**بنفشه زارعی**

**یداله زرگر**

**ایران داودی**

**The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on severity of symptoms and quality of life in patients with panic disorder: A Case Study**

**Abstract**

**Introductoin:** Panic disorder (PD) is a severe anxiety disorder characterized by recurrent panic attacks, anticipation and worry about further panic attacks and their potential consequences as well as dysfunctional reassurance and avoidance behaviors aimed at preventing them. Panic disorder disrupts a person's performance in important areas of life and negatively affects on quality of life. Therefore, the present study was conducted with the purpose of evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on symptoms and quality of life (QoL) among people with panic disorder in ahvaz city.

**Method:**The research method was experimental single subject with non concurrent multiple baseline design trials. The statistical population of the study consisted of all individuals with panic disorder referring to counseling centers in Ahvaz during February, 2020 to August, 2020. Three of them were selected using available sampling and randomly between 3 to 5 baseline sessions were considered for them. The treatment program was carried out for 10 weekly sessions derived from the cognitive behavioral therapy protocol, with a follow-up period of 6 weeks subsequent to treatment termination. Data were collected from the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5-CV), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Quality of life Questionnaire (WHOQOL). Clinically Significant Improvement (CSI), Visual analysis and Reliable Change Index (RCI) was used to analyze the data. A pro

**Results:**Results showed that, panic symptom severity decreased with CBT. participants achieved a 52/69 percentage of recovery in BAI, and 55/03 percentage of recovery in QOLQ. These results indicate the effective effect of cognitive behavioral therapy on reducing the symptoms of panic disorder and increasing the quality of life in the participants. Also, the obtained results of reliable change index in Beck anxiety scores , after the intervention sessions, (2.25 for the first participant ), (2.57 for the second participant) and (2.90 for the third participant). After 6 weeks follow-up, the reliable change index was in the first participant (2.45), the second participant (2.78) and the third participant (2.81). Considering that the score of each participant reached above Z=1.96, it is possible to attribute the change or improvement obtained to the effect of the intervention with 95% confidence level (P < 0.05).The results of reliable change index in quality of life scores after follow up indicate that in some subscales, the improvement was caused by the intervention and treatment. The rate of reliable change index was calculated in the first participant in the quality of life subscales, respectively, physical (6.37), pcychological (4.28), social (1.99) and environmental (2.47). In the second participant, physical (6/37), pcychological (4/28), social (2/63) and environmental (1/23) and in the third participant, physical (5/14). pcychological (3.25), social (0.63) and environmental (1.44) were obtained. ,In other words, cognitive behavioral therapy was effective on decreasing panic symptoms and increasing quality of life

**Discussion and Conclusion:** According to the results of this study, Panic disorder is common, and Can lead to significant disruption in daily functioning and reduce quality of life.using both cognitive and behavioral techniques are effective in in improving a person's performance and improving panic symptoms, as well as improving the quality of life. accordingly, cognitive behavioral therapy CBT for treating panic disorders and improving quality of life may be useful in Iranian clinical settings. in other words, results from the present study indicate that a CBT protocol acceptability in patients with PD can be successfully delivered in this population.

**Keywords** **:**Panic disorder; Cognitive behavioral therapy; quality of life.

**Author Contributions:** Author 1 was responsible for leading the overall research process. Author 2 was responsible for research plan design, data collection and analysis and all authors discussed the results, reviewed and approved the final version of the manuscript.

**Acknowledgments:** The authors thank all dear participants who have helped us in this research.

**Conflicts of interest:** The authors declare there is no conflict of interest in this article.

**Funding:** This research is not sponsored by any institution and all costs have been borne by the authors

**اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری بر شدت علائم و کیفیت زندگی در مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی: پژوهش تک موردی**

**چکیده**

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری برشدت علائم و کیفیت زندگی در مبتلایان به اختلال وحشت­زدگی شهر اهواز انجام شد. روش پژوهش، طرح تجربی تک آزمودنی، از نوع چند خط پایه ناهمزمان با دوره پیگیری بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اهواز بودند. از بین داوطلبین متقاضی ورود به پژوهش، 3 نفر به روش نمونه­گیری در دسترس انتخاب شدند و برای آن‌ها به‌طور تصادفی بین 3 تا 5 جلسه خط پایه در نظر گرفته شد. سپس 10 جلسه هفتگی 45 دقیقه‌ای درمان شناختی ـ رفتاری انفرادی دریافت کردند. ارزیابی­ها با استفاده از مصاحبه ساختاریافته، مقیاس اضطراب بک و مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت، در مرحله خط پایه، مداخله و پیگیری انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری، درصد بهبودی و تغییر شاخص پایا استفاده شد. یافته­های پژوهش حاکی از روند کاهشی معنی‌دار در نمرات اضطراب بک و روند افزایشی معنی‌دار در نمرات کیفیت زندگی شرکت کننده‌ها بود. باتوجه به نتایج به نظر می­رسد می‌توان از درمان شناختی ـ رفتاری به عنوان یک مداخله مؤثر جهت کاهش علائم اختلال وحشت‌زدگی و افزایش کیفیت زندگی در مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی استفاده نمود.

