره‌گیری اجتماعی)، آسیب‌پذیری، بازداری هیجانی و خویشتن‌داری ناکافی در افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه بیشتر از افراد به‌هنجار است (نادری و همکاران، ۱۳۹۴). در نتیجه در پژوهش حاضر سعی شد که بیشتر بر روی بررسی و درمان این طرح‌واره‌ها، در صورت وجود داشتن تمرکز شود. زیرا وقتی این طرح‌واره‌های ناسازگار که باعث آسیب به فرد و خودپنداره او می‌شوند درمان شوند یا تعدیل پیدا کنند، فرد حس بهتری نسبت به خود پیدا می‌کند و در نتیجه خودپنداره وی نیز افزایش پیدا می‌کند. به عبارتی دیگر، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه زیربنای بروز اختلالات و مشکلات روان‌شناختی و رفتارهای ناسازگارانه در انسان می‌باشند و اعتقاد بر این است که این طرح‌واره‌ها، ناکارآمد و خود تداوم‌بخش هستند و در طول زندگی با تحریک واقعیات، فرد را وادار می‌کنند تا بر مبنای الگوی ناسازگارانه آن‌ها عمل کنند (نادری و همکاران، ۲۰۱۶). تغییر این الگوها و طرح‌های ناکارآمد و همچنین افزایش بینش جدید نسبت به خود می‌تواند باعث افزایش خودپنداره مثبت در افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه شوند که بر اثر یک حادثه ممکن است خودپنداره خود را کمتر تجربه کنند. بر این اساس، طرح‌واره درمانی می‌تواند بر انواع طرح‌واره‌ها

تأثیرگذار بوده و از این طریق، مشکلات روان‌شناختی مانند خودپنداره ضعیف، افسردگی، ناسازگاری اجتماعی و روابط بین فردی مختل را بهبود بخشد.

در واقع افزایش قابل توجه در خودپنداره می‌تواند نشان‌دهنده این موضوع باشد که افزایش درک خود در این حیطه به عنوان کودک آسیب‌پذیر باعث می‌شود که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نسبت به خود شفقت بیشتری پیدا کنند و بخشی از خود که حاوی خاطرات، افکار و احساسات ناشی از ضربه‌ای است که آن‌ها تجربه کرده‌اند را بهتر بپذیرند و نسبت به آن به شیوه مطلوب‌تری پاسخ دهند و باعث کاهش انتقاد ناکارآمد نسبت به خود شوند که همین امر باعث افزایش ارزش خود و خودپنداره آنان می‌شود. سپس تغییر بعدی مربوط به مرحله تغییر حالت طرح‌واره‌ای است که در آن خاطرات و احساسات دردناک مربوط به تروما برانگیخته شده و به عنوان تجربه حالت کودک آسیب‌پذیر توصیف می‌شود و سعی می‌شود این ذهنیت به یک بزرگ‌سال تبدیل شود. ذهنیت که حادثه تروما بخش فرد به عنوان یک تجربه مستقل مورد قبول قرار می‌گیرد که باعث نمی‌شود فرد این اتفاق را به دیگر اتفاقات و شخصیت خود و به خصوص خودپنداره خود ربط دهد. در نتیجه همین کار، خودپنداره فرد افزایش پیدا کرده و میزان شدت تأثیرات طرح‌واره‌های ناسازگار کاهش پیدا می‌کند.

