



A Comparison between the effect of Acceptance and Commitment (ACT) individual and group Therapy on Panic Attack & Agoraphobia

Peyman Dousti, Ph.D.

Department of Psychology, Tehran North Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Golnaz Ghodrati, M.A

Department of Psychology, Khatam University, Tehran, Iran.

Mohamad Esmaeel Ebrahimi, Ph.D.

Department of Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran

مقایسه تاثیر درمان انفرادی و گروهی پذیرش و تعهد بر اختلال حمله وحشت‌زدگی و هراس

پیمان دوستی*

دکتری تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

گلناز قدرتی

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.

محمداسماعیل ابراهیمی

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

Abstract

This study has been pursued in order to compare the effectiveness of individual and group ACT on both panic and agoraphobia. This research is semi-experimental executed in pre-post forms with two experimental groups, and no control groups. The statistical population of the study consisted of all clients of a psychology clinic in Tehran between February 2018 to June 2018 who had been diagnosed to have panic attack and agoraphobia disorders according to DSM 5 and responses to Barlow and Zinbarg (1996) Panic & Agoraphobia questionnaire. The sample consists of 6 in individual therapy and 10 in group therapy. Individual therapy for per individual was held in eight 60-minute sessions and group therapy was held in eight 120-minute. The therapy plan for both groups included the same practice and discussed topics. Data analysis was done in descriptive statistical method and covariance by SPSS V.22 software. The result manifests group ACT in variables related to panic attack, agoraphobia and fear of crowded places has more effect in comparison with individual therapy. In the case of inner fears, no considerable difference between group therapy and individual therapy was observed. Based on these findings, the variables in which group treatment is effective are more related to interpersonal relationships, but internal fear is more likely to be attributed to individual defects.

Key words: Acceptance and Commitment Therapy, Group therapy, Individual therapy, Panic attack, Agoraphobia, Fear and Phobia

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه تاثیر درمان انفرادی و گروهی ACT بر دو اختلال وحشت‌زدگی و آگورافوبیا صورت گرفت. طرح پژوهشی این مطالعه نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش، بدون گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه مراجعین یکی از کلینیک‌های روان‌شناسی شهر تهران در بازه زمانی بهمن ۱۳۹۶ تا خرداد ۱۳۹۷ با تشخیص اختلال وحشت‌زدگی، و آگورافوبیا طبق معیارهای DSM5 و پاسخ به پرسشنامه وحشت‌زدگی و آگورافوبیا Barlow & Zinbarg (1996) بود. نمونه پژوهشی این مطالعه، ۶ نفر برای مداخله انفرادی و ۱۰ نفر برای مداخله گروهی بود که به روش نمونه‌گیری داوطلبانه، از جامعه مذکور انتخاب شد. مداخله انفرادی برای هر فرد به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و مداخله گروهی به مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به طول انجامید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آمار توصیفی و جهت استنباط آنها از تحلیل کوواریانس به وسیله نرم افزار SPSS V.22 استفاده شد. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند که درمان گروهی پذیرش و تعهد در متغیرهای وحشت‌زدگی، هراس اجتماعی و ترس از مکان‌های شلوغ تاثیر بیشتری نسبت به درمان انفرادی دارد، اما در خصوص ترس‌های درونی، بین درمان گروهی و درمان انفرادی تفاوت معناداری یافت نشد. بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت متغیرهایی که در آنها درمان گروهی موثرتر هستند، بیشتر به روابط بین فردی مربوط هستند اما ترس درونی بیشتر به مشکلات فردی معطوف می‌باشد.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان گروهی، درمان انفرادی، حمله وحشت‌زدگی، آگورافوبیا، ترس و هراس

