

مطالعات تربیتی وروانشناسی

مجله علمی - پژوهشی



دوره هفتم شماره دوم سال ۸۵

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد

مجله علمی - پژوهشی

دوره هفتم شماره دوم ۱۳۸۵

ISSN: ۱۶۰۸-۲۸۴۲

(تاریخ انتشار این شماره: بهمن ۸۵)

پروانه انتشار نشریه شماره ۱۲۴۱۱۴۰۵ مورخ ۸۳/۲/۱۲

این مجله با همکاری انجمن ایرانی تعلیم و تربیت منتشر می شود
و به استناد مجوز شماره ۳/۲۹۱۵/۲۷۲ مورخ ۸۳/۴/۳ کمیسیون محترم
نشریات علمی کشور دارای اعتبار علمی - پژوهشی است.

این مجله در پایگاههای اطلاعاتی زیر نمایه می شود:

- پایگاه استنادی علوم ایران (ISC)

- پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی (SID)

فهرست مندرجات

عنوان	نویسنده	صفحه
- بررسی محتوای درسی سطح یک حوزه علمیه و آرایه ویژگیهای مطلوب آن بر اساس نظریه شرح و بسط با تأکید بر اصول فقه	دکتر سیدجواد قنذیلی - دکتر محمود مهر محمدی - دکتر هاشم فردانش	۵
- وجوه فراموش شده‌ی دانایی در عصر اطلاعات	دکتر خسرو باقری - فرشته آل حسینی	۲۳
- تأثیر روان درمانگری گروهی با رویکرد تحلیل رفتار متقابل بر شیوه‌های رویارویی با استرس نوجوانان	فرهنگ فرهنگی - دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شعراف	۴۱
- بررسی اثربخشی دو رویکرد مشاوره‌ای و روان‌درمانی در کاهش نشانگان افسردگی، اضطراب و پرخاشگری در میان زنان متقاضی طلاق مراجعه کننده به مرکز مشاوره خاتواده شهرستان سقز	دکتر یوسفعلی عطاری - کیومرث بشلیده - ناصر یوسفی - جمیله نبوی حصار	۶۳
- بررسی و مقایسه تأثیر شناخت درمانگری یک با شناخت درمانگری تیزدل و تلفیق آن با نرمش‌های یوگا در درمان افسردگی اساسی	دکتر سیدعلی کیمیایی - دکتر عبدالله شفیع آبادی - دکتر علی دلاور - دکتر علی صاحبی	۸۷
- بررسی اثربخشی روش درمان کنترل هراس در درمان بیماران مبتلا به اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی	اعظم نوفرستی - دکتر سیدمحمود طباطبایی - دکتر بهروز مهران	۱۱۵
- رابطه ویژگیهای شخصیتی با رفتار تیپ A با استفاده از آزمون شخصیت آیزنک	دکتر احمد یارمحمدیان	۱۳۹
- بررسی وضعیت سبک‌های هویت‌یابی و رابطه آن با سلامت عمومی و پایگاه اقتصادی - اجتماعی	علیرضا قربانی - علیرضا محمدی آریا - عاشور محمد کوچکی	۱۵۳
- بررسی میزان اثربخشی زوج درمانی گلاسبر بر کاهش استرس و افزایش رابطه صمیمانه پس از ضربه ناشی از ادراک خیانت به همسر	دکتر کیومرث فرح بخش - دکتر بهرامعلی قنبری هاشم آبادی	۱۷۳
- بررسی تأثیر دو روش بازسازی شناختی و حساسیت‌زدایی منظم بر کاهش اضطراب ریاضی دانش‌آموزان دختر سال سوم راهنمایی استان خوزستان	آیت الله کریمی باغملک - غلامحسین عبادی	۱۹۱
- بررسی تغییر انگیزش پیشرفت در دانشجویان دانشگاه تبریز	دکتر خلیل سلطان القرائی - مدد کریمی	۲۱۳

اعظم نوفرستی^۱
دکتر سید محمود طباطبایی^۲
دکتر بهروز مهران^۳

بررسی اثربخشی روش درمان کنترل هراس در درمان بیماران مبتلا به اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی اثر بخشی روش «درمان کنترل هراس» در درمان بیماران مبتلا به اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی انجام شده است. بدین منظور چهار بیمار مبتلا به اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی که بر اساس نمونه گیری مبتنی بر هدف انتخاب شده بودند، در یک طرح شبه تجربی تک موردی از نوع حالت اولیه چند گانه مورد مطالعه و بررسی قرار گرفتند. افراد مبتلا به اختلال هراس در سه مرحله خط پایه، جلسه چهارم و جلسه آخر درمان و آزمودنی مبتلا به اختلال هراس همراه با گذر هراسی در چهار مرحله خط پایه، جلسه چهارم، جلسه هشتم و جلسه آخر درمان با پرسشنامه احساسات بدنی (BSQ)، شناختهای گذر هراسی (ACQ) و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS-21)، و با ثبت تعداد و شدت حملات هراس مورد ارزشیابی قرار گرفتند. نتایج کلی بدست آمده از پژوهش حاضر نشان می دهد، روش «درمان کنترل هراس» در کاهش علایم چهار بیمار شرکت کننده در پژوهش حاضر شامل ترس از احساسات بدنی، شناختهای گذر هراسی، اضطراب، تعداد و شدت حملات هراس، اثر بخش بوده است.

کلیدواژه ها: اختلال هراس، گذر هراسی، درمان کنترل هراس (PCT)، اثربخشی

مقدمه

از سال ۱۹۸۰ که اختلال هراس^۱ در سومین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-III) کدبندی شد، انبوهی از داده های پزشکی در مورد این اختلال و تجارب بالینی با افراد مبتلا جمع آوری شد، تا جائیکه امروزه جامعترین پژوهشها درباره این اختلال انجام شده است (تورن، کوزاک،

۱- کارشناس ارشد روان شناسی بالینی

۲- استاد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد

۳- استادیار دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد

بیکر و بارلو، ۱۹۹۹). امروزه توانایی مراقبین بهداشتی برای شناخت علائم اختلال هراس افزایش یافته و مهمتر اینکه درمانهای مؤثر و اختصاصی برای آن شناخته شده و اثربخشی آنها به اثبات رسیده است (لویت، هافمن، گریشام و بارلو، ۲۰۰۱).

درمان رویارویی نخستین درمان روانشناختی بود که تأثیر آن بر بیماران مبتلا به اختلال هراس ثابت شده و این نوع درمان بر زیر گروه بیمارانی که گذر هراس بودند، متمرکز گردید. تا نیمه دهه ۱۹۷۰، نشان داده شد که تکرار رویارویی عینی (واقعی) با موقعیت ترس آور، درمان مؤثری برای ترس و رویگردانی در گذر هراسی است (کلارک و فربورن، ۱۹۹۷). با وجود این، درمان رویارویی محدودیت هایی داشت. نخست، این درمان فقط مناسب بیمارانی بود که گذر هراس هم بودند، دوم، اگرچه این بیماران کاهش فراوانی (بسامد) حمله ها در موقعیت های گذر هراسی را گزارش دادند، اما یک نسبت قابل توجه از آنها (تا ۴۵٪) همچنان حمله های هراس را داشتند (متیوز و دیگران، ۱۹۸۵). بنابراین، اگرچه ثابت شده است رویارویی با موقعیت های ترس آور، یک درمان مؤثر است، اما این درمان برای شمار قابل توجهی از بیماران مبتلا به هراس مناسب نبود. این محدودیت ها بود که انگیزه ای برای پدیدآیی یک درمان جایگزین فراهم آورد، جایگزینی که رویکردهای شناختی را برای مفهوم سازی و درمان این اختلال دربر می گرفت.

مدلهای شناختی که برای توضیح اختلال هراس استفاده می شوند، دارای ویژگیهای مشترکی هستند: نخست، فرض بر این است که افراد در واکنش به احساسات بدنی مضطرب می شوند زیرا آنها این محرک ها را بسیار خطرناک تر از آنچه واقعا هستند، تعبیر می کنند. دوم، این تعبیرهای غیر واقع نگرا نه به این دلیل تداوم می یابند که بیماران برای جلوگیری از وقایع ترسناک (مثل مردن یا دیوانه شدن)، درگیر راهبردهای شناختی- رفتاری می شوند. از آنجا که این ترسها غیر واقع نگرا نه هستند، اثر عمده این راهبردها رد کردن باورهای منفی آنهاست. سوم، در بسیاری از اختلال های اضطرابی و از جمله اختلال هراس، علائم اضطراب منابعی برای درک خطر هستند که یک سری چرخه های معیوب را تولید می کنند، چرخه های معیوبی که سهم فراتری در تداوم اختلال دارند.

همزمان با پدید آیی و رشد شناخت درمانی برای هراس، بارلو و همکارانش به طور مستقل در حال تکوین گونه دیگری از رفتار درمانی شناختی (درمان کنترل هراس^۱) بودند، که اینگونه از درمان نیز بر

1) Panic Control Treatment

ترس های بیمار را
ساختمند و نظام
(بارلو، ۱۹۹۲).

