



Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy, cognitive-behavioral therapy and reality therapy on mental disorders symptoms

Mojtaba Abbaszade¹, Ahmad Ghazanfari², Maryam Chorami³, Reza Ahmadi⁴

1. Ph.D Candidate in Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. E-mail: mojtabaabbaszade365@gmail.com

2. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. E-mail: a.ghazanfari@iaushk.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. E-mail: choramimaryam@iaushk.ac.ir

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran. E-mail: rezaahmadi@iaushk.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 17 August 2022
Received in revised form
03 September 2022
Accepted 20 October
2022
Published Online 22 May
2023

Keywords:
Acceptance and
Commitment Therapy,
Reality Therapy,
Cognitive- Behavioral
Therapy,
mental disorders,
Prisoners

ABSTRACT

Background: Research shows that mental disorders are highly prevalent in prisoners and psychological interventions can help them to improve their psychological health. Cognitive behavioral therapy focuses on changing automatic thinking and self-criticism to create a healthy personality. ACT therapy focuses on increasing psychological flexibility, which is the ability to attend to experiences in the present moment without judgment, and in reality therapy emphasizes people's responsibility. However, comparative research on these three treatments in prisoners has received less attention.

Aims: The purpose of the research was to compare the efficacy of group therapy based on acceptance and commitment (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), cognitive-behavioral therapy (Beck et al., 1979), and reality therapy (Glasser, 1965) on the symptoms of mental disorders in male prisoners of Isfahan Central Prison.

Methods: The present research was a semi-experimental type of pre-test, post-test and follow-up with a control group. The statistical population included all male prisoners of Isfahan Central Prison, from among whom 120 were selected based on systematic random sampling and were placed in experimental and control groups (per group n=30). Before and after the treatment and also during the follow-up period, the subjects completed the checklist of symptoms of mental disorders (SCL-90) by Dragotis et al. (1999). Acceptance and commitment (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), cognitive-behavioral therapy (Beck et al., 1979), and reality therapy (Glasser, 1965) were conducted separately in 12 sessions and the control group was placed on the waiting list. In order to analyze the data, analysis of variance with repeated measurements was used.

Results: The results showed the effectiveness of all three treatment models in improving the symptoms of obsessive-compulsive disorder, interpersonal sensitivity, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism ($p < 0.05$). According to the results of the follow-up test, there was a significant difference in the research variables between the three treatment groups and CBT on the symptoms of mental disorders has been significantly more effective than reality therapy and ACT ($p < 0.05$)

Conclusion: The results of the research showed that acceptance and commitment therapy, cognitive-behavioral therapy and reality therapy improved the psychological health of male prisoners and CBT was superior.

Citation: Abbaszade, M., Ghazanfari, A., Chorami, M., & Ahmadi, R. (2023). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy, cognitive-behavioral therapy and reality therapy on mental disorders symptoms. *Journal of Psychological Science*, 22(123), 595-612. <https://psychologicalscience.ir/article-1-1792-fa.html>

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 123, June, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.123.595](https://doi.org/10.52547/JPS.22.123.595)



✉ **Corresponding Author:** Ahmad Ghazanfari, Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

E-mail: a.ghazanfari@iaushk.ac.ir, Tel: (+98) 9133220146

Extended Abstract

Introduction

It is estimated that 11 million people are currently incarcerated around the world (Forrester, Till, Simpson, & Shaw, 2018). Bolhari (2003) revealed that the prevalence of mental disorders among prisoners is higher than in the common population in Iran. Beaudry, Yu, Perry & Fazel (2021) indicated that various psychological interventions in prison have been effective in reducing mental disorders. One of the treatments whose effectiveness has been confirmed is Reality therapy. Glasser (2003) believed that people should take more responsibility for their behavior and it can help them do so. The essence of reality therapy is that we are all responsible for what we do and can control our current lives (Corey, 2013). Hakamabadi, Rezaei, Asghari EbrahimAbad & Salamat (2014) confirmed the effectiveness of reality Therapy. Cognitive behavioral therapy (CBT) is another effective psychological approach used to deal with existing dysfunctional thoughts and maladaptive emotions that lead to negative psychological outcomes. The main goal of CBT is to change automatic thinking and self-criticism and teach how to use CBT techniques to build a healthy personality (Amoke et al., 2020). The effectiveness of cognitive behavioral therapy in reducing psychological distress has been confirmed (Amoke et al., 2020; Byrne & Ghráda, 2019).

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) is the other effective treatment. The goal of ACT is to increase psychological flexibility, which is the ability to attend to experiences in the present moment, in an accepting and nonjudgmental manner, while behaving in a manner consistent with one's values (Bai, Luo, Zhang, Wu, & Chi, 2020). The effectiveness of ACT treatment on prisoners has been investigated (Mofid, Fatehizadeh & Dorosti, 2017; Riley, Smith & Baigent, 2019; Berta & Zarling, 2019.)

The point to consider is that no research has been observed comparing the efficacy of ACT, CBT, and reality therapy in reducing mental symptoms. In addition, there are conflicting results regarding the superiority of ACT, CBT, and reality therapy after

treatment and follow-up period (Banihashemi, Hatami, Hasani & Sahebi, 2021). Therefore, the present research seeks to answer the question of whether there is a difference between the efficacy of group therapy based on ACT, CBT, and reality therapy on the symptoms of mental disorders in male prisoners.

Method

The statistical population in the present research consisted of all male prisoners living in Isfahan Central Prison, the total number of male prisoners at the time of the research was 8000. Among them, 120 male prisoners were selected by random sampling and randomly divided into four groups of 30 people (three treatment groups and one control group). At the end of the study, there were 22 people in the acceptance and commitment therapy group, 23 people in the cognitive-behavioral therapy group, 26 people in the reality therapy group, and 24 people in the control group. The research tools were the demographic information questionnaire and the checklist of symptoms of mental disorders (SCL-90-R) by Derogatis et al. (1994).

Descriptive statistics (mean and standard deviation), inferential statistics (Repeated Measures Analysis of Variance), and SPSS software version 21 were used to analyze the data.

Results

The majority of the subjects in the four groups had diplomas and associate degrees. The majority of the subjects in the experimental groups were in the age range of 18-30 years, while in the control group the majority were in the age range of 31-40 years, and the lowest frequency in the four groups was related to the age group above 50 years. The highest frequency in the experimental groups was related to prisoners with violent crimes, and in the control group, it was related to male prisoners with non-violent crimes.

To perform this analysis, first, the necessary assumptions for the repeated measures analysis of variance were examined. To comply with the assumptions, the Shapiro-Wilk test, Leven's test, and

the M-box test were used to check for normality, homogeneity of variances and the equality of the observed covariance matrices of dependent variables in groups. Also, Mochli's sphericity test was used to

check the homogeneity of covariance, which all assumptions were met. Table 1 shows the results of repeated measures analysis of variance.

Table 1. Results of repeated measures analysis of variance

Variables	source	sum of squares	df	mean of squares	F	p	η^2
Interpersonal sensitivity	time	2.55	2	1.28	18.98	<0.001	0.17
	time × group	1.16	2	0.58	8.60	<0.001	0.08
Obsessive compulsive disorder	time	6.99	2	3.49	62.22	<0.001	0.40
	time × group	3.57	2	1.78	31.76	<0.001	0.25
Phobic anxiety	time	0.68	2	0.34	12.73	<0.001	0.12
	time × group	0.38	2	0.19	7.06	<0.001	0.07
Paranoid ideation	time	4.19	2	2.10	36.20	<0.001	0.28
	time × group	1.66	2	0.83	14.37	<0.001	0.13
Psychoticism	time	0.72	2	0.36	17.58	<0.001	0.16
	time × group	0.49	2	0.24	12.18	<0.001	0.12

Table 2. The results of the post hoc test comparing the average of three treatment methods on the symptoms of mental disorder

Variables	Groups	Mean difference	p
Interpersonal sensitivity	ACT -reality therapy	0.21	<0.001
	ACT - CBT	0.15	<0.001
	CBT -reality therapy	-0.06	<0.001
Obsessive compulsive disorder	ACT - reality Therapy	0.30	<0.001
	ACT - CBT	0.27	<0.001
	CBT -reality therapy	-0.04	<0.001
Phobic anxiety	ACT --reality therapy	0.10	<0.001
	CBT -reality therapy	-0.08	<0.001
	ACT - reality Therapy	0.29	<0.001
Paranoid ideation	ACT - CBT	0.22	<0.001
	CBT -reality therapy	-0.04	<0.001
	ACT - CBT	0.08	<0.001
Psychoticism	CBT-reality therapy	-0.06	<0.001

As table 1 shows, ACT, CBT, and reality therapy had a significant effect on the symptoms of interpersonal sensitivity, obsessive-compulsive disorder, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism of male prisoners, and the effect of all treatments had significant stability on the dependent variables after three months. To accurately determine the significant differences between the groups, the LSD post hoc test of pairwise comparisons was used and the results of which are presented in table 2.

According to the results of the LSD post hoc test, CBT and reality therapy were significantly more effective than ACT on the symptoms of interpersonal sensitivity, obsessive-compulsive disorder, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism and CBT was superior as compared to reality therapy and ACT.