موقعیت بدون کمک در صورت وقوع حمله وحشت‌زدگی، گفته می‌شود (American Psychiatric Association, 2013). برآورد می‌شود ۲,۹ درصد از افراد با نسبت دو برابری زنان به مردان به اختلال حمله وحشت‌زدگی و ۵ درصد افراد با نسبت دوبرابری زنان به مردان، به اختلال آگورافوبیا مبتلا شوند و مبتلایان به هر دو اختلال، دچار نقص‌هایی در عملکرد شغلی، تحصیلی، بین فردی و اجتماعی خود می‌شوند (Halgin & whitbourne, 2012) که این امر موجب پدید آمدن روش‌های درمانی مختلفی برای این دو اختلال شده است. به نظر می‌رسد هر دو اختلال، دارای عناصر فیزیولوژیکی و روان‌شناختی باشند اما معلوم نیست آیا عوامل روان‌شناختی موجب تغییرات فیزیولوژیکی می‌شوند یا بالعکس (Sadock, Kaplan, & Ruiz, 2015)، لذا روش‌های درمانی مختلفی از دارو درمانی تا روان‌درمانی برای آنها پیشنهاد شده است. یکی از روان‌درمانی‌های پیشنهاد شده برای هر دو اختلال، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) است که یافته‌های پژوهشی از اثربخشی آن برای اختلال وحشت‌زدگی (Carrascosolopez & valdiviasalas, 2009؛ Carrascosolopez, 2000) و آگورافوبیا (Carrascosolopez, 2000) حمایت می‌کند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy)، درمانی برخاسته از موج سوم رفتار درمانی است که با شش مولفه بنیادین، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (Psychological flexibility) را به ارمغان می‌آورد (WoidneckKieffe, 2013). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نام خود را از دو پیام اصلی آن دریافت می‌کند: ۱) پذیرفتن آنچه که خارج از کنترل شخصی شما است و ۲) متعهد بودن به عملی که شرایط زندگی شما را بهبود می‌بخشد و هدف آن، این است که توان بالقوه انسان را برای یک زندگی غنی، کامل و معنی دار، به حداکثر برساند (Foret & Eaton, 2014). به عبارتی دیگر، هدف اساسی این مدل انجام عملی موثر است، عملی که توجه‌آگاه با حضور کامل ذهن و ارزش محور باشد (Hayes, Boyd & Sewell, 2011)، لذا به درمانجویان کمک می‌شود با حسی متعالی از خود (خویشتن نظاره‌گر) تماس برقرار کنند و در

اختلال حمله وحشت‌زدگی (Panic attack disorder)، به دوره‌های ترس شدید و ناراحتی جسمانی‌ای گفته می‌شود که با حملات حاد و ناگهانی اضطراب شروع می‌شود و ظرف مدت ۱۰ دقیقه به اوج خود می‌رسد (American Psychiatric Association, 2013). افراد مبتلا به این اختلال، احساس می‌کنند که از پای در آمده‌اند و ممکن است احساس‌هایی مانند: تنگی نفس، تنفس سریع، سرگیجه، احساس عدم تعادل، احساس خفگی، تپش قلب، لرزش، عرق کردن، ناراحتی معده، و یا احساس واقعی نبودن را تجربه کنند (Olaya, Victoria Moneta, Miret, Ayuso, Mateos & Haro, 2018). افرادی که دچار این حملات می‌شوند، ممکن است احساس نابودی یا خطر مرگ قریب‌الوقوع را متصور می‌شوند (Rodwell, 2017) که این احساس با میل شدید به گریختن همراه است (Carrascosolopez, 2000). ممکن است برخی از حملات بدون حضور هیچ محرکی اتفاق بیافتند و برخی دیگر بعد از روبرو شدن با یک محرک و یا در محل‌ها و موقعیت‌های خاصی به وقوع بپیوندند که به حملات نشانه دار و بدون نشانه معروف هستند (Brown, LeBeau, Liao, Niles, Glenn & Craske, 2016). این حملات زمانی مایه نگرانی بالینی می‌شوند که به صورت حملات تکرار شونده نمایان شوند و یا شخص بعد از گذشت یک ماه از اولین حمله، همچنان در مورد برگشت حملات نگران باشد (Carrascosolopez & valdiviasalas, 2009)، به طوری که روند زندگی طبیعی فرد مختل گردد (Van Doorn, Bodden, Jansen, Rapee & Granic, 2018). برخی از مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی، با گذشت زمان یاد می‌گیرند از مکان‌هایی مثل آسانسور، محل‌های شلوغ، سینما و هر جایی که می‌ترسند در آنجا راه فراری نداشته، اجتناب کنند که این امر سر آغازی برای اختلال آگورافوبیا (Agoraphobia disorder) می‌شود (Halgin & whitbourne, 2012). آگورافوبیا اختلالی است که به اضطراب شدید در مورد گیر افتادن، درمانده شدن، یا شرم‌منده شدن در یک

وحشت‌زدگی و آگورافوبیا می‌باشد. فرضیه‌های پژوهش حاضر عبارتند از: (۱) بین اثربخشی درمان گروهی و درمان انفرادی پذیرش و تعهد بر اختلال وحشت‌زدگی و آگورافوبیا تفاوت وجود دارد. (۲) درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اختلال وحشت‌زدگی و آگورافوبیا اثر بخش است. (۳) درمان انفرادی پذیرش و تعهد بر اختلال وحشت‌زدگی و آگورافوبیا اثر بخش است.

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه

این پژوهش کاربردی، و از جمله طرح‌های نیمه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش بدون گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه مراجعین یکی از کلینیک‌های روان‌شناسی شهر تهران در بازه زمانی بهمن ۱۳۹۶ تا خرداد ۱۳۹۷ با تشخیص اختلال وحشت‌زدگی و آگورافوبیا بود. نمونه پژوهشی این مطالعه، ۶ نفر برای مداخله انفرادی و ۱۰ نفر برای مداخله گروهی بود که به روش نمونه‌گیری داوطلبانه، از جامعه مذکور انتخاب شد. کفایت حجم نمونه برای این مداخله و عدم برابری گروه‌ها، بر اساس دستورالعمل (Howell, 2014) می‌باشد.