۱) آموزش
۲) بازآموزی
۳) بازسازی
۴) رویارویی

۵) مواجهه
مطالعات بسی
باشد پرداخته اند)

برای اختلال هراس
اگر چه استفاد

نشان داده که درما
سودمندیهایی خاص

دیگران، ۲۰۰۰).

مربوط به ترک درما
به همین دلیل، به ن

بعنوان یک درمان

پژوهشهای مت

باسایر درمانها انجا

درمان ترکیبی (بارلو

هانسلی، ۲۰۰۳).

اختلال هراس

هراس همراه است

ترس های بیماران هراسی از احساس های بدنی شان، متمرکز بود. قلب این برنامه درمانی شامل مواجهه ساختمند و نظامدار بیماران با احساسات بدنی مورد ترس قرار گرفته و شناختهای مربوط به آنهاست (بارلو، ۱۹۹۲). این درمان از پنج تکنیک اساسی تشکیل شده است:

- ۱) آموزش هراس و زیربنای فیزیولوژیک اضطراب (Panic education)
 - ۲) بازآموزی تنفسی (Breathing retraining)
 - ۳) بازسازی شناختی (Cognitive restructuring)
 - ۴) رویارویی درون نگر نسبت به احساسات بدنی همراه هراس (Retrospective exposure)
 - ۵) مواجهه عینی با فعالیتهای و موقعیتهای مورد اجتناب (In vivo exposure)
- مطالعات بسیاری به تحقیق درباره تاثیر گذاری این درمان که شاید بهترین نوع درمان شناختی- رفتاری باشد پرداخته اند (بارلو، ۱۹۹۷). این مطالعات نشان داده اند که این روش درمانی نیز یک درمان بسیار مؤثر برای اختلال هراس است (بارلو، کرسک، کرنی و بارلو، گورمن، شی و وودز، ۲۰۰۰).
- اگر چه استفاده از داروها برای درمان اختلال هراس مؤثر است (روزنیام و پلاک، ۱۹۹۵)، پژوهش نشان داده که درمان شناختی- رفتاری نسبت به بعضی از داروها (ایمی پرامین) درمان بادوام تری است و سودمندیهای حاصل از درمان مدت زمان طولانی تری نسبت به دارو درمانی، ادامه می یابد (بارلو و دیگران، ۲۰۰۰). همچنین مطالعات اخیر نشان داده است که درمان شناختی- رفتاری می تواند مشکلات مربوط به ترك درمان دارویی و عود همراه با قطع درمان دارویی را نیز کاهش دهد (آترازو تیموتی، ۱۹۹۸).
- به همین دلیل، به نظر می رسد حتی برای روانپزشکان نیز مهم است تا از رفتار درمانی شناختی اگر نه بعنوان یک درمان جانشین برای دارو درمانی، لااقل بعنوان یک جزء الحاقی، آگاهی داشته باشند.
- پژوهشهای متعددی که به منظور بررسی اثربخشی روش «درمان کنترل هراس» و یا مقایسه این درمان با سایر درمانها انجام شده است، نشان می دهد که این درمان به تنهایی اثرات بلند مدت تری نسبت به درمان ترکیبی (بارلو و دیگران، ۲۰۰۰؛ گلد و دیگران، ۱۹۹۵) و یا درمان دارویی دارد (دپا، ۲۰۰۳؛ هانسل، ۲۰۰۳).

اختلال هراس شرایط مزمنی است که با کاهش زیادی در کیفیت زندگی^۱ بیماران مبتلا به اختلال هراس همراه است (کاندیلیس و دیگران، ۱۹۹۹). در مطالعات مارکوویتزو همکاران (۱۹۸۹) درباره

1) Quality of life

راس افزایش یافته
ات رسیده است

لال هراس ثابت

جمه دهه ۱۹۷۰،

ترس و رویگردانی

ودیت هایی داشت.

این بیماران کاهش

ت قابل توجه از آنها

اگر چه ثابت شده

ی شمار قابل توجهی

پدیدآیی یک درمان

رمان این اختلال دربر

بهای مشترکی هستند:

شوند زیرا آنها این

های غیر واقع نگرا به

دیوانه شدن)، درگیر

ستند، اثر عمده این

طرابی و از جمله اختلال

عیوب را تولید می کنند،

به طور مستقل در حال

به اینگونه از درمان نیز بر

1) Panic Control Treatr

کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال هراس، معلوم شد تشخیص اختلال هراس با پیامدهای فراگیر بهداشتی و اجتماعی که شبیه و یا حتی بیشتر از پیامدهای مرتبط با افسردگی است، همراه است. و این در حالی است که مطالعات اخیر نشان داده است، درمان شناختی - رفتاری قادر است علاوه بر کاهش خطر ابتلا به افسردگی اساسی (گودوین و آلفسون، ۲۰۰۱) بهبود معناداری را در کیفیت زندگی این بیماران باعث شود (تلج، اسچمیت، جیمز، جاکوین و هرینگتون، ۱۹۹۵).

اگر چه درمان کنترل هراس یک درمان انتخابی برای اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی می باشد (A.P.A، ۲۰۰۰) با این حال، درباره اثربخشی این درمان در جمعیتها و فرهنگ های مختلف اطلاعات کمی در دسترس است و این در حالی است که مطالعات اندک انجام شده نیز، حاکی از اثربخشی متفاوت درمانهای شناختی - رفتاری در فرهنگهای متفاوت بوده است (کرسک و دیگران، ۲۰۰۲). به این منظور پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی «درمان کنترل هراس» در درمان بیماران مبتلا به اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی انجام شد. شیوع نسبتا بالای این اختلال، عود مجدد این اختلال بعد از قطع درمان دارویی و هزینه های هنگفتی که این اختلال به فرد و جامعه تحمیل می کند، از دیگر دلایل انجام این پژوهش بوده است.

فرضیه های پژوهش

- ۱- روش «درمان کنترل هراس» در کاهش شناختهای گذر هراسی بیماران مبتلا به اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی شرکت کننده در پژوهش مؤثر است.
- ۲- روش «درمان کنترل هراس» در کاهش احساسات بدنی بیماران مبتلا به اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی شرکت کننده در پژوهش مؤثر است.
- ۳- روش «درمان کنترل هراس» در کاهش اضطراب، افسردگی و استرس بیماران مبتلا به اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی شرکت کننده در پژوهش مؤثر است.
- ۴- روش «درمان کنترل هراس» در کاهش تعداد حملات هراس بیماران مبتلا به اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی شرکت کننده در پژوهش مؤثر است.
- ۵- روش «درمان کنترل هراس» در کاهش شدت حملات هراس بیماران مبتلا به اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی شرکت کننده در پژوهش مؤثر است.

روش

به

از طرف

مرشد

گذر ه

۱۳۸۲

و برای

(جدول)

به

۱

۲

۳



مراجع

مراجع

مراجع

مراجع

مراجع

روش

به منظور کنترل دقیق شرایط آزمایشی و اعمال منظم متغیر مستقل در مورد آزمودنیها، در این پژوهش از طرح شبه تجربی تک آزمودنی^۱ از نوع حالت اولیه چندگانه^۲ استفاده شده است (سیف، ۱۳۶۶؛ سرمد و بازرگان، ۱۳۷۹؛ والن و فرائنکل، ۲۰۰۱). آزمودنیها ۴ بیمار مبتلا به اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی (بر مبنای ملاکهای تشخیصی DSM_IV) بودند که در فاصله دو ماه (خرداد و تیر) سال ۱۳۸۲ از بین بیماران هراسی مراجعه کننده به کلینیک افق، مرکز مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد و بر اساس نمونه گیری مبتنی بر هدف (دلاور، ۱۳۷۶) برای شرکت در پژوهش حاضر انتخاب شدند (جدول ۱).

به منظور کنترل متغیرهای مداخله گر نکات زیر در مورد انتخاب آزمودنیها رعایت گردید:

(۱) عدم دریافت هر گونه درمان روان شناختی قبلی

(۲) قطع دارو قبل از فرایند درمان

(۳) رد شدن هر گونه اختلال روانی اولیه همایند با اختلال هراس

جدول ۱- ویژگیهای جمعیت شناختی مراجعین

ویژگیها	سن	جنس	میزان تحصیلات	وضعیت تأهل	مدت زمان بیماری	اقدامات درمانی قبلی	نوع اختلال	شدت اختلال
مراجع «الف»	۲۰	مرد	دانشجوی لیسانس	مجرد	۴ ماه	—	اختلال هراس بدون گذر هراسی	خفیف
مراجع «ب»	۳۳	زن	میکل	متاهل	دو سال	دارو درمانی	اختلال هراس بدون گذر هراسی	شدید
مراجع «ج»	۲۸	زن	دیپلم	متاهل	۸ ماه	دارو درمانی	اختلال هراس بدون گذر هراسی	شدید
مراجع «د»	۱۶	مرد	دوم دبیرستان	مجرد	۱ ماه	—	اختلال هراس همراه با گذر هراسی	شدید

1) Single - Subject Experimental design

2) Multiple - baseline design

در پژوهش حاضر از ابزارهای اندازه گیری زیر استفاده شد:

