

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی بر ناگویی هیجانی در مددجویان مرد زندانی*
 احمدعلی تاجدین^۱، سید علی آل یاسین^۲، حسن حیدری^۳، حسین داودی^۴

Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and reality therapy on alexithymia among male prisoner clients

Ahmadali Tajdin¹, Seyedal Ale Yasin², Hasan Heydari³, Hossein Davodi⁴

چکیده

زمینه: مطالعات مختلفی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی را در بهبود شاخص‌های سلامت روان مراجعان با مشکلات گوناگون تأیید نموده‌اند، اما مطالعه‌ای که به مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی بر ناگویی هیجانی مددجویان مرد زندانی پرداخته باشد، مغفول مانده است. **هدف:** این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی بر ناگویی هیجانی در مددجویان مرد زندانی انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع شبه آزمایشی و با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش حاضر را تمامی مددجویان مرد زندان شهرستان الیگودرز در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که تعداد آنها ۲۰۹ نفر بود. نمونه ۴۵ نفر از زندانیان بودند که به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (بگبی، پارکر و تایلر، ۱۹۹۴) بود. گروه آزمایشی اول، درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰؛ ۲۰۱۴) و گروه آزمایشی دوم، واقعیت درمانی (ووبلدینگ، ۲۰۱۳) را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. آزمودنی‌های گروه گواه تا پایان فرآیند پژوهش مداخله‌ای دریافت نمودند. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از آن بود که هر دو مداخله درمانی در بهبود ناگویی هیجانی در گروه‌های آزمایش مؤثر واقع شدند ($p < 0/01$). همچنین بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و هر دو مداخله اثربخشی یکسانی داشتند ($p > 0/05$). **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش، حمایت تجربی مناسبی را برای درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی فراهم می‌آورد. پیشنهاد می‌گردد روانشناسان و مشاوران شاغل در زندان‌ها، از این دو رویکرد در جهت ارتقاء سلامت روان زندانیان استفاده نمایند. **واژه کلیدی‌ها:** ناگویی هیجانی، درمان متمرکز بر شفقت، واقعیت درمانی، زندانیان

Background: Various studies have confirmed the effectiveness of compassion-focused therapy and reality therapy on improving mental health indices among clients with different problems, but no study has compared the effectiveness of compassion-focused therapy and reality therapy on alexithymia among male prisoner clients. **Aims:** The present research was conducted by the aim of comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and reality therapy on alexithymia among male prisoner client. **Method:** The current research was a semi-experimental study which was conducted through a pretest-posttest with control group design. The research population included all the male prisoner clients in Aligoodarz city, Iran, in 2019 who were totally 209 individuals. The sample included 45 prisoners who were selected by purposeful sampling method and were assigned into three groups including two experiment groups and one control group (15 subjects per group) by random assignment method. The research tool was Toronto Alexithymia Scale of Bagby, Parker and Taylor (1994). The first experiment group received the compassion-focused therapy (Gilbert, 2010; 2014) and the second experiment group received reality therapy (Wubbolding, 2013) both in eight 90-minute sessions. The control group received no intervention until the end of the research. The univariate analysis of covariance and the Bonferroni ad hoc test were used to analyze the data. **Results:** Results suggested that both therapeutic interventions were effective on improving alexithymia in the experiment groups ($p < 0/01$). Moreover, there was no significant difference between compassion-focused therapy and reality therapy and both had similar effectiveness ($p > 0/05$). **Conclusions:** The results of the present research provide an appropriate empirical support for compassion-focused therapy and reality therapy. Psychologists and counselors working in prisons are recommended to use these two approaches for enhancing mental health among prisoners. **Key Words:** Alexithymia, compassion-focused therapy, reality therapy, prisoners

Corresponding Author: Aleyasin-psychology@yahoo.com

* این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

^۱ Ph.D Student in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran

^۲ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran (Corresponding author)

^۳ دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

^۳ Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran

^۴ استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

^۴ Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran

مقدمه

هیجانی به دشواری در خودنظم‌دهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی اطلاق می‌شود (پاپکیرو، فلاسبک، شکل، جوکل و برون، ۲۰۱۸). ناگویی هیجانی دارای دو جنبه شناختی (به معنای ناتوانی در شناسایی، فهم و تفسیر احساسات) و عاطفی (به معنای ناتوانی در پاسخ‌دهی و ابراز احساسات) است (رحمان، گوملی ییلو، ۲۰۱۸). ویژگی‌های اصلی ناگویی هیجانی عبارتند از: دشواری در تشخیص و تمایز هیجان‌ها از حس‌های جسمانی، توصیف آنها برای دیگران و نیز سبک شناختی متمرکز بر بیرون که سه نقص اجتماعی را منعکس می‌سازد: ۱. نقص در مؤلفه‌های شناختی - تجربه‌ای سیستم پاسخ‌دهی هیجانی، ۲. نقص در تنظیم هیجان‌ها در روابط بین شخصی و ۳. ظرفیت محدود برای خیال پردازی (ماهاپاترا و شارما، ۲۰۱۸؛ به نقل از منصور، بشارت و غریبی، ۱۳۹۸). افراد با ناگویی هیجانی تهییج‌های بدنی نابهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیزندگی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند و درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند (لوآس، بالدی و ورییر، ۲۰۱۵).

تاکنون اثربخشی مداخلات درمانی مختلفی همچون آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش تنظیم هیجان، ایمن‌سازی در برابر استرس، طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افراد مبتلا به ناگویی هیجانی مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از رویکردهای درمانی موج سوم که به نظر می‌رسد می‌تواند در بهبود ناگویی هیجانی مددجویان زندانی مؤثر واقع شود، درمان متمرکز بر شفقت^۳ است. درمان متمرکز بر شفقت توسط پائول گیلبرت (۲۰۰۰) و در پاسخ به این مشاهده بنیان نهاده شد که بسیاری از افراد، بویژه آنهایی که احساس شرم و خودانتقادی بالایی دارند، در حین درمان‌های سنتی، دشواری‌هایی در ایجاد صدای درونی خود حمایت‌گر و مهربانانه تجربه می‌کردند. شفقت مهارتی است که می‌توان به فرد آموخت و سپس با تمرین آن توسط شخص، سیستم‌های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد (گیلبرت، ۲۰۰۹ ب). اصل تعریف شفقت ریشه در آیین‌های خردورزانه کهن دارد، اما تعریف استاندارد وجود دارد که در درمان متمرکز بر شفقت از آن استفاده می‌شود. این تعریف عبارت است از "حساسیت نسبت به حضور رنج در خود و دیگران و تلاش

زندگی در زندان به دلیل ویژگی‌های خاص، آن را از سایر محیط‌های اجتماعی و اصلاحی متمایز می‌سازد. نام زندان تداعی‌کننده وضعیت دشوار و سختی است که یادآور محیطی استرس‌آور و وحشت‌زا است (پی، تورنی و ویلدمن، ۲۰۱۷). زندگی در این محیط غیرعادی و غیرطبیعی با ویژگی‌های فیزیکی محدود با دیوارهای بلند، نگهداری برخلاف میل و اراده همراه با از دست دادن آزادی، دوری طولانی مدت از جامعه و خانواده، سبب ضربه‌ها و آسیب‌های عمیق روانشناختی می‌شود (کیرکپاتریک و همکاران، ۲۰۱۸). بر مبنای گزارشاتی که در دو دهه اخیر انتشار یافته است، افراد زندانی به طور قابل توجهی میزان بالاتری از اختلال‌های روانی را در مقایسه با جمعیت عادی در سطح جامعه تجربه می‌نمایند؛ زیرا زندانی بودن می‌تواند اثرات روانی مهمی بر روی آنان داشته باشد (تایلر، میلز، کاراداک و روجرز، ۲۰۱۹). مطالعات مختلفی در زمینه مشکلات خلقی و اضطرابی (آلمیهو، آماو و گوتما، ۲۰۱۹)، افکار خودکشی (فاوریل، ندر لاین و آدنارت، ۲۰۱۷)، اختلال‌های شخصیتی (مک موران و دلیگت، ۲۰۱۷) و اختلال استرس پس از سانحه^۱ (کرامر، مارکر، هولتفورت، گاما و لیبرینز، ۲۰۱۹) در جامعه زندانیان انجام شده است. پرده‌ترین چالش‌های زندانیان از یک سو درگیری با خود و از سوی دیگر درگیری با سایر زندانیان است که در هر دو مورد ردپایی از مشکلات هیجانی و بین‌فردی ملاحظه می‌شود (اوگروندیکزووک، پییر و جویس، ۲۰۱۱).

