

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

امیرحسین اکبری^۱ / بهرامعلی قنبری هاشم آبادی^{۲*} / محمد جواد اصغری ابراهیم آباد^۳ /
آزادگان مهر^۴

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۲/۶

تاریخ ارسال: ۹۸/۱۰/۲۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی توحید درمانی بر بهبود نارسایی کنش‌های اجرایی و کاهش پرخاشگری مجرمین زندانی مبتلا به اختلال شخصیت بود. روش پژوهش شبه آزمایشی است که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. روش پژوهش حاضر جامعه مورد مطالعه این پژوهش مردان زندانی یکی از واحدهای مشاوره زندان مرکزی شهر مشهد بودند (۴۰۸ نفر). از میان آن‌ها ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود را دارا بودند، به صورت در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) گمارده شدند و در پایان مداخله داده‌های ۲۱ نفر (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۹ نفر گروه کنترل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزارهای پژوهش حاضر 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 توحید درمانی منجر به بهبود در کنش‌های اجرایی و کاهش پرخاشگری شد؛ بنابراین، با توجه به نتایج پژوهش می‌توان بیان کرد که توجه به مشکلات

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد. akbari.amir379@yahoo.com

۲- *استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد (نویسنده مسئول). ghanbarih@um.ac.ir

۳- استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد. mjasghari@um.ac.ir

۴- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد. Maryam_Azadegan_mehr@yahoo.co

روان‌شناختی زندانیان امری ضروری است و توحید درمانی می‌تواند در بهبود مشکلات روان‌شناختی زندانیان نقش زیادی داشته باشند.

کلیدواژه‌ها: کنش‌های اجرایی، پرخاشگری، اختلالات شخصیت، جرم، توحید درمانی.

مقدمه

زندان و حبس مخصوصاً به شکلی که امروز در اکثر نقاط جهان مطرح است، زیان‌های گوناگونی بر خود زندانی و خانواده او و از سوی دیگر بر جامعه خواهد داشت. افسردگی، یاس و ناامیدی و انزوا که گاه موجب به خودزنی زندانیان می‌شود و نیز کاهش احساس تعهد و تقید افراد خانواده نسبت به فرد زندانی و افت تحصیلی فرزندان، گسستن اعضای خانواده از شبکه‌های روابط اجتماعی به دلیل برچسب مجرم به سرپرست خانواده و مسائل اقتصادی که برای خانواده زندانی به وجود می‌آید و گاه به اضمحلال خانواده منجر می‌شود و سرانجام این که زندان با به فقر و فلاکت انداختن خانواده‌ی زندانی، به‌طور مستقیم جرم تولید می‌کند (شمس، ۱۳۸۴).

بررسی وضعیت سلامت روانی در زندانیان و ارائه‌ی خدمات در زمینه‌ی بهداشت روانی به این گروه در معرض خطر از دغدغه‌های صاحب‌نظران علم روان‌پزشکی و بهداشتی کشورهای مختلف بوده و هنوز مسائل و مشکلات مربوط به مجرمان و زندانیان به‌ویژه در ارتباط آن با مشکلات روان‌پزشکی یکی از چالش‌برانگیزترین زمینه‌های پژوهشی است (آراسته و شریفی سقز، ۱۳۸۷).

تعداد زیادی از زندانیان دارای اختلالات روانی (مثل اختلال افسردگی، اختلال سایکوتیک و اختلال شخصیت ضداجتماعی هستند؛ تخمین‌هایی از شیوع بیماری‌های روانی در جمعیت زندانیان گوناگون است اما موافقت کلی وجود دارد که نرخ بیماری روانی در زندان نسبت به جمعیت عمومی بیشتر است (فاضل و دانش، ۲۰۰۲؛ به نقل از سهرابی، سنگ بهنی و برجعلی، ۱۳۹۴). در این بین نزدیک به ۱۰ درصد آن مربوط به یکی از انواع اختلالات شخصیت می‌باشد (گان،^۱ مادن^۲ و سوینتون^۳، ۱۹۹۱؛ به نقل از مظاهری، خلیقی، رقیبی و سرابندی، ۱۳۸۹). پژوهش‌های مختلف در زندان‌های ایران نیز نشان می‌دهد که اکثریت زندانیان مشکوک به داشتن نوعی اختلال روانی هستند (روشنی و همکاران، ۱۳۹۴). پژوهش خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۷) نشان دادند که در بین زندانیان مشکلات روانی مانند افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، افکار پارانوئیدی، روان

1. Gunn, J.
2. Madaen, A
3. Swinton, M.

گسستی و ... شیوع بالایی دارد. آراسته و شریفی سقز (۱۳۸۷) نیز بیان کردند که ۲۶ درصد از نمونه‌ها دارای اختلالات روان‌پزشکی محور یک بودند که در میان آن‌ها به ترتیب اختلال افسردگی خفیف، افسردگی اساسی، اسکیزوفرنی و اختلال اضطرابی بیشترین میزان را به خود اختصاص داده بود. بیش از نیمی از زندانیان نیز دارای یکی از اختلالات شخصیت بودند که شایع‌ترین اختلال شخصیت، ضداجتماعی و سپس مرزی بود. مظاهری و همکاران (۱۳۸۹) در بررسی زنان زندانی زاهدان بیان کردند که ۹۵ درصد از نمونه‌های موردبررسی، مبتلا به یکی از انواع اختلالات شخصیت بودند و اختلال شخصیت ضداجتماعی با ۸۶/۲ درصد شایع‌ترین اختلال شخصیت در بین زندانیان زن بود.

راهنمای آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی (DSM_5) اختلالات شخصیت را به‌عنوان الگوهای رفتاری نابهنجاری تعریف می‌کند. اختلالات شخصیت از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی محسوب می‌شوند. این اختلالات در اوایل بزرگ‌سالی ظاهر شده و در تمام طول عمر ادامه می‌یابند، انعطاف‌ناپذیرند و در تمام حوزه‌های زندگی شخص نفوذ کرده و باعث رنجی درونی و محدودیت در ارتباطات و شغل فرد می‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۱، ویراست پنجم، ۱۳۹۳).

اگر صفات شخصیتی، غیرقابل انعطاف باشد و به اختلال ذهنی یا اختلال در کارکرد فردی و اجتماعی فرد منجر شود، تشخیص اختلال شخصیت مطرح می‌شود. در گروه اول، اختلالات شخصیتی اسکیزوئید، پارانویایی و اسکیزوفرنی گونه؛ افراد مبتلا اغلب غیرعادی به نظر می‌رسند. در گروه دوم، اختلالات شخصیت نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی و مرزی؛ افراد مبتلا غالباً هیجانی، بازیگر و بی‌ثبات به نظر می‌رسند. در گروه سوم، اختلالات شخصیت انواع اجتنابی، وابسته، وسواس فکری - عملی و منفعل - پرخاشگر؛ افراد مبتلا اغلب مضطرب و بیمناک به نظر می‌رسند (بهان^۲ و اسپور^۳، ۲۰۱۱).

اختلال شخصیت در مجرمین بیشتر از افراد عادی و بهنجار است. بلک^۴ و همکاران (۲۰۱۰) گزارش کردند که مجرمین اغلب مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی و جامعه‌ستیز هستند، اغلب بیش‌فعال‌اند و از نقص توجه رنج می‌برند. دارای خطر خودکشی

1. american psychiatric association (APA)
2. Behan, D.
3. Spurr, M.
4. Black, D. w.

بالا هستند و بهداشت روانی پایینی دارند. کوید و همکاران (۲۰۰۹) نیز بیان کردند که اختلال شخصیت ضداجتماعی در بین مجرمین از بالاترین شیوع در اختلالات شخصیت برخوردار است.

مظاهری و همکاران (۱۳۸۹) نیز در پژوهش خود گزارش کردند که نزدیک به ۹۵ درصد از زندانیان دارای یکی از انواع اختلالات شخصیت بودند. در این میان، اختلال شخصیت ضداجتماعی با ۸۶/۲ درصد شایع‌ترین اختلال و اختلالات شخصیت وابستگی دارویی با ۶۰ درصد و دیگر آزار-پرخاشگر با ۵۶/۲ درصد به لحاظ فراوانی در رده‌های بعدی قرار داشتند.

بلک و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی میزان اختلال شخصیت مرزی در مجرمان زن و مرد بررسی کردند. آنان گزارش کردند که ۲۹/۵ درصد از افراد زندانی دارای اختلال شخصیت مرزی بودند. زندانیان مبتلا به شخصیت مرزی کیفیت زندگی بدتری نسبت به مجرمین بدون اختلال شخصیت مرزی داشتند.