Conclusion

The present study was conducted to compare the efficacy of acceptance and commitment therapy, cognitive-behavioral therapy, and reality therapy on the symptoms of mental disorders in male prisoners of Isfahan Central Prison. The results showed that reality therapy, CBT, and ACT compared to the control group, had a significant and stable effect on interpersonal sensitivity, obsessive-compulsive disorder, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism of male prisoners in Isfahan central prison. The results of the follow-up test also showed that CBT was more effective compared to ACT and reality therapy. Furthermore, the results revealed that reality therapy was significantly more effective than ACT in reducing the symptoms of interpersonal sensitivity, obsessive-compulsive disorder, phobic anxiety, paranoid ideation, and psychoticism. The

obtained results indicated the effect of three treatment methods of reality therapy, CBT, and ACT on reducing the symptoms of mental disorders compared to the control group, which can indicate the mechanism of the similar effect of these three treatment methods on reducing other symptoms of mental disorders. Considering the importance of the category of psychotherapy for prisoners is suggested that, the three treatment methods used in the research be implemented according to their effectiveness, in the prisons (or for people outside the research society and other institutions such as medical centers, welfare centers, and rehabilitation).

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral dissertation of the first author in the field of psychology in the Faculty of Human Science, Shahrekord branch, Islamic Azad University. In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author and the second and the third were the supervisors and forth author was advisor.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate the supervisors and the advisor, and the honorable prisoners, the counseling and psychotherapy staff, and the honorable directors of Isfahan Central Prison and the General Directorate of Prisons of Isfahan Province in the study.



مقایسه اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد، شناختی - رفتاری و واقعیت‌درمانی بر نشانگان اختلال روانی

مجتبی عباس‌زاده^۱، احمد غضنفری^۲، مریم چرامی^۳، رضا احمدی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: تحقیقات نشان می‌دهد اختلالات روانی در زندانیان شیوع بالایی دارد و مداخلات روانشناختی می‌تواند به بهبود سلامت روانشناختی آن‌ها کمک کند. درمان شناختی - رفتاری بر تغییر تفکر خودکار و انتقاد از خود برای ایجاد شخصیت سالم تمرکز می‌کند. درمان ACT بر افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی متمرکز است که توانایی توجه به تجربیات در لحظه حال بدون قضاوت است و در واقعیت‌درمانی بر مسئولیت‌پذیری افراد تأکید می‌کند. با این وجود، انجام پژوهش مقایسه‌ای این سه درمان در زندانیان کمتر مورد توجه قرار گرفته است.

هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی - رفتاری و واقعیت‌درمانی بر نشانگان اختلال روانی زندانیان مرد زندان مرکزی اصفهان بود.

روش: پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زندانیان مرد زندان مرکزی اصفهان بودند که از میان آن‌ها بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی نظام‌دار، ۱۲۰ نفر انتخاب شدند و در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند (هر گروه: ۳۰ نفر). آزمودنی‌ها قبل و بعد از درمان و نیز در دوره پیگیری چک‌لیست نشانه‌های اختلالات روانی (SCL-90) در اگوتیس و همکاران (۱۹۹۴) را تکمیل کردند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هایز، استروزال و ویلسون، ۱۹۹۹)، درمان شناختی - رفتاری (بک و همکاران، ۱۹۷۹) و واقعیت‌درمانی (گلاسر، ۱۹۶۵) بر روی گروه‌های آزمایش، به صورت مجزا به مدت دوازده جلسه اجرا گردید و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس مختلط استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس مختلط بیانگر اثربخشی هر سه مدل درمانی بر بهبود نشانگان وسواس عملی - فکری، حساسیت در روابط متقابل، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان‌گسسته‌گرایی بود ($p < 0/05$). همچنین، طبق نتایج آزمون تعقیبی، بین سه گروه درمانی در متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری مشاهده شد و درمان شناختی - رفتاری بر نشانه‌های اختلال روانی بطور معناداری اثربخشی بیشتری در مقایسه با واقعیت‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته است ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی - رفتاری و واقعیت‌درمانی موجب بهبودی در سلامت روانشناختی زندانیان مرد شده است و درمان شناختی - رفتاری اثربخشی بیشتری داشته است.

استناد: عباس‌زاده، مجتبی؛ غضنفری، احمد؛ چرامی، مریم؛ و احمدی، رضا (۱۴۰۲). مقایسه اثر بخشی درمان پذیرش و تعهد، شناختی - رفتاری و واقعیت‌درمانی بر نشانگان اختلال

روانی، مجله علوم روانشناختی، دوره بیست‌ودوم، شماره ۱۲۳، ۵۹۵-۶۱۲.

مجله علوم روانشناختی، دوره بیست‌ودوم، شماره ۱۲۳، بهار (خرداد) ۱۴۰۲.



© نویسنده‌گان.

✉ نویسنده مسئول: احمد غضنفری، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. رایانامه: a.ghazanfari@iaushk.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۳۳۲۲۰۱۴۶

مقدمه

تخمین زده می‌شود که در حال حاضر حدود ۱۱ میلیون نفر در سراسر جهان در زندان‌ها نگهداری می‌شوند که میانگین جمعیت جهانی زندانیان ۱۴۴ نفر در هر ۱۰۰۰۰۰ را نشان می‌دهد (فورستر، تیل، سیمپسون و شاو، ۲۰۱۸). جمعیت زندانیان را معمولاً افرادی با پیشرفت تحصیلی ضعیف، بیکار، افراد از نظر اجتماعی منزوی و یا دارای مشکلات جسمی متعدد و افراد دوره‌گرد تشکیل می‌دهند (باتلر و میلنر، ۲۰۰۳). معمولاً برای زندانیان به ویژه زندانیان جدید، ناتوانی در کنار آمدن در زندان، خصمانه‌ترین تجربه‌ای است که اتفاق می‌افتد (آموک و همکاران، ۲۰۲۰). تحقیقات نشان می‌دهد که در ایران شیوع بیماری‌های روانی در بین زندانیان بیش از جمعیت عادی است (بوالهروی و همکاران، ۱۳۸۲). آراسته و شریفی سقز (۱۳۸۷) مطرح کردند که بیش از نیمی از زندانیان دارای یکی از انواع اختلالات شخصیت هستند که شایع‌ترین آن‌ها، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و سپس اختلال شخصیت مرزی بودند. شریعت و همکاران (۱۳۸۵) بیشترین شیوع طول عمر اختلالات مربوط به مصرف مواد با ۷۸ درصد و اختلالات خلقی با ۴۸/۷ درصد برآورد نمودند. در آمریکا، جمعیت مبتلا به اختلالات روانی، ۵ درصد در بیمارستان‌های روانی و ۹۵ درصد در زندان به سر می‌برند (سیمانزا و گرانولز، ۲۰۱۹). باتلر، کارمینا، لیوی و مورفی (۲۰۰۴) نیز نشان دادند که ۴۳ درصد از زندانیان دارای حداقل یک بیماری روانی و ۹ درصد دارای اختلال سایکوز هستند.

بالا بودن میزان شیوع بیماری‌های روانی در بین زندانیان، مدیران و سیاست‌گذاران زندان‌ها و مؤسسات نگهداری و مراقبت از مجرمین را بر آن داشته تا با در نظر گرفتن این عامل به عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز بروز جرم، درصدد درمان و یا کاهش شدت علائم بیماری‌های روانی برآیند و از این طریق احتمال ارتکاب مجدد جرم و ورود آنان به زندان را کاهش دهند. علاوه بر این، افرادی که از زندان آزاد می‌شوند، در معرض خطر بیشتری برای تکرار جرم هستند و تقریباً یک پنجم کل جرایم جدید سالانه توسط این افراد انجام می‌شود (بودری، یو، پری و فاضل، ۲۰۲۱). مداخلات روانشناختی مختلفی در محیط‌های زندان برای بهبود نتایج برای افرادی که از زندان آزاد می‌شوند و به‌ویژه برای کاهش جرم‌های مجدد استفاده شده و اثربخش بوده‌اند. از جمله درمان‌هایی که اثربخشی آن‌ها در جمعیت‌های مختلف مورد تأیید قرار گرفته، واقعیت‌درمانی است. گلاسر معتقد بود که

افراد باید مسئولیت بیشتری در قبال رفتار خود بپذیرند و واقعیت‌درمانی می‌تواند به آن‌ها در انجام این کار کمک کند. ماهیت نظریه انتخاب و واقعیت‌درمانی این است که همه ما مسئول کارهایی هستیم که انجام می‌دهیم و می‌توانیم زندگی فعلی خود را کنترل کنیم (کوری، ۲۰۱۳). واقعیت‌درمانی می‌تواند به فرد کمک کند تا کنترل زندگی خود را دوباره به دست بیاورد، به جای اینکه به احساساتش اجازه بدهد (برادلی، ۲۰۱۴). در واقعیت‌درمانی تمرکز بر ایجاد تغییر در زمان حال و ایجاد تغییر در خود است. در این درمان، از بحث در مورد علائم و نشانه‌ها اجتناب می‌شود. زیرا این راهی برای منحرف کردن تمرکز از واقعیت درمان است. در حالی که به احساسات احترام گذاشته می‌شود، مراجعان تشویق می‌شوند تا زمان بیشتری را برای نحوه تفکر و آنچه انجام می‌دهند، یعنی اجزای رفتار کلی که تغییر آن آسان‌تر است، صرف کنند (دانهام، ۲۰۱۲). می‌توان از واقعیت‌درمانی در محیط‌های مختلف از جمله زندان و مؤسسات اصلاح و تربیت استفاده کرد. پژوهش‌ها اثربخشی واقعیت‌درمانی را تأیید کرده‌اند. از جمله: حکم‌آبادی، رضایی، اصغری ابراهیم‌آباد و سلامت (۱۳۹۳) و روتوسوکی، سزگیلنیاک و سزپیاناسکا-گیراچا (۲۰۲۱).