ابزار سنجش

پرسشنامه وحشت‌زدگی و هراس (Panic Attack & Agoraphobia Questionnaire): این پرسشنامه توسط Barlow & Zinbarg (1996) تهیه شد و شامل ۲۷ سوال می‌باشد که برای سنجش حملات وحشت‌زدگی، هراس اجتماعی، ترس از مکان‌های شلوغ و ترس درونی ساخته شده است. آزمودنی‌ها با استفاده از مقیاس ۹ نقطه‌ای (صفر= نبود ترس تا ۸= ترس شدید) هر آیتم را پر می‌کنند. آزمودنی یک نمره در خرده‌مقیاس ترس از مکان‌های شلوغ می‌گیرد و در دامنه صفر تا ۷۲ قرار دارد. آزمودنی نمره دیگری در خرده‌مقیاس ترس درونی از همین پرسشنامه می‌گیرد و در دامنه صفر تا ۶۴ قرار می‌گیرد. در خرده‌مقیاس هراس اجتماعی دامنه نمره از صفر تا ۸۰ است. برای بدست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات مربوط به تک تک سوالات آن مقیاس با هم محاسبه می‌شوند. همچنین برای

جهت یک‌زدگی غنی و ارزشمند که سرزندگی را به همراه دارد، قدم بگذارند (Hayes, 2004). هرچند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از تغییر شناخت غافل نیست، اما آن را هدف مستقیم قرار نمی‌دهد و تغییر را به صورت غیر مستقیم دنبال می‌کند و به نوعی این مدل که به صورت سلامت محور به افراد نگاه می‌کند، مخالف تشخیص‌های بالینی است و مبنای کار خود را بر اساس فرمول بندی موردی قرار می‌دهد (Harris, 2013)، لذا در جلسات مشاوره و روان‌درمانی با این مدل، صرف نظر از هر نوع تشخیص بالینی به مراجعین کمک می‌شود تا از عدم انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی حرکت کنند (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، با اینکه عمری کمتر از ۳۰ سال را تجربه می‌کند، اما توجه بسیاری از پژوهش‌گران را در حوزه‌های مختلف اعم از افسردگی و اضطراب (Swain, Hancock, Dousti, Dixon, Angel, Siew & Bowman, 2013; Mohagheghi, Dousti & Mohagheghi & Jafari, 2015; Jafari, 2016; Veiga-Martínez, Pérez-Álvarez, Marino & García-Montes, 2007; Pankey & Hayes, 2003)، خشم و پرخاشگری (Dousti, Gholami & Torabian, 2016)، ترس از تصویر بدنی و بدریخت‌انگاری بدن (Dousti, Hosseininia, Dousti & Meuret, 2021) و دیگر اختلالات بالینی (Meuret, Twohig, Rosenfield, Hayes & Craske, 2012)، به خود جلب کرده است. همچنین یافته‌های پژوهشی حاکی از این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هم به صورت اجرای گروهی (Carrascosolopez & valdiviasalas, 2009) و هم به صورت مطالعه‌های موردی و انفرادی (Carrascosolopez, 2000)، مدل مناسبی برای درمان اختلال وحشت‌زدگی و آگورافوبیا می‌باشد. با این حال، جستجوی پژوهش‌گر نشان می‌دهد که تاکنون مطالعه‌ای در خصوص مقایسه میزان تاثیر درمان گروهی و درمان انفرادی پذیرش و تعهد بر روی اختلال وحشت‌زدگی و آگورافوبیا، صورت نگرفته است. لذا هدف این پژوهش مقایسه تاثیر درمان گروهی و انفرادی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلال

برگزار شد و برنامه درمانی برای هر دو گروه شامل تمرین‌ها و مباحث مطرح شده، یکسان بود. به منظور تشخیص همزمان دو اختلال حمله وحشت‌زدگی و آگورافوبیا از معیارهای DSM 5، و پاسخ به پرسشنامه وحشت‌زدگی و هراس (Barlow & Zinbarg 1996) استفاده گردید. همچنین برای کنترل تاثیر احتمالی داروهای ضد اضطراب، از آزمودنی‌ها خواسته شد تا سه هفته قبل از شروع پژوهش و طی روند انجام مداخلات، طبق نظر روان پزشک از مصرف دارو خودداری نمایند. جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، به آزمودنی‌ها توضیحاتی در خصوص طرح پژوهش داده شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از آنها به صورت محرمانه باقی خواهد ماند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به این پژوهش شامل، رضایت آگاهانه، تحصیلات بالای دیپلم، حداقل سن ۲۵ سال، و تشخیص دو اختلال حمله وحشت‌زدگی و آگورافوبیا بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل عدم تمایل آزمودنی به همکاری در هر مرحله از پژوهش و یا عدم شرکت در تمام ۸ جلسه طول مدت پژوهش بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آمار توصیفی و جهت استنباط آنها از آزمون تحلیل کوواریانس به وسیله نرم افزار SPSSv.22 استفاده شد.