یکی از جنبه‌های فردی که اختلالات شخصیت می‌تواند در آن اثرگذار باشد، کنش‌های اجرایی^۱ است. کنش‌های اجرایی سطوح بالای فرآیندهای شناختی هستند که از طریق نفوذ در فرآیندهای شناختی سطح پایین‌تر منجر به تنظیم افکار و جهت‌دهی به رفتار می‌شوند (فریدمن^۲ و میاک^۳، ۲۰۱۷) و شامل توانایی‌هایی می‌شوند که منجر به موفقیت در فعالیت‌های روزانه می‌گردند (باکلتز^۴، مایر - لیندبرگ^۵، ۲۰۱۲). کنش‌های اجرایی مانند بازداري، تغییر و جابه‌جایی در موقعیت، برنامه‌ریزی، حافظه کاری و توجه، منجر به رفتارهای معطوف به هدف و خودکنترلی در فرد می‌شوند (جورد^۶ و روزیل^۷، ۲۰۰۷). از جمله کنش‌های اجرایی می‌توان خود مدیریتی زمان^۸، خودسازمان‌دهی^۹ / حل مسئله^{۱۰}:

1. executive function
2. Friedman, N. P.
3. Miyake, A
4. Buckholtz, J. W.
5. Meyer-Lindenberg, A.
6. Jurado, M. B.
7. Rosselli, M.
8. time management
9. Self-organization
10. Problem solving

خودکنترلی^۱ / بازداری^۲ و خود انگیزی^۳ را نام برد. خود مدیریتی زمان توانایی برآورد زمان مورد نیاز، اختصاص زمان و رعایت محدودیت‌های زمانی، همچنین درک این که زمان مهم است. خودسازمان‌دهی / حل مسئله: توانایی تنظیم یا قرار دادن اشیاء در سیستم (علیزاده، ۱۳۸۵). خودکنترلی / بازداری: توانایی تشخیص هیجان‌ها و احساسات در شرایط گوناگون و توانایی پاسخ به محرک‌ها به صورت آگاهانه و آگاهی از هیجان‌ها و واکنش‌های فیزیولوژیک بدنی و مهارت پاسخ‌دهی به شکل خودآگاه و نه شکل واکنشی باعث بهبود این عملکرد می‌شود (کولمن^۴، ۲۰۱۲). خود انگیزی: به بررسی توانایی فرد در کار معطوف به پاداش‌ها و یا اهداف بلندمدت، پشتکار، کار غیر وابسته به نظارت دیگران و قدرت اراده توجه دارد (بارکلی، ۲۰۱۱؛ به نقل از مشهدی، میردورقی، حسین زاده ملکی، حسنی و حمزه‌لو، ۱۳۹۴). خود نظم‌جویی هیجان^۵: کنترل هیجانی، تسکین خود، گرایش نسبت به هیجان‌ها یا واکنش افراطی و توانایی برای درک عینی وقایع را مدنظر دارد (بارکلی، ۲۰۱۱؛ به نقل از مشهدی و همکاران، ۱۳۹۴).

نقص در کنش‌های اجرایی می‌تواند در اختلالات روانی، عاطفی و رفتاری اثر داشته باشد (باکلتز و مایر- لیدنبرگ، ۲۰۱۲). لزاک^۶ بیان می‌کند که کنش‌های اجرایی قطعه پیشانی، اساس توانایی‌های اجتماعی، توانایی پیشرفت، شخصیت، خلاقیت و سازندگی است. به اعتقاد وی نقص یا کمبود در کنش‌های اجرایی، شدیداً توانایی شخص را برای استقلال، خودیابوری و بارآوری اجتماعی به خطر می‌اندازد (به نقل از رفیعی نیا، زحمت بر، رحیمیان بوگر، اسدی و کاظمی حقیقی، ۱۳۹۲). شواهد پژوهشی نیز نشان می‌دهد که اختلال در کنش‌های اجرایی با اشکال متفاوت رفتارهای ضداجتماعی و الگوهای رفتار تهاجمی همراه است (بارکر^۷ و همکاران، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها نقص آسیب‌گرددگی پیش حده‌ای روی رفتارهای اجتماعی و نشانه‌های اختلالات ضداجتماعی را نشان می‌دهند (سیگیون^۸، ۲۰۰۴). استیونز^۱، کاپلان^۲ و هسل براک^۳ (۲۰۰۳) بیان می‌کنند که نقص‌های

1. self-control
2. inhibition
3. Self-motivation
4. Kulman, R
5. Self-regulating
6. Lezak. M. D.
7. Barker, E. D.
8. Seguin, J. R.

نورونی در کنش شناختی اجرایی در افراد مبتلا به اختلال سلوک و شخصیت ضداجتماعی یافت می‌شود و در پژوهش آن‌ها تفاوت دقیقی بین کنش اجرایی افراد دارای شخصیت ضداجتماعی و افراد گروه کنترل وجود داشت. موفیت^۴ بیان می‌کند که نقایص زودرس در کنش اجرایی، خطر به وجود آمدن رفتارهای ضداجتماعی را در زندگی افزایش می‌دهد (به نقل از برگوال^۵، نیلسون^۶ و هسن^۷، ۲۰۰۳). پژوهش رفیعی نیا و همکاران (۱۳۹۲) نیز نشان داد که زندانیان دچار اختلال شخصیت ضداجتماعی عملکرد اجرایی ضعیف‌تری نسبت به افراد فاقد این اختلال دارند.

پژوهش‌های مختلف بیان می‌کنند که افراد مبتلا به اختلال شخصیت از نظر کنش‌های شناختی دچار مشکل هستند (فرتاک^۸، لزنورگ^۹، کلارکین^{۱۰}، هرمان^{۱۱} و استانلی^{۱۲}، ۲۰۰۶). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که نقص در کنش‌های اجرایی منجر به نقص‌های قابل توجهی در تصمیم‌گیری، حافظه‌ی کاری، بازداری و انعطاف‌پذیری می‌شود (گارسیا-ویلیامیسر^{۱۳}، داتیلو^{۱۴} و گارسیا-مارتینز^{۱۵}، ۲۰۱۷). نقص در برنامه‌ریزی، حل مسئله (راکو^{۱۶}، ۲۰۰۵؛ گیورتس^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۲) و بازداری (هاگنهاف^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۳) در اختلال شخصیت مرزی؛ نقص در بازداری، انعطاف‌پذیری شناختی (کمبرلین^{۱۹}، فاینبرگ^{۲۰}، بلک ویل^{۲۱}، رابینز^۱ و ساهاکیان^۲، ۲۰۰۶)، برنامه‌ریزی (فاینبرگ

1. Stevens, M. C.
2. Kaplan, R. F.
3. Hesselbrock, V. M.
4. Moffitt, T.E.
5. Bergvall, A. H.
6. Nilsson, T.
7. Hansen, S.
8. Fertuck E. A.
9. Lenzenweger, M. F.
10. Clarkin, J. F.
11. Heormann, S.
12. Stanley, B.
13. Garcia-Villamisar, D.
14. Dattilo, J.
15. Garcia-Martinez, M.
16. Ruocco, A. C.
17. Gvirts, H. Z.
18. Hagenhoff, M.
19. Chamberlain, S. R.
20. Fineberg, N. A.
21. Blackwell, A. D.

(فاینبرگ و همکاران، ۲۰۱۵)، حافظه کاری (گاریسا- ویلیامیسر و داتیلو، ۲۰۱۵) در اختلال شخصیت وسواسی - جبری؛ نقص در تصمیم‌گیری، توجه، یادگیری معکوس، برنامه‌ریزی (زئیر^۳، باسکین - سومرز^۴، هیات ریسر^۵ و نئومان^۶، ۲۰۱۲)، نقص در جابه‌جایی و بازداری رفتاری (باگشائو^۷، گرای^۸ و اسنودن^۹، ۲۰۱۴) در اختلال شخصیت ضداجتماعی؛ نقص در تصمیم‌گیری در اختلال شخصیت خودشیفته (برونل^{۱۱} و بلو^{۱۰}، ۲۰۱۵) 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.