روانشناسان اجتماعی بخشی از واریانس مربوط به بروز و ترویج رفتارهای نابهنجار در محیط زندان را به عدم تنظیم سیستم‌های هیجانی زندانیان مرتبط می‌دانند، زیرا تعداد قابل توجهی از این افراد قادر به تنظیم هیجان‌های خود نیستند و با محیط، خود و دیگران بیگانه‌اند (برموند، بیرمن، کلادر، مورمن و وورست، ۲۰۱۰). یکی از مشکلات هیجانی که در زندانیان نیازمند توجه و بررسی است، ناگویی هیجانی^۲ است. چن، خو، یو، ژانگ و لین (۲۰۱۷) در پژوهشی که بر روی ۱۷۰۵ زندانی در چین انجام دادند، گزارش نمودند که بیش از ۳۰ درصد از زندانیان مورد مطالعه، مبتلا به ناگویی هیجانی بودند. ناگویی هیجانی یکی از نشانه‌های نقص در تنظیم هیجانی است (گیلسپی، گاروفالو و وروتی، ۲۰۱۸). ناگویی

1. Posttraumatic Stress Disorder

2. Alexithymia

3. Compassion-Focused Therapy (CFT)

رویکرد درمانی دیگری که به نظر می‌رسد در بهبود ناگویی هیجانی اثربخش باشد، واقعیت درمانی است. واقعیت درمانی یکی از مداخلات درمانی رایج در راه توصیف انسان و تعیین قوانین رفتاری و چگونگی نیل به رضایت، خوشبختی و موفقیت محسوب می‌شود (جونز و پاریش، ۲۰۰۵). این رویکرد مبتنی بر نظریه انتخاب گلاسر است. گلاسر (۱۹۹۸) در توضیح نظریه انتخاب می‌گوید: خود ما هستیم که تمام اعمالمان از جمله احساس بدبختی‌مان را انتخاب می‌کنیم، دیگران نه می‌توانند ما را بدبخت کنند و نه خوشبخت. تمام چیزی که از دیگران می‌توانیم بگیریم و به دیگران بدهیم، اطلاعات است (فلاحیان، حاتمی، احدی و اسدزاده، ۱۳۹۸). از نظر گلاسر، تمام اعمالی که انجام می‌دهیم، رفتار است و تقریباً تمام رفتارهای ما انتخاب می‌شوند و انتخاب‌ها با غرایز درونی و نیازهای اساسی هدایت می‌شوند (دوبا، گراهام، بریتزمن و میناترا، ۲۰۰۹).

گلاسر رفتار را شامل چهار مؤلفه عمل، فکر، احساس و فیزیولوژی می‌داند که فرد بر دو مؤلفه عمل و فکر به طور مستقیم و بر احساس و فیزیولوژی به طور غیرمستقیم کنترل دارد و تأکید اساسی نظریه انتخاب بر دو مؤلفه عمل و فکر است. بر اساس نظریه واقعیت درمانی، انسان‌ها دارای انگیزه‌های درونی هستند تا قادر به محقق کردن نیاز به عشق و تعلق خاطر، احساس قدرت، آزادی، بقاء، سلامت و تفریح باشند. این نظریه ادعان می‌دارد که مردم می‌توانند با انتخاب آگاهانه احساسات و رفتارشان، زندگی خود را بهتر کنند (شیشه گر، کاظمی و پزشک، ۱۳۹۶). در این شیوه درمانی مواجهه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی، قضاوت اخلاقی درباره درست بودن و یا نادرست بودن رفتار، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی و در نتیجه میل به هویت توفیق مورد تأکید است (هاسکینز و آپلینگ، ۲۰۱۷). طبق مبانی این رویکرد، افراد باید بیاموزند، چه دیگران دوستشان داشته باشند و یا نداشته باشند، برای اینکه احساس ارزشمندی کنند، باید رفتاری مثبت، خوشایند و مطابق با معیارهای پذیرفته شده از خود نشان دهند. برای احساس ارزشمندی، باید یاد بگیرند هنگامی که رفتارشان نادرست است، خود را ارزیابی کنند و هنگامی که رفتارشان درست است، به خود افتخار نمایند (بائو و همکاران، ۲۰۱۷). مهم ترین نقطه قوت واقعیت درمانی نسبت به درمان‌های دیگر تأکید بر کنترل درونی می‌باشد و کاربرد واقعیت درمانی

متعهدانه برای التیام بخشیدن یا پیشگیری از آن^۱. این تعریف به دو بعد اصلی شفقت اشاره می‌کند: بعد اشتیاق^۱ که به گشودگی نسبت به رنج و درگیر شدن با آن اشاره دارد و بعد التیام‌بخشی^۲ که به پرورش خردمندی و مهارت‌هایی اشاره دارد که جهت کاهش یا پیشگیری از رنج و دلایل آن ضروری می‌باشد (گیلبرت، ۲۰۱۴).

محور اصلی درمان متمرکز بر شفقت، پرورش ذهن شفقت ورز است؛ در حقیقت درمانگر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد (گیلبرت، ۲۰۰۹ الف؛ به نقل از سلیمی، ارسلان‌ده، زهراکار، داورنیا و شاکرمی، ۱۳۹۷). اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (گیلبرت، ۲۰۱۴). هدف درمان متمرکز بر شفقت این است که به افراد کمک کند با خودمهربانی و شفقت به خودانتقادی پاسخ دهند. یک بخش کلیدی در فرآیند درمان متمرکز بر شفقت این است که به افراد کمک شود تا متوجه شوند که بسیاری از تحریف‌های شناختی، فرآیندهای زیستی و ذاتی هستند که توسط ژنتیک و محیط ساخته شده‌اند. درمان متمرکز بر شفقت افراد را تشویق می‌کند که انگیزش شفقت را به دست آورده و رفتارهای شفقت‌آمیز را تمرین کنند تا بتوانند به سیستم‌های التیام بخشی دسترسی پیدا کنند (لوئیس و آتلی، ۲۰۱۵). با تکیه بر مدل نظری مبتنی بر تکامل که زیربنای درمان متمرکز بر شفقت است، مکانیسم‌های تغییر متعددی را می‌توان شناسایی کرد: ۱. پرورش اطمینان به خود؛ ۲. جدا شدن از تفکرات خودانتقادی؛ ۳. تحریک توجه برای عاطفه مثبت و پردازش آن؛ و ۴. بهبود تحمل پریشانی و کاهش عاطفه منفی. پرورش اطمینان به خود را می‌توان به عنوان مکانیسم اصلی و محوری درمان متمرکز بر شفقت در نظر گرفت، درحالی که سه مکانیسم دیگر، مکانیسم‌های ثانویه‌ای هستند که از رشد اطمینان به خود حاصل می‌شوند. در مجموع، اعتقاد بر این است که این فرآیندهای تغییر، افزایش بهزیستی و کاهش پریشانی روانشناختی را تسهیل می‌کنند (سامرس اسپیجکرم، ترامپتر، شریرس و بوهملیجر، ۲۰۱۸).