درمان شناختی-رفتاری (CBT) که توسط بک طراحی شده است، یک رویکرد روانشناختی دیگری است که کاربرد آن برای مقابله با افکار ناکارآمد موجود و احساسات نادرستی است که منجر به پیامدهای روانشناختی منفی می‌شود. هدف اصلی CBT، تغییر تفکر خودکار و انتقاد از خود و آموزش نحوه استفاده از تکنیک‌های CBT برای ایجاد شخصیت سالم است. بک معتقد بود که نظام اعتقادی بر واکنش‌های عاطفی و رفتاری تأثیر می‌گذارد و مشکلات روانی را به احساس و درک منفی مردم از رویدادهای زندگی نسبت داد (آموک و همکاران، ۲۰۲۰). مکانیسم‌های اصلی عمل آن شامل جلوگیری از بازگشت به رفتارهای مجرمانه با کاهش نگرش‌های اجتماعی انحرافی، افزایش خودکارآمدی رفتاری برای به حداکثر رساندن پیامدهای اجتماعی و جلوگیری از بروز تکانه‌های جرم‌زا است (موفو، آتاناسو، راف و بلشاو، ۲۰۱۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در کاهش پریشانی روانشناختی تأیید شده است (آموک و همکاران، ۲۰۲۰؛ بیرن و گرادا، ۲۰۱۹؛ خدایاری‌فرد و همکاران، ۱۳۸۷؛ عزتی، شهابی‌زاده، سلیمانی‌نژاد و نصری، ۱۴۰۰ و گانیش و همکاران، ۲۰۱۸).

مؤثرترین نوع درمان را تعیین کند. به کارگیری و انتخاب صحیح و متناسب پروتکل و رویکرد درمانی می‌تواند مانع از هدررفت وقت، انرژی و فرصت‌های مناسب جهت درمان گردد. ضمن اینکه، نتایج متناقضی از برتری اثربخشی درمان ACT و CBT بعد از درمان و نیز دوره پیگیری وجود دارد که ضرورت پژوهش‌های بیشتر احساس می‌شود. نتایج بعضی پژوهش‌ها نشان می‌دهد که در بعضی مراجعان درمان CBT اثربخش نبوده است و درمان ACT با تأکید بر تمرین‌های ذهن‌آگاهی اثربخشی بیشتری داشته است (آرک و کراس، ۲۰۰۸). درحالی‌که بعضی مطالعات نشان دادند که ACT پس از درمان برتر از CBT بوده، اما در یک بازه زمانی پیگیری ۳ ماهه تفاوت معنی‌داری نداشته است (آوداگیک، موریسی و بوچن، ۲۰۱۴) اما در مطالعه دیگری CBT پس از درمان برتر از ACT بوده، ولی در دوره پیگیری ACT برتری داشته است (لانزا، گارسیا، لاملز و گونزالز-میندز، ۲۰۱۴). در پژوهش‌های داخلی، نیز این تناقض مشاهده می‌شود. بعضی پژوهش‌ها حاکی از برتری درمان شناختی-رفتاری بر واقعیت‌درمانی است (بنی‌هاشمی، حاتمی، حسنی و صاحبی، ۱۳۹۹) و بعضی مطالعات تفاوت‌ها معنادار نبودند (اسدی خلیلی، عمادیان و فخری، ۱۳۹۹). بنابراین، این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری و واقعیت‌درمانی بر نشانه‌های اختلالات روانی زندانیان مرد تفاوت وجود دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و مرحله پیگیری با گروه آزمایش و گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش عبارت بود از کلیه زندانیان مرد ساکن در زندان مرکزی اصفهان که تعداد کل زندانیان مرد زندان مرکزی اصفهان در زمان انجام پژوهش ۸۰۰۰ نفر برآورد شده بود و لیست کلیه زندانیان از دفتر آمار و رایانه زندان مرکزی اصفهان تهیه گردید. به دلیل محدودیت پژوهشگران در دسترسی به زندانیان زن و ورود به زندان زنان، پژوهش بر روی زندان مرکزی و بر روی نمونه مردان صورت گرفت. از این تعداد، ۱۲۰ نفر از زندانیان مرد زندان مرکزی اصفهان با روش نمونه‌گیری تصادفی نظامدار از بین کلیه زندانیان که واجد معیارهای پژوهش

پذیرش و تعهد (ACT) نیز از جمله درمان‌های اثربخش دیگر است که درمان شناخته‌شده‌ای در موج سوم CBT به‌شمار می‌رود (هایز، استراسول و ویلسون، ۲۰۱۱). هدف کلی ACT، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است، که توانایی توجه به تجربیات در لحظه حال بدون قضاوت است. ACT بر شش فرآیند مرتبط متکی است: پذیرش، تماس با لحظه حال، خود به مثابه زمینه، گسلش شناختی، اقدام متعهدانه و ارزش‌ها (بائی، لئو، ژانگ، وو و چی، ۲۰۲۰). انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌تواند تغییرات پایدار را به سه طریق تسهیل کند: (الف) با افزایش تعهد به رفتارهای ارزش‌محور و حفظ آن‌ها، (ب) با تقویت روشی پذیرا و گشوده نسبت به تجربه رویدادهای روانشناختی و در نتیجه کاهش آن‌ها، (ج) با بهبود آگاهی از محیط از طریق فرآیندهای ذهن‌آگاهی که موجب می‌شود انتخاب‌های رفتاری فرد بهتر با موقعیت زمینه سازگار شود (هایز، ۲۰۰۴). اهداف مداخلات در ACT، تغییر رفتار سالم نیست، بلکه پرورش همزمان پذیرش وقوع رویدادهای روانی ناخوشایند و رهایی از پابندی به آن است (ژانگ و همکاران، ۲۰۱۸). در درمان ACT به جای آموزش روش‌های سرکوب یا به‌چالش کشیدن افکار که در رویکرد CBT پرداخته می‌شود، آگاهی و پذیرش بیشتر رویدادهای مثبت و منفی زندگی تشویق می‌شود. این کار برای مبارزه با اجتناب از افکار عادی، هیجان‌ها و در نهایت کاهش استرس انجام می‌شود (بارت و استوارت، ۲۰۲۱). پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان ACT را بر جمعیت‌های مختلف بالینی نشان داده‌اند (گلستر، والدرد، لوین، ووهینگ و کارکلا، ۲۰۲۰؛ کوتو-لزمز، فرناندز-رودریگوئز و گونزالز-فرناندز، ۲۰۲۰؛ سلیمان پور، پیرخانی و زهراکار، ۱۴۰۱؛ حسین لو، پورنقاش‌تهرانی، جعفری روشن، چهره‌سا و دارابی، ۱۴۰۰). اثربخشی درمان ACT بر زندانیان در تحقیقات نیز مورد بررسی قرار گرفته است. برای مثال: محمودی و قادری (۱۳۹۶)، مفید، فاتحی‌زاده و درستی (۱۳۹۶)، ریلی، اسمیت و باگنت (۲۰۱۹) و برتا و زارلینگ (۲۰۱۹).

نکته قابل تأمل این است که هیچگونه پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناختی رفتاری و واقعیت‌درمانی بر کاهش نشانگان روانی زندانیان پرداخته باشد، مشاهده نشده است؛ پژوهشی که با در نظر ویژگی‌های منحصربه‌فرد زندان‌های ایران همچون ازدحام بیش از حد، درهم‌آمیختگی زیاد و محدودیت منابع و امکانات، بهترین و

های آن در طیف لیکرتی ۵ تایی اصلاً (۰)، کمی (۱)، نسبتاً (۲)، کاملاً کمی (۳)، بسیار (۴) نمره‌گذاری می‌شوند. روایی و اعتبار آن در پژوهش‌های خارجی بررسی و تأیید شده است. تومیکو، شیمورا، هیداکا و کوبو (۲۰۰۸) ضرایب آلفای کرونباخ آن بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. همچنین پژوهش‌های متعدد دیگری روایی و اعتبار آن را تأیید کرده‌اند (برای مثال، مارتینز، استیلرمن و والدو، ۲۰۰۵؛ بونیکاتو، دئو، سوریا و ساگرو، ۱۹۹۷). در ایران، نسخه ترجمه فارسی آن نیز مورد اعتباریابی قرار گرفته و تأیید شده است. اخوان عبیری و شعیری (۱۳۹۸) روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عامل بررسی کردند و ۹ بعد آن تأیید شد. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمده است.