در کنار نارسایی در کنش‌های اجرایی مشکل دیگری که می‌تواند زندگی افراد مخصوصاً زندانیان را تحت تأثیر قرار دهد، پرخاشگری^{۱۲} است. پرخاشگری علاوه بر اینکه منجر به کاهش سازگاری فردی و اجتماعی شخص می‌شود، بلکه امنیت و بهداشت روانی خانواده و سایر گروه‌های اجتماعی را نیز با اختلال مواجهه می‌کند. در برخی مواقع نیز کار به مجامع دادگاهی و پلیس نیز کشیده می‌شود (روستایی؛ ابوالقاسمی، محمدی آریا و ساعدی، ۱۳۹۰). طبق نظریه‌های جرم‌شناسان پرخاشگری می‌تواند در رفتارهای جنایی نقش بسزایی داشته باشد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که پرخاشگری در مجرمان زندانی با نوع جرم و شدت آن رابطه دارد (گراسی^{۱۳}، ۲۰۱۵؛ فالک^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۷). در فرهنگ لغت انجمن روان‌پزشکی آمریکا^{۱۵}، پرخاشگری به‌عنوان رفتار، انگیزه، خشم یا خصومتی که منجر به تخریب یا شکست دیگران و در برخی موارد منجر به آسیب

1. Robbins, T. W.
2. Sahakian, B. J.
3. Zeier, J. D.
4. Baskin-Sommers, A. R.
5. Hiatt Racer, K. D.
6. Newman, J. P.
7. Bagshaw, R.
8. Gray, N. S.
9. Snowden, R. J.
10. Brunell, A. B.
11. Buelow, M. T.
12. aggression
13. Geraci, G. G.
14. Falk, Ö.
15. American Psychiatric Association (APA)

خود، می‌شود، تعریف شده است (به نقل از هرمان^۱، ۲۰۱۷). پرخاشگری در افراد به شیوه‌های متفاوتی بروز پیدا می‌کند. معرف جنبه‌ی شناختی پرخاشگری، خصومت است و خشم نشان‌دهنده‌ی جنبه‌ی هیجانی آن است. جنبه‌ی رفتاری پرخاشگری نیز به صورت کلامی و جسمانی بروز پیدا می‌کند (نولز^۲، دهون^۳، الکساندر^۴ و گوتویسکی^۵، ۲۰۱۰؛ به نقل از کهریزی، مرادی و مؤمنی، ۱۳۹۳). 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 (بوشمن^۶ و اُبرین^۷، ۲۰۱۲).

پژوهش‌های بسیاری به این نتیجه رسیده‌اند که کنترل و مهار اخلاص و بی‌نظمی زندانیان در زندان، با قوانین خشک و قهری از تأثیرگذاری کمتری برخوردار است (کوهن^۸، ۲۰۰۶). از این رو، رویکردهای روان‌شناختی جهت مدیریت در زندان مورد توجه بیشتری قرار گرفته است. از جمله رویکردهای روان‌شناختی به کار گرفته شده برای درمان و آموزش زندانیان می‌توان به شناخت درمانی (شریفی نیا، افروز، رسول زاده طباطبایی، ۱۳۸۶)؛ درمان شناختی - رفتاری (گانون^۹ و همکاران، ۲۰۱۵؛ محمدی، کجباف و عابدی، ۱۳۸۹؛ چوپانی صوری، احمدی، بهرامی، شریفی نیا، ۱۳۸۸؛ کمالی، مولوی و کلانتری، ۱۳۸۶)؛ بخشش درمانی (یاریان، محمودی مقدم، خرامین و نیکدل، ۱۳۹۳)، توحید درمانی (محمدی، کجباف و عابدی، ۱۳۹۳؛ امیدیان، علی اکبر دهکردی، پور نیک دست و محتشمی، ۱۳۹۳؛ امیدیان و طاهری فرد، ۱۳۹۲؛ خدایاری فرد، یونسی، اکبری زردخانه، فقیهی و به پژوه، ۱۳۸۸؛ شریفی نیا، ۱۳۸۷؛ شریفی نیا و همکاران، ۱۳۸۶)؛ طرح‌واره درمانی (کلهرنیا گلکار، قمری گیوی و احدی، ۱۳۹۰)؛ رفتاردرمانی عقلانی هیجانی (روشنی و

1. Hermann, H. R.
2. Nevels, R. M.
3. Dehon, E. E.
4. Alexander, K.
5. Gontkovsky, S. T.
6. Bushman, B. J.
7. O' Brien, E. H.
8. Cohen, D.
9. Gannon, T. A.

همکاران، ۱۳۹۴)؛ آموزش مدیریت خشم (کریمی، همتی ثابت، حقیقی، احمدپناه و محمدیگی، ۱۳۹۲؛ روستایی و همکاران، ۱۳۹۰؛ ایرلند^۱، ۲۰۰۴)؛ آموزش مؤلفه‌های فراشناختی (خادمی و سیف، ۱۳۹۰)، رفتاردرمانی دیالکتیکی (آسمند، مامی و ولی زاده، ۱۳۹۳)، روان‌درمانی بین فردی (جانسون^۲ و همکاران، ۲۰۱۶) اشاره کرد. در پژوهش حاضر توحید درمانی^۳ جهت بهبود کنش‌های اجرایی زندانیان و کاهش پرخاشگری آنان موردبررسی قرار خواهد گرفت.

یکی از این درمان‌هایی کل‌نگر و تلفیقی که می‌تواند در کاهش مشکلات زندانیان مؤثر باشد، درمان یکپارچه توحیدی^۴ است. این روش که تلفیقی از آخرین یافته‌های روان‌درمانی در حوزه‌های مختلف، به‌ویژه فنون انسانی‌نگر و شناختی از یک سو و آموزه‌های توحیدی و عرفانی اسلام از سوی دیگر می‌باشد، با الهام از توحید درمانی تدوین شده است. استفاده از روان‌درمانی در زندان‌های ایران، با به‌کارگیری نظریه وحدت درمانی توسط جلالی طهرانی که بنیان‌گذار و مؤلف آن می‌باشد، از سال ۱۳۷۳ آغاز شد. توحید درمانی اگرچه اساس تئوریک آن دین اسلام است، اما عقاید مشابه بسیاری با نظریات روان‌شناختی خصوصاً نظریه وجودگرایی - انسان‌گرایی دارد. این نظام درمانی منحصر به فرد به‌وسیله یک ایرانی پیرو ارزش‌های اسلامی به نگارش درآمده و نخست در محیط دانشگاهی و دانشگاه فردوسی مشهد و سپس در محیط زندان بسط یافته است (جلالی طهرانی، ۱۹۹۷). هدف این شیوه درمانی، مشابه سایر درمان‌های رشدی است. این شیوه درمانی نه تنها برای زندان‌های سراسر جهان، بلکه برای مردم هر جا، بدون توجه به مذهب و سیستم اعتقادی‌شان مفید است (گرسینی^۵، ۲۰۰۱).

روش توحید درمانی که در سال ۲۰۰۱ توسط جلالی طهرانی در کتاب‌نامه روان‌درمانی نوین^۶ به ویراستاری گرسینی معرفی گردید، با تأکید بر ارتقای رشد و تحول انسانی، به فرد امکان می‌دهد تا به جستجوی معنای متعالی برای زندگی و تلاش برای درک خویشتن خویش، به توسعه‌ی روشی برای زندگی خود پردازد که منجر به دستیابی به مراحل بالاتر

1. Ireland, J.L.
2. Johnson, J. E.
3. integration therapy
4. monotheistical integrated therapy
5. Corsini, R.
6. handbook of innovative therapy

رشد و کمال گردد (جلالی طهرانی، ۱۳۸۳). این رویکرد، درمان خود را بر شش مؤلفه‌ی اصلی پایه‌گذاری می‌کند. این مؤلفه‌ها عبارت‌اند از: تیم درمان، مصاحبه پذیرش، آشناسازی، رابطه‌ی درمانی، پرداختن به محتوا و تداوم (کرسینی، ۲۰۰۱).

جلالی طهرانی نقش گروه‌درمانی را بر کاهش افسردگی و افزایش عزت‌نفس در زندانیان، مثبت ارزیابی کرده است (کرسینی، ۲۰۰۱). پژوهش‌های مختلف دیگری نیز حاکی از تأثیر مداخلات درمانی توحید درمانی در کاهش فشار روانی (طیبی و قنبری هاشم آبادی، ۱۳۹۰)؛ کاهش مصرف مواد مخدر و رفتارهای همایند (قنبری هاشم آبادی، ۱۳۸۳)؛ شریفی نیا، ۱۳۸۶)؛ رفتارهای مجرمانه (شریفی نیا، ۱۳۸۶)؛ کاهش افسردگی و افزایش عزت‌نفس (حاجی بابا کاشانی، ۱۳۸۴)؛ کاهش بزهکاری زندانیان (شریفی نیا، ۱۳۸۷)، سازگاری زندانیان مرد (امیدیان و طاهری فرد، ۱۳۹۳)، کاهش پرخاشگری زندانیان مرد (امیدیان، علی اکبر دهکردی، پور نیک دست و محتشمی، ۱۳۹۳)؛ محمدی، کجیاف و عابدی، ۱۳۹۳)، مؤلفه‌های شخصیت و بالینی زندانیان (هادی و جان بزرگی، ۱۳۸۸)؛ عزت‌نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد (چوپانی صوری، احمدی، بهرامی، شریفی نیا، ۱۳۸۸) مؤثر است.