خلاصه مداخلات انفرادی و گروهی صورت گرفته این پژوهش، در جدول ۱ آمده است. این مداخلات اصول کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را از (Hayes et al 2012) به عاریت گرفته‌اند و شیوه اجرای آنها بر اساس دستورالعمل تدوین شده توسط (Dousti, Ghodrati & Ebrahimi 2019) می‌باشند.

بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه یعنی حملات وحشت‌زدگی، مجموع امتیازات تمام سوالات با هم محاسبه می‌گردند. روایی محتوایی این خرده‌مقیاس‌ها نیز از سوی سه روان‌شناس بالینی و با استفاده از مقیاس پنج نقطه‌ای برآورد شد و برای هر سه خرده مقیاس مناسب بود. همچنین ضرایب پایایی از طریق آزمون-آزمون مجدد برای خرده مقیاس‌های ترس از مکان‌های شلوغ، ترس درونی، مقیاس هراس اجتماعی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۲ و ۰/۷۹، می‌باشند و آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه Bakhshipour Rudsari (2004) ۰/۷۲ بدست آمده است. یک نمونه از سوال‌های این پرسشنامه به این صورت می‌باشد: میزان ترس شما به هنگام نشستن در صندلی‌های سینما چقدر است.

پرسشنامه دموگرافیک این پژوهش، اطلاعاتی چون سن، جنسیت، مقطع تحصیلی، و وضعیت تاهل را مورد ارزیابی قرار داد.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

برای اجرای این پژوهش، تعداد ۱۶ نفر از مراجعین یکی از کلینیک‌های روان‌شناسی تهران در بازه زمانی بهمن ۱۳۹۶ تا خرداد ۱۳۹۷ با تشخیص اختلال وحشت‌زدگی و آگورافوبیا به عنوان نمونه انتخاب شد که ۶ نفر از آنها به صورت تصادفی انتخاب و تحت مداخله انفرادی پذیرش و تعهد قرار گرفتند. ۱۰ آزمودنی باقی مانده در یک گروه قرار داده شد و تحت مداخله گروهی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. مداخله انفرادی برای هر فرد به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و مداخله گروهی به مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به طول انجامید که جلسات به صورت هفتگی

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله در اختلال وحشت‌زدگی و آگورافوبیا

| خلاصه جلسات مداخله در حمله وحشت‌زدگی و آگورافوبیا | | |
|---|---|--|
| جلسه | اهداف | شرح |
| اول | برقراری رابطه خوب با آزمودنی و بیان دستورالعمل‌ها | <ul style="list-style-type: none"> • خوشامدگویی • بیان سوابق حرفه‌ای درمان‌گر • بیان قوانین گروه و معرفی اعضا (فقط در جلسه گروهی) • توضیح در خصوص طبیعی بودن احساس‌های ناخوشایند احتمالی • حین جلسه |