در مرحله پیش‌آزمون، پس از انتخاب گروه نمونه و توضیح در مورد مطالعه، تبیین اهداف و شیوه مداخله توسط اعضای گروه پژوهش، از آزمودنی‌ها خواسته شد به پرسشنامه جمعیت‌شناختی و چک لیست نشانه‌های اختلال‌های روانی (SCL90) پاسخ دهند. در مرحله بعد مداخله‌ها آغاز شد. گروه‌ها در ۱۲ جلسه هفتگی دو ساعته و به صورت گروهی در گروه‌های ۳۰ نفری برگزار شد. پس از اتمام مداخله، هر یک از آزمودنی‌ها دوباره به چک لیست نشانه‌های اختلال‌های روانی (SCL90) پاسخ دادند. گروه کنترل نیز در این فاصله در لیست انتظار باقی ماند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون، آزمودنی‌ها ۳ ماه بعد پیگیری نیز پرسشنامه را تکمیل کردند. جدول ۱، خلاصه محتوای جلسات سه درمان پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری، واقعیت‌درمانی را نشان می‌دهد. پروتکل گروه درمانی شناختی-رفتاری با اقتباس از پروتکل شناختی-رفتاری خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۷)، پروتکل مشاوره گروهی بر مبنای نظریه انتخاب ویلیام گلاسر برای درمان رفتارهای انحرافی که توسط خبازی راوندی و فرحبخش (۱۳۹۶) تدوین شده، اقتباس شده است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از برنامه درمانی طراحی شده توسط مفید و همکاران (۱۳۹۶) و ولی زاده، مکوندی، بختیارپور و حافظی (۱۳۹۹) استفاده شد که توسط پژوهشگر استخراج و اقتباس شده است.

برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که حضور آنان در مطالعه کاملاً اختیاری است و آزاد خواهند بود که از شرکت در مطالعه امتناع نموده یا

بودند، به عنوان نمونه مورد نظر در پژوهش حاضر انتخاب شدند. نمونه پژوهش براساس پژوهش‌های قبلی و با استفاده از فرمول برآورد حجم نمونه با قدرت آزمون ۸۰ درصد و سطح معناداری ۹۵ درصد و با احتساب ریزش نمونه (پژوهشگر احتمال ریزش بالای نمونه را به دلیل رخداد اتفاقات غیرقابل پیش‌بینی در زندان داد و بنابراین حجم نمونه ۳۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد)، به صورت تصادفی به چهار گروه ۳۰ نفری تقسیم شدند (سه گروه درمانی و یک گروه کنترل) که با توجه به ریزش‌های رخ داده در طول دوره درمان، در پایان پژوهش گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۲ نفر، گروه درمان شناختی-رفتاری ۲۳ نفر، گروه واقعیت‌درمانی ۲۶ نفر و گروه کنترل ۲۴ نفر باقی ماندند. معیارهای ورود به پژوهش این بود در هنگام شروع پژوهش، حداقل شش ماه از محکومیت حبس آن‌ها باقی مانده باشد، دارای سواد خواندن و نوشتن، از نظر بدنی سالم، فاقد معلولیت و بیماری خاص باشند. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها عبارتند از: در حین اجرای برنامه آموزشی بیش از دو جلسه غیبت داشته باشد، در طی برنامه آموزش در حین اجرای پژوهش دچار حادثه گردد، در حین اجرای برنامه مشخص گردد که آزمودنی تحت نظر پزشک، روان‌پزشک، مشاور یا برنامه آموزشی موازی از طرف سازمان (زندان) باشد.

(ب) ابزار

پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: اطلاعات مربوط به شرکت‌کنندگان در زمینه میزان تحصیلات، سن و نوع جرم از طریق پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی محقق ساخته بدست آمد.

چک لیست نشانه‌های اختلالات روانی^۱ (SCL-90-R): توسط دراگوتیس و همکاران (۱۹۹۴) به طور گسترده ای به عنوان یک ارزیابی بالینی و ابزار تحقیق در بسیاری از کشورها استفاده شده است و در بسیاری از مقالات به آن اشاره شده است. این مقیاس می‌تواند ۹ نشانه روانشناختی اولیه را به شرح زیر ارزیابی کند: جسمی‌سازی (SOM)، وسواسی-اجباری (O-C)، حساسیت بین‌فردی (INT)، افسردگی (DEP)، اضطراب (ANX)، خصومت (HOS)، اضطراب فوبی (PHOB)، افکار پارانوئید (PAR) و روان‌پریشی (PSY). در این مقاله از خرده مقیاس‌های حساسیت بین فردی، وسواسی-اجباری، افکار پارانوئید و روان‌پریشی استفاده شده است. گزینه

^۱. Symptom Checklist- 90(SCL90)

هر زمان که مایل بودند، از پژوهش مذکور خارج شوند. پس از تکمیل و امضای فرم رضایت آگاهانه در مرحله پیش آزمون، از زندانیان خواسته شد به پرسشنامه پاسخ دهند. به لحاظ رعایت اصول اخلاقی، درمان مؤثرتر بصورت فشرده برای گروه کنترل اجرا گردید.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمانها

جلسات	شناختی - رفتاری	واقعیت درمانی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
جلسه اول	آشناسازی شرکت کنندگان در پژوهش با اهداف پژوهش، برنامه جلسات، قوانین و مقررات، رازداری و اصول اخلاقی، اهمیت مشارکت فعال اعضا در کار گروهها.	آشناسازی شرکت کنندگان در پژوهش با اهداف پژوهش، برنامه جلسات، قوانین و مقررات، رازداری و اصول اخلاقی و برقراری رابطه مفهومی با شرکت کنندگان.	آشناسازی شرکت کنندگان در پژوهش با اهداف پژوهش، برنامه جلسات، قوانین و مقررات، رازداری و اصول اخلاقی
جلسه دوم	آشنا ساختن اعضا با مدل شناختی و پرداختن به موانع تغییر رفتار	بررسی نگرش اعضا نسبت به خود و شناخت نیازهای اساسی و خواسته هایشان و ایجاد روحیه خودشناسی و توانمندی پذیری مطابق خویشتنها و آنچه که هستند.	مفهوم سازی مشکل و تمرین ذهن آگاهی
جلسه سوم	آموزش رفتاری کنترل رفتارهای آسیبزا	ادامه شناخت نیازهای اساسی و خواسته هایشان و ایجاد روحیه خودشناسی	آموزش الگوی شش ضلعی آسیب شناسی در درمان مبتنی بر پذیرش و بحث در مورد آن
جلسه چهارم	آشنا ساختن اعضا با درمان شناختی رفتاری و تأثیری که می تواند داشته باشد.	آشنایی اعضا با مفهوم دنیای کیفی، بررسی دنیای کیفی خود و رابطه آن با پنج نیاز اساسی	ادامه آموزش الگوی شش ضلعی آسیب شناسی
جلسه پنجم	بررسی افکار خودآیند منفی	ادامه بررسی دنیای کیفی خود	معرفی مفهوم پذیرش و نیز تمرکز بر مسائلی است که می توان آنها را مهار کرد
جلسه ششم	شناسایی تحریفها یا خطاهای شناختی	آشنایی با مفهوم رفتار کامل (عمل کردن، فکر کردن، احساس کردن، فیزیولوژی) و بررسی رفتارهای کامل اعضاء در ارتباط با ارضای نیازهای اساسی	معرفی ارزشهای و بحث پیرامون اهمیت و اولویت آنها
جلسه هفتم	ادامه شناسایی تحریفها یا خطاهای شناختی	بررسی هفت عادت مخرب رفتاری (انتقاد کردن، سرزنش کردن، شکوه و شکایت کردن، تهدید کردن، غرغر کردن، تنبیه کردن، باج دهی برای کنترل کردن دیگری) و نقش آن در ممانعت از ارضای نیازهای اساسی به شیوه صحیح	عینی کردن ارزشها، تبدیل ارزشها به اهداف و تبدیل اهداف به اعمال
جلسه هشتم	اصلاح باورهای قدیمی و ناکارآمد باورها و شناختهایی جدید تمرینهای رفتاری و جایگزینی شناختهای اصلاح شده جدید و رفتارهای جایگزین	بررسی هفت عادت رفتاری مهرآمیز (حمایت کردن، تشویق کردن، احترام گذاردن اعتماد کردن، پذیرفتن، گوش کردن، گفت و گو در مورد تفاوتها) و نقش آنها در چگونگی ارضای نیازهای اساسی انسان	معرفی موانع در مسیر ارزشها
جلسه نهم	ادامه اصلاح باورهای قدیمی و ناکارآمد باورها و شناختهایی جدید تمرینهای رفتاری	به کارگیری روش WDEP برای بررسی روند ارضای نیازهای اساسی از طریق رفتار کامل: خواستهها، جهت و انجام دادن، خودارزیابی، برنامه ریزی	توضیح ارزشیابی غیرواقعی گرایانه و معرفی انواع شیوهها برای پذیرش، به جای اجتناب
جلسه دهم	ادامه اصلاح باورهای قدیمی و ناکارآمد باورها و شناختهایی جدید تمرینهای رفتاری	ادامه به کارگیری روی WDEP	بیان مفاهیم غفلت از ارزشها و متعهد شدن به ارزشها
جلسه یازدهم	ادامه اصلاح باورهای قدیمی و ناکارآمد باورها و شناختهایی جدید تمرینهای رفتاری	خودارزیابی و طرح ریزی یک رفتار جدید	مرور نکات کلیدی کل فرآیند درمان و بحث و تمرین در مورد موقعیتهای بحرانی است که فرد در آن قرار می گیرد
جلسه دوازدهم	مرور مباحث و تمرینهای انجام شده در جلسات قبل و ارائه بازخوردهای شرکت کنندگان برای سایر افراد گروه	بررسی و خلاصه نمودن مباحث جلسات	

یافته‌ها

پژوهش حاضر بر روی ۷۱ آزمودنی صورت گرفت که به ترتیب در گروه های آزمایش، ۲۲ نفر درمان پذیرش و تعهد، ۲۳ نفر درمان شناختی رفتاری