1. Enthusiasm

2. Alleviation

افراد مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط را مورد بررسی قرار دادند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون نمرات کمتری در تجربه شرم و گناه و نمرات بیشتری در مهارت‌های ذهن‌آگاهی کسب کردند. همچنین درمان متمرکز بر شفقت باعث بهبود تنظیم شناختی هیجان آزمودنی‌های گروه آزمایش گردید. در پژوهش لاو و گوا (۲۰۱۵) تأثیر واقعیت درمانی بر خودکارآمدی زنان مجرم مواد مخدر در تایوان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که واقعیت درمانی در بهبود خودکارآمدی در تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی عملی و مهارت‌های مقابله‌ای و اجتماعی شرکت‌کنندگان گروه تحت مداخله مؤثر بود. وزیری، لطفی کاشانی، جمشیدی فر، وزیری و جعفری (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب بر افزایش حس مسئولیت‌پذیری افراد زندانی را مورد مطالعه قرار دادند. مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از تحلیل کواریانس نشان داد که مشاوره گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب بر افزایش مسئولیت‌پذیری زندانیان تأثیر مثبت داشت. بهارگوا (۲۰۱۳) در پژوهش خود گزارش کرد که واقعیت درمانی میزان افسردگی در افراد ناشنوا کاهش داده است. کیم (۲۰۰۵) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی واقعیت درمانی برای بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی پرداخت. در این پژوهش ۳۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی بستری در یک بیمارستان روانی در کره جنوبی مورد مطالعه قرار گرفتند. ویژگی‌های عمومی و متغیرهای وابسته مربوط به متغیرهای پیامدی کنترل شدند تا در بین دو گروه یکسان و همتا باشند. نتایج این مطالعه نشان داد که واقعیت درمانی بر منبع کنترل درونی، عزت‌نفس و مقابله با استرس مسأله‌محور در بیماران گروه تحت مداخله تأثیر مثبت و معنادار داشت. قریشی و بهبودی (۱۳۹۶) در پژوهشی اثربخشی آموزش واقعیت درمانی گروهی بر تنظیم هیجان و افزایش خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان دختر را مورد بررسی قرار دادند. نتایج پژوهش اثربخشی واقعیت درمانی را مورد تأیید قرار داد.

با توجه به اینکه بسیاری از مشکلات زندانیان ناشی از عدم تنظیم هیجان‌ات و برخورداری از مهارت‌های نظم‌جویی هیجان است و در صورتی که این افراد بتوانند به شیوه صحیحی هیجان‌ات خود را مدیریت و کنترل نمایند، بسیاری از مسایل و مشکلات در محیط

درباره سلامت روانی به عنوان یک عامل پیشگیری و تأکید بر نقاط قوت به جای نقاط ضعف است (سامرز فلاناگان و سامرز فلاناگان، ۲۰۱۸).

پیشینه پژوهشی پیرامون درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی حاکی از تأیید اثربخشی این مداخلات درمانی می‌باشد. کارتر، گیلبرت و کیری (۲۰۲۰) در پژوهشی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت برای احساس شرم مرتبط با وزن بدن را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه از روش آمیخته با طرح اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، همچنین از هر دو نوع اندازه‌گیری‌های کمی و کیفی استفاده شد تا در نهایت امکان‌پذیری اولیه مداخله گروهی متمرکز بر شفقت سنجیده شود. شرکت‌کنندگان (۵ نفر) در یک برنامه گروهی درمان متمرکز بر شفقت به صورت ۱۲ جلسه ۲ ساعته شرکت کردند. اندازه‌گیری‌ها در سه بازه زمانی (قبل از مداخله، پس از مداخله و پیگیری سه ماهه) انجام شدند. نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کاهش شرم مرتبط با وزن بدن، تأثیر مثبت داشت، میزان شفقت به خود را افزایش داد و رفتارهای مرتبط با سلامتی را بهبود بخشید. ریریو داسیلوا، ریجو، کاستیلهو و گیلبرت (۲۰۱۹) در پژوهش خود اثربخشی مداخله مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت در کاهش صفات جامعه‌سنیزی و رفتار اخلاص‌گری را مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه موردی بالینی، درمان یک نوجوان بازداشت شده با اختلال سلوک، نیم‌رخ جامعه‌سنیزی بالا و خطر بسیار بالا برای تکرار جرم با استفاده از برنامه درمان متمرکز بر شفقت (۲۰ جلسه) طراحی شد. داده‌های مربوط به نتایج درمان، نشان دهنده کاهش معنادار در صفات جامعه‌سنیزی و رفتار اخلاص‌گر بود و نتایج مثبت درمانی با گذشت سه ماه از اتمام درمان حفظ شدند. اندرسون و راسمن (۲۰۱۷) در پژوهش خود گروه درمانی به شیوه درمان متمرکز بر شفقت را برای افراد دارای خودانتقادی و با عزت‌نفس پایین اجرا کردند. ده گروه متشکل از ۱۰۲ بیمار مبتلا به انواع اختلالات روان‌پزشکی در یک برنامه درمانی ده هفته‌ای و با یک جلسه پیگیری شرکت کردند. طبق نتایج به دست آمده، درمان متمرکز بر شفقت، باعث کاهش معنادار در علائم افسردگی، اضطراب و خود انتقادی و افزایش معنادار در عزت‌نفس گردید. قاسمی، گودرزی و غضنفری (۱۳۹۸) در مطالعه‌ای اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر نظم‌جویی شناختی هیجان، مهارت‌های ذهن‌آگاهی و آمادگی برای تجربه شرم و گناه

شهرستان الیگودرز و پس از هماهنگی با مدیریت و روانشناسان زندان، با حضور در میان زندانیان درباره اهداف مطالعه و مزایای شرکت در جلسات درمانی توضیحاتی را ارائه نمود. سپس بر اساس مصاحبه مقدماتی و بر مبنای ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش، ۴۵ نفر از مددجویان زندانی به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. پس از جایگزینی مددجویان در گروه‌ها و اخذ پیش‌آزمون از هر سه گروه، برای گروه آزمایشی اول، درمان متمرکز بر شفقت در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی و هفتگی و برای گروه آزمایشی دوم، واقعیت درمانی در ۸ جلسه یک و نیم ساعته به شیوه گروهی و با توالی هر هفته یک جلسه در اتاقی که محل برگزاری جلسات آموزشی برای زندانیان بود، برگزار گردید. در طی ارائه مداخلات درمانی به گروه‌های آزمایشی، آزمودنی‌های گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند.

پس از پایان جلسات گروه‌های آزمایشی، مجدداً هر سه گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند (مرحله پس‌آزمون). پس از پایان مرحله پس‌آزمون جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، برای آزمودنی‌های گروه گواه، جلسات درمانی برگزار گردید. همچنین جهت پیشگیری از انتشار عمل آزمایشی، جلسات درمانی طی روزهای مختلف به گونه‌ای که آزمودنی‌های گروه‌های مورد مطالعه نتوانند با یکدیگر ملاقات داشته و یا به تبادل اطلاعات بپردازند، برگزار گردید. همچنین به آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی تذکر داده شد که درباره محتوای جلسات با افراد خارج از جلسات صحبت نکنند.

از آنجا که رعایت اصول اخلاقی در هر پژوهش از اهمیت بسزایی برخوردار است، در انجام مطالعه حاضر نیز موارد زیر در نظر گرفته شد: ۱. پژوهشگر خود را به واحدهای پژوهش معرفی و در مورد اهداف پژوهش توضیحاتی ارائه نمود، ۲. به واحدهای پژوهش جهت محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان داده شد، ۳. عقاید، فرهنگ، مذهب و... واحدهای مورد پژوهش محترم شمرده شد ۴. برآزاد بودن واحدهای مورد پژوهش جهت حضور در ادامه پژوهش تأکید گردید، ۵. حریم شخصی آزمودنی‌ها حفظ شد و به آنها در مورد بی‌خطر بودن مداخله اطمینان داده شد، ۶. در ثبت اطلاعات و آمار به دست آمده از پژوهش در زمان جمع‌آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل آنها و استفاده از منابع دقت و امانت‌داری