**کلید واژگان**: اختلال وحشت‌زدگی، درمان شناختی ـ رفتاری، کیفیت زندگی

**مقدمه**

اختلال وحشت­زدگی (Panic disorder) از جمله اختلال‌های اضطرابی است که شامل حمله وحشت­زدگی است که یک دوره­ی ناگهانی و مجزای نگرانی و یا ترس است که با علائم متفاوت (از قبیل تپش قلب، لرزش، احساس خفگی یا تنفس کوتاه، تعریق، درد قفسه سینه، تهوع، سرگیجه، ترس از دست دادن کنترل، ترس از مردن، احساس غیر واقعی بودن) همراه می­شود و موجب نگرانی مکرر و مداوم فرد درباره­ی دوباره روی دادن حمله‌ها و تغییرات رفتاری ناسازگارانه برای جلوگیری از روی دادن حملات می‌گردد (Leahy, Holland & McGinn, 2012). نرخ شیوع تمام عمری اختلال وحشت‌زدگی 1 تا 4 درصد است (Sadock,Sadock & Ruiz, 2015). هزینه ابتلا به اختلال وحشت­زدگی هم برای فرد و هم برای جامعه بالاست. افراد مبتلا به اختلال وحشت­زدگی سطوح بالاتری از ناتوانایی­های شغلی، بین­فردی و جسمانی را تجربه می­کنند و بیشتر از سایر بیماران روان­پزشکی، روزهای کاری را از دست می­دهند. در نتیجه هزینه­های مستقیم (برای مثال، بستری شدن) و غیرمستقیم (بهره­وری شغلی) به سیستم سلامت جامعه تحمیل می­کنند(Leahy et al., 2012).

بر اساس مدل شناختی ـ رفتاری مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی نخستین حمله وحشت‌زدگی یا سطح بالای اضطراب را به دلیل آسیب‌پذیری زیستی، فشار روانی و یا دلایل جسمانی تجربه می‌کنند. احساس‌های ناشی از برانگیختگی جسمانی، مثل تپش قلب منجر به سوءتعبیرهای فاجعه‌بار (دارم سکته قلبی می‌کنم دارم دیوانه می‌شوم) می‌شود که همین امر منجر به گوش ‌به ‌زنگی افراطی این افراد می‌گردد. در موقعیت‌های بعدی، فرد احساس‌های ناشی از برانگیختگی جسمانی را به ‌اشتباه نشانه‌ای از قریب‌الوقوع بودن یک اتفاق فاجعه‌بار تفسیر می‌کند که نتیجه‌اش این است که فرد یک حمله وحشت‌زدگی را تجربه می‌کند. به دنبال این حمله‌ها،  فرد دچار اضطراب انتظاری می‌گردد و از دیگر موقعیت‌هایی که احتمال تجربه اضطراب در آن‌ها بالاست اجتناب می‌کند (Leahy et al., 2012). اختلال وحشت­زدگی باعث اختلال در زمینه‌های مهم عملکرد افراد می‌شود و در نتیجه کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش می دهد. از جمله این‌که اضطراب و اجتناب ناشی از وحشت‌زدگی به طور قابل توجهی با اختلال عملکردی در حوزه‌های اجتماعی و کاری در میان مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی مرتبط است (Kim, Kim & Lee, 2021). مطالعات متعددی در خصوص بررسی کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی صورت گرفته است. طی یک مطالعه مروری توسط Davidoff, Christensen, Khalili, Nguyen and IsHak (2011) مشخص شد که بسیاری از افراد مبتلا به اختلال وحشت­زدگی دچار اختلالات قابل توجهی در کیفیت زندگی می­شوند که حتی پس از دریافت درمان نیز سطح کیفیت زندگی آن‌ها در رده هنجار جامعه قرار نمی‌گیرد. در مطالعه‌ی دیگری در برزیل که توسط Fidry, Zugliani, do Valle, Martins, Cabo, Nardi and Freire (2019) انجام شد، کمترین مقدار کیفیت زندگی در حوزه سلامت جسمی مشاهده شد، زیرا علائم وحشت‌زدگی بسیار شبیه به علائم بالینی پزشکی و بیماری جسمانی است. از دیگر یافته‌های این مطالعه این بود که مشخص شد که علائم اضطراب و وحشت، بر روی کیفیت زندگی مبتلایان اختلال وحشت‌زدگی تأثیر منفی دارد و اختلال وحشت‌زدگی نشانگر کیفیت پایین در چهار حوزه کیفیت زندگی (جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و محیطی) است. بنابر تعریف سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند اهداف و انتظارات استانداردها و اولویت‌های آن‌ها می‌باشد، لذا کیفیت زندگی کاملاً فردی بوده و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه‌های متفاوت زندگی‌شان استوار است ([Herrman](https://www.researchgate.net/profile/Helen_Herrman), [Metelko](https://www.researchgate.net/scientific-contributions/Z-Metelko-39783061), [Szabo](https://www.researchgate.net/scientific-contributions/S-Szabo-2080176105), [Rajkumar](https://www.researchgate.net/scientific-contributions/S-Rajkumar-2138767771), [Kumar](https://www.researchgate.net/scientific-contributions/S-Kumar-75560644), [Vanheck](https://www.researchgate.net/scientific-contributions/G-Vanheck-75561493) et al., 1993).