۱) پرسشنامه شناختهای گذرهراسی^۱ (ACQ): این مقیاس اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط چمبلس، کاپوتو، برایت و گالاگر ساخته شد. ACQ شامل افکاری در ارتباط با پیامدهای منفی تجربه اضطراب می باشد. این پرسشنامه از ۱۴ عبارت تشکیل شده که بر اساس یک طیف ۵ نمره ای از ۱ «افکار هرگز رخ نمی دهد» تا ۵ «افکار تقریباً همیشه رخ می دهد» درجه بندی می شود. از مراجعین خواسته می شود که در باره فراوانی این افکار زمانی که مضطرب هستند، قضاوت کنند. در مطالعاتی که به منظور بررسی پایانی^۲ و روایی^۳ آزمون انجام شد (چمبلس و دیگران، ۱۹۸۴؛ چمبلس و گرسلی ۱۹۸۹؛ چمبلس و دیگران، ۲۰۰۰)، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ محاسبه شد. تحلیل‌های روایی انجام شده، نشان داد که این مقیاس نسبت به تغییرات مربوط به درمان حساس بوده و قادر است افراد گذرهراس را از نمونه عادی جدا کند (تفاوت میانگین دو نمونه در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار بود). روایی سازه^۴ از طریق بررسی ارتباط مقیاس با سایر شاخصهای آسیب شناسی مورد بررسی قرار گرفت. برای استفاده از این پرسشنامه در پژوهش حاضر، ابتدا این مقیاس بر روی یک گروه عادی ($n=۶۰$) و یک نمونه کلینیکی ($n=۳۰$) اجرا شد. در این بررسی، ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس مورد نظر ۰/۷۳ محاسبه شد و روایی سازه آزمون از طریق مطالعه تفاوت معنادار در میانگین دو گروه در سطح $p < ۰/۰۵$ تأیید شد.

۲) پرسشنامه احساسات بدنی^۵ (BSQ): این مقیاس اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط چمبلس و همکارانش ساخته شد. BSQ یک مقیاس ۱۷ عبارتی است که میزان ترس بیماران از علائم بدنی را که معمولاً با هراس همراه است (مثل سرگیجه) مورد سنجش قرار می دهد. هر عبارت بر اساس یک طیف ۵ نمره ای از ۱ «از این احساسات نمی ترسم و نگران نمی شوم» تا ۵ «از این احساسات بی نهایت می ترسم» درجه بندی می شود. در مطالعاتی که به منظور بررسی پایانی و روایی آزمون انجام شد، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۸ محاسبه شد. تحلیل‌های روایی انجام شده، نشان داد که این مقیاس نسبت به تغییرات مربوط به درمان حساس بوده و قادر است افراد گذرهراس را از نمونه عادی جدا کند (تفاوت میانگین دو نمونه در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار بود).

1) Agoraphobic Cognitions Questionnaire
4) Construct Validity

2) Reliability
3) Validity
5) Body Sensation Questionnaire

۳) مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۱ (DASS-21): این مقیاس توسط لویباند و لویباند (۱۹۹۵) برای اولین بار ساخته شد. ارزش آلفا برای این مقیاس در یک نمونه جمعیت عمومی شهر مشهد ($n=400$) برای افسردگی ۰/۷۰، برای اضطراب ۰/۶۶ و برای استرس ۰/۷۶ گزارش شده است (صاحبی، سالاری و اصغری، ۱۳۸۰). همچنین برای مطالعه روایی، از روایی ملاکی همزمان استفاده شده است بدین صورت که ضریب همبستگی پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس اضطراب زونگ با خرده مقیاسهای آزمون مذکور به ترتیب برای افسردگی ۰/۶۶، برای استرس ۰/۴۹ و برای اضطراب ۰/۶۷ بدست آمده است.

۴) مقیاس ثبت تعداد حملات هراس و شدت آن: از آنجاکه خود بازنگری^۲ یک قسمت مهم از سنجش، و وسیله ای برای درمان اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی است (کرسک و بارلو، ۲۰۰۱؛ کرسک و تسائو، ۱۹۹۹)، در پژوهش حاضر از بیماران خواسته شد که در طول جلسات با استفاده از فرمهای خود بازنگری، تعداد حملات هراس و شدت آن را به محض وقوع حمله، ثبت کنند. این مقیاس به طور قابل قبولی پایا بوده و می تواند بین نمونه گذر هراس و غیر گذر هراس تمایز قائل شود (چمبل و دیگران، ۱۹۸۴). این مقیاس نسبت به تغییرات حاصل از درمان حساس است. مقیاس ثبت شدت حملات هراس یک مقیاس دیداری است که مراجع می تواند میزان شدت حملات خود را روی آن از (۱) تا (۵) درجه بندی کند (چمبل و دیگران، ۱۹۸۴).

۵) مصاحبه بالینی ساخت یافته برای تشخیص اختلالات محور I در DSM-IV (SCID): مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلالات محور I مصاحبه ای انعطاف پذیر است که توسط فرست، اشپیتزر، گیبون و ویلیامز (۱۹۹۵) نقل حمید پور، ۱۳۸۱) تهیه شده است. از این مصاحبه برای تشخیص اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی و تمایز آن از سایر اختلالات استفاده شد. نتایج پژوهشها و مطالعات نشانگر این است که مصاحبه حاضر دارای روایی و پایایی خوبی برای تشخیص اختلالات روانی است (مارنات، ۱۹۹۰).

روش درمانی: روش درمان کنترل هراس از «راهنمای بالینی اختلالات روانی»^۳ اثر بارلو (۲۰۰۱) بدست آمد. این راهنمای بالینی تعداد جلسات درمان را برای بیماران هراسی ۱۰ جلسه و برای بیماران

1) Depression- Anxiety- Stress Scale
3) Clinical Hand book of psychological disorders

2) Self - Monitoring

1) Agoraphobic Cognition
4) Construct Validity

گذر هراس حداقل ۱۵ جلسه در نظر گرفته است. مطالعات نشان داده است که بیماران گذر هراس به تعداد و جلسات بیشتری نسبت به بیماران هراسی نیازمند (نقل در کرسک و یارلو، ۲۰۰۱). در هر جلسه اهداف خاصی مورد نظر قرار می گرفت و از آزمودنی خواسته می شد روی آن موارد متمرکز شود (جدول ۲). در پایان هر جلسه برای بیمار تکالیف خانگی در نظر گرفته می شد. درمان شامل مراحل خط پایه و جلسات درمانی بود. به هنگام اجرای روش درمانی، برای هر مراجع دو هفته خط پایه در نظر گرفته می شد. در این مرحله از مراجعین خواسته می شد تا پرسشنامه های ACQ، BSQ و DASS را تکمیل کرده، تعداد و شدت حملات هراس خود را به دقت بوسیله فرمهای خود بازنگری ثبت کنند. از آنجا که هر آزمودنی با فاصله دو هفته از آزمودنی دیگر وارد مرحله درمان می گردید، متغیر مستقل با مشاهده تغییر در آزمودنی پس از درمان و عدم مشاهده تغییر در آزمودنی پیش از درمان، کنترل می شد. برای ۳ بیمار مبتلا به اختلال هراس، پرسشنامه ها در جلسه چهارم و در انتهای جلسات درمانی دوباره تکمیل شد و در طول جلسات از بیماران خواسته می شد تمامی حملات هراس خود و شدت آنها را ثبت کنند. در مورد بیمار گذر هراس پرسشنامه ها علاوه بر جلسات چهارم و انتهای درمان، در جلسه هشتم نیز تکمیل شد. به علت در دسترس نبودن دو تن از مراجعین، امکان تکمیل پرسشنامه ها در دوره پیگیری فراهم نشد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

یکی از مشکلات درمانهای روانشناختی عدم کاربرد معناداری بالینی در ارتباط با روش درمانی بکار گرفته شده است. در معناداری بالینی این سوال مطرح است که آیا مشکل آماری فرد آنقدر بر طرف شده است که به حد افراد طبیعی و عادی جامعه رسیده باشد (کازدین، ۱۹۹۲). بنابراین، در پژوهش حاضر از شاخص معناداری بالینی برای مقیاسهای شناختهای گذر هراسی (ACQ)، احساسات بدنی (BSQ)، و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱) استفاده شده است. در طرحهای تک آزمودنی، برای تجزیه و تحلیل داده ها، از نموداریا شکل استفاده می شود و براساس صعود و نزول متغیر وابسته که متأثر از متغیر مستقل است، قضاوت درباره درستی یا نادرستی فرضیه ها صورت می گیرد (بارلو و هرسن، ۱۹۷۶؛ بارکر و دیگران، ۲۰۰۱؛ والن و فرانکل، ۲۰۰۱). بخشی از جذابیت این طرحها در این است که موفقیت و شکست مداخله، بلافاصله از روی نمودار مشخص می شود (صاحبی، ۱۳۸۲). در این پژوهش نیز به منظور بررسی نتایج درمان، داده ها به صورت ترسیمی و بر اساس نمودار مورد