بنابر نتایج به دست آمده و در قالب یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان چنین بیان داشت که افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با توجه به آسیبی که تجربه کردند، بیشتر از سایرین مستعد مبتلا شدن به مشکلات روان‌شناختی (مانند کاهش خودپنداره و افزایش تکانشگری) هستند که لزوم انجام مداخلات برای این دسته از افراد احساس می‌شود. در همین رابطه با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که از مداخله طرح‌واره درمانی گروهی می‌شود برای این افراد استفاده کرد تا بتوان از بروز و شدت مشکلات روان‌شناختی آن‌ها کاست و با افزایش میزان خودپنداره و کاهش شدت تکانشگری باعث افزایش سلامت روان و کیفیت زندگی آن‌ها شد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم امکان گرفتن آزمون پیگیری، به دلیل عدم دسترسی کامل به تمامی شرکت‌کنندگان اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی، آزمون پیگیری انجام گردد تا بتوان میزان تاثیر و تداوم درمان را بررسی کرد. همین‌طور پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی شرکت‌کنندگان بر اساس نوع حادثه تروماتیک (حوادثی مانند جنگ، تجاوز، بلایای طبیعی و تصادف) طبقه‌بندی شوند و بر اساس یک نوع حادثه مشترک چنین پژوهشی انجام پذیرد و نتایج با یکدیگر و بر اساس نوع اتفاق تروماتیک مقایسه شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود که مداخلات دیگری جهت بررسی میزان اثربخشی و مقایسه با مداخله حاضر انجام شود. بنابر نتایج به دست آمده نیز می‌توان پیشنهاد کرد که از طرح‌واره درمانی گروهی در درمان اختلالات روان‌شناختی افراد (به خصوص افراد دارای اختلال استرس پس از سانحه) استفاده شود. همچنین به متخصصان بهداشت روان پیشنهاد می‌شود که در جهت کاهش تکانشگری و افزایش خودپنداره در مراجع کنندگان از طرح‌واره درمانی گروهی استفاده کنند.

منابع

بهشتی مطلق، علی؛ رضایی، زهرا؛ زهره‌وند، مهدی (۱۴۰۱). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تکانشگری، تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال مرزی. *دستاوردهای روانشناسی بالینی*، ۸(۱)، (منتشر شده به صورت الکترونیکی).

حاجی‌پور، حسن؛ بیاضی، محمد حسن؛ نجات، حمید (۱۳۹۹). مقایسه اثر بخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر وسوسه و تکانشگری بیماران سوء مصرف‌کننده مواد. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۱۰(۱)، ۳۹-۵۵.

حکاک، فاطمه سادات (۱۴۰۱). *اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر خودتنظیمی هیجانی و ناگویی خلقی زنان زندانی دارای شخصیت مرزی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، پردیس بین‌المللی ارس.

زهره‌وند، مهدی؛ صباحی، پرویز؛ رفیعی‌نیا، پروین (۱۳۹۹). *اثربخشی طرح‌واره درمانی کودک و نوجوان بر خودکارآمدی تعاملی، خودپنداره و تمایل به کنترل در کودکان بی سرپرست و بد سرپرست*. *دستاوردهای روانشناسی بالینی*، ۶(۴)، .

- ضرغام حاجبی، مجید؛ میرباقری، محبوبه و پاک‌نژاد، ثمین (۱۳۹۷). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد طرح‌واره درمانی بر افزایش خودپنداره مثبت زنان خیابانی. *پژوهشنامه زنان، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*، ۱۳۴(۱)، ۱۲۳-۱۳۴.
- عباسی، فروغ؛ مردای منش، فردین؛ نادری، فرح؛ بختیارپور، سعید (۱۳۹۹). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به آسم. *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۳(۲)، ۲۴۵۴-۲۴۴۶.
- عرفان، عارفه؛ قزلباش، سیما؛ کاظمیان، مهناز؛ نوربالا، احمدعلی (۱۳۹۸). اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر تکانشگری و علائم خلقی زنان مبتلا به اختلال دوقطبی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۷(۳)، ۳۸۸-۳۹۹.
- عسکری، فاطمه (۱۳۹۳). *مقایسه مهارت‌های مقابله‌ای، تکانشگری و اختلالات رفتاری در سه گروه نوجوانان بی سرپرست، بد سرپرست و عادی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز.
- محمدی، حانیه؛ سپهری شاملو، زهره؛ اصغری ابراهیم آباد، محمد جواد (۱۳۹۸). اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۳(۵۱)، ۲۷-۳۶.
- مکوند حسنی، شاهرخ؛ رضایی، علی محمد؛ عزالدین، منا (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی شناختی متمرکز بر طرح‌واره بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست. *مجله روانشناسی بالینی*، ۶(۲)، ۱۲-۱.
- میرانی، ارسطو؛ مرادی، علیرضا، حسنی، جعفر (۱۳۹۶). مقایسه خودپنداره مرتبط با تروما، احساس گناه و خودکارآمدی در نوجوانان مهاجر مبتلا به PTSD، نوجوانان مهاجر بهنجار مواجه شده با تروما و نوجوانان عادی. *سومین همایش ملی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی ایران*، قم.
- میکائیلی، نیلوفر؛ عینی، ساناز؛ تقوی، رامین (۱۳۹۵). نقش دلسوزی به خود وحس انسجام و آمیختگی فکر - عمل در پیش بینی بهزیستی روان‌شناختی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *طب جانباز*، ۹(۱)، ۳۳-۳۹.
- نادری، یزدان؛ مرادی، علیرضا؛ رحیمی موقر، وفا؛ رمضان زاده، فاطمه (۱۳۹۴). طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یک عامل خطر در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۷(۳)، ۵۵-۶۴.
- یانگ، جفری؛ کلوکسو، ژانت؛ ویشار، مارجوری (۱۳۹۹). *طرح‌واره درمانی*. چاپ هشتم. ترجمه حسن حمید پور، زهرا اندوز. تهران: نشرارجمند.
- یوسفی، ناصر (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی دو رویکرد خانواده درمانی مبتنی بر طرح‌واره درمانی و نظام عاطفی بوون بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در مراجعان متقاضی طلاق شهر سقز. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۴)، ۳۵۶-۳۷۳.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5TR®)*. American Psychiatric Pub.