و ۲۶ نفر واقعیت‌درمانی را دریافت کردند. ۲۴ نفر نیز در گروه کنترل قرار داشتند. ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	درمان پذیرش و تعهد		درمان شناختی - رفتاری		واقعیت‌درمانی		گروه کنترل	
	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
کمتراز دیپلم	۲۷/۳	۶	۳۰/۴	۷	۱۹/۲	۵	۲۹/۲	۷
تحصیلات								
دیپلم و فوق‌دیپلم	۵۴/۵	۱۲	۵۲/۲	۱۲	۵۷/۷	۱۵	۴۵/۸	۱۱
لیسانس و بالاتر	۱۸/۲	۴	۱۷/۴	۴	۱۹/۲	۵	۲۵	۶
سن								
۱۸-۳۰ سال	۴۵/۴	۱۰	۴۳/۵	۱۰	۳۰/۸	۸	۲۹/۲	۷
۳۱-۴۰ سال	۳۱/۸	۷	۲۶/۱	۶	۳۴/۶	۹	۳۳/۳	۸
۴۱-۵۰ سال	۱۳/۶	۳	۲۱/۷	۵	۲۳/۱	۶	۲۵	۶
بالاتر از ۵۰ سال	۹/۱	۲	۸/۷	۲	۱۱/۵	۳	۱۲/۵	۳
نوع جرم								
خشن	۳۶/۴	۸	۴۳/۵	۱۰	۳۴/۶	۹	۲۰/۸	۵
غیر خشن	۲۲/۷	۵	۳۰/۴	۷	۲۶/۹	۷	۴۱/۷	۱۰
مواد	۳۱/۸	۷	۲۱/۷	۵	۱۱/۵	۳	۲۰/۸	۵
مالی	۹/۱	۲	۴/۳	۱	۲۶/۹	۷	۱۶/۷	۴

همانطور که جدول ۲ نشان می‌دهد، اکثریت آزمودنی‌ها در چهار گروه دارای تحصیلات دیپلم و فوق‌دیپلم بوده‌اند. اکثریت آزمودنی‌ها در سه گروه آزمایش در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۰ سال و در گروه کنترل در دامنه سنی ۳۱-۴۰ سال قرار داشتند و کمترین میزان فراوانی در چهار گروه مربوط به

گروه سنی بالاتر از ۵۰ سال بود. بیشترین فراوانی در گروه‌های آزمایش مربوط به زندانیان با جرم خشن و در گروه کنترل مربوط به زندانیان با جرم غیرخشن بود. میانگین و انحراف معیار نمرات اختلالات روانی آزمودنی‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری خرده‌مقیاس‌های نشانه‌های اختلالات روانی آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۲/۰۱	۰/۷۳	۱/۷۲	۰/۶۴	۱/۷۳	۰/۶۲	
حساسیت در روابط	۱/۹۲	۰/۷۴	۱/۲۲	۰/۴۲	۱/۳۰	۰/۳۹	
مقابل	۱/۶۰	۰/۹۰	۱/۳۸	۰/۷۷	۱/۴۳	۰/۷۳	
گروه کنترل	۲/۰۵	۰/۷۶	۲/۰۸	۰/۷۴	۲/۰۸	۰/۷۴	
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۸۱	۰/۷۳	۱/۲۳	۰/۷۳	۱/۲۸	۰/۳۸	
اختلال وسواسی-	۱/۶۰	۰/۸۰	۱/۰۴	۰/۳۶	۱/۱۲	۰/۳۶	
درمان شناختی - رفتاری	۱/۴۷	۰/۹۲	۱/۳۲	۰/۷۴	۱/۳۴	۰/۷۰	
اجباری	۱/۹۷	۰/۸۹	۲	۰/۸۷	۱/۹۹	۰/۸۸	
گروه کنترل	۰/۸۱	۰/۵۲	۰/۶۹	۰/۳۹	۰/۷۹	۰/۳۹	
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۰/۷۵	۰/۷۷	۰/۴۴	۰/۳۸	۰/۵۵	۰/۳۹	
اختلال ترس	۰/۴۳	۰/۵۱	۰/۴۱	۰/۴۷	۰/۵۰	۰/۴۲	
واقعیت‌درمانی	۰/۹۵	۰/۸۳	۰/۹۹	۰/۸۱	۰/۹۹	۰/۸۲	
گروه کنترل	۲/۰۱	۰/۷۲	۱/۷۳	۰/۶۴	۱/۷۳	۰/۶۲	
افکار پارانوئیدی							
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد							

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
	درمان شناختی-رفتاری	۱/۹۲	۰/۷۴	۱/۲۲	۰/۴۲	۱/۳۰
	واقعیت‌درمانی	۱/۶۰	۰/۹۰	۱/۳۸	۰/۷۷	۱/۴۳
	گروه کنترل	۲/۰۴	۰/۷۶	۲/۰۸	۰/۷۴	۲/۰۹
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۱/۲۹	۰/۷۹	۱/۱۱	۰/۵۸	۱/۱۸
اختلال روان	درمان شناختی-رفتاری	۱/۱۹	۰/۹۴	۱/۰۳	۰/۶۹	۱/۱۱
گسسته‌گرایی	واقعیت‌درمانی	۰/۷۹	۰/۷۵	۰/۷۱	۰/۶۵	۰/۸۲
	گروه کنترل	۱/۱۲	۰/۷۶	۱/۲۱	۰/۷۴	۱/۲۱

چنانکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون خرده مقیاس‌های حساسیت در روابط متقابل، اختلال وسواس-اجباری، اختلال ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و اختلال روان‌گسسته‌گرایی سه گروه آزمایش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شناختی-رفتاری، واقعیت‌درمانی) و گروه کنترل تقریباً با هم برابر بوده اما در مرحله پس‌آزمون و پیگیری با تغییراتی همراه بود. به منظور بررسی و پاسخگویی به سؤال پژوهش از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. جهت انجام این تحلیل، اول مفروضه‌های لازم برای آزمون تحلیل واریانس آمیخته مورد بررسی قرار گرفت. جهت رعایت پیش‌فرض‌ها از آزمون شاپیروویلک برای بررسی نرمال بودن، آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها، آزمون ام‌باکس برای بررسی برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در دو گروه و از آزمون کرویت موجهی برای بررسی برابری همگنی کوواریانس‌ها استفاده شد. مقدار سطح معناداری آزمون شاپیروویلک برای کلیه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ بود. بنابراین توزیع همه متغیرها در گروه‌های (آزمایش و کنترل) در هر سه مرحله (پیش

آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) بهنجار و نرمال بودند. بر طبق نتایج آزمون لون، واریانس متغیرها به تفکیک گروه‌های (آزمایش و کنترل) در هر سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با هم برابر بودند و با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند ($p > 0/05$). آماره موجهی حساسیت در روابط متقابل (۰/۱۷=آماره، $p = 0/15$)، اختلال وسواس-اجباری (۰/۲۵=آماره، $p = 0/23$)، اختلال ترس مرضی (۰/۱۲=آماره، $p = 0/10$)، افکار پارانوئیدی (۰/۲۰=آماره، $p = 0/18$) و اختلال روان‌گسسته‌گرایی (۰/۱۱=آماره، $p = 0/09$) در سطح کوچکتر از ۰/۰۵ معنادار نبود. آماره لامبدای ویکلز در سطح کوچکتر از ۰/۰۵ معنادار بود که نشان می‌دهد رابطه میان ترکیب خطی متغیر وابسته (حساسیت در روابط متقابل، اختلال وسواسی-اجباری، اختلال ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و اختلال روان‌گسسته‌گرایی) با متغیرهای مستقل (پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری، واقعیت‌درمانی) معنادار است. یعنی حداقل بین میزان تأثیرگذاری یکی از متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته

متغیرها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
حساسیت در روابط متقابل	اثر زمان	۲/۵۵	۲	۱/۲۸	۱۸/۹۸	<۰/۰۰۱	۰/۱۷
	اثر زمان × گروه	۱/۱۶	۲	۰/۵۸	۸/۶۰	<۰/۰۰۱	۰/۰۸
اختلال وسواسی-اجباری	اثر زمان	۶/۹۹	۲	۳/۴۹	۶۲/۲۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۰
	اثر زمان × گروه	۳/۵۷	۲	۱/۷۸	۳۱/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۲۵
اختلال ترس مرضی	اثر زمان	۰/۶۸	۲	۰/۳۴	۱۲/۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۱۲
	اثر زمان × گروه	۰/۳۸	۲	۰/۱۹	۷/۰۶	<۰/۰۰۱	۰/۰۷
افکار پارانوئیدی	اثر زمان	۴/۱۹	۲	۲/۱۰	۳۶/۲۰	<۰/۰۰۱	۰/۲۸
	اثر زمان × گروه	۱/۶۶	۲	۰/۸۳	۱۴/۳۷	<۰/۰۰۱	۰/۱۳
اختلال روان‌گسسته‌گرایی	اثر زمان	۰/۷۲	۲	۰/۳۶	۱۷/۵۸	<۰/۰۰۱	۰/۱۶
	اثر زمان × گروه	۰/۴۹	۲	۰/۲۴	۱۲/۱۸	<۰/۰۰۱	۰/۱۲

درمانی بر نشانه‌های حساسیت در روابط متقابل، اختلال وسواسی-اجباری، اختلال ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و اختلال روان‌گسسته‌گرایی زندانیان مرد تأثیر معناداری داشته و اثر هر سه متغیر مستقل پس از سه ماه، پایداری معناداری بر متغیرهای وابسته داشتند. به منظور تعیین دقیق تفاوت‌های معنادار میان گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD مقایسه‌های جفتی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد، F مشاهده شده در سطح کوچکتر از ۰/۰۵ تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در خرده‌مقیاس‌های حساسیت در روابط متقابل، اختلال وسواس-اجباری، اختلال ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و اختلال روان‌گسسته‌گرایی آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان گفت، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری و واقعیت