بررسی قرار گرفته اند، به این صورت که برای هر یک از نشانه های بیماری، نموداری تهیه شد که یافته های بدست آمده از آن، یافته های پژوهش حاضر را تشکیل می دهند. برای محاسبه درصد بهبودی از فرمول زیر استفاده شد (جابری، محرابی و مهریار، ۱۳۷۸):

$$\Delta A\% = \frac{A_0 - A_1}{A_0}$$

A_0 مشکل آماجی در جلسه اول
 A_1 مشکل آماجی در جلسه آخر
 $\Delta A\%$ درصد بهبودی

جدول ۲- محتوای جلسات درمان

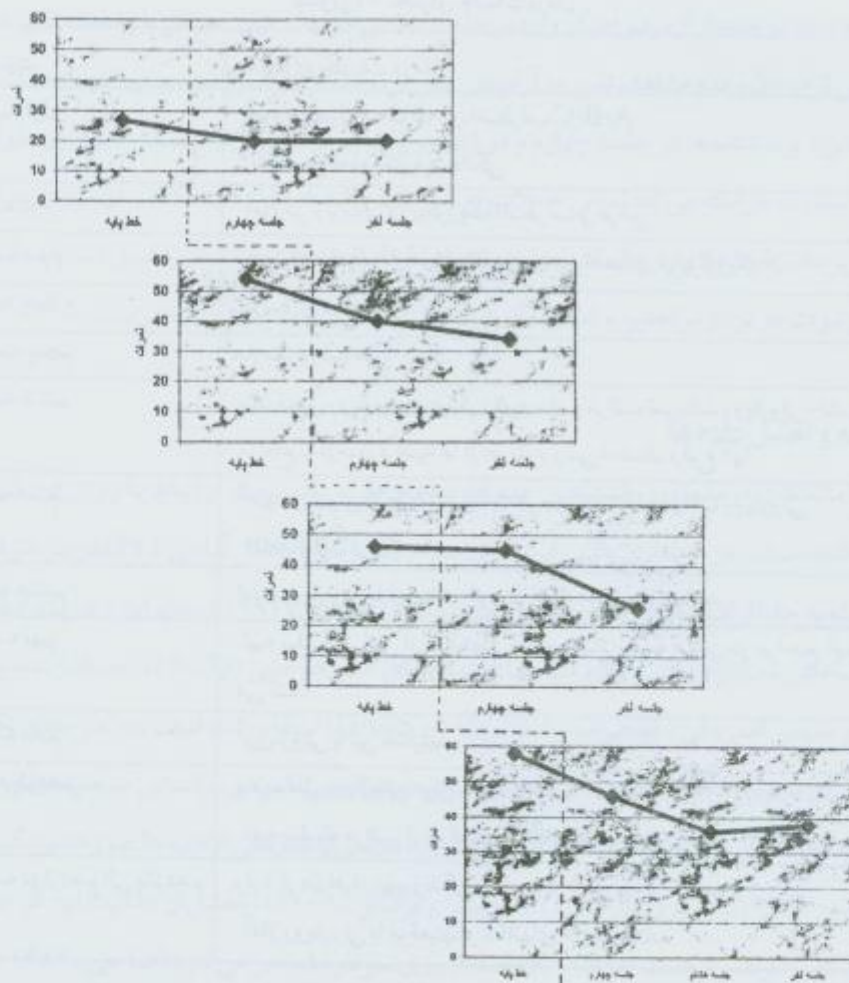
جلسات	محتوی جلسات درمان
جلسه اول	آموزش مدل سه مؤلفه ای اضطراب A-B-C تأکید بر انجام تکالیف خانگی
جلسه دوم	آموزش زیربنای فیزیولوژیک اضطراب و هراس
جلسه سوم	آموزش تکنیک بازآموزی تنفسی به همراه مبنای فیزیولوژیک آن
جلسه چهارم	بازسازی شناختی
جلسه پنجم	بازسازی شناختی
جلسه ششم	بیان منطق رویارویی درونگر-تهیه سلسه مراتب تمرینات رویارویی-تشویق مراجع به آزمون فرضیه ها از طریق بررسی احتمال وقوع آنها
جلسه هفتم	آغاز رویارویی از طریق تمرینات موجود در سلسه مراتب رویارویی ادامه آزمون فرضیه ها
جلسه هشتم	ادامه رویارویی با تمرینات-بررسی کلیه اجتنابهای مراجع
جلسه نهم	تهیه سلسله مراتبی از فعالیتها، که احساساتی شبیه هراس در مراجع ایجاد می کند.
جلسه دهم	رویارویی با این فعالیتها
جلسه یازدهم	بیان منطق رویارویی عینی تهیه سلسله مراتبی از موقعیتها و مکانهای مورد اجتناب
جلسه دوازدهم الی پانزدهم	وارد کردن افراد مهم زندگی بیمار به درمان آغاز رویارویی با موقعیتها و مکانهای مورد اجتناب

در هراس به تعداد
 و هر جلسه اهداف
 کنز شود (جدول
 حل خط پایه و
 نظر گرفته می شد.
 I را تکمیل کرده،
 د. از آنجا که هر
 مشاهده تغییر در
 ی ۳ بیمار مبتلا به
 ل شد و در طول
 . در مورد بیمار
 میل شد. به علت
 نشد.

با روش درمانی
 د آنقدر بر طرف
 ین، در پژوهش
 احساسات بدنی
 در طرحهای تک
 صعود و نزول
 صورت می گیرد
 نایت این طرحها
 احی، ۱۳۸۲).
 من نمودار مورد

یافته ها

نمودار ۱، شناختهای گذرهراسی آزمودنیها را بر اساس مقیاس ACQ نشان می دهد. همان طور که در نمودار دیده می شود، منحنی نمرات آزمودنیها با ورود به مرحله درمان، سیر نزولی و در انتهای جلسات درمان نمرات تفاوت آشکاری را نسبت به مرحله خط پایه نشان می دهد، بطوریکه نمرات آزمودنیها (به جز مراجع د) به درون نمرات جمعیت سالم حرکت کرده است. چمپلس و دیگران دامنه نمرات جمعیت سالم را بین ۱۰ تا ۳۵ در نظر گرفته اند میزان بهبودی آزمودنیها در مقیاس شناختهای گذرهراسی به ترتیب، ۲۵٪، ۳۷٪، ۴۳٪ و ۵۲٪ بوده است (نمودار ۱).



نمودار ۱- شناختهای آگورافوبیک آزمودنیها بر اساس مقیاس ACQ با روش حالت اولیه چند گانه

این یافته ها نشان می دهند که متغیر مستقل (درمان کنترل هراس) بر متغیر وابسته (شناختهای گذرهراسی) تاثیر داشته و در آزمودنیها، علی رغم تفاوت های فردی، فرض مبتنی بر تاثیر درمان کنترل هراس در کاهش شناختهای گذرهراسی بیماران شرکت کننده در پژوهش تایید می گردد.

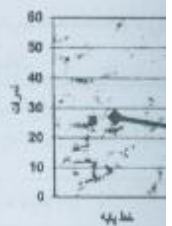
نمودار ۲، ترس از احساسات بدنی آزمودنیها را بر اساس مقیاس BSQ نشان می دهد. همان طور که در نمودار دیده می شود، منحنی نمرات آزمودنیها (بجز مراجع ج) با ورود به مرحله درمان، سیر نزولی و در انتهای جلسات درمان نمرات تفاوت آشکاری را نسبت به مرحله خط پایه نشان می دهد، بطوریکه نمرات همه آزمودنیها (حتی مراجع ج) به درون نمرات جمعیت سالم حرکت کرده است. چمپلس و دیگران دامنه نمرات جمعیت سالم را بین ۱۱ تا ۵۴ در نظر گرفته اند. میزان بهبودی آزمودنیها در مقیاس احساسات بدنی به ترتیب ۴۰٪، ۶۷٪، ۱۴٪ و ۶۸٪ بوده است (نمودار ۲).