زندان اتفاق نخواهد شد، لذا طراحی و اجرای مداخلات روانشناختی ای که بتواند به بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان و کاهش ناگویی هیجانی در مددجویان زندانی بپردازد، ضروری و مهم به نظر می‌رسد. جستجوهای محقق پیرامون مطالعات داخلی و خارجی انجام شده در حوزه درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی نیز حاکی از آن است که کارآیی این دو مدل درمانی برای افراد با مشکلات گوناگون بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است، لیکن اثربخشی این دو رویکرد بر ناگویی هیجانی مددجویان زندانی تاکنون مورد بررسی و مطالعه قرار نگرفته است. از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی بر ناگویی هیجانی در مددجویان مرد زندانی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر به روش شبه آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه استفاده گردید. در این طرح مداخلات درمانی (درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی) به عنوان متغیرهای مستقل و (ناگویی هیجانی) به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی مددجویان مرد زندان شهرستان الیگودرز به تعداد ۲۰۹ نفر در سال ۱۳۹۸ بودند. نمونه مطالعه ۴۵ نفر از زندانیان بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل مذکر بودن، فاصله سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، سواد خواندن و نوشتن، سابقه زندانی بودن حداقل به مدت یک سال، تکمیل فرم رضایت‌نامه درمان و عدم دریافت خدمات مشاوره فردی خارج از جلسات درمان بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل مشکلات پزشکی مزمن، مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان، سابقه بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی، ارتکاب جرایم سازمان یافته از قبیل قتل یا تجاوز به عنف و دریافت حکم اعدام و غیبت بیش از دو جلسه بود.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از تصویب طرح پژوهش در دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین و اخذ معرفی‌نامه از دانشکده، پژوهشگر با مراجعه به اداره کل زندان‌های استان لرستان و ارائه توضیحات در زمینه اهداف مطالعه، موافقت مسئولین مربوطه را اخذ نمود و سپس با مراجعه به زندان

علمی به عمل آمد. ساختار جلسات درمان متمرکز بر شفقت بر اساس مفاهیم و طرح درمانی گیلبرت (۲۰۱۰؛ ۲۰۱۴) و محتوای جلسات واقعیت درمانی بر اساس راهنمای عملی واقعیت درمانی وولبدینگ (۲۰۱۳) طراحی گردید. شرح مختصر محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت در جدول ۱ و خلاصه‌ای از طرح درمانی بر مبنای واقعیت درمانی در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۱. فشرده محتوای جلسات درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۰؛ ۲۰۱۴)

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکلیف
اول	آشنایی با اصول کلی درمان	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت؛ ارزیابی و بررسی میزان شرم، خودانتقادی و خودشفقتی اعضا، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی.	ثبت موارد احساس شرم و خودانتقادی در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه
دوم	شناخت مؤلفه‌های خودشفقتی	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
سوم	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی با خود، شکل‌گیری و ایجاد احساسات بیشتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسایل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود.	ثبت مؤلفه‌های خودشفقتی در فعالیت‌های روزانه
چهارم	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» یا «بدون شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت آمیز» (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپ)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات.	ثبت اشتباهات روزانه و شناسایی عوامل آن
پنجم	اصلاح و گسترش شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های پرورش ذهن مشفق» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آفلواتزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف	بخشش و پذیرش بدون قضاوت در فعالیت‌های چالش‌انگیز روزانه و ثبت این موارد
ششم	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقت‌ورز، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و بکارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی	بکارگیری شفقت در فعالیت‌های روزانه
هفتم	فنون ابراز شفقت	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت».	نوشتن نامه‌های شفقت آمیز برای خود و اطرافیان
هشتم	ارزیابی و کاربرد	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و بکارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون	ثبت و یادداشت خودشفقتی در چالش‌های روزانه

جدول ۲. فشرده محتوای جلسات واقعیت‌درمانی (ووبلدینگ، ۲۰۱۳)

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکلیف
اول	شکل‌گیری گروه، شناخت اعضای گروه، آشنایی با قوانین کار گروهی - ایجاد روحیه خودشناسی در اعضا به منظور تقویت اعتماد به نفس و ایجاد توانایی در اعضا جهت خودباوری و پذیرش خویش	اجرای پیش‌آزمون، خوشامدگویی، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات واقعیت‌درمانی، قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی، ایجاد ارتباط و درگیری عاطفی بین مشاور و اعضای گروه، توضیح در مورد مفهوم هیجان از دیدگاه واقعیت‌درمانی؛ آموزش خودشناسی (شناخت استعدادها، ذاتی، اکتسابی، توانایی‌ها و نقاط ضعف)	لیست نمودن مسئولیت‌های من و فعالیت‌هایی که باید در برابر مسئولیت‌ها انجام دهم
دوم	ارتقاء مسئولیت‌پذیری و آشنا شدن اعضا با مسئولیت‌ها و فعالیت‌های مسئولانه‌ای است که هر کدام از اعضا بایستی از این پس مورد توجه قرار دهند.	بحث گروهی در رابطه با مسئولیت‌ها و فعالیت‌های لیست شده از سوی هر یک از اعضا، تلاش در جهت ارتقا مسئولیت‌پذیری، اصلاح مسئولیت‌پذیری و فعالیت مسئولانه در قبال مسئولیت‌ها	یادداشت هفت مورد از اعمالی که باعث شده اعضا خود را کنترل و هفت مورد از اعمالی که سعی نمودند، دیگران را کنترل کنند.
سوم	افزایش آگاهی اعضای گروه در رابطه با میزان کنترل بر رفتار دیگران و رفتار خود	بررسی اعمال کنترل‌کننده هر یک از اعضا و بحث در مورد آنها، آموزش نظریه کنترل، آموزش و تأکید بر کنترل داشتن بر روی اعمال خود و کنترل نداشتن بر روی اعمال دیگران	یادداشت پنج مورد از انتخاب‌های درست و نادرست که تاکنون داشته‌اید
چهارم	پرهیز اعضا از انتخاب‌های نادرست جهت ارضای نیازهای خود و آموزش شناسایی دلایل درونی رفتار	بحث در رابطه با انتخاب‌های نادرست و درست هر یک از اعضا، آموزش انتخاب خواسته‌ها و انتظاراتی که خوشایندترین نتیجه را داشته باشد، آموزش در جهت ارتقا آگاهی برای انتخاب بهتر و ارتقا مسئولیت‌پذیری	یادداشت پنج مورد از ارتباط‌های موفق و غیر موفق
پنجم	آشنایی با عادات تخریب‌کننده رفتار و عادات پیوند دهنده رفتار و پیامدهای هر یک از این رفتارها	بحث در رابطه با ارتباط‌های موفق و غیرموفق هر یک از اعضا، آموزش اهمیت ارتباط، شناسایی رفتارهای بهبود بخش و تخریب‌کننده روابط بین فردی، شناسایی عوامل مخرب ارتباط بین فردی	یادداشت پنج مورد از واقعیت‌هایی که در زندگی خود پذیرفته‌اید و پنج مورد از واقعیت‌هایی که در زندگی خود انکار کرده‌اید
ششم	طرح‌واژه واقعیت، آگاهی یافتن اعضا نسبت به نمونه‌هایی از انکار واقعیت در زندگی خود و تلاش در جهت جبران، بکارگیری و کمک گرفتن از تفکر و عملی که منجر به هیجان‌ها و مکانیسم‌های بدنی مثبت شود	بحث در رابطه با واقعیت‌های پذیرفته شده و انکار شده هر یک از اعضا، بحث در رابطه با مزایا و معایب قبول و انکار واقعیت، تشریح موقعیت واقعی از زندگی انکار شده، شناسایی مؤلفه‌های تشکیل دهنده رفتار (عمل، احساس، فیزیولوژی، افکار)	مشخص کردن رفتارهای جایگزین کارآمد برای دستیابی اهداف
هفتم	گفتگوی آزادانه و آشکار در گروه در مورد تصوراتی که افراد از خود دارند، شناسایی عوامل مخل ایجاد هويت توفيق و گام برداشتن به سمت سلامت روانی	آموزش هويت مثبت و منفی (توفيق و شکست)، تصویرسازی ذهنی در مورد هويت‌های شکست و توفيق، آموزش چگونگی دستیابی به هويت توفيق، شناسایی عوامل تسريع کننده و موانع هويت توفيق	اجرای برنامه تهیه شده برای تغییر رفتار جهت دستیابی به خواسته‌ها
هشتم	مرور جلسات پیشین، خلاصه و جمع‌بندی و تهیه طرح جامعی از موارد آموزش داده شده و گام‌های طی شده در جلسات پیشین	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند. راهکارهایی برای حفظ و بکارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا جهت شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون	