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی مقایسه میانگین سه روش درمان بر نشانه‌های اختلال روانی

متغیرها	گروه‌ها	اختلاف میانگین	سطح معناداری
حساسیت در روابط متقابل	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - واقعیت‌درمانی	۰/۲۱	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - شناختی-رفتاری	۰/۱۵	۰/۰۰۱
	شناختی-رفتاری - واقعیت‌درمانی	-۰/۰۶	۰/۰۰۱
اختلال وسواسی-اجباری	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - واقعیت‌درمانی	۰/۳۰	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - شناختی-رفتاری	۰/۲۷	۰/۰۰۱
	شناختی-رفتاری - واقعیت‌درمانی	-۰/۰۴	۰/۰۰۱
ترس مرضی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - واقعیت‌درمانی	۰/۱۰	۰/۰۰۱
	شناختی-رفتاری - واقعیت‌درمانی	-۰/۰۸	۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - واقعیت‌درمانی	۰/۲۹	۰/۰۰۱
افکار پارانوئیدی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - واقعیت‌درمانی	۰/۲۲	۰/۰۰۱
	شناختی-رفتاری - واقعیت‌درمانی	-۰/۰۴	۰/۰۰۷
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - شناختی-رفتاری	۰/۰۸	۰/۰۰۱
اختلال روان‌گسسته‌گرایی	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - شناختی-رفتاری	۰/۰۸	۰/۰۰۱
	شناختی-رفتاری - واقعیت‌درمانی	-۰/۰۶	۰/۰۰۱

که هر سه روش درمانی واقعیت‌درمانی، درمان شناختی-رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه کنترل تأثیر معنادار و پایداری بر بهبود علائم حساسیت در روابط متقابل، اختلال وسواسی-اجباری، اختلال ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، و اختلال روان‌گسسته‌گرایی زندانیان مرد زندان مرکزی اصفهان داشته است؛ به طوری که نتایج تا بعد درمان نیز حفظ شده است. نتایج آزمون تعقیبی نیز نشان داد که درمان شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری در مقایسه با روش درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و واقعیت‌درمانی داشته است. همچنین نتایج نشان داده که واقعیت‌درمانی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بطور معناداری اثربخشی بیشتری بر کاهش علائم حساسیت در روابط متقابل، اختلال وسواسی-اجباری، اختلال ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، و اختلال روان‌گسسته‌گرایی دارد.

طبق نتایج حاصله، آزمون تعقیبی LSD مشخص شد که روش‌های درمان شناختی-رفتاری و واقعیت‌درمانی بر بهبود نشانه‌های حساسیت در روابط متقابل، اختلال وسواسی-اجباری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و اختلال روان‌گسسته‌گرایی بطور معناداری اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داشته‌اند. همچنین درمان شناختی-رفتاری نیز بطور معناداری تأثیر بیشتری نسبت به واقعیت‌درمانی در بهبود نشانه‌های حساسیت در روابط متقابل، اختلال وسواسی-اجباری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و اختلال روان‌گسسته‌گرایی داشت.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی-رفتاری و واقعیت‌درمانی بر نشانه‌های اختلالات روانی زندانیان مرد زندان مرکزی اصفهان صورت گرفت. نتایج نشان داد

در خصوص اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر بهبود علائم حساسیت در روابط متقابل، اختلال وسواسی - اجباری، اختلال ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، و اختلال روان‌گسسته‌گرایی زندانیان همسو با نتایج پژوهش‌های گذشته است که به اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر سلامت روان زندانیان اشاره کرده‌اند (آموک و همکاران، ۲۰۲۰؛ بیرن و گرادا، ۲۰۱۹؛ خدایاری فرد و همکاران، ۱۳۸۷؛ عزتی و همکاران، ۱۴۰۰؛ گانیشن و همکاران، ۲۰۱۸). این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد که CBT به دنبال این است که رفتار ناسالم مراجع را از طریق بازسازی شناختی تغییر دهد. درمانگر با مراجع کار می‌کند تا افکاری را که باعث پریشانی می‌شود شناسایی کند و از تکنیک‌های درمان شناختی و رفتاری برای تغییر رفتار حاصله استفاده می‌کند (گونزالز-مندز، فرناندز، رودیگوئز و ویلاگرا، ۲۰۱۴). تأثیرات مخرب ناکارآمدی در بین زندانیان گزارش شده است. از آنجایی که زندانیان درک نادرستی از کل سناریوی زندان دارند، دست کشیدن از آزادی و استقلال خود از نظر انتخاب و تصمیم‌گیری که منجر به سازگاری دردناک و ناراحتی روانی می‌شود، برای آن‌ها دشوار است. این افکار منفی منجر به ناهنجاری شده و به رفتارهای منفی منتهی می‌شود. فرد به دنبال این ادراک منفی از رویداد، احساس ناامیدی، افسردگی، اضطراب، خشم و پریشانی روانی می‌کند (آموک و همکاران، ۲۰۲۰). هدف درمان شناختی - رفتاری در زندانیان، اصلاح تحریف‌های شناختی و اشتباهات در تصمیم‌گیری است که در پس رفتارهای ناسازگار از جمله رفتار مجرمانه وجود دارد (موفو و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین، می‌توان اثربخشی قابل توجه درمان شناختی - رفتاری را در تأثیری که بر اصلاح شناخت‌های ناکارآمد و همچنین رفتارهای و علائم رفتاری بیمارگون و نهایتاً کاهش علائم بیماری‌های روانی در بین آن‌ها می‌شود، دانست. در خصوص اثربخشی واقعیت‌درمانی بر تعدیل حساسیت در روابط متقابل، اختلال وسواسی - اجباری، اختلال ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، و اختلال روان‌گسسته‌گرایی زندانیان، نتایج پژوهش همسو با نتایج پژوهش‌های حکم‌آبادی و همکاران (۱۳۹۳)، روتووسکی و همکاران (۲۰۲۱) است که به اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سلامت روان زندانیان اشاره کرده‌اند. این یافته می‌توان اینگونه تبیین کرد که بنا به دیدگاه گلاسر، کسانی که مسئولیت رفتار خود را بر عهده می‌گیرند و از سرزنش کردن گذشته و یا نیروهای بیرونی اجتناب می‌کنند، در مقایسه با کسانی که مشکلات خود را

به مسایل مرتبط با تأثیرات والدین، جامعه و یا سایر تجارب گذشته نسبت می‌دهند، به سطوح بالاتری از سلامت روانشناختی دست پیدا می‌کنند. واقعیت‌درمانی به مراجعان کمک می‌کند تا بتوانند نیازهای خود را کامل برآورده سازند و رفتارهای مؤثرتری داشته باشند و بتوانند از طریق رفتارهای متناسب به رشد دست یابند. دیدگاه تئوری انتخاب نشان می‌دهد که همه ما کنترل رفتار خود را داریم و تنها مسئول کاری هستیم که انتخاب می‌کنیم، زیرا تنها چیزی که می‌توانیم به یکدیگر بدهیم اطلاعات است. بنابراین، نحوه واکنش ما به دیگران از اهمیت بالایی برخوردار است. گلاسر (۲۰۰۳) تأکید می‌کند که عوامل کنترل بیرونی به روابط ما آسیب می‌زند در رویکرد واقعیت‌درمانی، افراد تشویق می‌شوند تا با حمایت، تشویق، گوش دادن، پذیرش، اعتماد، احترام گذاشتن و مذاکره با تفاوت‌ها، روش‌های کنترل‌کننده ارتباط را جایگزین کنند (ووبولدینگ، ۲۰۱۷). همچنین، یکی از مشکلاتی که زندانی شدن و سلب آزادی برای افراد در زندان ایجاد می‌کند، سلب ابتکار عمل، امکان برنامه‌ریزی و حق انتخاب از فرد در درون زندان است. افراد موظفند طبق برنامه‌ای از پیش تعیین شده برای شبانه‌روز، زندگی کنند. هرچند برنامه‌های اصلاحی و آیین‌نامه‌ها و سیاست‌گذاری‌های نوین در زندان‌های ایران سعی در برطرف کردن این مشکل از طریق واگذاری بسیاری از اختیارات و تصمیم‌گیری‌ها و برنامه‌ریزی‌ها به خود زندانیان داشته است، لیکن بنظر می‌رسد این مشکلات مربوط به ماهیت مجازات حبس است و برنامه‌های مذکور تنها می‌تواند شرایط را کمی تعدیل کند و افراد کمی قادرند در مورد برنامه‌های روزانه خود در محیط زندان تصمیم بگیرند و برنامه‌ریزی کنند، همین امر می‌تواند به شدیدتر شدن بیماری‌های روانی و ظهور بیماری‌های روانی جدید در آن‌ها شود. بنابراین تکیه و تأکید بر تقویت قدرت انتخاب از طریق رویکرد واقعیت‌درمانی می‌تواند موجب کاهش علائم بیماری‌های روانی گردد. همچنین، واقعیت‌درمانی از طریق تأکید بر مشکلات فعلی فرد، همدلی و جهت‌دهی و راهنمایی فرد برای رسیدن به اهداف و ارتقاء وضعیت سلامت روانی خود، موجب کاهش نشانه‌های روانی در فرد می‌گردد.