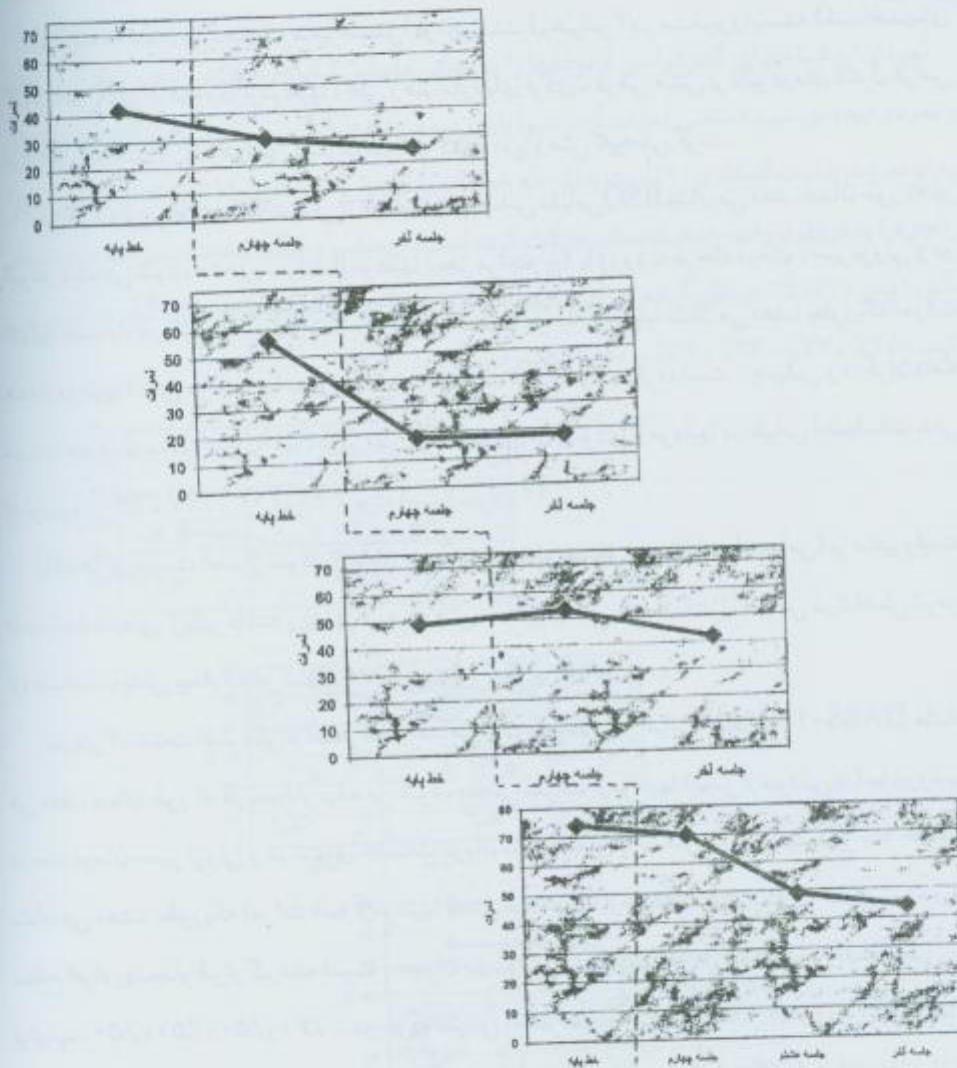
یافته های بدست آمده از نمودار ۲ نشان می دهند که متغیر مستقل (درمان کنترل هراس) بر متغیر وابسته (احساسات بدنی) تاثیر داشته و لذا فرضیه پژوهش، مبتنی بر تاثیر درمان کنترل هراس در کاهش ترس از احساسات بدنی بیماران شرکت کننده در پژوهش تایید می گردد.

نمودار ۳، شدت افسردگی، اضطراب و استرس آزمودنی ها را بر اساس مقیاس DASS-۲۱ نشان می دهد. همان طور که در نمودار دیده می شود، منحنی نمرات آزمودنیها (بجز آزمودنی د) با ورود به مرحله درمان، سیر نزولی و در انتهای جلسات درمان نمرات تفاوت آشکاری را نسبت به مرحله خط پایه نشان می دهد، بطوریکه نمرات همه آزمودنیها (حتی مراجع د) از دامنه نمرات بیماران خارج شده و در سطح افراد بهنجار قرار گرفته است. میزان بهبودی آزمودنیها در خرده مقیاس افسردگی به ترتیب ۵۰٪، ۵۰٪، ۵۰٪ و ۶۰٪، در خرده مقیاس اضطراب به ترتیب ۵۵٪، ۷۷٪، ۲۷٪ و ۵۳٪ و در خرده مقیاس استرس به ترتیب ۴۲٪، ۶۶٪، ۵۲٪ و ۳۳٪ بوده است (نمودار ۳). این یافته ها نیز نشان می دهند که متغیر مستقل (درمان کنترل هراس) بر متغیر وابسته (شدت اضطراب، افسردگی و استرس) تاثیر داشته و در آزمودنیها فرضیه مبتنی بر تاثیر درمان کنترل هراس در کاهش شدت اضطراب، افسردگی و استرس بیماران شرکت کننده در پژوهش تایید می گردد.

نمودار ۴، فراوانی حملات هراس را در آزمودنیها نشان می دهد. همان طور که در نمودار دیده می شود تعداد حملات هراس آزمودنیها (بجز مراجع د) با ورود به مرحله درمان، سیر نزولی و در انتهای جلسات درمان نمرات تفاوت آشکاری را نسبت به مرحله خط پایه نشان می دهد، بطوریکه نمرات آزمودنیها به

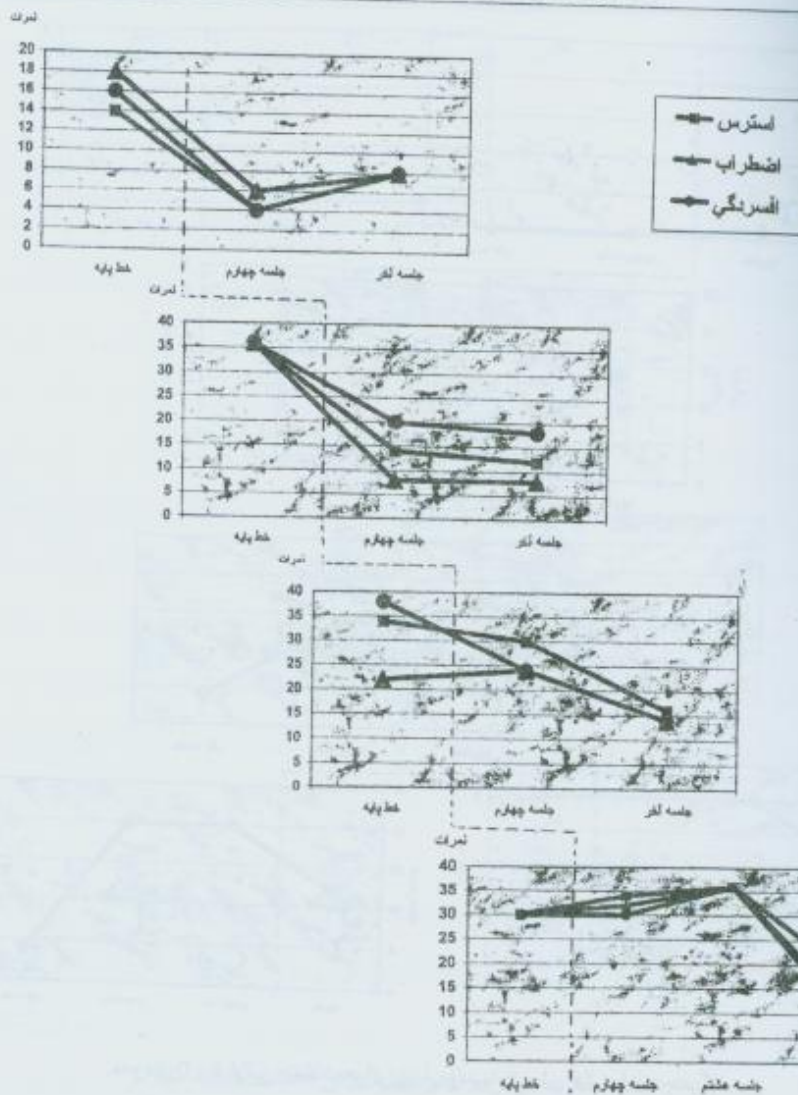
می دهد. همان طور که
ولی و در انتهای جلسات
نمرات آزمودنیها (بجز
دامنه نمرات جمعیت
نتهای گذرهراسی به





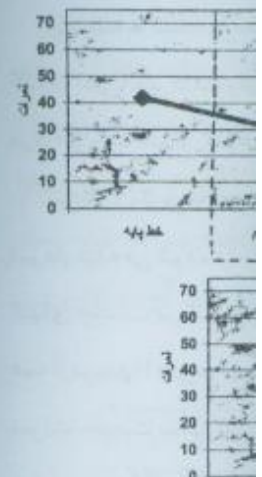
نمودار ۲- احساسات بدنی آزمودنیها براساس مقیاس BSQ با روش حالت اولین چندگانه

میانگین گروه طبیعی نزدیکتر از میانگین گروه غیرطبیعی است. میزان بهبودی آزمودنیها در فراوانی حملات هراس به ترتیب ۱۰۰٪، ۸۵٪، ۷۵٪ و ۶۶٪ بوده است (نمودار ۴). این یافته ها نشان می دهند که متغیر مستقل (درمان کنترل هراس) بر متغیر وابسته (تعداد حملات هراس) تأثیر داشته و فرضیه مبتنی بر تأثیر درمان کنترل هراس در کاهش حملات هراس بیماران شرکت کننده در پژوهش تایید می گردد.