| خلاصه جلسات مداخله در حمله وحشت‌زدگی و آگورافوبیا | | |
|---|---|--|
| جلسه | اهداف | شرح |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • سوال درباره احساس‌هایی که آزمودنی/ آزمودنی‌ها در همان لحظه در حال تجربه آن می‌باشد. |
| | آشنایی با ماهیت حمله وحشت‌زدگی | <ul style="list-style-type: none"> • با آزمودنی/ آزمودنی‌ها در خصوص حمله وحشت‌زدگی، میزان شیوع و اینکه چرا به وجود می‌آید، صحبت می‌شود. |
| | پذیرش و توجه‌آگاهی | <ul style="list-style-type: none"> • صحبت درباره نحوه اثر توجه‌آگاهی • تنفس آگاهانه • تمرین منزل |
| دوم | بررسی جلسه قبل و افکاری که آزمودنی/ آزمودنی‌ها هنگام ترک جلسه گذشته تجربه کرده‌اند. | <ul style="list-style-type: none"> • از آزمودنی/ آزمودنی‌ها در خصوص افکار و احساس‌هایی که جلسه گذشته بعد از خروج از جلسه تجربه کردند، سوال پرسیده می‌شود. • صحبت درباره اینکه چقدر در جلسه گذشته تمرین‌ها به صورت موفقیت آمیز انجام شده است. |
| | پذیرش و توجه‌آگاهی | <ul style="list-style-type: none"> • استعاره لنگر انداختن و باتلاق • تمرین اسکن بدن |
| | شفقت با خود | <ul style="list-style-type: none"> • تمرین دوران کودکی • تمرین منزل |
| سوم | مرور اجمالی جلسات گذشته | <ul style="list-style-type: none"> • جلسه گذشته به صورت اجمالی مرور می‌شود. |
| | ارزش‌ها و اقدام متعهدانه | <ul style="list-style-type: none"> • استعاره جزیره |
| | گسلش و توجه‌آگاهی | <ul style="list-style-type: none"> • تمرین رادیو ذهن • تمرین منزل |
| چهارم | مرور اجمالی جلسات گذشته | <ul style="list-style-type: none"> • جلسه گذشته به صورت اجمالی مرور می‌شود. |
| | گسلش و توجه‌آگاهی | <ul style="list-style-type: none"> • تمرین برگ‌ها روی نهر |
| | خود شفقتی و پذیرش | <ul style="list-style-type: none"> • با استفاده از ۶ عنصر شفقت، تمرین شفقت و پذیرش صورت می‌گیرد. • تمرین منزل |
| پنجم | بررسی اثراتی که تمرین‌های جلسات قبل بر اعضا داشته است. | <ul style="list-style-type: none"> • آزمودنی/ آزمودنی‌ها تشویق می‌شوند تا در خصوص تجربیات خودشان هنگام انجام تمرین‌ها و اثراتی که تمرین بر آنها گذاشته است صحبت کنند. |
| | تفاوت تحمل و پذیرش | <ul style="list-style-type: none"> • در خصوص تفاوت بین تحمل و پذیرش صحبت می‌شود. |
| | گسلش، پذیرش و اقدام‌های متعهدانه | <ul style="list-style-type: none"> • آزمودنی/ آزمودنی‌ها تشویق به صحبت درباره شادکامی می‌شوند. • اشاره به تله‌هایی که ذهن برای ما ایجاد می‌کند. • تمرین گرفتن مچ ذهن |
| ششم | مرور اجمالی جلسات گذشته | <ul style="list-style-type: none"> • جلسه گذشته به صورت اجمالی مرور می‌شود. |
| | بررسی احساس‌های آزمودنی/ آزمودنی‌ها در پایان جلسه گذشته | <ul style="list-style-type: none"> • بررسی اینکه جلسه گذشته هنگامی که آزمودنی/ آزمودنی‌ها جلسه را ترک کردند، چه افکار و احساس‌هایی داشتند. |
| | گسلش و توجه‌آگاهی | <ul style="list-style-type: none"> • تفاوت دنیای درون و دنیای بیرون • تمرین همراه با قضاوت‌ها • تکلیف منزل |
| هفتم | بررسی تاثیرات جلسات | <ul style="list-style-type: none"> • آزمودنی/ آزمودنی‌ها تشویق می‌شوند تا در خصوص تغییرات احتمالی‌ای که جلسات در زندگی آنها ایجاد کرده است، صحبت کنند. |
| | تفاوت ارزش‌ها، قانون و اهداف | <ul style="list-style-type: none"> • در خصوص تفاوت بین ارزش‌ها، قانون و هدف صحبت می‌گردد. |

| خلاصه جلسات مداخله در حمله وحشت‌زدگی و آگورافوبیا | | |
|---|---|---|
| جلسه | اهداف | شرح |
| | گسلش و اقدام متعهدانه | <ul style="list-style-type: none"> تمرین اسارت ذهن تکلیف منزل |
| هشتم | پایداری درمان | <ul style="list-style-type: none"> بیان تجارب آزمودنی/ آزمودنی‌ها از انجام تمرین‌ها و تاثیر آنها در کل جلسات جمع بندی |
| | مرور جلسات گذشته | <ul style="list-style-type: none"> مرور تمام جلسات گذشته و اهداف جلسات جمع بندی |
| | آمادگی آزمودنی/ آزمودنی‌ها برای پایان جلسات | <ul style="list-style-type: none"> تشویق آزمودنی/ آزمودنی‌ها به انجام تکالیف پس از پایان جلسات |

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی این پژوهش بدین شکل بود که دامنه‌ی سنی آزمودنی‌ها بین ۲۵ تا ۳۶، و سطح تحصیلات آنها حداقل دیپلم و حداکثر کارشناسی ارشد بود. این مطالعه از ۱۶ آزمودنی که ۱۳ نفر آنها را زنان و ۳ نفر را مردان شامل می‌شود، تشکیل گردید. ۱۰ نفر از آزمودنی‌های این مطالعه مجرد، ۵ نفر متأهل و ۱ نفر متارکه کرده بود. در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش مشاهده می‌شوند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیر | گروه | میانگین | انحراف معیار | تعداد |
|----------------------|----------------|---------|--------------|-------|
| وحشت‌زدگی | مداخله انفرادی | ۷۳/۸۳ | ۱۳/۴۹ | ۶ |
| | مداخله گروهی | ۶۰/۱۰ | ۱۸/۲۷ | ۱۰ |
| هراس اجتماعی | مداخله انفرادی | ۳۳/۸۳ | ۹/۱۹ | ۶ |
| | مداخله گروهی | ۲۸/۱۰ | ۸/۱۱ | ۱۰ |
| ترس از مکان‌های شلوغ | مداخله انفرادی | ۲۶/۳۳ | ۳/۹۳ | ۶ |
| | مداخله گروهی | ۱۸/۲۰ | ۹/۱۸ | ۱۰ |
| ترس درونی | مداخله انفرادی | ۱۴/۸۳ | ۴/۳۵ | ۶ |
| | مداخله گروهی | ۱۳/۸۰ | ۸/۷۱ | ۱۰ |