توحید درمانی به‌عنوان مدل درمانی یکپارچه‌نگر نه تنها از همه‌ی روش‌های درمانی به شکلی سازمان‌یافته استفاده می‌نماید، بلکه نگاه این رویکرد به شخصیت انسان نیز نگاهی یکپارچه‌نگر می‌باشد. لذا با ارائه‌ی مدل مفهومی سه مرحله‌ای از درمان، ابتدا در گام اول سعی در کاهش فشار و حل مشکلاتی در زندگی مراجعان دارد که منجر به آسیب در مدیریت زمان و ضعف در بازداری و خودکنترلی و همچنین آشفتگی هیجانی می‌شود. سپس در گام دوم با آشکارسازی عقل و فعال ساختن فضایل، مراجعان را راه می‌نماید تا به فرآیند خودسازمان‌دهی و حل مسئله و خودتنظیمی هیجانی نائل آیند. در گام سوم وحدت‌بخشیدن معنا به مراجعان این امکان را می‌دهد تا با دست‌یابی به فلسفه‌ای وحدت‌بخش از زندگی خویش خودانگیزی را به‌صورتی عمیق و پایدار در زندگی شخصی‌شان تجربه کنند (شریفی نیا، ۱۳۸۹).

با توجه به آمار بالای زندانیان در ایران و اینکه در سال‌های اخیر حدود نیمی از ورودی‌های زندان رده سنی بین ۱۵ تا ۲۹ سال بوده‌اند و این دامنه سنی قشر جوان و فعال جامعه هستند که نقش مهمی در توسعه و پیشرفت کشور دارند، توجه به مسائل

روان‌شناختی زندانیان در ایران بیش‌ازپیش احساس می‌شود و بررسی اختلالات شخصیت، نارسایی در کنش‌های اجرایی و پرخاشگری در زندانیان می‌تواند نقش مهمی بر تدوین برنامه‌های درمانی آنان داشته باشد؛ بنابراین؛ با توجه به اینکه یکی از مشکلات مجرمین ابتلا به انواع اختلالات شخصیتی است و پژوهش‌ها حاکی از آن است که اکثراً به اختلالات شخصیت ضداجتماعی و شخصیت مرزی مبتلا هستند و با توجه به این که در جامعه‌ی امروز جرم زیاد شده است و روزبه‌روز به آمار مجرمین و زندانیان افزوده می‌شود و از طرفی دیگر ارتکاب جرم منجر به آسیب‌های اجتماعی و اقتصادی در خانواده‌ها می‌شود؛ بنابراین، تأثیر توحید درمانی بر بهبود نارسایی در کنش‌های اجرایی و کاهش پرخاشگری مجرمین زندانی مبتلا به اختلال شخصیت بررسی شد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر کاربردی از نوع شبه آزمایشی است که در آن از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون 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 ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود را دارا بودند یعنی در پرسشنامه میلون 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 (۱۵ نفر) و در گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. در مرحله پیش‌آزمون شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل پرسش‌نامه کنش‌های اجرایی و پرخاشگری را پاسخ دادند. سپس گروه‌آزمایش به مدت ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت توحید درمانی قرار گرفتند. در نهایت پس از اجرای درمان، تمامی آزمون‌های ذکر شده دوباره در مرحله پس‌آزمون اجرا شدند. لازم به ذکر است که در پایان درمان، به دلیل اتمام دوران حبس، مرخصی و غیبت بیش از سه جلسه در گروه آزمایش و همچنین در گروه کنترل اتمام دوران حبس و مرخصی و عفو، ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۹ نفر در گروه کنترل باقی ماندند و داده‌های مربوط به ۲۱ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه چند محوری شخصیتی میلون^{۱۳} (MCM_III): این پرسش‌نامه یک مقیاس خودسنجی 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 هنجاریابی شده است. چگینی، دلاور و غزایی (۱۳۹۲) در بررسی روایی سازه پرسشنامه و تعیین ابعاد زیربنایی آن، تحلیل عوامل با روش مؤلفه‌های اصلی و سپس چرخش واریماکس استفاده شد. ضریب KMO برای ۰/۷۷۶ به دست آمد و آزمون بارتلت در سطح ۰/۰۰۰۱ معنادار بود. بر این اساس تحلیل عوامل با مؤلفه‌های اصلی انجام و ۵۲ عامل با ارزش افزوده بالاتر از یک انتخاب شد که در مجموع ۷۲/۶ درصد واریانس کل را تعیین می‌کنند. سپس چرخش واریماکس برای این ۵۲ عامل انجام گردید. پس از چرخش و با استفاده از ملاک ۰/۴، ۹ عامل به‌طور بارز و مشخص از دیگر عوامل جدا شد که در واقع عوامل اصلی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون-۳ را تشکیل می‌دهند. 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 به‌دست آمده است. در مورد مقیاس‌های نشانگان بالینی همبستگی متوسطی از دامنه ۰/۴۴ (PTSD) تا ۰/۹۵ (افسردگی اساسی) با متوسط ۰/۸۰ به‌دست آمده است (سید مهدوی اقدم، محمودعلیلو، رضائی، ۱۳۹۲).

مقیاس نارسایی در کنش‌های اجرایی بارکلی: این مقیاس توسط بارکلی (۲۰۱۱) و با هدف بازنمایی نارساکنش‌وری اجرایی در جمعیت‌های غیر بالینی و بالینی به‌ویژه بزرگ‌سالان مبتلا به ADHD طراحی شد. این مقیاس ۸۹ سؤالی 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)،

1. millon clinical multiaxial inventory (MCM-III)

خودسازمان‌دهی / حل مسئله (۲۴ سؤال)، خودکنترلی / بازداری (۱۹ سؤال)، خود انگیزشی (۱۲ سؤال) و خود نظم جویی هیجان (۱۳ سؤال) را اندازه‌گیری می‌کنند. به‌طور کلی، نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس بیان‌گر نارسایی بیش‌تر در آن کنش اجرایی می‌باشد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز نشان داد الگوی پنج عاملی مقیاس نارسایی در کنش‌وری اجرایی بارکلی (خود مدیریتی زمان، خودسازمان‌دهی / حل مسئله، خودانگیزشی، خودکنترلی / بازداری، حل مسئله خودنظم‌جویی هیجان)، در جامعه ایرانی برآزش خوبی دارد؛ بنابراین روایی مقیاس نیز مطلوب می‌باشد. برای کل مقیاس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱۸ و برای خرده‌مقیاس خود مدیریتی زمان، خودسازمان‌دهی / حل مسئله، خودکنترلی / بازداری، خود انگیزشی و خود نظم جویی 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 (مشهدی و همکاران، ۱۳۹۴).

پرسش‌نامه پرخاشگری ب‌اس و پری: پرسش‌نامه پرخاشگری ب‌اس و پری (۱۹۹۲) یک مقیاس خود گزارش‌دهی است که نمره‌گذاری آن به‌صورت لیکرت از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) می‌باشد. در این ابزار دو سؤال ۹ و ۱۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار چهار خرده‌مقیاس 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. پرسشنامه پرخاشگری دارای اعتبار و روایی قابل قبولی است. نتایج ضریب بازآزمایی برای چهار زیرمقیاس (با فاصله ۹ هفته) ۰/۸۰ تا ۰/۷۲ و همبستگی بین چهار زیرمقیاس ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ به‌دست آمده است (سامانی، ۱۳۸۶). در بررسی اعتبار مقیاس پرخاشگری توسط ب‌اس و پری به روش بازآزمایی بر روی ۳۷ نفر پس از ۹ هفته ضریب 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 دانش‌آموز مهاجر و غیر مهاجر سال اول متوسطه در شهر بجنورد توسط لنگری (۱۳۷۸) نشان می‌دهد که ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های

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 (به نقل از خانجانی، ظفر قلیزاده، ۱۳۸۸).

پروتکل توحید درمانی: توحید درمانی به مدت ۱۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت.