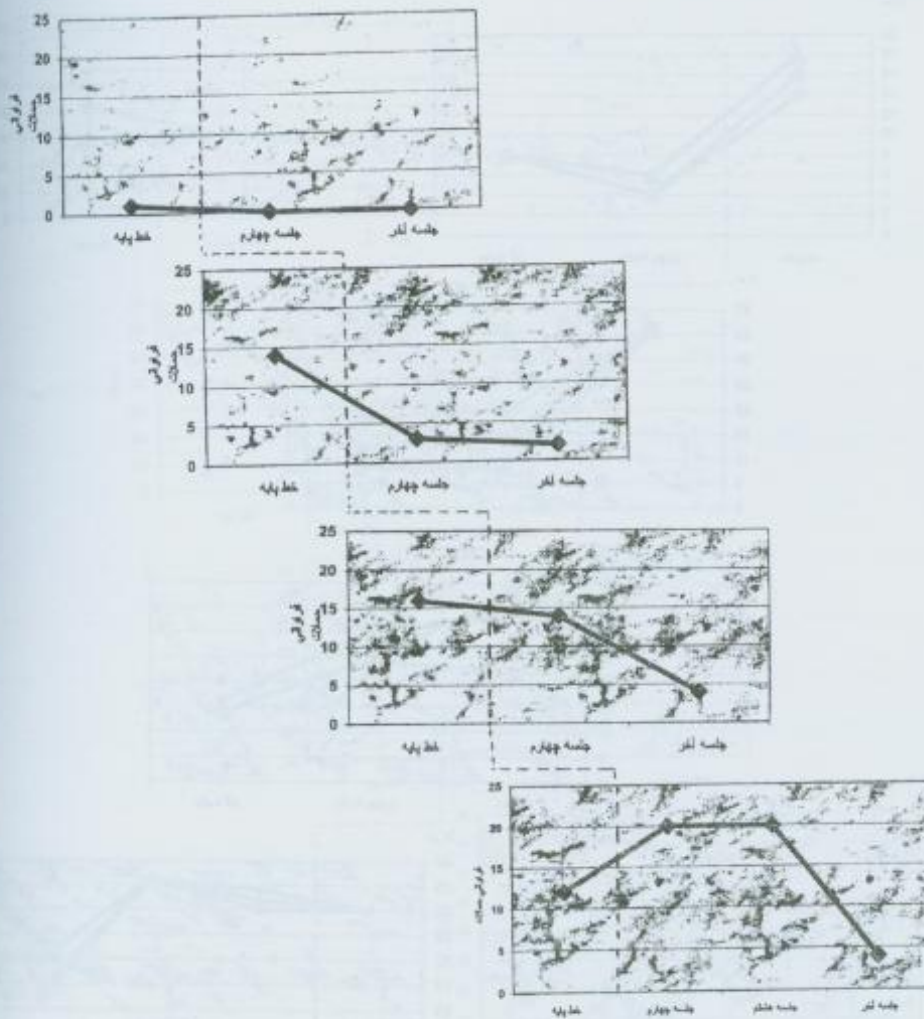
نمودار ۳- شدت اضطراب، افسردگی و استرس آزمودنیها براساس مقیاس DASS با روش حالت اولین چندگانه

نمودار ۵، شدت حملات هراس را در آزمودنیها نشان می دهد. همان طور که در نمودار دیده می شود، شدت حملات هراس آزمودنیها (بجز مراجع «د») با ورود به مرحله درمان، سیر نزولی و در انتهای جلسات درمان نمرات تفاوت آشکاری را نسبت به مرحله خط پایه نشان می دهد، بطوریکه نمرات آزمودنیها به میانگین گروه طبیعی نزدیکتر از میانگین گروه غیرطبیعی است. میزان بهبودی آزمودنیها در شدت حملات



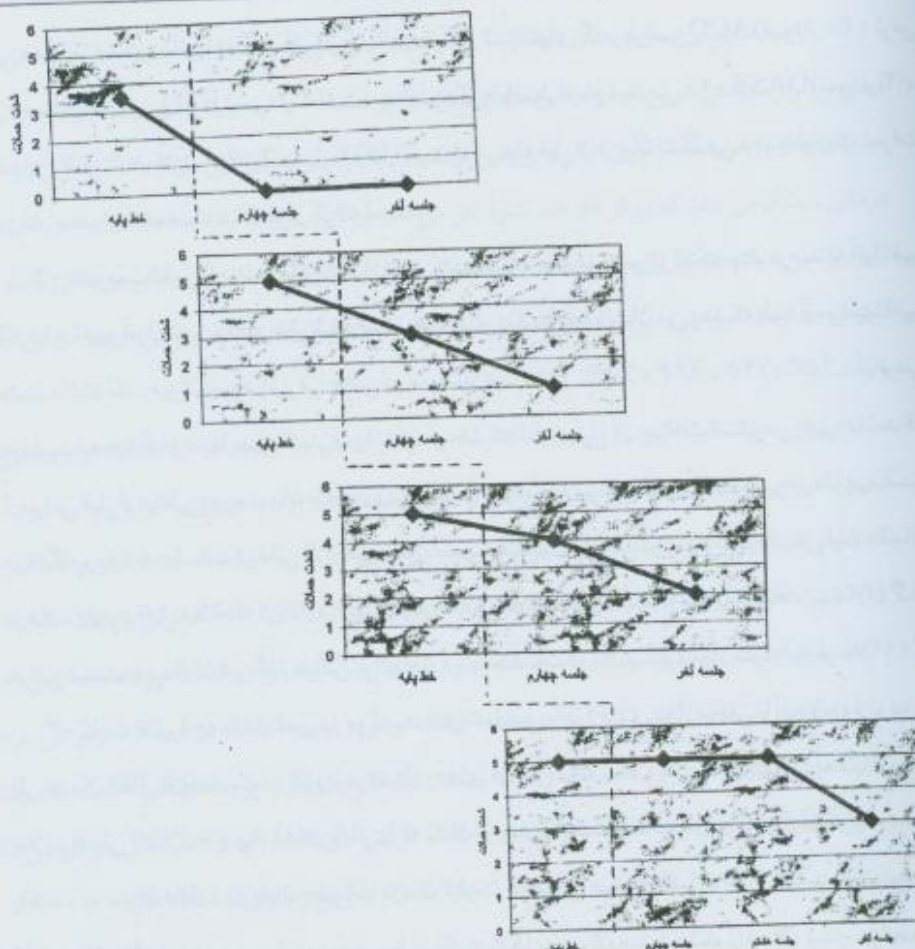
ت اولین چندگانه

دی آزمودنیها در فراوانی این یافته ها نشان می دهند. تأثیر داشته و فرضیه مبتنی بر روش تأیید می گردد.



نمودار ۳- فراوانی حملات هراس در آزمودنیها با روش حالت اولیه چند گانه

هراس به ترتیب ۱۰۰٪، ۸۰٪، ۶۰٪ و ۴۰٪ بوده است (نمودار ۵). این یافته ها نشان می دهند که متغیر مستقل (درمان کنترل هراس) بر متغیر وابسته (شدت حملات هراس) تأثیر داشته و در آزمودنیها، علی رغم تفاوت های فردی، فرضیه مبتنی بر تأثیر درمان کنترل هراس در کاهش شدت حملات هراس بیماران شرکت کننده در پژوهش تأیید می گردد.



نمودار ۵ - شدت حملات هراس در آزمودنیها با روش حالت اولیه چند گانه

بحث و نتیجه گیری

اینگرام، هیس و اسکات (۲۰۰۰) برای بررسی اثربخشی مداخله های روان شناختی رایج ملاک هایی را در نظر گرفته اند (نقل در حمید پور، ۱۳۸۱) که برای نتیجه گیری درباره اثربخشی روش درمان کنترل هراس، یافته های بدست آمده از پژوهش، در چارچوب این ملاکها مورد بررسی قرار گرفته است:

۱- اندازه تغییر (میزان کاهش در علائمی که آماج اصلی درمان محسوب می شوند): یافته ها نشان



ر گانه

فا نشان می دهند که
اشته و در آزمودنیها،
شدت حملات هراس

می دهد نمرات آزمودنیها تفاوت آشکاری را در مقیاس شناختهای گذر هراسی ACQ (نمودار ۱)، ترس از احساسات بدنی BSQ (نمودار ۲)، شدت افسردگی، اضطراب و استرس ۲۱-DASS (نمودار ۳)، تعداد و شدت حملات هراس (نمودار ۵ و ۴) نسبت به مرحله قبل از درمان نشان می دهد بطوریکه نمرات در دامنه نمرات جمعیت سالم قرار گرفته است.

۲- عمومیت تغییر (چند درصد از افراد تغییر مثبت نشان داده اند در برابر اینکه چند درصد از آنها تغییر نکرده یا تغییر آنها منفی بوده و بدتر شده اند): یافته های بدست آمده نشان می دهد که همه آزمودنیها تغییر مثبت داشته اند. میزان بهبود کلی مراجعین در مقیاسها عبارتند از: ۵۹٪، ۶۶٪، ۴۵٪، ۵۳٪. آزمودنی ج نسبت به بقیه آزمودنیها بهبود کمتری را نشان میدهد که شاید دلیل آن حوادث استرس زایی باشد که آزمودنی قبل و در طی دوره درمان با آنها روبرو بود. آزمودنی د نیز همانطور که از نمودارها پیداست در هنگام ورود به جلسات درمانی افزایشی را در بعضی مقیاسها نشان می دهد، با این حال در پایان جلسات درمان، بهبود قابل ملاحظه ای دارد. این نتایج مطابق با یافته هایی است که نشان می دهد بیماران گذر هراس نسبت به بیماران غیر گذر هراس برای بهبود، به جلسات درمان بیشتری نیاز دارند (بارلو، ۱۹۹۷).