جهت استنباط داده‌های پژوهش، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد بررسی قرار گرفت. به این منظور، برای تعیین نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف و برای تعیین برابری واریانس‌ها از آزمون لویین استفاده شد. در آزمون‌های انجام‌شده، سطح ($P > 0.05$) معنی‌دار در نظر گرفته شده و پیش‌فرض‌های پارامتریک رد نشد. در جدول ۳ تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه

متغیرهای پژوهش در افرادی که تحت درمان انفرادی و گروهی قرار گرفته اند، نمایش داده می شود. جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه متغیرهای پژوهش در افرادی که تحت درمان گروهی و انفرادی قرار گرفته اند.

| متغیر وابسته | مجموع مربع‌ها | df | میانگین مربع | F | سطح معناداری |
|----------------------|---------------|----|--------------|--------|--------------|
| وحشت‌زدگی | ۱۲۶۴/۳۵۹ | ۱ | ۱۲۶۴/۳۵۹ | ۱۴/۹۲۴ | ۰/۰۰۳ |
| هراس اجتماعی | ۶۳۳/۰۴۹ | ۱ | ۶۳۳/۰۴۹ | ۳۰/۸۱۵ | ۰/۰۰۱ |
| ترس از مکان‌های شلوغ | ۴۶۷/۴۰۹ | ۱ | ۴۶۷/۴۰۹ | ۵/۷۴۵ | ۰/۰۳۸ |
| ترس درونی | ۱۷/۶۶۷ | ۱ | ۱۷/۶۶۷ | ۱/۱۳۸ | ۰/۳۱۱ |

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی سیداک برای مقایسه دو به دو گروه‌ها

| متغیر وابسته | گروه اول | گروه دوم | میانگین تغییرات | سطح معناداری |
|----------------------|--------------|-------------|-----------------|--------------|
| وحشت‌زدگی | مداخله گروهی | مداخله فردی | -۲۵/۹۴۳ | ۰/۰۰۳ |
| هراس اجتماعی | مداخله گروهی | مداخله فردی | -۱۸/۳۵۷ | ۰/۰۰۱ |
| ترس از مکان‌های شلوغ | مداخله گروهی | مداخله فردی | -۴/۹۷۰ | ۰/۰۳۸ |
| ترس درونی | مداخله گروهی | مداخله فردی | -۳/۰۶۷ | ۰/۳۱۱ |

تفاوت وجود دارد و درمان گروهی اثر بخش‌تر می‌باشد، اما در خصوص متغیر ترس درونی تفاوت معناداری بین دو شیوه اجرای گروهی و انفرادی مشاهده نمی‌شود (جدول شماره ۳ و ۴). جستجوی پژوهشگر نشان می‌دهد، این پژوهش به نوبه خود اولین پژوهشی است که به مقایسه درمان انفرادی و گروهی پذیرش و تعهد بر اختلال حمله وحشت‌زدگی و آگورافوبیا می‌پردازد و یافته‌هایی برای مقایسه وجود ندارد، با این حال این یافته‌ها از این حیث که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند برای اختلال حمله وحشت‌زدگی و آگورافوبیا اثربخش باشد با یافته‌های Carrascosolopez & valdiviasalas (2009)، Carrascosolopez (2000)، و Meuret et al (2012)

همسو می‌باشد. در تبیین این یافته که درمان گروهی پذیرش و تعهد بر مقیاس‌های وحشت‌زدگی، هراس اجتماعی، و ترس از مکان‌های شلوغ، موثرتر از درمان انفرادی می‌باشد می‌توان گفت متغیرهایی که در آنها درمان گروهی موثرتر هستند، بیشتر به روابط بین فردی مربوط هستند. در واقع می‌توان گفت که نوعی آمیختگی بین فرد با این برداشت ذهنی که نمی‌تواند در تعاملات بین فردی عملکرد موثری داشته باشد،