در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تعدیل حساسیت در روابط متقابل، اختلال وسواسی - اجباری، اختلال ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، و اختلال روان‌گسسته‌گرایی زندانیان می‌توان گفت که همسو با نتایج پژوهش‌های محمودی و قادری (۱۳۹۶)، مفید و همکاران (۱۳۹۶)،

روانی در مقایسه با گروه کنترل بود که این امر می‌تواند نشان‌دهنده مکانیسم تأثیر مشابه این سه روش درمانی بر کاهش سایر نشانه‌های اختلالات روانی باشد. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: تعدادی از شرکت‌کنندگان (زندانیان) در پژوهش به علت برخورداری از تسهیلات قضایی (آزادی مشروط، مرخصی و...) از گروه مورد پژوهش خارج شدند. برخی زندانیان (که درصد قابل توجهی بودند) به علت بی‌سوادی و یا سطح بسیار پایین تحصیلات قادر به شرکت در این پژوهش نبودند. در زمان اجرای پژوهش برخی اتفاقات پیش‌بینی نشده برای شرکت‌کنندگان (زندانیان) بر فرآیند درمان اثرگذار بود که این اتفاقات می‌تواند بعنوان متغیر مداخله‌گر بر نتایج پژوهش اثر بگذارد (مانند درگیری، آزادی‌ها، اعدام). پیشنهاد می‌گردد با توجه به اهمیت مقوله روان‌درمانی زندانیان سه روش درمانی مورد استفاده در پژوهش با توجه به میزان اثربخشی آن‌ها، در زندان‌های کشور (و یا برای افرادی در بیرون از جامعه مورد پژوهش و نهادهای دیگر همچون مراکز درمانی، مراکز بهزیستی، توانبخشی و بازپروری) مورد استفاده قرار گیرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشکده علوم انسانی واحد شهرکرد دانشگاه آزاد اسلامی است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت‌کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت‌کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی است.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. استادان راهنما نویسنده دوم و نویسنده سوم و استاد مشاور نویسنده چهارم هستند.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاور این تحقیق و همچنین از اداره کل زندان‌های استان اصفهان، مدیران محترم زندان مرکزی اصفهان، زندانیان محترم و کادر مشاوره و روان‌درمانی که زمینه اجرای این پژوهش را فراهم کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

ریلی و همکاران (۲۰۱۹)، برتا و زارلینگ (۲۰۱۹) است که به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان زندانیان اشاره کرده‌اند. این یافته را می‌توان اینگونه تبیین کرد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق شش فرآیند مرکزی: پذیرش، گسستگی شناختی و آگاهی از لحظه حال (ذهن آگاهی) خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه عمل می‌کند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). یکی از تفاوت‌های اساسی در مورد افراد شرکت‌کننده در این پژوهش این است که آنان به انتخاب خود در موقعیت فعلی قرار نگرفته‌اند. شاید ارتکاب جرم و نهایتاً مجازات زندان بصورت ارادی رخ داده، لیکن دستگیری و نهایتاً صدور قرار و یا حکم قضایی باعث روانه شدن آنان به زندان شده است. با توجه به نحوه قرار گرفتن این افراد در موقعیت فعلی، به نظر می‌رسد پذیرش موقعیت فعلی نقش اساسی در اثربخشی این درمان در پژوهش پیش‌روی داشته است. گسستگی شناختی، آگاهی از لحظه حال باعث شده آنان بتوانند در شرایط فعلی و با توجه به فراغتی که اجباراً برای آنان در زندان ایجاد شده، همچون یک ناظر بیرونی به بررسی وضعیت روانی، شناخت‌ها و رفتارهای خود بنشینند و نهایتاً هر زندانی با توجه به ارزش‌های فردی خود، پس از دریافت خدمات درمانی در پژوهش و انجام عمل متعهدانه، تأثیرات معناداری در کاهش علائم بیماری‌های روانی نشان دهد. در رویکرد ACT، به جای تلاش برای کاهش یا حذف شرم و سایر احساسات منفی، تکنیک‌های پذیرش روانشناختی شرکت‌کنندگان را تشویق می‌کند تا شرم و سایر احساسات دشوار را به‌طور کامل‌تر تجربه کنند، در حالی که ارتباط شرطی آن‌ها را با جرم، کاهش می‌دهد. خودقضاوتی‌های منفی مانند «من یک بازنده هستم» یا «من شرم» با تکنیک‌های همجوشی شناختی مورد بررسی قرار می‌گیرد: توجه به فرآیند تفکر، رهاکردن دلبستگی به محتوای تحت‌اللفظی افکار، پاسخ‌دادن به افکار از نظر کارایی رفتار مرتبط با آن‌ها و سپس معطوف کردن توجه به اقدامات مبتنی بر ارزش (لئوما، کولنبرگ، هایز و فلتچر، ۲۰۱۲). هر چند یافته‌های پژوهش نشان داده که تأثیر این رویکرد درمانی نسبت به دو رویکرد دیگر کمتر است.

نتایج بدست آمده حاکی از تأثیر سه روش واقعیت‌درمانی، درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های اختلالات

منابع

آراسته، مدبر؛ شریفی سقز، بیان. (۱۳۸۷). میزان شیوع اختلالات روانپزشکی در زندانیان زندان مرکزی سندج. *اصول بهداشت روانی*، ۱۰(۴)، ۳۱۱-۳۱۶.
https://jfmmh.mums.ac.ir/article_1657.html
 اخوان عبیری، فاطمه؛ شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۸). رواسازی و اعتباریابی سیاهه نشانه‌های بیماری (SCL-90-R) و پرسشنامه کوتاه نشانه‌های بیماری (BSI-53). *روان شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۷(۲)، ۱۶۹-۱۹۵.

http://cpap.shahed.ac.ir/article_2916.html
 اسدی خلیلی، مریم؛ عمادیان، سیده علیا؛ فخری، محمد کاظم. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و در مان پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی و نگرش به زندگی در زنان سرپرست خانوار. *روان پرستاری*، ۸(۴)، ۱۰-۲۳.

<https://ijpn.ir/article-1-1598-en.html>
 ایزدی، راضیه؛ عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۱). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*. تهران: انتشارات جنگل.

<https://www.gisoom.com/book/11244183/%DA%A9%D8%AA%D8%A7%D8%A8-%D8%AF%D8%B1%D9%85%D8%A7%D9%86-%D9%85%D8%A8%D8%AA%D9%86%DB%8C-%D8%A8%D8%B1-%D9%BE%D8%B0%DB%8C%D8%B1%D8%B4-%D9%88-%D8%AA%D8%B9%D9%87%D8%AF/>
 بوالهروی، جعفر و همکاران. (۱۳۸۲). ارزیابی سوء مصرف مواد مخدر در زندان های ایران. *مجله اعتیاد پژوهی*، ۱(۳)، ۱۳-۵۰.

http://etiadjpajohi.ir/browse.php?a_id=480&sid=1&slc_lang=en
 بنی هاشمی، سارا؛ حاتمی، حمد؛ حسنی، جعفر؛ صاحبی، علی. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی، واقعیت درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر راهبردهای مقابله‌ای، کیفیت زندگی و سلامت عمومی مراقبین بیماران مزمن. *روان شناسی بالینی*، ۱۲(۱)، ۶۳-۷۶.

<https://doi.org/10.22075/JCP.2020.18992.1757>
 حکم آبادی، محمدابراهیم؛ رضایی، علی محمد؛ اصغری ابراهیم آباد، محمدرضا؛ سلامت، علی. (۱۳۹۳). تأثیر واقعیت درمانی نوین گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر امیدواری سوء مصرف کنندگان مواد. *مجله مطالعات علوم پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه*، ۲۵(۸)، ۷۵۲-۷۵۹.

https://umj.umsu.ac.ir/browse.php?a_id=2450&sid=1&slc_lang=en
 خبازی راوندی، محمدرضا؛ فرحبخش، کیومرث. (۱۳۹۶). پروتکل مشاوره گروهی بر مبنای نظریه انتخاب ویلیام گلاسر برای درمان رفتارهای

انحرافی. تهران، کنفرانس ملی پژوهش های نوین ایران و جهان در روان شناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی، شیراز.
<https://civilica.com/doc/660167/>
 خدایاری فرد، محمد؛ عابدی، یاسمین؛ اکبری زرادخانه، سعید؛ غباری بناب، باقر؛ سهرابی اسمرود، فرامرز؛ یونسی، سید جلال. (۱۳۸۷). اثربخشی مداخلات شناختی- رفتاری بر سلامت روان شناختی زندانیان. *مجله علوم رفتاری*، ۲(۴)، ۲۸۳-۲۹۰.

<https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=137298>
 حسین لو، عقیل؛ پورنقاش تهرانی، سیدسعید؛ جعفری روشن، فریبا؛ چهره سا، علیرضا؛ دارابی، مجید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر علائم افسردگی و نشخوار فکری زنان، پس از خیانت همسر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۳)، ۹۹۹-۱۰۱۴.

https://psychologicalscience.ir/browse.php?a_id=1185&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1
 سلیمان پور، مهدی؛ پیرخانی، علیرضا؛ زهرارکار، کیانوش. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان متمرکز بر شفقت (CFT) بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ویتلیگو. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۱۳)، ۹۸۷-۱۰۰۴.