ابزار

احساسات و تفکر عینی را شامل می‌شود. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای است که به پاسخ کاملاً مخالف نمره ۱ و به پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ تعلق می‌گیرد. حداقل نمره در این مقیاس ۲۰ و حداکثر ۱۰۰ می‌باشد. گویه‌های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ نمره‌گذاری معکوس دارند (کامکار، فرخی، سلیمی بجزستانی و

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو^۱: این مقیاس توسط بگبی، پارکر و تایلر (۱۹۹۴) ساخته شده و یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه خرده مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف

۱. Toronto Alexithymia Scale

عاشوری و قاسم‌زاده (۱۳۹۷) ضرایب آلفای کرونباخ ناگویی هیجانی و سه زیر مقیاس آن به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۹ به دست آمد. در پژوهش صباغی و مهدی‌زادگان (۱۳۹۹) قابلیت اعتماد این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۴ و ۰/۷۹ و برای نمره کل ناگویی هیجانی ۷۷ محاسبه گردید. برای تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS²⁴ استفاده گردید.

یافته‌ها

یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها در گروه درمان متمرکز بر شفقت $39 \pm 4/28$ سال، گروه واقعیت درمانی $39/68 \pm 4/73$ سال و در گروه گواه $3/62 \pm 38/94$ سال بود. اطلاعات مربوط به تحصیلات و وضعیت تأهل افراد شرکت کننده در پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

مردانی‌راد، (۱۳۹۹). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ناگویی هیجانی در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است (پارکر، تایلر و بگی، ۲۰۰۳؛ پالمر، گیگانس، مانوکا و استاف، ۲۰۰۵). بگی و همکاران (۱۹۹۴) پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۷ گزارش کردند که نشان دهنده همسانی درونی خوب آزمون است. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰، ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله چهار هفته از $r = 0/80$ تا $r = 0/87$ برای ناگویی هیجانی کل و زیر مقیاس‌های مختلف تأیید شد. روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو-۲۰ بر حسب همبستگی بین زیر مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی تأیید شد (بشارت، ۲۰۰۷؛ به نقل از سدیدی و یمینی، ۱۳۹۷). در پژوهش

جدول ۳. داده‌های توصیفی تحصیلات و وضعیت تأهل آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه درمان متمرکز بر شفقت		گروه واقعیت درمانی		گروه گواه		
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
تحصیلات	زیر دیپلم	۷	۴۷	۸	۵۳	۷	۴۷
	کارشناسی	۵	۳۳	۶	۴۰	۸	۵۳
	کارشناسی ارشد	۳	۲۰	۱	۷	۰	۰
وضعیت تأهل	مجرد	۶	۴۰	۵	۳۳	۶	۴۰
	متأهل	۶	۴۰	۸	۵۴	۷	۴۷
مطلقه	۳	۲۰	۲	۱۳	۲	۱۳	

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد ناگویی هیجانی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سه گروه

مرحله آزمون	گروه درمان متمرکز بر شفقت		گروه واقعیت درمانی		گروه گواه	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	۷۰/۷۶	۱۱/۳۲	۶۸/۲۱	۱۲/۴۷	۷۱/۵۱	۱۲/۷۳
پس‌آزمون	۵۴/۴۳	۸/۴۷	۵۴/۱۴	۷/۶۴	۷۱/۲۷	۱۲/۶۱

کاهش یافته است. میانگین این متغیر در گروه واقعیت درمانی در مرحله پیش‌آزمون ۶۸/۲۱ بوده است که در مرحله پس‌آزمون به ۵۴/۱۴ کاهش یافته است. برای بررسی معناداری این تغییرات از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. استفاده از این

در جدول ۴، میانگین و انحراف استاندارد متغیر ناگویی هیجانی ارائه شده است. بر اساس مقادیر مندرج در این جدول، میانگین نمرات ناگویی هیجانی در گروه درمان متمرکز بر شفقت در مرحله پیش‌آزمون ۷۰/۷۶ بوده است که در مرحله پس‌آزمون به ۵۴/۴۳

آزمون نیاز به برقراری پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، خطی بودن و همگنی شیب رگرسیون دارد. مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات با آزمون شاپیرو ویلک بررسی شد و عدم معناداری این آزمون در پیش آزمون ($p = 0/712$) = آماره آزمون، $p > 0/05$ و پس آزمون ($p = 0/375$) = آماره آزمون، $p > 0/05$) نشان داد که نمرات گروه‌ها به صورت نرمال می‌باشد. با استفاده از آزمون لوین، پیش فرض همگنی واریانس گروه‌ها در پیش آزمون

آزمون نیاز به برقراری پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، خطی بودن و همگنی شیب رگرسیون دارد. مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات با آزمون شاپیرو ویلک بررسی شد و عدم معناداری این آزمون در پیش آزمون ($p = 0/712$) = آماره آزمون، $p > 0/05$ و پس آزمون ($p = 0/375$) = آماره آزمون، $p > 0/05$) نشان داد که نمرات گروه‌ها به صورت نرمال می‌باشد. با استفاده از آزمون لوین، پیش فرض همگنی واریانس گروه‌ها در پیش آزمون

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضرب تأثیر
پیش آزمون	۱۳۰۸۳۵/۲۲	۱	۱۳۰۸۳۵/۲۲	۱۷۶۶/۳۷	۰/۰۰۱	-
اثر گروه (پس آزمون)	۱۷۴۱/۵۷	۲	۸۷۰/۷۸	۱۱/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶
خطا	۳۰۳۷/۲۰	۴۱	۷۴/۰۷	-	-	-
مجموع	۱۳۵۶۱۴/۰۱	۴۵	-	-	-	-

متغیر	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
درمان متمرکز بر شفقت		واقعیت درمانی	۰/۲۹	۳/۱۰	۰/۲۴۷
درمان متمرکز بر شفقت		گواه	-۱۶/۸۴	۳/۱۰	۰/۰۰۱
واقعیت درمانی		گواه	-۱۷/۱۳	۳/۱۰	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۵ نشان می‌دهد، پس از تعدیل اثر پیش آزمون، بین پس آزمون‌های سه گروه درمان متمرکز بر شفقت، واقعیت درمانی و گواه تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$, $F = 11/75$) که مقایسه دو به دوی این گروه‌ها با استفاده از آزمون بونفرونی (جدول ۶) حاکی از آن است که هر دو گروه درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معنادار ایجاد کرده‌اند ($p < 0/01$) که نشان از اثربخشی این دو درمان بر ناگویی هیجانی دارد. مقایسه میانگین‌های گروه‌های تحت این دو درمان نیز نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمانی باعث بهبود ناگویی هیجانی گردیده‌اند. اما نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد ($p > 0/05$) که به معنای اثربخشی تقریباً یکسان این دو درمان بر بهبود ناگویی هیجانی است.