۳- کلیت تغییر (چه مقدار تغییر در موقعیت های شخصی یا بین فردی که آزمودنی با آن روبه رو بود، در طی درمان اتفاق افتاده است): افزون بر دستاوردهای درمانی ثبت شده، هر یک از بیماران به دنبال درمان علائم اصلی اختلال، به پیامدهای پایاتری که نشان از بهبود کیفیت زندگی در این بیماران بود، دست یافتند. به عنوان مثال، در پایان جلسات درمان کیفیت تحصیلی مراجع الف افزایش یافته و غیبت های کلاسی اش کاهش یافت. مراجع ب در مطب یک پزشک به عنوان منشی مشغول به کار شد. مراجع ج روابط بهتری با فرزند و شوهرش برقرار کرد و مراجع د به تنهایی به مکانهای مورد اجتناب خویش می رفت. این موارد با یافته هایی که نشان می دهد درمان شناختی رفتاری در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال هراس مؤثر بوده، سازگار است (تلج و همکاران، ۱۹۹۵).

۴- میزان پذیرش (چقدر احتمال دارد که افراد فرایند درمان را به طور کامل به پایان برسانند در مقابل اینکه چه تعداد از آنها افت می کنند و درمان را به اتمام نمی رسانند): در طی انجام پژوهش حاضر هیچ کدام از آزمودنیها ریزش نداشتند و درمان با همان ۴ آزمودنی تا به انتها ادامه پیدا کرد.

۵- ایمنی (احتمال وقوع مسایل نامطلوب - برای مثال اثرات جانبی - چقدر است): در طی روند درمان هیچ گونه اثرات جانبی در آزمودنیها مشاهده نشد و شکایتی نیز از سوی مراجعین دریافت نشد.

۶- ثبات (نتایج و دستاوردهای درمانی تا چه مدت زمانی تدوام داشته است): متأسفانه به علت در دسترس قرار نداشتن دو تن از مراجعین، امکان تکمیل پرسشنامه‌ها در دوره پیگیری فراهم نشد. یافته‌های بدست آمده از پژوهش و بررسی ملاکهای اینگرام و همکارانش در مورد اثربخشی روشهای درمانی، نشان می‌دهد که روش «درمان کنترل هراس» در درمان بیماران مبتلا به اختلال هراس یا یا بدون گذر هراسی، یک درمان اثربخش است و از آنجا که این پژوهش اثربخشی این روش درمانی را در یک فرهنگ متفاوت مورد بررسی قرار داده است، می‌تواند به نوعی تاییدی بر کارایی این درمان در این جامعه باشد.

با ارزیابی میزان اثربخشی روش درمان کنترل هراس در درمان بیماران مبتلا به اختلال هراس یا یا بدون گذر هراسی می‌توان (بر اساس نمودار ۲ و ۱) نتیجه گرفت فرضیه اول و دوم پژوهش تأیید می‌شود. این یافته‌ها موافق با پژوهشهایی است که در زمینه اثربخشی این اختلال انجام شده است (بارلو و همکاران، ۱۹۸۹؛ ۲۰۰۰؛ کلوزکو و همکاران، ۱۹۹۰؛ کرسک و دیگران، ۱۹۹۵؛ گلد، اتو و پلاک، ۱۹۹۵). یافته‌های بدست آمده از نمودار ۳، فرضیه سوم پژوهش را تأیید کرده و نشان می‌دهد که این روش درمان در کاهش نشانگان افسردگی (که به علت اختلال هراس و ایجاد اختلال در عملکرد آزمودنی بوجود می‌آید)، اضطراب و استرس تأثیر مثبت داشته است. این نتایج موافق با پژوهشهایی است که رفتار درمانی شناختی را در بهبود اختلالات همراه با اختلال هراس مثل اضطراب و افسردگی مؤثر می‌داند (براون و دیگران، ۱۹۹۵؛ لیبرگ و دیگران، ۱۹۹۳؛ تسائو، لوین و کرسک، ۱۹۹۸).

همچنین یافته‌های بدست آمده از نمودار ۵ و ۴، فرضیه چهارم و پنجم پژوهش را تأیید کرده و نشان می‌دهد که این روش درمانی در کاهش تعداد و شدت حملات هراس مؤثر است. این یافته‌ها نیز موافق با پژوهشهایی است که در زمینه اثربخشی این اختلال انجام شده است (بارلو و همکاران، ۱۹۸۹؛ ۲۰۰۰؛ کلوزکو و همکاران، ۱۹۹۰؛ کرسک و دیگران، ۱۹۹۵؛ گلد، اتو و پلاک، ۱۹۹۵).

بطور کلی در یک جمع بندی از نتایج بدست آمده می‌توان گفت که روش درمان کنترل هراس علاوه بر اینکه از کارایی و اثربخشی لازم بر طبق ملاکهای مطرح شده برخوردار است، حائز ملاک با اهمیتی بنام معناداری بالینی^۱ نیز می‌باشد. مفهوم معنی داری بالینی اساساً به دنبال این است تا بطور کمی مشخص نماید که وقتی ما می‌گوییم مداخله درمانی بر روی یک مراجع موفقیت آمیز یا مؤثر بوده است یعنی چه؟

1) Clinical Significance

ACQ (نمودار ۱)، ترس

۲۱-DASS (نمودار ۳)،

ن می‌دهد بطوریکه نمرات

نکه چند درصد از آنها تغییر

دهد که همه آزمودنیها تغییر

۴۵٪، ۵۳٪. آزمودنی

استرس زایی باشد که

از نمودارها پیداست

این حال در پایان جلسات

ن می‌دهد بیماران گذر

باز دارند (بارلو، ۱۹۹۷).

دنی یا آن روبه رو بود، در

از بیماران به دنبال درمان

این بیماران بود، دست

زایش یافته و غیبت‌های

ل به کار شد. مراجع ج

اجتناب خویش می‌رفت.

زندگی بیماران مبتلا به

به پایان برسانند در مقابل

عام پژوهش حاضر هیچ

کرد.

ست): در طی روند درمان

ن دریافت نشد.

معنی واقعی آن این است که سطح عملکرد یا کنش وری مراجع بایستی بطور اساسی بعد از مداخله، بهبود یافته باشد (صاحبی، ۱۳۸۲).

همانطور که یافته های بدست آمده از پژوهش نشان می دهد، نمرات آزمودنیها در انتهای جلسات درمان در مقیاسهای ACQ و BSQ به درون دامنه نمرات جمعیت سالم حرکت کرده است. در مقیاس DASS-۲۱ نیز نمرات آزمودنیها از دامنه نمرات بیماران خارج شده و در سطح افراد بهنجار قرار گرفته است. در مقیاس ثبت تعداد و شدت حملات هراس، نمرات آزمودنیها به میانگین گروه طبیعی نزدیکتر از میانگین گروه غیر طبیعی است، لذا این نتایج از لحاظ بالینی معنادار است.

در نهایت، لازم به ذکر است که امروزه پژوهشهای فراوانی درباره اثربخشی این روش درمان وجود دارد، اما درباره کارایی و تعمیم پذیری این نوع درمان در موقعیتهای مختلف مانند درمانگاهها و بیمارستانها اطلاعات کمی وجود دارد. بنابراین تعیین کارایی این نوع روش درمان، اصلاح آن مداخله برای رسیدن به بیشترین اثربخشی در طیفی از موقعیتهایی که در آن به کار گرفته می شود، و کشف بهترین شیوه فراگیر کردن این رویکرد برای انتقال به شمار بیشتری از متخصصان بالینی و بیماران، همگی چالشی فراروی جامعه علمی قلمداد می شوند.

منابع

- بارکر، کریس؛ بیسترنگ، نانسی و الیوت، رابرت. (۱۹۹۸). روشهای پژوهش در روان شناسی بالینی و مشاوره. ترجمه هامایک آوادیس یانس و محمد رضا نیکخو، تهران: انتشارات سخن، ۱۳۸۰.
- جابری، پریوش؛ محرابی، فریدون و مهریار، امیر هوشنگ. (۱۳۷۸). شیوه های شناختی - رفتاری در درمان زنان مبتلا به فوبیان جنسی. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱۸ و ۱۷، صص ۷۹-۹۱.
- حمید پور، حسن. (۱۳۸۱). مقایسه کارایی و اثربخشی شناخت درمانی «تیزدل» با شناخت درمانی «بک» در درمان اختلال افسرده خویی. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- دلاور، علی. (۱۳۷۵). روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی. تهران: نشر ویرایش.
- سرمد، زهره؛ بازگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۷۹). روشهای تحقیق در علوم رفتاری. تهران: انتشارات آگه.