Banz, L., Stefanovic, M., von Boeselager, M., Schäfer, I., Lotzin, A., Kleim, B., & Ehring, T. (2022). Effects of current treatments for trauma survivors with posttraumatic stress disorder on reducing a negative self-concept: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2), 2122528.

Blum KE, Kozlowski GP. (1990). Ethanol and neuromodulator interactions: A cascade model of reward. *Alcohol and Behavior*, 131-49

Bourassa, K. J., Smolenski, D. J., Edwards-Stewart, A., Campbell, S. B., Reger, G. M., & Norr, A. M. (2020). The impact of prolonged exposure therapy on social support and PTSD symptoms. *Journal of affective disorders*, 260, 410-417.

Casada JH, & Roache JD (2005). Behavioral inhibition and activation in posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 102-109.

- Cormier, A., Jourda, B., Laros, C., Walburg, V., & Callahan, S. (2010). Influence between early maladaptive schemas and depression. *L'encephale*, 37(4), 293-298.
- Diemen, L. V., Szobot, C. M., Kessler, F., & Pechansky, F. (2007). Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS 11) to Brazilian Portuguese for use in adolescents. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 29(2), 153-156.
- Difede, J., Rothbaum, B. O., Rizzo, A. A., Wyka, K., Spielman, L., Jovanovic, T., ... & Lee, F. (2019). Enhanced exposure therapy for combat-related Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): Study protocol for a randomized controlled trial. *Contemporary clinical trials*, 105857.
- Dweck, C. S. (2017). From needs to goals and representations: Foundations for a unified theory of motivation, personality, and development. *Psychological Review*, 124(6), 689-719
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345.
- Ekhtiari, H., Rezvanfard, M., & Mokri, A. (2008). Impulsivity and its different assessment tools: A review of view points and conducted researches. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 14(3), 247-257.
- Ekhtiari, H., Rezvanfard, M., & Mokri, A. (2008). Impulsivity and its different assessment tools: A review of view points and conducted researches. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 14(3), 247-257.
- Engelbrecht, A., & Jobson, L. (2020). Self-concept, post-traumatic self-appraisals and post-traumatic psychological adjustment: what are the relationships?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(4), 463-480.#
- Forkus, S. R., Contractor, A. A., Raudales, A. M., & Weiss, N. H. (2023). The influence of trauma-related shame on the associations between posttraumatic symptoms and impulsivity facets. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 15(4), 576-583.
- Hoffart, A., Versland, S., & Sexton, H. (2002). Self-understanding, empathy, guided discovery, and schema belief in schema-focused cognitive therapy of personality problems: A process-outcome study. *Cognitive Therapy and Research*, 26(2), 199-219.
- Hoseinia, A. (2001). *Marriage mental health and married*. 1ST ed. Publications: Tehran; 56.
- Huang, Q., Zhang, Q., An, Y., & Xu, W. (2019). The relationship between dispositional mindfulness and PTSD/PTG among firefighters: The mediating role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 151, 109-492
- Mahmood Aliloo, M., Hashemi Nosratabad, T., & Karimpour Vazifekhorani, A. (2018). The role of impulsivity, sensitivity to reward and anhedonia in distinction people with symptoms of borderline personality disorder from ordinary people. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24(2), 136-147.
- Mandler, J. M. (2016) *Stories, scripts, and scenes: Aspects of schema theory*. Psychology Press. Young, J.E. Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach, (rev. ed). Sarasota, FL: Professional Resources Press
- Marani, M. (2001). *The relationship between job satisfaction and self-concept*. (thesis. MSc). Isfahan University
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Morris, V. L., Huffman, L. G., Naish, K. R., Holshausen, K., Oshri, A., McKinnon, M., & Amlung, M. (2020). Impulsivity as a mediating factor in the association between posttraumatic stress disorder symptoms and substance use. *Psychological trauma: theory, research, practice, and policy*, 12(6), 659.
- Mostafa, M.S., Sedaghat, M., Makvand Hoseini, S., Seyyed Alinaghi, S.A. (2022). The Effectiveness of Schema Therapy on Self-Concept and Social Health among People Living with HIV (PLWH). *MEJDS*, 12, 116-116.
- Null, N., mirbagheri, M., & null, N. (2018). The effectiveness of schema therapy-based group counseling in increasing the positive self-concept in the street women. *Women Studies*, 9(23), 123-134.#