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۵ نشان می‌دهد، پس از تعدیل اثر پیش آزمون، بین پس آزمون‌های سه گروه درمان متمرکز بر شفقت، واقعیت درمانی و گواه تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$, $F = 11/75$) که مقایسه دو به دوی این گروه‌ها با استفاده از آزمون بونفرونی (جدول ۶) حاکی از آن است که هر دو گروه درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی نسبت به گروه گواه تفاوت معنادار ایجاد کرده‌اند ($p < 0/01$) که نشان از اثربخشی این دو درمان بر ناگویی هیجانی دارد. مقایسه میانگین‌های گروه‌های تحت این دو درمان نیز نشان می‌دهد که هر دو رویکرد درمانی باعث بهبود ناگویی هیجانی گردیده‌اند. اما نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی تفاوت معناداری را نشان نمی‌دهد ($p > 0/05$) که به معنای اثربخشی تقریباً یکسان این دو درمان بر بهبود ناگویی هیجانی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی بر ناگویی هیجانی در مددجویان مرد زندانی انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی بر ناگویی هیجانی در مددجویان مرد زندانی انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون

ذهن آگاهی را افزایش می‌دهد و سبب می‌شود که افراد خود آگاهی بیشتری را به دست آورند و با تکیه بر آن، سیستم جنگ و گریز مغز را به تعویق انداخته و کم کم مغز را از واکنش های خودکار مبتنی بر دفاع از خود رها سازند. بنابراین آموزش شفقت خود در فرآیند درمان می‌تواند موجب انسجام هیجانی، تطبیق رفتارهای سازشی جدید و ارزیابی هیجان‌های مثبت و منفی شود و در مجموع ناگویی هیجانی را بهبود بخشد.

در تبیین اثربخشی واقعیت درمانی در بهبود ناگویی هیجانی می‌توان گفت روانشناسان اجتماعی بخشی از واریانس مربوط به بروز و ترویج رفتارهای نابهنجار در محیط زندان را به عدم تنظیم سیستم-های هیجانی زندانیان مرتبط می‌دانند، زیرا تعداد قابل توجهی از این افراد قادر به تنظیم هیجان‌های خود نیستند و با محیط، خود و دیگران بیگانه اند (برموند و همکاران، ۲۰۱۰). از آنجایی که افراد زندانی معمولاً درمانده شده و زندگی در زندان برای آنها تکراری و بدون هدف دنبال می‌شود و همین امر در افزایش رکود، رخوت و هیجان‌های منفی و اختلالاتی همچون ناگویی هیجانی مؤثر است، در جریان درمان، رویکرد واقعیت درمانی به مددجویان زندانی کمک نمود تا به جای کنترل بیرونی، نظریه انتخاب یا روانشناسی کنترل درونی را برگزینند و بپذیرند که تنها خود فرد می‌تواند برای خودش کاری انجام دهد و با فعال‌سازی رفتاری، تعیین اهداف عینی و آرزوهای شخصی و تلاش رفتاری و متعهدانه برای رسیدن به آنها، احساسات مثبت بیشتری پدیدار خواهد شد. پذیرش مسئولیت در زندگی شخصی و تقویت روحیه برای انجام رفتارهای جهت‌دار برای رسیدن به اهداف و آرزوها از مزایای مهم رویکرد واقعیت درمانی است (ووبلینگ، ۲۰۱۳). تجربه برقراری ارتباط با افراد گروه و برآورده شدن نیازهای اساسی همچون دوستی و احساس آزادی در جلسات گروهی، نتایج مهمی از جمله احساس کنترل بر خویش و زندگی شخصی و پذیرش مسئولیت رفتار و تلاش برای بهبود شرایط را به همراه دارد که سبب کاهش خودگویی‌های منفی شده و به کاهش اضطراب و افسردگی و به تبع آن ناگویی هیجانی کمک می‌کند.

در تبیین نتایج می‌توان اضافه کرد، در جریان واقعیت درمانی افراد می‌آموزند علی‌رغم اینکه تجربه‌های گذشته بر رفتار و احساسات کنونی شخص مؤثر است، اما تعیین کننده شرایط کنونی فرد نیست، بلکه میزان مسئولیت‌پذیری و به رسمیت شناختن و

انزجار) را تنظیم کنند. دومین هدف این است که از طیفی از تکنیک‌ها استفاده شود تا به افراد کمک کنیم یک سیستم انگیزشی شفقت‌آمیز را به دست آورده و ظرفیت‌های خود برای ارائه شفقت نسبت به دیگران، دریافت شفقت از دیگران و شفقت به خود را افزایش دهند (راس، مک اینتری و ریمس، ۲۰۱۸). مددجویان زندانی نخواستار درونی منفی و خودانتقادگری دارند و حجم احساسات منفی ناشی از قرار داشتن در زندان، دوری از خانواده و دوستان و معلق ماندن آرزوها و اهداف آرمانی زندگی‌شان، آنها را دچار پریشانی نموده و به ناگویی هیجانی مبتلا کرده است. در درمان متمرکز بر شفقت که تمرکز بر روی تغییر هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های مثبت است، از طریق تغییر نخواستارهای سرزنش‌گرایانه به خودگویی‌های مثبت، همدلانه و مبتنی بر درک بشریت ناقص انسان‌ها، با وضوح بیشتری، بهره‌گیری از لحن و صدای درونی مثبت و مشفقانه تقویت شده و افراد قادر می‌شوند برای احساس ضروری امنیت، تلاش بیشتری انجام دهند. انجام و تکرار تمرین‌هایی از جمله تنفس تسکین بخش برای ایجاد الگوهای داخلی ایمن و مشفقانه می‌تواند یک محیط مطلوب برای مقابله با تنظیم خلق، حل تعارضات هیجانی و تغییرات درمانی فراهم کند (هریوت میتلند، مک کارتی جونز، لانگدن و گیلبرت، ۲۰۱۹).

مداخلات متمرکز بر شفقت، به افراد کمک می‌کند که در پاسخ به تجارب منفی، خودشفقتی را تقویت کنند. در چارچوب درمان، افراد از طریق انواع مداخلات، می‌آموزند که ذهن شفقت ورز را پرورش داده و درکشان را از رنجی که احساس می‌کنند، گسترش دهند (گیلبرت، ۲۰۱۰). از آنجا که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی، تهییج‌های بدنی نابهنجار را بزرگ می‌کنند، نشانه‌های بدنی انگیزشی هیجانی را بد تفسیر می‌کنند و درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند (لوآس و همکاران، ۲۰۱۵)، آموزش شفقت به خود در فرآیند درمان متمرکز بر شفقت به آزمودنی‌ها سبب رشد هوشمندانه و توانایی تعدیل احساسات ناخوشایند، توانایی درگیر شدن و ارتباط مناسب با یک هیجان منفی به صورت مناسب و توانایی کنترل عاقلانه هیجان‌ها شده و با تعدیل هیجان‌های منفی و افزایش هیجان‌های خوشایند سبب بهبود تفسیرهای شناختی از هیجان‌ها و افزایش تحمل پریشانی و در نهایت بهبود ناگویی هیجانی آزمودنی‌ها می‌گردد. تلاش برای آگاهی از هیجان‌ها و توسعه چشم‌انداز شخصی از هیجان‌ها، خودآگاهی و

الگوهای رفتاری ناکارآمد، غیرواقعی و نامهربانانه هستند، بنابراین طبیعی است که هر دو رویکرد به یک اندازه بر بهبود ناگویی هیجانی زندانیان تأثیرگذار باشند. از طرفی می‌توان گفت به دلیل تجربه برخی عوامل مشترک در هر دو گروه درمانی همچون فرصت شرکت در گروه، به اشتراک گذاشتن افکار و احساسات، برقراری ارتباطات انسانی و خودافشایی مؤثر و مفید هر دو رویکرد تأثیر یکسانی داشته‌اند. همچنین ممکن است تفاوت‌های درمانی ناشی از درمان‌ها در بلندمدت آشکار شود که نیازمند پیگیری است. دلیل دیگری که می‌توان درباره اثربخشی یکسان دو رویکرد بیان داشت، این است که اعضای گروه‌ها را زندانیان تشکیل داده‌اند و در زندان بودن باعث می‌شود، تلاش‌های مسئولانه آنها تغییر چندانی را به دلیل محدودیت‌های برنامه رفتاری در زندان ایجاد نکند و آنها اجازه لازم را برای اعمال تغییرات درمانی در سطح وسیع در زندگی خود نداشته باشند، لذا هر دو رویکرد توانسته‌اند به یک میزان تغییرات درمانی را ایجاد نمایند.

از دستاوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تأیید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به اینکه این مطالعه بر روی مددجویان مرد زندانی شهر الیگودرز انجام شد، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر جوامع و شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. خودگزارشی بودن ابزار مورد استفاده و شیوه نمونه‌گیری هدفمند از محدودیت‌های این پژوهش است که توجه به آن ضروری می‌باشد. در اغلب پژوهش‌های علوم رفتاری، معمولاً متغیرهای مداخله‌گر زیادی به جز متغیرهای مستقل به طور همزمان وارد پژوهش می‌شوند و متغیرهای وابسته را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. این گونه متغیرها غالباً به سختی شناسایی می‌شوند و حذف اثرات آنها بسیار دشوار است. لذا نادیده گرفتن اثرات این گونه عوامل، ممکن است زمینه کاهش تکرارپذیری نتایج را فراهم نماید. شیوه‌های آزمایش توسط یک درمانگر اجرا شده که میزان مهارت درمانگر، برداشت شخصی او از این روش‌های درمانی و کلا تعامل فنون و اصول این روش‌ها با شخصیت و ویژگی‌های درمانگر، امری است که نباید آن را نادیده گرفت. پیشنهاد می‌شود، پژوهشگران در آینده از حجم نمونه گسترده‌تری استفاده کنند. با این روند می‌توان

احترام به واقعیت موجود و شیوه‌ای که برای ارضای نیازها انتخاب می‌شود، احساسات و رفتار کنونی فرد را تعیین می‌کند (صادقیان، فخری و حسن‌زاده، ۱۳۹۸). بنابراین آنچه امروز احساس می‌کند، نتیجه نوع انتخاب‌های افراد است و آنچه فردا تجربه می‌شود، به اعمال و رفتار ما و شیوه‌های برآورده نمودن نیازهای انسانی بر می‌گردد و ناگویی هیجانی نیز نوعی اختلال برآمده از حجم بالای احساسات منفی ناشی از رفتارهای انتخاب شده فرد است. همچنین واقعیت درمانی با ایجاد محیط پذیرا و حمایت‌کننده، ایجاد شرایط خود افشاکاری کمک‌کننده و افزایش آگاهی از خود، زمینه‌ای فراهم می‌کند تا برداشت ذهنی فرد از مشکلات را فرمول‌بندی، شفاف‌سازی و اولویت‌بندی کند تا از طریق رفتار و تفکرش تغییر یابد. در واقعیت درمانی افراد با خود ارزیابی، تمرکز را از رفتاری که خارج از کنترل فرد است، برداشته و بر جنبه‌های قابل کنترل تمرکز می‌کنند تا از طریق گفتگوی درونی مثبت، هیجان‌های منفی و ناکارآمد کاهش یابد و بر توانمندی‌ها تأکید شود (ووبلدینگ، ۲۰۱۳). با افزایش توانمندی‌ها و احساسات مثبت برآمده از آن، زمینه جسمانی و روانی لازم را برای رهایی از ناگویی هیجانی فراهم می‌گردد.

همچنین در توجیه اثربخشی یکسان درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی در بهبود ناگویی هیجانی نیز می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت به این واقعیت می‌پردازد که خودشفقتی و مهرورزی پیامدهای بسیار مطلوبی در مقایسه با خودانتقادی و خود سرزنشگری دارد و این مهم حداقل در ذهن تأیید شده است و مسئولیت تغییر آن بر عهده مراجع است. از طرفی واقعیت درمانی نیز اساساً رویکردی در این باب است که آنچه در واقعیت می‌خواهید و آرزو می‌کنید باید رفتارها، افکار و انگیزه‌هایی در جهت رسیدن به آن داشته باشید و برای آن تلاش کنید (صاحبی، ۱۳۹۶). همانطور که مشاهده می‌شود وقتی بنیان درمان‌ها مشابه یکدیگر باشد، اگرچه فوننی متفاوت را به کارگیرند، اما در نهایت نتایج مشابهی به بار خواهند آورد. آنچه این دو رویکرد را در اثربخشی بر بهبود ناگویی هیجانی در زندانیان هم‌ارز قرار می‌دهد، این نکته است که اساساً هر دو درمان بر ذهن واقعیت محور تأکید ویژه دارند؛ ذهنی که برنامه‌ریز، تجهیز کننده نیروهای درونی و بیرونی برای رسیدن به اهداف مناسبی همچون آرامش و دوری از استرس و نگرانی است. هر دو رویکرد بر مسئولیت فردی برای تلاش فعالانه در جهت تغییر

سازی شده و دانش‌آموزان عادی. *مجله علوم روانشناختی*،

۱۹(۹۰)، ۷۷۲-۷۶۵.

عاشوری، محمد و قاسم‌زاده، سوگند (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ایمن

سازی روانی بر ناگویی هیجانی، خودتعیین‌گری و جهت‌گیری

زندگی نوجوانان با آسیب‌شنوایی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۴(۲)،

۷-۲۳.

فلاحیان، معصومه؛ حاتمی، حمیدرضا؛ احدی، حسن و اسدزاده، حسن

(۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی آموزش واقعیت‌درمانگری و شناخت

درمانگری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بلوغ عاطفی نوجوانان. *مجله*

علوم روانشناختی، ۱۸(۷۸)، ۶۷۴-۶۶۷.

قاسمی، ندا؛ گودرزی، میترا و غضنفری، فیروزه (۱۳۹۸). اثربخشی درمان

مبتنی بر شفقت بر نظم‌جویی شناختی هیجان، مهارت‌های ذهن

آگاهی و آمادگی برای تجربه شرم و گناه افراد مبتلا به اختلال

اضطراب افسردگی مختلط. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*،

۹(۳۴)، ۱۶۶-۱۴۵.

قریشی، منصوره و بهبودی، معصومه (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش واقعیت

درمانی گروهی بر تنظیم هیجان و افزایش خودکارآمدی

تحصیلی دانش‌آموزان دختر. *سلامت اجتماعی*، ۴(۳)، ۲۴۳-

۲۳۳.

کامکار، شبنم؛ فرخی، نورعلی؛ سلیمی بجستانی، حسین و مردانی‌راد،

مژگان (۱۳۹۹). تدوین و آزمون مدل علی‌گرایش به اعتیاد

دانشجویان بر اساس متغیرهای تحمل‌پریشانی و تمایز‌یافتگی با

میانجی‌گری ناگویی هیجانی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء‌مصرف*

مواد، ۱۴(۵۵)، ۴۶-۲۹.

منصوری، جمیل؛ بشارت، محمدعلی و غریبی، حمیدرضا (۱۳۹۸). پیش

بینی ناگویی هیجانی بر اساس سبک‌های دلبستگی و ابعاد کمال

گرایی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۸۱)، ۹۹۰-۹۸۱.

Alemayehu, A., Ambaw, F., & Gutema, H. (2019).

Depression and associated factors among prisoners in Bahir Dar prison, Ethiopia. *BMC Psychiatry*, 19(88), 1-7.

Andersen, B., & Rusmassen, P.H. (2017). Transdiagnostic

group therapy for people with self-critic and low self-esteem, based on compassion focused therapy principles. *Journal of Compassionate Health Care*, 4(14), 185-196.

Bhargava, R. (2013). The use of reality therapy with a

depressed deaf adult. *Clinical Case Studies*, 12(5), 388-396.

Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994). The

twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.