نتایج جدول ۳ و ۴ نشان می‌دهند، فرضیه ۱ پژوهش مبنی بر تفاوت بین اثربخشی درمان گروهی و انفرادی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در متغیرهای وحشت‌زدگی، هراس اجتماعی، و ترس از مکان‌های شلوغ تایید می‌شود ($P < 0/05$). به این معنی که درمان گروهی تاثیر بیشتری نسبت به درمان انفرادی داشته است. با این حال، این فرضیه در خصوص متغیر ترس درونی صدق نمی‌کند ($P > 0/05$). به این معنی که در خصوص متغیر ترس‌های درونی، تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهند فرضیه‌های ۲ و ۳ پژوهش مبنی بر تاثیر درمان گروهی و درمان انفرادی پذیرش و تعهد بر متغیرهای پژوهش تایید می‌شوند ($P < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان انفرادی و گروهی پذیرش و تعهد بر اختلال حمله وحشت‌زدگی و آگورافوبیا بود. نتیجه فرضیه اول نشان داد که بین اثربخشی درمان انفرادی و گروهی پذیرش و تعهد در متغیرهای وحشت‌زدگی، هراس اجتماعی، و ترس از مکان‌های شلوغ

لحظه حال به جای تسلط گذشته و آینده نیز از دیگر فرآیندهایی بود که در این مداخله مورد تمرکز قرار گرفت و می‌تواند تبیین مناسبی برای تاثیر گذاری این مداخلات برای متغیرهای پژوهش باشد.

نتیجه فرضیه سوم نشان داد که درمان انفرادی پذیرش و تعهد بر اختلال حمله وحشت‌زدگی و آگورافوبیا اثربخش می‌باشد (جدول شماره ۴). این یافته با یافته‌های Carrascosolopez (2000) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، به دلیل آنکه هر دو درمان انفرادی و گروهی پذیرش و تعهد بر مبنای اصول مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اجرا شده‌اند، تبیین‌های درمان گروهی برای درمان انفرادی نیز صادق می‌باشد.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، نبود دوره پیگیری طولانی مدت است که به ما اجازه نمی‌دهد تا پایداری درمان در دراز مدت را مورد سنجش قرار دهیم. همچنین نمونه کوچک و عدم وجود گروه کنترل از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌باشند، لذا تعمیم داده‌ها با احتیاط باید صورت بگیرد. لذا به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود این مداخله را با دوره‌های پیگیری طولانی مدت، نمونه‌های بزرگ‌تر و گروه کنترل انجام دهند. همچنین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود چنین مقایسه‌ای را در خصوص دیگر متغیرهای مربوط به حوزه سلامت روان نیز انجام دهند. به علاوه، به متخصصین حوزه سلامت روان پیشنهاد می‌شود در شرایطی که برگزاری جلسات درمان گروهی میسر بود، از شیوه درمان گروهی به جای مداخله انفرادی برای اختلال حمله وحشت‌زدگی و آگورافوبیا استفاده نمایند.

منابع

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Revised 5ed)*. American Psychiatric Association: Washington.
- Bakhsipour Rudsari, A. (2004). *Investigating the Structural Relationships between the Dimensions of Anxiety Disorders and Depression DSMIV and the Dimensions of the Extended Sectional Model*.

وجود دارد. از این رو، به نظر می‌رسد فرد با قرار گرفتن در گروهی که اعضای آن با مشکلاتی مشابه با مشکل خود دست و پنجه نرم می‌کنند، ابتدا باعث کاهش اجتناب تجربه‌ای او در گروه و سپس تعمیم آن به موقعیت‌های دیگر و افزایش رفتار ارزش مدار می‌شود. بدین ترتیب به تدریج بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شرکت کنندگان در گروه افزوده می‌شود و آنها پذیرش انواعی از افکار و احساس‌ها، تماس با لحظه حال و گسلش از افکار و احساس‌های ناخوشایند را به صورت بیشتری تجربه می‌کنند. لازم به ذکر است، شفقت ورزی یکی دیگر از آیتم‌های مهم رخ داده در گروه است و به نظر می‌رسد تعاملات انسانی و اخلاقی موجود در گروه، دلیل دیگری بر اثربخشی بیشتر روش گروهی باشد. همچنین در خصوص عدم تفاوت بین درمان گروهی و انفرادی در متغیر ترس درونی می‌توان گفت، ترس‌های درونی بیشتر از این که به روابط بین فردی مربوط باشد، به مشکلات فردی معطوف می‌شود، لذا تفاوت معناداری بین درمان گروهی و درمان فردی در این مداخله دیده نمی‌شود.