- Omasu, F., Hotta, Y., Watanabe, M., & Yoshioka, T. (2018). The Relationship between Post-Traumatic Stress Disorder and Self-Esteem along with the Importance of Support for Children. *Open Journal of Preventive Medicine*, 8(04), 95.
- Patel, H., Easterbrook, B., D'Alessandro-Lowe, A. M., Andrews, K., Ritchie, K., Hosseiny, F., ... & McKinnon, M. C. (2023). Associations between trauma and substance use among healthcare workers and public safety personnel during the SARS-CoV-2 (COVID-19) pandemic: the mediating roles of dissociation and emotion dysregulation. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(1), 2180706.
- Petry, N. M. (2001). Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and alcohol dependence*, 63(1), 29-38.
- Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. H. (2018). Exploring Mechanisms of Change in Schema Therapy for Chronic Depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 58, 97-105.
- ShafiAbadi, A. Valinouri, A (1994). Relationship between exotic ingsfeel and self- Concept. *Psychological Research*. 5, 20- 34 [Persian].
- Taylor, C. D. J., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy*, 90(3), 456–479.
- Van Donzel, L., Ouwens, M. A., Van Alphen, S. P. J., Bouwmeester, S., & Videler, A. C. (2021). The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults—integrating positive schemas. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 21, 100715.
- Weiss NH, Tull MT, & Gratz KL (2014). A preliminary experimental examination of the effect of emotion dysregulation and impulsivity on risky behaviors among women with sexual assault–related posttraumatic stress disorder. *Behavior Modification*, 38, 914–939.
- Weiss NH, Tull MT, Sullivan TP, Dixon-Gordon KL, & Gratz KL (2015). Posttraumatic stress disorder symptoms and risky behaviors among trauma-exposed inpatients with substance dependence: The influence of negative and positive urgency. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 147–153.
- Weiss, N. H., Tull, M. T., Viana, A. G., Anestis, M. D., & Gratz, K. L. (2012). Impulsive behaviors as an emotion regulation strategy: Examining associations between PTSD, emotion dysregulation, and impulsive behaviors among substance dependent inpatients. *Journal of anxiety disorders*, 26(3), 453-458.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and individual differences*, 30(4), 669-689.
- World Health Organisation . (2019). International statistical classification of diseases and related health problems (11 ed.). <https://icd.who.int/>.