جدول ۱. خلاصه جلسات توحید درمانی

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
یکم	آشنایی اولیه اعضای گروه و بیان قوانین و تمرین آن‌ها	صحبت درباره ساعت و روز گروه، التزام به وقت‌شناسی، شروع با آرمیدگی، بیان اصل رازداری، بازخورد صحیح.	تمرین آرمیدگی، تمرین بازخورد دادن
دوم	تسهیل فرآیند شکل‌گیری اعتماد و از بین بردن موانع ارتباطی	صحبت پیرامون احساسات مراجعان درباره اعتماد، بازی‌های مرتبط با افزایش جرأت و ورزشی، آموزش زبان بدن	خودآگاهی از زبان بدن خویش در وقت تنیدگی.
سوم	ایجاد ارتباط بین اعضا و آشکارسازی هیجانات پنهان در بین اعضا	تشویق به بیان احساس به‌جای بیان قضاوت‌ها در مورد یکدیگر، آموزش گوش دادن فعال، بیان احساسات شخصی	شناسایی احساسات همراه با افکار در مورد پدیده‌های گوناگون.
چهارم	آموزش نقش تعیین‌کنندگی هیجان در رفتار	پرداختن به وضعیت‌های ناتمام اعضا با یکدیگر، صحبت پیرامون دوست داشتن‌های غیرمنطقی	مراجع وضعیت‌های ناتمامش با دیگران مهم زندگی را بیابد.
پنجم	شخصی‌سازی درمان و تمرین ارتباط اصیل بین اعضا	تشویق به بیان مشکلات زندگی شخصی خود، تشویق اعضا به همدلی و گوش دادن، جلوگیری از راهکار و سرزنش.	انجام یک مکالمه به‌دوراز نصیحت، راهکار، سرزنش.
ششم	تبیین مشکلات مراجعین بر اساس مدل A-B-C، تأکید بر نقش معناها در رفتار	کنکاش در معناهای ذهنی مراجعین، یافتن الگوهای فردی ثابت در تعبیرها، به چالش کشیدن معناهای ثابت	مراجع پدیده‌هایی را بیابد که در دو زمان دو معنا داشته باشد.
هفتم	تبیین نقش معناها در ایجاد اضطراب، الگوی اضطراب-اجتناب و ضرورت مواجهه	سعی در مواجهه ذهنی مراجع با اضطراب‌های شخصی خود، تبیین جایگاه مهم شفقت خود و پذیرش نسبت به خود.	تنظیم جدول سلسله‌مراتب اضطراب-اجتنابها
هشتم	انجام مواجهه برای مراجعین	تمرین مواجهه واقعی مراجع با اضطراب‌های خود	مراجع با یکی از اضطراب‌های خود مواجه شود.

نهم	تبیین جایگاه اضطراب و نقش آن در جلوگیری از رشد شخصی و شکوفایی	مرور تجربه مواجهه با اضطراب، مرور هیجان تجربه شده پس از مواجهه، یادآوری احساس اعتماد به نفس پس از مواجهه	ترغیب به مواجهه با اضطراب و ثبت احساس خود پس از آن.
دهم	تبیین جایگاه ارزش‌ها در ایجاد رفتار	پرداختن به باورهای بنیادین مراجع، به چالش کشیدن آن‌ها، بیان ناکارآمدی آن‌ها	از مراجع می‌خواهیم ارزش‌های اصلی خود را مشخص کند
یازدهم	تأکید بر ضرورت همخوانی ارزش‌ها با نیازهای خود واقعی و نیاز به یکپارچگی	صحبت پیرامون سیستم ارزشی همخوان با ارگانیسم، گفتگو پیرامون رفتارهای ارضاکننده برای پاسخ به نیازها	بررسی فاعلی همخوانی ارزش‌های مراجع با نیازهای واقعی‌اش
دوازدهم	تبیین جایگاه مرگ و نقش آن در سیستم ارزشی	صحبت پیرامون آنکه چطور نحوه نگاه به مرگ، ارزش‌های زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد.	از مراجع خواسته می‌شود به مرگ خود فکر کند.
سیزدهم	جایگاه معنای زندگی به عنوان عنصر اساسی برای زندگی انسان	مواجهه با مرگ، اعضا را به سراغ یافتن معنای جدید برای زندگی می‌برد	از مراجع خواسته می‌شود تکلیف زندگی دوباره را انجام دهد
چهاردهم	معرفی معنای مذهبی به عنوان عنصری وحدت‌بخش به زندگی	گفتگو پیرامون نیاز به چهارچوب و اصول و نظم در بین مراجعین	از مراجع می‌خواهیم زندگی بدون قواعد را تصور کند
پانزدهم	تبیین جایگاه رفتارهای عبادی و تأثیر آن در چهارچوب دهی به زندگی	پیرامون نظم بیرونی و اثر آن بر نظم درونی صحبت می‌کنیم	تکلیف شروع-پایان را تمرین می‌کنند.
شانزدهم	مرور، جمع‌بندی و پایان‌بندی درمان	سعی در پایان دادن به جلسات، تجربه هیجانات مرتبط با غم و پایان درمان. توضیح بی‌پایان بودن مسیر رشد روانی.	نوشتن نامه برای گروه و خداحافظی با اعضا و درمانگر.

یافته‌ها

شرکت کنندگان پژوهش زندانیان مرد مبتلا به اختلال شخصیت بودند.

جدول ۲. وضعیت جمعیت شناختی شرکت کنندگان در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

گروه	میانگین	انحراف معیار
سن		
آزمایش	۲۲/۴۱	۱/۵۰
کنترل	۲۲/۳۳	۱/۶۵
تحصیلات		
گروه	فراوانی	درصد
آزمایش	۳	۲۰
کنترل	۰	۰
دبستان		
آزمایش	۱	۸/۳
کنترل	۲	۲۲/۲
راهنمایی		
آزمایش	۴	۳۳/۳
کنترل	۳	۳۳/۳
دبیرستان		
آزمایش	۲	۱۶/۷
کنترل	۴	۴۴/۴
دانشگاهی		
آزمایش	۲	۱۶/۷
کنترل	۰	۰
کل		
آزمایش	۱۲	۱۰۰
کنترل	۹	۱۰۰

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین سنی و انحراف معیار شرکت کنندگان گروه آزمایش (۲۲/۴۱، $\pm 1/50$) و گروه کنترل (۲۲/۳۳؛ $\pm 1/65$) بود. از نظر وضعیت تحصیلی در گروه آزمایش ۲۰ درصد بی‌سواد بودند. ۸/۳ درصد در آزمایش، ۲۲/۲ درصد کنترل دارای سواد دبستان، ۳۳/۳ درصد هم در آزمایش و هم در کنترل دارای سواد راهنمایی، ۱۶/۷ درصد در آزمایش و ۴۴/۴ درصد در کنترل دارای سواد دبیرستان، ۱۶/۷ درصد نیز در گروه آزمایش دارای سواد دانشگاهی بودند.

به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیری و چند 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 ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات به دست آمده از آزمون کنش های اجرایی و پرخاشگری در گروه آزمایش و کنترل

گروه		گروه آزمایش		گروه کنترل	
متغیر	مراحل	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنش های اجرایی	پیش آزمون	۱۸۹/۹۱	۴۷/۲۵	۱۸۹	۵۸/۶۳
	پس آزمون	۱۵۹/۳۳	۳۴/۸۰	۱۸۵/۴۴	۴۸/۱۸
پرخاشگری	پیش آزمون	۱۰۲/۳۳	۱۲/۹۹	۸۷/۸۸	۱۷/۴۱
	پس آزمون	۸۷/۳۳	۱۴/۸۸	۸۷/۶۶	۱۸/۶۱

قبل از ارائه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری جهت مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات کلی کنش های اجرایی و پرخاشگری باید یادآور شد که نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف نشان داد برای کنش های اجرایی و پرخاشگری، این آزمون معنادار نبود ($P > ۰/۰۵$). عدم معناداری نشان می دهد که داده ها نرمال هستند. نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها از لحاظ آماری معنادار نبود (کنش های اجرایی: $F_{(1,19)} = ۰/۱۸$, $P = ۰/۶۷$ ؛ پرخاشگری: $F_{(1,19)} = ۱/۶۳$, $P = ۰/۲۱$) و این به معنای برقراری مفروضه همگنی واریانس ها می باشد. هم خطی رگرسیونی برای روابط متغیر کنش های اجرایی با متغیر کمکی تصادفی (پیش آزمون) رعایت شده بود. همگنی رگرسیونی نیز رعایت شده بود (کنش های اجرایی: $F = ۰/۳۴$, $P = ۰/۹۴$ ؛ پرخاشگری: $F = ۰/۵۴$, $P = ۰/۴۷$). در ادامه در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه گروه ها در کنش های اجرایی و پرخاشگری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	P	اندازه اثر
کنش های اجرایی	پیش آزمون	۱۹۷۰۳/۵۴	۱	۱۹۷۰۳/۵۴	۲۸/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	گروه	۳۶۵۹/۱۲	۱	۳۶۵۹/۱۲	۵/۳۶	۰/۰۳	۰/۲۳
	خطا	۱۲۲۶۷/۳۴	۱۸	۶۸۱/۵۱			
	کل	۶۴۶۱۲۳	۲۱				
پرخاشگری	پیش آزمون	۳۰۴۹/۶۶	۱	۳۰۴۹/۶۶	۲۵/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	گروه	۶۴۴/۷۷	۱	۶۴۴/۷۷	۵/۳۷	۰/۰۳	۰/۲۳
	خطا	۲۱۵۹/۰۰۳	۱۸	۱۱۹/۹۴			
	کل	۱۶۵۹۰۳	۲۱				

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است بین افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ کنش‌های اجرایی و پرخاشگری تفاوت معناداری وجود دارد (کنش‌های اجرایی: $F=5/36$ ، $P=0/03$ ؛ پرخاشگری: $F=5/37$ ، $P=0/03$) و همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد کنش‌های اجرایی و پرخاشگری افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون کاهش معناداری نشان داده شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

بررسی وضعیت سلامت روانی در زندانیان و ارائه‌ی 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 درصدد رفع مشکلات زندانیان برآمده‌اند.