تفاوت‌های فردی موجود بین آزمودنی‌ها را در نظر گرفت و یافته

های به دست آمده را با توجه به آن تفسیر کرد. پیشنهاد می‌گردد در

پژوهش‌های آینده، مداخلات انجام شده در این پژوهش بر روی

مددجویان زن زندانی نیز انجام شود. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات

آتی مطالعه پیگیری نیز در طرح پژوهش گنجانده شود تا امکان

ارزیابی پایداری تغییرات مثبت در شرکت‌کنندگان فراهم شود. با

توجه به اینکه هر دو روش درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت

درمانی در بهبود ناگویی هیجانی تأثیر مثبت و معنادار داشته‌اند، به

محققان پیشنهاد می‌گردد که در تحقیقات آتی خود به جای دو

گروه آزمایش، از سه گروه آزمایش استفاده کنند؛ دو گروه

آزمایش همانند تحقیق حاضر باشد و در گروه سوم از ترکیب

درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی استفاده شود تا این نتیجه

حاصل شود که آیا ترکیب این دو رویکرد می‌تواند اثربخش‌تر از

بکارگیری آنها به صورت جداگانه باشد یا خیر؟ پیشنهاد می‌شود

درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت درمانی در قالب کارگاه‌های

آموزشی به روانشناسان و مشاوران شاغل در زندان‌ها آموزش داده

شود تا بتوانند از مفاهیم درمانی این رویکردها در راستای کمک به

ارتقای سلامت روان زندانیان استفاده نمایند. با توجه به سودمندی

مداخلات انجام شده در این پژوهش، به مدیران و مسئولان زندان

های سراسر کشور پیشنهاد می‌گردد شرایط و امکانات لازم را جهت

برگزاری کارگاه‌های آموزشی با محوریت درمان متمرکز بر شفقت

و واقعیت درمانی فراهم نمایند.

منابع

سدیدی، محسن و یمینی، محمد (۱۳۹۷). پیشبینی بهزیستی روانشناختی بر

اساس راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی. *مطالعات*

روانشناختی، ۱۴(۲)، ۱۴۱-۱۲۵.

سلیمی، آرمان؛ ارسلان‌ده، فرشته؛ زهراکار، کیانوش؛ داورنیا، رضا و

شاکرمی، محمد (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر

سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *افتق دانش*،

۲۴(۲)، ۱۳۱-۱۲۵.

شیشه‌گر، سیده؛ کاظمی، فرنگیس و پزشکی، شهلا (۱۳۹۶). اثربخشی

واقعیت‌درمانی بر شادکامی و مسئولیت‌پذیری مادران کودکان

در خودمانده. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، ۷(۲۷)، ۷۷-۵۳.

صباحی، سمیه و مهدی‌زادگان، ایران (۱۳۹۹). مقایسه مقبولیت اجتماعی و

ناگویی طبیعی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درونی

- for prisoners with common mental health problems, near to and after release: Study protocol for a randomized controlled trial. *BMJ Open*, 8(2), e017931.
- Krammer, S., Maercker, A., Holtforth, M.G., Gamma, A., & Liebrecht, M. (2019). ICD-11 posttraumatic stress disorder (PTSD) in male prisoners. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 87(2), 112-120.
- Law, F.M., & Guo, G.J. (2015). The impact of reality therapy on self-efficacy for substance-involved female offenders in Taiwan. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 59(6), 631-653.
- Leaviss, L., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927-945.
- Loas, G., Baelde, O., & Verrier, A. (2015). Relationship between alexithymia and dependent personality disorder: A dimensional analysis. *Psychiatry Research*, 225(3), 484-488.
- McMurran, M., & Delight, S. (2017). Processes of change in an offender personality disorder pathway prison progression unit. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 27(3), 254-264.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., & Joyce, A.S. (2011). Effect of alexithymia on the process and Outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry Research*, 190(1), 43-48.
- Parker, J.D., Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30(1), 107-115.
- Palmer, B.R., Gignac, G., Manocha, R., & Stough, C. (2005). A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test version 2.0. *Intelligence*, 33(3), 285-305.
- Popkirov, S., Flasbeck, V., Schlegel, U., Juckel, G., & Brune, M. (2018). Alexithymia in borderline personality disorder is not associated with deficits in automatic visual processing of negative emotional stimuli. *Psychiatry Research*, 263, 121-124.
- Rehman, A., Gumley, A., & Biello, S. (2018). Sleep quality and paranoia: The role of alexithymia, negative emotions and perceptual anomalies. *Psychiatry Research*, 259, 216-222.
- Ribeiro da Silva, D., Rijo, D., Castilho, P., & Gilbert, P. (2019). The efficacy of a compassion-focused therapy-based intervention in reducing psychopathic traits and disruptive behavior: a clinical case study with a juvenile detainee. *Clinical Case Studies*, 18(5), 323-343.
- Rose, A., McIntyre, R., & Rimes, K.A. (2018). Compassion-focused intervention for highly self-critical individuals: Pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(5), 583-600.
- Sommers-Spijkerman, M.P.J., Trompetter, H.R., Schreurs, K.M.G., & Bohlmeijer, E.T. (2018). Compassion -
- Bermond, B., Bierman, D.J., Cladder, M.A., Moormann, P.P., & Vorst, H.C.M. (2010). The cognitive and affective alexithymia dimensions in the regulation of sympathetic responses. *International Journal of Psychophysiology*, 75(3), 227-233.
- Carter, A., Gilbert, P., & Kirby, J.N. (2020). Compassion-focused therapy for body weight shame: A mixed methods pilot trial. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *Early View*, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/cpp.2488>
- Chen, L., Xu, L., You, W., Zhang, X., & Ling, N. (2017). Prevalence and associated factors of alexithymia among adult prisoners in China: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 17 (287), 1-13.
- Duba, J.D., Graham, M.A., Britzman, M., & Minatrea, N. (2009). Introducing the "basic needs genogram" in reality therapy-based marriage and family counseling. *International Journal of Reality Therapy*, 28 (2), 15-19.
- Favril, L., Vander Laenen, F., & Audenaert, K. (2017). Suicidal behaviour among prisoners: Prevalence and association with psychological distress in Flemish prisons. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 59(4), 203-211.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7(3), 174-189.
- Gilbert, P. (2009b). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2010). *The CBT distinctive features series. Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Gillespie, S.M., Garofalo, C., & Velotti, P. (2018). Emotion regulation, mindfulness, and alexithymia: Specific or general impairments in sexual, violent, and homicide offenders? *Journal of Criminal Justice*, 58, 56-66.
- Haskins, N.H., & Appling, B. (2017). Relational cultural theory and reality therapy: A culturally responsive integrative framework. *Journal of Counseling and Development*, 95(1), 87-99.
- Heriot-Maitland, C., McCarthy-Jones S., Longden, E., & Gilbert, P. (2019). Compassion focused approaches to working with distressing voices. *Frontiers in Psychology*, 10(152), 1-11.
- Jones, L.C., & Parish, T.S. (2005). Ritalin's choice theory and reality therapy. *International Journal of Reality Therapy*, 25(1), 34-35.
- Kim, K. (2005). Effectiveness of reality therapy program for schizophrenic patients. *Taehan Kanho Hakhoe Chi*, 35(8), 1485-1492.
- Kirkpatrick, T., Lennox, C., Taylor, R., Anderson, R., Maguire, M., Haddad, M., et al. (2018). Evaluation of a complex intervention (Engager)

- focused therapy as guided self-help for enhancing public mental health: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 101-115.
- Sommers-Flanagan, J., Sommers-Flanagan, R. (2018). *Counseling and psychotherapy theories in context and practice: Skills, strategies, and techniques*. 3rd Edition, USA: John Wiley & Sons.
- Tyler, N., Miles, H.L., Karadag, B., & Rogers, G. (2019). An updated picture of the mental health needs of male and female prisoners in the UK: prevalence, comorbidity, and gender differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54, 1143-1152.
- Vaziri, Sh., Lotfi Kashani, F., Jamshidifar, Z., Vaziri, Y., & Jafari, M. (2014). Group counseling efficiency based on choice theory on prisoners' responsibility increase. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 128, 311-315.
- Wubbolding, R.E. (2013). *Reality therapy for the 21st century*. 1st Edición, Abingdon: Routledge.
- Yao, Y.W., Chen, P.R., Li, C.R., Hare, T.A., Li, S., Zhang, J.T., et al. (2017). Combined reality therapy and mindfulness meditation decrease intertemporal decisional impulsivity in young adults with internet gaming disorder. *Computers in Human Behavior*, 68, 210-216.
- Yi, Y., Turney, K., & Wildeman, C. (2017). Mental health among jail and prison inmates. *American Journal of Men's Health*, 11(4), 900-909.