- سیف، علی اکبر. (۱۳۶۶). طرحهای پژوهشی تک آزمودنی. فصلنامه تعلیم و تربیت، ۱۰، صص ۳۸-۲۰.
- صاحبی، علی. (۱۳۸۲). روش تحقیق در روانشناسی بالینی. تهران: انتشارات سمت.
- صاحبی، علی؛ سالاری، راضیه سادات و اصغری، محمد جواد. (۱۳۸۰). هنجاریابی آزمون افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-۲۱) برای جمعیت ایرانی. (زیر چاپ).
- کلارک، دیوید م. و فربورن، کریستوفر ج. (۱۹۹۷). دانش و روشهای کاربردی رفتار درمانی شناختی. ترجمه حسین کاویانی، (۱۳۸۰)، جلد اول، تهران، انتشارات فارس.
- گراث-مارنات، گری. (۱۹۹۰). راهنمای سنجش روانی: برای روانشناسان بالینی، مشاوران و روانپزشکان. ترجمه حسن پاشاشریفی، (۱۳۷۳)، تهران: انتشارات رشد.

American psychiatric Association.(2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (4th ed. Text ver). APA. Washangton, D.C.

Atezaz, S. S. & Timothy, J. B. (1998). Panic disorder : effective treatment options . **American Family physician**, 57 (10). 2405-2413

Barlow, D. H. (1992). Cognitive - behavioral approaches to panic disorder and social

Barlow, D. H. Craske, M.G., Cerney, J. A. , & Klosko, J. S. (1989). Behavioural treatment of panic disorder. **Behavior Therapy**, 20, 261-84.

Barlow, D. H.(1997). Cognitive – behavioral therapy for panic disorder: current status. **Journal of Clinical Psychiatry**, 58, suppl 21, 32-37.

Barlow, D. H., Gorman, J. M, Shear, M. K. & Woods, S.W. (2000). Cognitive ? behavioral therapy, imipramine or combination for panic disorder : A Randomised controlled trial. **The Journal of the American Association**, 283 (19), 2529-2536.

Barlow, D. H.,& Hersen, M. (1979). **Single case experimental designs**

بد از مداخله، بهبود

بر انتهای جلسات
به است. در مقیاس
داد بهنجار قرار گرفته
و به طبیعی نزدیکتر از

روش درمان وجود
انگازها و بیمارستانها
مداخله برای رسیدن
بهترین شیوه فراگیر
گی چالشی فراروی

روش در روان شناسی
از ات سخن، ۱۳۸۰.
های شناختی - رفتاری
۷۹-۹۱.

دل، با شناخت درمانی
لینی، دانشکده علوم

نشر ویرایش.

روانپزشکی. تهران:

strategies for studying behavior change . New York : pergamon press.

Brown, T. A., Antony, M. & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid Diagnoses following Treatment . **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 63, 3, 408-418.

Candilis, P. J., Mclean, R. Y., Otto, M.W., Manfro, G. G., Worthington, J. J., penava, S. J., Marzol, P. C., & Pollack, M. H. (1999). Quality of life in patients with panic disorder. **Journal of Nervous and Mental Disease**, 187, 429-434.

Chambless, D. L. ,& Gracely, E. J . (1998) . Fear of fear and the Anxiety disorders. **Cognitive Therapy and Research**, 13 (1), 9-20.

Chambless, D. L., Beck, A. T., Gracely, E J. & Grisham, J. R. (2000) . Relationship of cognitions to fear of somatic symptoms: A test of the cognitive theory of panic . **Depression and Anxiety**, 11, 1-9 .

Chambless, D. L., Caputo, C. C., Bright, P. & Gallagher, R. (1984) . Assessment of fear of fear in agoraphobics: the body sensations Questionnaire and the Agora phobic cognitions Questionnaire . **Journal of Consulting and Clinical Psychology**. 52, 1090 - 1098.

Craske, M. G. & Barlow, D. H.(2001). Panic disorder and agoraphobia. In D. Barlow (2ed) . **Clinical hand book of Psychological disorders: A step – by – step treatment manual** (pp. 1- 59) . New York, London : the Guilford press.

Craske, M. G. & Tsao, J. C. (1999) . Self – monitoring with panic and anxiety disorelers. **Psychological Assessment** ,11 , 466- 479.

Craske, M. G., Maidenberg, E., & bystritsky, A. (1995). Brief cognitive-

behavioural vs. nondirective therapy for panic disorder. **Journal of behaviour therapy Psychiatry**, 26, 113-20.

Craske, M. G., Roy - Byrne, P. S., Murray, B., Donald - sherbourne, C., Bystritsky, A. K., & Wayne, S. G.(2002) . Treating panic disorder in primary care: a collaborative care intervention. **General Hospital Psychiatry**, 24, 148 - 155.

Deepa, N. (2003) . Review of the long - term effectiveness of cognitive behavioral therapy compared to medication in panic disorder. **Depression & Anxiety**, 17(2). 204-210.

Goodwin, R. & Olfson, M. (2001).Treatment of panic attack and risk of major depressive disorder in the community . **American Journal of Psychiatry**, 159 (4) , 681.

Gould , R. A., Otto M.W. & Pollack, M.H. (1995) A meta analysis of treatment outcome for panic disorder.**Clinical Psychology Review**, 15, 819-844.

Hoffman, Emily C., & Matiss , S. G. (2000). A developmental adaptation of panic control treatment for panic disorder in adolescence. **Cognitive & Behavioral Practice** , vol 7 (3), pp 253-261.

Hoffman, S. G., & Spiegel, D. A. (1999). Panic control treatment and it's application . **Journal of psychotherapy practice & Research**, vol 8 , No 1,3.

Hofmann, S. G., Bufka, L. F., Brady, S. M., Durand, C., & Goff, D. C. (2000). Cognitive-behavioral treatment of panic in patient with Schizophrenia :Preliminary findings . **Journal of Cognitive Psychotherapy**, 14, 4, 381-158.

Hunsley, J.(2003). Cost - effective ness and medical cost ? offset considerations in psychological service provision .**Canadian Psychology**, 44

strategies for stud

Brown, T. A., A
in panic disorder
Diagnoses follow
Psychology, 63, 3,

Candilis, P. J., M
J., penava , S. J. M
patients with panic
429-434.

Chambless, D. I
disorders. **Cognitiv**

Chambless, D. I
Relationship of cog
tive theo of panic .

Chambless, D. I
Assessment of fear
and the Agora phobi

Clinical Psycholog

Craske, M. G. &
D. Barlow (2ed) . C
- by - step treatme
press.

Craske, M. G. &
anxiety disorelers. P

Craske, M. G., M

(1).

Kazdin, A. E. (1992). **Research Design in Clinical Psychology** (2rd.ed). Boston, MA: Allyn & Bacon.

Klosko, J. S., Barlow, D. H. Tassinari, R., & Cerny, J. A. (1990). A comparison of Alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, vol. 58, Issue 1, p 77 ? 84

Laberge, B., Gauthier, J. G., Cote, Guylaine, P. & Cormier, J. (1993). Cognitive- behavioural Therapy of panic disorder with secondary major Depression: A preliminary Investigation . **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 1, 6 .

Levitt, J. T. , Hoffman, E. C., Grisham, J. R. & Barlow, D. H .(2001). Empirically supported treatments for panic disorder. **Psychiatric Annals**, 31(8), 478 – 487.

Lovibond , S. H.& Lovibond , P. F. (1995) . **Manual for Depression – Anxiety – Stress Scales** . sydney : psychology foundation of Australia Inc.

Markowitz, J. S., Weissman , M. M., Oueletto, R., Lish , J. D., Klerman , G. L. (1989) . Quality of life in panic disorder . **Archives of General Psychiatry**, 46, 984- 992.

Mathews, A., Gelder, M. G., & Johnston, D. W. (1981). **Agoraphobia: nature and treatment**. Tavistock, London.

phobia . **Bulletin of the Menninger Clinic** , 58 (2).15-20.

Rosenbaum , J. F. & Pollack , R. A. (1995) . Integrated treatment of panic diorder. **Bulletin of the Menninger Clinic**, 59, issue 2, 4-27

Telch, M. J., Schmit, N. B. Jaimez, T. L., Jacquin, K. M. & Harrington , P. j. (1995). Impact of cognitive- behavioral treatment on Quality of life in panic

disorder patients. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 63, Issue 5.

Thorn, G. R., Chosak, A., Baker, S. L. & Barlow, D. H. (1999). Psychological theories of panic disorder. In David J. Nutt, James C. Ballenger, J. Lapine, **Panic Disorder: Clinical Diagnosis, Management and Mechanisms** (pp.93 – 108). London : martin Dunitz. Ltd.

Tsao, J. C., Lewin, M. R., Craske, M. G. (1998). The effect of cognitive – behaviour therapy for panic disorder on comorbid conditions. **Journal of Anxiety Disorder**, vol 12(4) , 357-71.

Wallen, N. E. & Fraenkel, J. R. (2001). **Educational Research : A Guide to the process** (2Ed). London: Lawrance Erlboun Associates publishers.

(1).

Kazdin, A. E.

Boston, MA: Allyn

Klosko, J. S.

comparison of Allyn

Journal of Cons

Laberge, B., G

cognitive– behavior

Depression: A pre

Psychology, 1, 6

Levitt, J. T. ,

Empirically supp

31(8), 478 – 487.

Lovibond , S.

Anxiety – Stress

Markowitz, J. S

L. (1989). Quality

46, 984- 992.

Mathews, A., C

ture and treatment

phobia . **Bullet**

Rosenbaum , J.

disorder. **Bulletin o**

Telch, M. J., Se

(1995). Impact of