در پژوهش حاضر اثر بخشی توحید درمانی بر بهبود کنش‌های اجرایی و کاهش پرخاشگری زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مورد بررسی قرار گرفت. نتایج بررسی‌ها نشان داد که توحید درمانی قادر به بهبود معنادار در کنش‌های اجرایی زندانیان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. به دلیل جدید بودن موضوع اثر بخشی توحید درمانی بر کنش‌های اجرایی پژوهشی همسو یا ناهمسو با نتایج پژوهش حاضر یافت نشد.

در توحید درمانی درمانگر افراد را به‌عنوان انسانی خوب و البته ممکن الخطا می‌بیند و از سوی دیگر آن‌ها را نسبت به تکامل و رشد خویش مسئول می‌داند. درمانگر با باور به گرایش ارگانیسمی انسان به تعالی، احترام و پذیرش بی قضاوت گذشته و اکنون مراجعین خود این فرصت را به افراد می‌دهند تا اولاً در نحوه‌ی ارتباطی خود دقیق شوند و نسبت به هیجانات تجربه‌شده‌ی خویش آگاهی یابند و سپس براساس ارزش‌هایی اساسی و بنیادین سعی در افزایش بازدارندگی و کنترل، حل مسئله مؤثر و بیان سالم هیجانات خویش داشته

باشند. خالی شدن آدمی از وضعیت‌های ناتمام گذشته و پابندی به ارزش‌های نوین او را به خودانگیزی و کشف معناداری زندگی سوق می‌دهد.

درمان یکپارچه‌ی توحیدی اگرچه به‌طور مستقیم و مشخص بر روی مؤلفه‌هایی که تحت عنوان کنش‌های اجرایی تعریف می‌شوند مداخله نمی‌کند اما بر همین اساس که مدلی کل‌نگر و یکپارچه است می‌تواند با تأکید بر حل مشکل فعلی مراجع از طریق برداشتن موانع ارتباطی با دیگران، برملاسازی عقل و فعال‌سازی فضایل اخلاقی و کشف معناها و ارزش‌های وحدت‌بخش یکی از ثمرات آن را بهبود در نارسایی کنش‌های اجرایی دانست.

در توحید درمانی با تأکید بر تقوا و خودمهارگری، سعی بر آن است تا فرد در خلال تعارض‌های مختلف، بر اثر تحول روحی و معنوی، قوای عقلانی بر سایر قوا مسلط شوند و تمامی ابعاد وجودی انسان در کنترل عقل و شرع قرار گیرد. همچنین با مراقبه و هشیارافزایی تلاش می‌شود بر توجه متمرکز شد. در فرهنگ اسلامی، نظارت بر خود و هشیارافزایی برای رسیدن به تعالی و تکامل دارای چهار مرحله دارد: مشارطه، مراقبه، محاسبه و معاقبه. مشارطه یعنی اینکه انسان هر روز صبح با خود شرط کند مراقب رفتار و گفتار خویش باشد و بکوشد اعمال خوب و پسندیده انجام دهد و از کردار و اعمال زشت و ناپسند دوری کند. مراقبه یعنی انسان با تمرکز بر اعمال خویش، هشیارانه از خود مراقبت کرده و رفتارهای خود را به دقت زیر نظر بگیرد. محاسبه عبارت است از اینکه انسان با ارزیابی دقیق و منصفانه، به بررسی کارهای روزانه‌اش پردازد و میزان کامیابی و ناکامی خود را در انجام رفتارهای موردنظر بسنجد. منظور از معاقبه نیز آن است که فرد خود را برای کامیابی‌های به‌دست‌آمده پاداش دهد و خدا را شکر کند و از طرفی، به خاطر کوتاهی‌ها توبه کند. از سوی دیگر یکی از روش‌های کاهش ناهشیاری و غفلت، ذکر و یادآوری است. ذکر موجب می‌شود فعالیت ذهن همواره هدفمند باشد و افکار خودکار را که موجب احساسات بیمارگونه و اعمال نسنجیده می‌شوند، مهار کند. با ذکر و تذکر، عقل و هشیاری تقویت می‌گردد؛ بنابراین، درمانگر با تأکید بر خودمهارگری، مراقبه و حضور ذهن و ذکر و یادآوری و آموزش آن به زندانیان در کنار معنویت توانست منجر به کاهش نارسایی در کنش‌های اجرایی زندانیان گردد. زندانیان توانستند با خودمهارگری و کنترل، مراقبه و ذکر بهتر برنامه‌ریزی کنند، توانایی توجه و تمرکز خود را بالا ببرند، در

تصمیم‌گیری آگاهانه‌تر عمل نمایند، بازداری را در خود افزایش دهند و در نتیجه کنش‌های اجرایی خود را بهبود بخشیدند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که توحید درمانی در کاهش معنادار پرخاشگری زندانیان اثرگذار بوده است. نتایج پژوهش حاضر با پژوهش محمدی، کجباف و عابدی (۱۳۹۳)، امیدیان و همکاران (۱۳۹۳) همسو است.

پرخاشگری رفتار تهاجمی است در آن فرد به دیگری/ دیگران آسیب می‌زند. پرخاشگری علاوه بر اینکه منجر به کاهش سازگاری فردی و اجتماعی شخص می‌شود، بلکه امنیت و بهداشت روانی خانواده و سایر گروه‌های اجتماعی را نیز با اختلال مواجهه می‌کند. پرخاشگری یکی از مشکلات مهم در بین زندانیان است و پژوهش‌های بسیاری نیز نشان داده‌اند که تکانشگری و پرخاشگری زندانیان بیشتر از غیر زندانیان است؛ بنابراین، مسئولین زندان به دنبال اقداماتی در جهت کاهش و پیشگیری از پرخاشگری هستند.

اگرچه می‌توان نقص در مهارت‌های حل مسئله، عدم آگاهی از مهارت‌های کنترل خشم و پرخاشگری را از علل رایج پرخاشگری دانست اما آنچه همه‌ی نظریات بر سر آن توافق دارند پرخاشگری زاینده‌ی ناکامی است، اما لزوماً هر ناکامی منجر به پرخاشگری نمی‌شود. هنگامی که فرد نسبت به انگیزه‌های خود و هیجانات برخاسته از آن انگیزه‌ها آگاهی ندارد در هنگام ناکامی نیز نمی‌تواند هیجانات خویش را به‌طور صحیح بشناسد و قادر نخواهد بود تا خشم خود را به‌طور صحیح ابراز نماید. توحید درمانی با ایجاد بینش وسیع در انگیزه‌های پذیرفته‌شده و پذیرفته‌نشده افراد منجر به آگاهی لحظه‌به‌لحظه فرد نسبت به گذر هیجانات مختلف می‌شود و او را نسبت به شناخت احساساتش در هنگام ناکامی و انتخاب روش جرأت‌مندانه و هماهنگ با ارزش‌های واقعی خویش مسئول می‌سازد و بنابراین، مسیر معیوب شکل‌گرفته در فرد پرخاشگر را اصلاح و بازسازی می‌کند.

همچنین یکی دیگر از دلایل کاهش پرخاشگری در زندانیان را می‌توان تأکید توحید درمانی بر غنی‌سازی اعتقادات دینی افراد و توجه به فطرت و هسته درونی انسان دانست. هرچه قدر فرد به الگوپذیری از درمانگر نزدیک‌تر شود و فضایل عقلانی را در خود تقویت نماید، خواهد توانست ارتباط بهتری با مبدأ هستی پیدا کند، این اعتقاد و ارتباط با خدا تأثیر عمیقی بر عواطف، شناخت‌ها، رفتارها و عملکرد فرد می‌گذارد. فرد با درونی

کردن فضایل اخلاقی به سمت انسجام و یکپارچگی گام می‌نهد و در نتیجه‌ی آن پرخاشگری فرد نیز به‌عنوان یکی از عوامل محل در دستیابی به وحدت شخصیت فرد کاهش پیدا می‌کند.

به‌طور کلی می‌توان گفت که در توحید درمانی درمانگر افراد را به‌عنوان انسانی خوب و البته ممکن‌الخطا می‌بیند و از سوی دیگر آن‌ها را نسبت به تکامل و رشد خویش مسئول می‌داند. درمانگر با کمک توحید درمانی منجر به خالی شدن آدمی از وضعیت‌های ناتمام گذشته و پایبندی به ارزش‌های نوین او می‌گردد و مراجع را به خودانگیزی و کشف معناداری زندگی سوق می‌دهد.