<https://doi.org/10.52547/JPS.21.113.987>
 شریعت، سیدوحید؛ اسعدی، محمد؛ نوروزیان، مریم؛ پاکروان نژاد، مهدی؛ یحیی زاده، امید؛ آقایان، شاهرخ. (۱۳۸۵). شیوع اختلالات روانپزشکی در زندانیان مرد زندان قصرتهران. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۶۴(۳)، ۲۵-۳۶.

https://tumj.tums.ac.ir/browse.php?a_id=971&sid=1&slc_lang=en
 عزتی، زینب؛ شهابی زاده، فاطمه؛ سلیمانی نژاد، کوروش؛ نصری، مریم. (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله های پذیرش و تعهد و شناختی رفتاری بر طححواره های هیجانی و کیفیت زندگی بیماران با سندرم روده تحریک پذیر دارای اختلال اضطراب فراگیر. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۴)، ۱۴۰۳-۱۴۲۲.

<https://psychologicalscience.ir/article-1-1301-en.html>
 گلاسر، ویلیام. (۱۳۸۲). *نظریه انتخاب: روانشناسی نوین آزادی شخصی*. ترجمه مهرداد فیروزبخت. تهران: انتشارات رسا.

<https://ketabiyar.com/%DA%A9%D8%AA%D8%A7%D8%A8-%D9%86%D8%B8%D8%B1%DB%8C%D9%87-%D8%A7%D9%86%D8%AA%D8%AE%D8%A7%D8%A8-%D8%AA%D8%A7%D9%84%DB%8C%D9%81-%D8%AF%DA%A9%D8%AA%D8%B1->

%D9%88%DB%8C%D9%84%DB%8C%D8%A7%D9%85-%DA%AF%D9%84%D8%B3%D8%B1-%D8%AA%D8%B1%D8%AC%D9%85%D9%87-%D9%85%D9%87%D8%B1%D8%AF%D8%A7%D8%AF-%D9%81%DB%8C%D8%B1%D9%88%D8%B2%D8%A8%D8%AE%D8%AA

محمودی، حجت؛ قادری، صابر. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، استرس و اضطراب معنادان ترک کرده زندان مرکزی تبریز. *اعتیاد پژوهی*، ۱۱(۴۳)، ۱۹۵-۲۱۰.

http://etiadjohi.ir/browse.php?a_id=877&sid=1&slc_la ng=en

مفید، وحیده؛ فاتحی زاده، مریم؛ درستی، فاطمه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان بزهکار زندانی در شهر اصفهان. *مجله پژوهش های راهبردی مسائل اجتماعی ایران (امنیت و نظم اجتماعی)*، ۶(۳)، ۱۷-۳۰.

https://ssoss.ui.ac.ir/article_22268_en.html

ولی‌زاده، شاهرخ؛ مکنونی، بهنام؛ بختیارپور، سعید؛ حافظی، فریبا. (۱۳۹۹). اثربخشی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" بر تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی در زندانیان. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۹(۴)، ۷۸-۸۹.

<https://jhpm.ir/article-1-1174-en.html>

References

- Amoke, C. V., Ede, M. O., Nwokeoma, B. N., Onah, S. O., Ikechukwu-Ilomuanya, A. B., Albi-Oparaocha, F. C., ... & Nweze, T. (2020). Effects of group cognitive-behavioral therapy on psychological distress of awaiting-trial prison inmates. *Medicine*, 99(17), e18034. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.00000000000018034>.
- Avdagic, E., Morrissey, S. A., & Boschen, M. J. (2014). A randomised controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behaviour therapy for generalised anxiety disorder. *Behaviour Change*, 31(2), 110-130. <https://doi.org/10.1017/bec.2014.5>.
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: Different treatments, similar mechanisms?. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), 263-279. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00137.x>.
- Butler, T., & Milner, L. (2003). *The 2001 New South Wales Inmate Health Survey*. Sydney: Corrections

Health Service. <https://www.justicehealth.nsw.gov.au/publications/inmate-health-survey-2001.pdf>

- Butler, T., Kariminia, A., Levy, M., & Murphy, M. (2004). The self-reported health status of prisoners in New South Wales. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 28(4), 344-350. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842X.2004.tb00442.x>
- Beaudry, G., Yu, R., Perry, A. E., & Fazel, S. (2021). Effectiveness of psychological interventions in prison to reduce recidivism: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *The Lancet Psychiatry*, 8(9), 759-773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00170-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00170-X).
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.040>.
- Barrett, K., & Stewart, I. (2021). A preliminary comparison of the efficacy of online Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioural Therapy (CBT) stress management interventions for social and healthcare workers. *Health & Social Care in the Community*, 29(1), 113-126. <https://doi.org/10.1111/hsc.13074>.
- Berta, M., & Zarling, A. (2019). A preliminary examination of an acceptance and commitment therapy-based program for incarcerated domestic violence offenders. *Violence and Victims*, 34(2), 213-228. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-17-00106>.
- Bonicatto, S., Dew, M. A., Soria, J. J., & Seghezzi, M. E. (1997). Validity and reliability of Symptom Checklist-90 (SCL90) in an Argentine population sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(6), 332-338. <https://doi.org/10.1007/BF00805438>.
- Byrne, G., & Ghráda, Á. N. (2019). The application and adoption of four 'third wave' psychotherapies for mental health difficulties and aggression within correctional and forensic settings: a systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 46, 45-55. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2019.01.001>.
- Bradley, E. L. (2014). Choice theory and reality therapy: an overview. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 5(1), 6-14. https://www.wglasserinternational.org/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/18_IJCTRTFALL2014.PDF#page=6

- Corey, G. (2013). *Reality Therapy. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*. 9 Th edition. Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning. <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=2YcJAAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT2&dq=Reality+Therapy.+Theory+and+Practice+of+Counseling+and+Psychotherapy&ots=wj8CeMiT-O&sig=Js8QfoREEwWNi4VcTG-xzGQY5FQ>
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, 107-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>
- Dunham, S. M. (2012). A comparison of reality therapy and choice theory with solution-focused therapy. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 31(2), 14-21. http://www.wglasserinternational.org/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/23_IJCTRTSPRING2012.PDF#page=14
- Forrester, A., Till, A., Simpson, A., & Shaw, J. (2018). Mental illness and the provision of mental health services in prisons. *British Medical Bulletin*, 127(1), 101-109. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldy027>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gannetion, L., Rosli, N. D., Baharuddin, R. N. N., Saat, G. A. M., Kamin, K., Othman, A., & Kamaluddin, M. R. (2018). Psychotherapy for prison populations: A Review. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 19(1), 55-62. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=22317805&AN=131170234&h=5Mgos9q%2FwFNFKpuOiepu7ApF8o1oysE90mmXbmn7aBL7ZI7d4wEMSA2g5BdhgBx7HWq%2BPBKYZnfueHrV3jsQkQ%3D%3D&crl=c>
- González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F., & Villagrà, P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(1), 18-27. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70033-X](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70033-X)
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35(4), 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. New York: Guilford press. https://www.google.com/books/edition/Acceptance_and_Commitment_Therapy_Second/og28CwAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=Acceptance+and+commitment+therapy&pg=PP1&printsec=frontcover
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: a randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 43-53. <https://doi.org/10.1037/a0026070>
- Riley, B. J., Smith, D., & Baigent, M. F. (2019). Mindfulness and acceptance-based group therapy: An uncontrolled pragmatic pre-post pilot study in a heterogeneous population of female prisoners. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 63(15-16), 2572-2585. <https://doi.org/10.1177/0306624X19858487>
- Rutkowski, S., Szczegieliński, J., & Szczepańska-Gieracha, J. (2021). Evaluation of the efficacy of immersive virtual reality therapy as a method supporting pulmonary rehabilitation: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Medicine*, 10(2), 352. <https://doi.org/10.3390/jcm10020352>
- Semenza, D. C., & Grosholz, J. M. (2019). Mental and physical health in prison: how co-occurring conditions influence inmate misconduct. *Health & Justice*, 7(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s40352-018-0082-5>
- Tomioka, M., Shimura, M., Hidaka, M., & Kubo, C. (2008). The reliability and validity of a Japanese version of symptom checklist 90 revised. *BioPsychoSocial Medicine*, 2(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-2-19>
- Lanza, P. V., Garcia, P. F., Lamelas, F. R., & González-Menéndez, A. (2014). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. *Journal of Clinical Psychology*, 70(7), 644-657. <https://doi.org/10.1002/jclp.22060>
- Martinez, S., Stillerman, L., & Waldo, M. (2005). Reliability and validity of the SCL-90-R with Hispanic college students. *Hispanic Journal of*

- Behavioral Sciences*, 27(2), 254-264.
<https://doi.org/10.1177/0739986305274911>.
- Mpofu, E., Athanasou, J. A., Rafe, C., & Belshaw, S. H. (2018). Cognitive-behavioral therapy efficacy for reducing recidivism rates of moderate-and high-risk sexual offenders: A scoping systematic literature review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(1), 170-186.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0306624X16644501>
- Wubbolding, R. (2017). The three-fold legacy of William Glasser, MD. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 37(1), 17-21.
http://www.wglasserinternational.org/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/IJCTRT_Fall2017_223.pdf#page=17
- Zhang, C. Q., Leeming, E., Smith, P., Chung, P. K., Hagger, M. S., & Hayes, S. C. (2018). Acceptance and commitment therapy for health behavior change: a contextually-driven approach. *Frontiers in Psychology*, 8, 2350.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02350>.