نتیجه فرضیه دوم نشان داد که درمان گروهی پذیرش و تعهد بر اختلال حمله وحشت‌زدگی و آگورافوبیا اثربخش می‌باشد (جدول شماره ۴). این یافته با یافته‌های Carrascosolopez & valdiviasalas (2009) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت فرض بر این است که آزمودنی‌ها به باورهای خود چسبیده‌اند و عملکردهای اجتنابی‌ای بر اساس آنچه که فکر می‌کنند از خود نشان می‌دهند که در نتیجه ممکن است از رفتن به برخی موقعیت‌ها اجتناب کنند یا عملی برای کاهش احساس‌های خود انجام دهند. این موضوع در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با مفهوم اجتناب تجربه‌ای شناخته می‌شود که به نظر می‌رسد همین امر موجب تداوم و شدت علائم می‌شود. در فرآیند پذیرش، آزمودنی‌ها با این احساس‌های خود روبرو شدند که در اصطلاح رفتارگرایی احساس‌های مشکل‌آفرین آنها دچار خاموشی شد. همچنین بر همین اساس، آنها از انجام فعالیت‌هایی در زندگی خود سر باز می‌زدند که طی فرآیندهای اقدام متعهدانه و شناسایی ارزش‌ها، به انجام فعالیت‌های ارزش مدار خود پرداختند. تماس با

- Institute of Psychiatry.
- Brown, L., LeBeau, R., Liao, B., Niles, A., Glenn, D., Craske, M. (2016). A comparison of the nature and correlates of panic attacks in the context of Panic Disorder and Social Anxiety Disorder, *Psychiatry Research*, 235, 69-76.
- Carrascosolopez, F., valdiviasalas, s. (2009). Acceptance and commitment therapy (ACT) in the treatment of Panic Disorder. *International journal of psychological therapy*, 9(3), 299-315.
- Carrascosolopez, F. (2000). Acceptance and commitment therapy (ACT) in Panic disorder with Agoraphobia: a case study. *Psychology in Spain*. 4(1), 120-128.
- Dousti, P., Ghodrati, G., Ebrahimi, ME. (2019). *Guide of group psychotherapy Based on Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*. Faragir hegmataneh: Hamedan.
- Dousti, P., Gholami, S., Torabian, S. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on aggression among students with internet addiction. *Journal of health and care*, 18 (1), 63-72. [Persian]
- Dousti, P., Hosseininia, N., Dousti, S., Dousti, P. (2021). Online group therapy based on acceptance and commitment on body dysmorphic and fear of body image in overweight people, *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*, 10(4), 25-32. [Persian]
- Dousti, P., Mohagheghi, H., Jafari, D. (2015). The effect of Acceptance and Commitment Therapy on the reduction of anxious thoughts in students. *Environment conservation journal*, 16, 327-333.
- Foret, M., Eaton, P. (2014). *Acceptance and Commitment Therapy Anger Group*. Vallejo Medical Center: Washington.
- Halgin, R.P. and Whitbourne, S.K. (2012) *Abnormal psychology: Clinical perspectives on psychological disorders*. 7th Edition, McGraw-Hill, Boston.
- Harris, R. (2013). *Getting unstuck in ACT*. New Harbinger: New York.
- Hayes, S. C. (2004) "Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third PhD Thesis in Clinical Psychology: Tehran wave of behavioral and cognitive therapies", *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S., Boyd, C. P., Sewell, J. (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of adolescent depression: A pilot study in a psychiatric outpatient setting. *International journal of psychological therapy*, 2(2), 86-94.
- Hayes, S. C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2012). *Acceptance and Commitment Therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press: New York.
- Howell, D. (2014). *Fundamental Statistics for the Behavioral Sciences*, Eighth Edition. Jon-David Hague.
- Meuret, A., Twohing, M., Rosenfield, D., Hayes, S. C. Craske, M. (2012). Brief Acceptance and Commitment Therapy and Exposure for Panic Disorder: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 606-618.
- Mohagheghi, H., Dousti, P., Jafari, D. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on reduction, generalized anxiety disorder, social phobia and health anxiety in students. *Clinical Psychology Studies*, 6(23), 81-94. [Persian]
- Olaya, B., Victoria Moneta, M., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., Haro, J. M. (2018). Epidemiology of panic attacks, panic disorder and the moderating role of age: Results from a population-based study, *Journal of Affective Disorders*, 241, 627-633.
- Pankey, J., Hayes, S. C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 311-328.
- Rodwell, G. (2017). A National History Curriculum, Racism, a Moral Panic and Risk Society Theory. *Issues in Educational Research*, 27(2), 365-380.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (11th ed.). Wolters Kluwer Health.
- Swain, J., Hancock, K., Dixon, A. Koo, S., Bowman, J. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy*

for anxious children and adolescents: study protocol for a randomized controlled trial. (Retrieved 18 OCT 2018, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662565>).

Van Doorn, M., Bodden, D., Jansen, M., Rapee, R., Granic, I. (2018). Linking Mother--Child Discrepancies to Behavioral Observations of Children's Anxiety. *Child & Youth Care Forum*, 47(4), 481-498.

Veiga-Martínez, C., Pérez-Álvarez, M., García-Montes, J. (2007). Acceptance and Commitment Therapy Applied to Treatment of Auditory Hallucinations. *Clinical Case Studies*. 7(2): 118-135.

WoidneckKieffe. M. (2013). *Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Posttraumatic Stress among Adolescents*. Ph.D Theses. Utah State University.