پرخاشگری نیز یکی از مسائلی است که زندانیان با آن مواجه هستند و با توجه به ویژگی‌های شخصیتی و حضور در محل‌های زمینه‌ساز پرخاشگری، این که بتوانند پرخاشگری خود را کنترل کنند، امری ضروری است. لذا درمانگر با استفاده از مفاهیم توحید درمانی درصدد کاهش و مدیریت پرخاشگری آنان برآمد. درمان توحیدی بر انسجام و وحدت فرد توجه دارد و به تغییر و تحول تا پایان عمر تأکید می‌کند. به ابعاد فردی، اجتماعی، شناختی، فرهنگی و ... فرد توجه می‌کند و درصدد است تا همدلی در افراد ایجاد کند و باورهای نادرست در افراد اصلاح کند و تلاش می‌کند تا افراد با هدف اصلی زندگی و کسب فضایل عقلانی و اخلاقی آگاه شوند و کل نگرتر از درمان‌های دیگر است. درمانگر با توحید درمانی توانست با اصلاح باورهای افراد، زندانیان را به اصلاح افکار منفی و پرخاشگرانه‌ی خود پردازند. آن را مدیریت کنند و بنابراین پرخاشگری آنان نسبت به قبل از مداخله کاهش یافت.

مشکلات و مسائلی که زندانیان با آن‌ها مواجهه هستند گسترده و پیچیده است و در جنبه‌های مختلف زندگی زندانیان خود را نشان می‌دهد. توحید درمانی که در ایران برای اولین بار نیز در زمینه‌ی کاهش مشکلات زندانیان به کار برده شد، در پژوهش حاضر نیز توحید درمانی توانست در بهبود نارسایی کنش‌های اجرایی و کاهش پرخاشگری اثر داشته باشد. نارسایی در کنش‌های اجرایی در اختلالات روانی مختلف نقش میانجی دارد و به کار بردن درمان‌هایی برای بهبود آن می‌تواند در کاهش مشکلات افرادی که از نارسایی در کنش‌های اجرایی رنج می‌برند، نقش بسزایی داشته باشد. زندانیان با کاهش نارسایی کنش‌های اجرایی خود توانستند بهتر تصمیم‌گیری کنند، توجه خود را کنترل کنند،

بازداری در رفتارهای خود به کار ببرند، مسائل را بهتر حل کنند و برای بهتر شدن رفتارها و فعالیت‌های خود تلاش کنند. پرخاشگری نیز با توحید درمانی کاهش پیدا کرد. 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.

توحید درمانی توانسته بود هم بر کنش‌های اجرایی و هم پرخاشگری اثرگذار باشد؛ بنابراین، می‌توان گفت از آنجایی که مشکلات مجرمین نیز ناشی از مسائل مختلف شناختی، رفتاری، هیجانی و فرهنگی است و نمی‌توان تک بُعدی به علل جرم نگاه کرد و آن را با درمان‌هایی تک بُعدی حل نمود؛ هم‌چنین به دلیل ناهمگن بودن مجرمان و ویژگی‌های روان‌شناختی آنان، مناسب‌ترین روش درمانی می‌تواند درمانی باشد که چند بُعدی و یکپارچه است، استفاده از توحید درمانی در حل مشکلات زندانیان مفیدتر و کارآمدتر خواهد بود.

در پایان پیشنهاد می‌شود که دوره‌های آموزشی جهت آشنایی کارکنان زندان با اختلالات شخصیت برگزار گردد. هم‌چنین با توجه به جنبه‌های روان‌شناختی و رفتاری مجرمین، مسئولان قضایی نیز به این امور علاوه بر امور جرم شناختی توجه کنند. 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. پیشنهاد می‌شود توحید درمانی برای زندانیان خانم و هم‌چنین زندانیان نوجوان در کانون‌های اصلاح و تربیت نیز مورد بررسی قرار بگیرد.

منابع

- امیدیان، مهدی؛ طاهری فرد، احمد. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی بر سازگاری زندانیان مرد. مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۸ (۱۵)؛ ۱۲۷-۱۴۴.
- امیدیان، مهدی؛ علی اکبر دهکردی، مهناز؛ پور نیک دست، سبحان؛ محتشمی، طیه. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش گروهی به شیوه یکپارچه توحیدی بر سطح پرخاشگری. روان‌شناسی دین، ۷ (۱)؛ ۱۷-۲۹.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. ویراست پنجم، ترجمه یحیی، سید محمدی. (۱۳۹۳). نشر روان: تهران.
- آراسته، مدبر؛ شریفی سقز، بیان. (۱۳۸۷). میزان شیوع اختلالات روان‌پزشکی در زندانیان زندان مرکزی سنندج. اصول بهداشت روانی، ۱۰ (۴)؛ ۳۱۱-۳۱۶.
- آسمند، پریسا؛ مامی، شهرام؛ ولی زاده، رضا. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در درمان باورهای غیرمنطقی و اضطراب جوانان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی زندان مردان ایلام. فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۴ (۳)؛ ۱۵۹-۱۶۷.
- جلالی طهرانی، محمد محسن. (۱۳۸۳). توحید درمانی. نقد و نظر، ۹ (۳ و ۴)؛ ۴۶-۴۸.
- چگینی، مریم؛ دلاور، علی؛ غرابی، بنفشه. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون-۳. پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۸ (۲۹)؛ ۱۳۵-۱۶۲.
- چوپانی صوری، مراد، احمدی، احمد؛ بهرامی، فاطمه؛ شریفی نیا، محمد حسین. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی رفتاری بر عزت‌نفس و نگرش‌های زناشویی زندانیان مرد استان قم. پایان‌نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد، مشاوره خانواده، دانشگاه اصفهان.
- حاجی بابا کاشانی، حسین. (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر نظریه وحدت درمانی بر کاهش افسردگی و افزایش عزت‌نفس زندانیان مرد. پایان‌نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد بیرجند.

خادمی، علی؛ سیف، علی اکبر. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر آموزش مؤلفه‌های فراشناختی در کاهش رفتارهای ضداجتماعی جوانان زندان مرکزی ارومیه. تحقیقات علوم رفتاری، ۹ (۳)؛ ۱۸۶-۱۹۶.

خانجانی، زینب؛ ظفر قلیزاده، نسیم. (۱۳۸۸). رابطه‌ی بین پرخاشگری و رضایت زناشویی در کارمندان متأهل بانک‌های دولتی شهر ارومیه. زن و مطالعات خانواده، ۲ (۵)، ۴۱-۶۶.

خدایاری فرد، محمد؛ عابدینی، یاسمین؛ اکبری زردخانه، سعید؛ غباری بناب، باقر؛ سهرابی اسمرود، فرامرز؛ یونسی، سید جلال. (۱۳۸۷). اثر بخشی مداخلات شناختی رفتاری بر سلامت روان شناختی زندانیان. مجله علوم رفتاری ۲ (۴)؛ ۲۸۳-۲۹۰.

خدایاری فرد، محمد؛ یونسی، سید جلال؛ اکبری زردخانه، سعید؛ فقیهی، علی نقی؛ به پژوه، احمد. (۱۳۸۸). اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی و فردی مبتنی بر آموزه‌های دینی بر ناسازگاری‌های روان شناختی زندانیان در زندان رجایی شهر. فصلنامه پژوهش در سلامت روان شناختی، ۳ (۴)؛ ۵۵-۶۸.

رفیعی نیا، پروین؛ زحمت بر، سمیرا؛ رحیمیان بوگر، اسحاق؛ اسدی، عمران؛ کاظمی حقیقی، ناصرالدین. (۱۳۹۲). مقایسه عملکرد اجرایی در زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی و افراد فاقد این اختلال. مجله روان شناسی بالینی، ۵ (۲)؛ ۴۵-۵۴.

روشنی، دائم؛ مرادی، قباد؛ علیزاده، سپیده؛ شیخ احمدی، شیلان؛ حبیبی، سوگند؛ فرنیاء، مرضیه؛ شهبازی، محمد. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر آموزش رفتاردرمانی عقلانی هیجانی بر وضعیت سلامت روان زنان زندانی. مجله روان شناسی و روان پزشکی شناخت، ۲ (۲)؛ ۷۰-۷۹.

سامانی، سیامک. (۱۳۸۶). بررسی پایایی و روایی پرسش‌نامه پرخاشگری باس و پری. مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۳ (۴)؛ ۳۵۹-۳۶۵.

سهرابی، فرامرز؛ سنگ پهنی، طیبه؛ برجعلی، احمد. (۱۳۹۴). اثر بخشی شناخت درمانی به سبک مایکل فری بر کاهش افسردگی زنان زندانی استان تهران. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۶ (۲۳)، ۱-۲۰.

- سید مهدوی اقدام، میر روح الله، محمود علیلو، مجید، رضائی، امید. (۱۳۹۲). رابطه تجربه انواع مختلف سوءرفتار دوره کودکی و اختلال‌های شخصیت خوشه B. مجله علوم پزشکی ارومیه، ۲۴ (۳)؛ ۲۱۰-۲۱۸.
- شریفی نیا، محمد حسین. (۱۳۸۷). بررسی اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی در کاهش بزهدکاری زندانیان. دو فصلنامه مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۱ (۲)؛ ۷-۳۰.
- شریفی نیا، محمد حسین. (۱۳۸۹). الگوهای روان‌درمانی یکپارچه: با تأکید بر توحید درمانی. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- شریفی نیا، محمد حسین؛ افروز، غلامعلی؛ رسول زاده طباطبایی، سید کاظم. (۱۳۸۶). مقایسه‌ی اثربخشی دو روش توحید درمانی و شناخت درمانی در کاهش رفتار مجرمانه زندانیان. روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۷ (۳)؛ ۴۱-۷۲.
- شمس، علی. (۱۳۸۴). مقدمه‌ای بر جامعه‌شناسی زندان. چاپ دوم. تهران: سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی کشور، راه تربیت.
- طیعی، هاجر؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی یکپارچه توحیدی و شناختی رفتاری در کاهش فشار روانی همسران جانبازان اختلال پس از ضربه. روان‌شناسی و دین، سال ۴ (۱)؛ ۲۵-۳۵.
- علیزاده، حمید. (۱۳۸۵). رابطه‌ی کارکردهای اجرایی عصبی - شناختی با اختلال‌های رشدی. تازه‌های علوم شناختی. ۸ (۴)؛ ۵۷-۷۰.
- قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی. (۱۳۸۳). اثربخشی رویکرد یکپارچه‌گرای روان‌درمانی گروهی در درمان وابستگی به مواد مخدر و افزایش سلامت روان در معتادان زندانی مرد. پایان‌نامه دکتری، روان‌شناسی مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.
- کریمی، حمزه؛ همتی ثابت، اکبر؛ حقیقی، محمد؛ احمدپناه، محمد؛ محمدیگی، حمید. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم و مهارت‌های ارتباطی بر میزان پرخاشگری معتادان به حشیش زندان شهر همدان. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱ (۲)؛ ۱۲۹-۱۳۸.
- کلهرنیا گلکار، مهدی؛ قمری گیوی، حسین؛ نریمانی، محمد؛ احدی، بتول. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش علائم و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار

- زندانیان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی، وابسته و پارانوئید. پایان‌نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی.
- کمالی، ابوالقاسم؛ مولوی، حسین؛ کلانتری، مهرداد. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش شناختی رفتاری بر میزان خصومت و پرخاشگری زندانیان محکوم به شرارت و ایراد ضرب و جرح در زندان اصفهان، پایان‌نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.
- کهریزی، سمیه؛ مرادی، آسیه؛ مؤمنی، خدامراد. (۱۳۹۳). اثربخشی شن‌بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری/ بیش‌فعالی کودکان پیش‌دبستانی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۵ (۱۸)، ۱۲۷-۱۵۰.
- محمدی، سید محمد علی؛ کجباف، محمد باقر؛ عابدی، محمدرضا. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی آموزش گروهی مدیریت خشم و درمان یکپارچه توحیدی بر پرخاشگری زندانیان قم. پایان‌نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- محمدی، سید محمد علی؛ کجباف، محمد باقر؛ عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی توحید درمانی بر میزان پرخاشگری زندانیان قم. روان‌شناسی و دین، ۷ (۳)، ۶۴-۴۷.
- مشهدی، علی؛ میردورقی، فاطمه؛ حسین‌زاده ملکی، زهرا؛ حسنی، جعفر؛ حمزه‌لو، محمد. (۱۳۹۴). ساختار عاملی، اعتبار و روایی نسخه فارسی مقیاس نارسایی‌ها در کنش‌وری اجرایی بارکلی- نسخه بزرگ‌سال. روان‌شناسی بالینی، ۷ (۱): ۵۱-۶۳.
- مظاهری، مهرداد؛ خلیقی، نسرین؛ رقیبی؛ مهوش؛ سرابندی، حسن. (۱۳۸۹). شیوع اختلالات شخصیت در میان زندانیان زن زندان زاهدان، مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، ۱۳ (۳)، ۴۶-۴۹.
- هادی، محمد مهدی؛ جان بزرگی، مسعود. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان یکپارچه توحیدی بر مؤلفه‌های شخصیت و بالینی. روان‌شناسی و دین، ۶ (۶)، ۷۱-۱۰۴.
- یاریان، سجاد؛ محمودی مقدم، سید روح‌الله؛ خرامین، شیر علی؛ نیکدل، فریبرز. (۱۳۹۳). اثربخشی مداخله‌ی گروهی بخشش بر سلامت ذهنی و کنترل خشم زندانیان با جرم نزاع دسته‌جمعی. اندیشه و رفتار، ۸ (۳۱)، ۱۷-۲۶.

- 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.
- Barker, E. D., Séguin, J. R., White, H. R., Bates, M. E., Lacourse, E., Carbonneau, R., & Tremblay, R. E. (2007). *Developmental trajectories of male physical violence and theft: relations to neurocognitive performance*. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 592-599.
- Behan, D., & Spurr, M. (2011). *Working with personality disordered offenders-a practitioner's guide*. Ministry of justice national offender management service.
- Bergvall, A. H., Nilsson, T., Hansen, S. (2003). *Exploring the link between character, personality disorder, and neuropsychological function*. *Europe Psychiatry*, 18: 334-344.
- Black, D. W., Gunter, T., Allen, J., Blum, N., Arndt, S., Wenman, G., & Sieleni, B. (2007). *Borderline personality disorder in male and female offenders newly committed to prison*. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 400-405.
- Brunell, A. B., & Buelow, M. T. (2015). *Narcissism and performance on behavioral decision-making tasks*. *Journal of Behavioral Decision Making*, 30(1), 3-14.
- Buckholtz, J. W., & Meyer-Lindenberg, A. (2012). *Psychopathology and the human connectome: toward a transdiagnostic model of risk for mental illness*. *Neuron*, 74(6), 990-1004.
- 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). Elsevier BV.
- 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.
- Corsini, R. J. (2001). *Handbook of innovative therapies*. New York: Wiley.
- Falk, Ö., Sfindla, A., Brändström, S., Anckarsäter, H., Nilsson, T., & Kerekes, N. (2017). *Personality and trait aggression profiles of male and female prison inmates*. *Psychiatry research*, 250, 302-309.
- Fertuck, E. A., Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Heormann, S., Stanley, B. (2006). *Executive neurocognition memory systems and borderline personality disorder*. *Clinical Psychology Review*, 26: 346-375.
- 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*, 20(5), 490-499.
- Friedman, N. P., & Miyake, A. (2017). *Unity and diversity of executive functions: Individual differences as a window on cognitive structure*. *Cortex*, 86, 186-204.

- Gannon, T. A., Alleyne, E., Butler, H., Danby, H., Kapoor, A., Lovell, T., ... & Ciardha, C. Ó. (2015). *Specialist group therapy for psychological factors associated with firesetting: Evidence of a treatment effect from a non-randomized trial with male prisoners*. Behaviour research and therapy, 73, 42-51.
- García-Villamizar, 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.
- Garcia-Villamizar, D., Dattilo, J., & Garcia-Martinez, M. (2017). *Executive functioning in people with personality disorders*. Current Opinion in Psychiatry, 30(1), 36-44.
- Geraci, G. G. (2015). *The relationship between frontal lobe functioning, trait displaced aggression and crime*. California State University, Long Beach.
- 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.
- 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.
- Jalali Tehrani, S. M. M. (1997). *Prison as a growth community*. Journal of humanistic psychology, 37 (1); 92-109.
- Johnson, J. E., Miller, T. R., Stout, R. L., Zlotnick, C., Cerbo, L. A., Andrade, J. T., & Wiltsev-Stirman, S. (2016). *Study protocol: Hybrid Type I cost-effectiveness and implementation study of interpersonal psychotherapy (IPT) for men and women prisoners with major depression*. Contemporary clinical trials, 47, 266-274.
- Jurado, M. B., & Rosselli, M. (2007). *The elusive nature of executive functions: a review of our current understanding*. Neuropsychology review, 17(3), 213-233.
- Kohen, D. (2006). *Aggression: the testosterone secretion in link. woman in prison, project, correctional association of newyork imprisonment and families' fact sheet*. 44, 4-137.
- Kulman, R. (2012). *Train Your Brain for Success: A Teenager's Guide to Executive Functions*. Florida: Specialty Press.
- Ruocco, A. C. (2005). *The neuropsychology of borderline personality disorder: a meta-analysis and review*. Psychiatry research, 137(3), 191-202.
- Stevens, M. C, Kaplan, R. F, Hesselbrock, V. M. (2003). *Executive-cognitive functioning in the development of antisocial personality disorder*. Addict Behavior, 28: 285-300.
- 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), 283-293.