بیشتر مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی به درمان خیلی خوب پاسخ می‌دهند مؤثرترین نوع درمان دارودرمانی و روان‌درمانی شناختی ـ رفتاری است (Sadock et al., 2015). درمان شناختی ـ رفتاری یکی از پرکاربردترین شکل­های روان‌درمانی برای اختلال­های روان‌شناختی است. این رویکرد درمانی مبتنی بر عقل سلیم است که بر دو اصل بنیادی استوار است: نخست این‌که شناخت­واره­های ما اثری کنترل‌کننده بر هیجان­ها و رفتار ما دارد و دوم این‌که چگونگی عملکرد یا رفتار ما اثری قوی در الگوهای فکری و هیجان­های ما می­گذارد (Wright, Basco & Thase, 2009). طبق مدل شناختی- رفتاری (Nelson, 2005)، افکار، هیجانات و رفتار فرد در شکل‌گیری و تداوم باورها، سؤگیری‌ها و ارزیابی‌ها با هم تعامل نزدیکی دارند. لذا برای از بین بردن این باورها و سؤگیری‌ها باید مداخله در شناخت، افکار و رفتار صورت گیرد (Doustkam, Pourheydari, Karimi Sadr, Hosseini, 2021). بر اساس مطالعات انجام شده در خارج از کشور، درمان شناختی ـ رفتاری بر بهبود اختلال وحشت­زدگی تأثیر دارد (Bilet, Olsen, Andersen & Martinsen, 2020؛ Bouchard, Allard, Robillard, Dumoulin, Guitard, Loranger et al., 2020؛ Stech, Grierson, Chen, Sharrock, Mahoney & Newby, 2020؛ Matsumoto, Sato, Hamatani, Shirayama & Shimizu, 2019). از سوی دیگر پژوهش‌های انجام شده حاکی از اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری جهت افزایش کیفیت زندگی می‌باشد(Bennebroek Evertsz', Sprangers, Sitnikova, Stokkers, Ponsioen, Bartelsman, 2017؛ Ganjeh, Mehrabizadeh Honarmand, davodi, Zargar, 2015) همچنین پژوهش­ها از اثربخشی مداخلات شناختی ـ رفتاری برای بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به وحشت­زدگی، حمایت می‌کند و حاکی از آن است که درمان شناختی ـ رفتاری باعث افزایش کیفیت زندگی این افراد می­شود (Fidry, Zugliani, do Valle, Martins, Cabo, Nardi & Freire, 2019 ؛ Ogawa, Kondo, Okazaki, Imai, Ino, Furukawa & Akechi, 2017 ؛ McCabe, Gifford, 2009؛ McHugh, Otto, Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2007). با وجود پژوهش‌های بسیار در زمینه­ی درمان اختلال وحشت­زدگی، تا آن‌جا که بررسی پژوهش‌های در دسترس نشان ‏داد، به طور مشخص، پژوهشی با هدف مداخله شناختی ـ رفتاری بر کاهش شدت علائم و افزایش کیفیت زندگی در افراد مبتلا به اختلال وحشت­زدگی در جامعه ایرانی یافت نشد، بنابراین ضرورت ایجاب می­کند تا در جهت انجام مداخلات روان‌شناختی به‌ ویژه شناختی ـ رفتاری که جای خالی آن برای افراد مبتلا به اختلال وحشت­زدگی احساس می­شود، گام برداشت و کارآمدی این‌گونه مداخلات را مورد آزمون قرار داد. با توجه به مطالب فوق، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری بر کاهش شدت علائم جسمانی و شناختی و افزایش کیفیت زندگی در حوزه در مبتلایان اختلال وحشت­زدگی شهر اهواز است.

**روش**

در این پژوهش از طرح پژوهشی تجربی از نوع تک آزمودنی خط پایه چندگانه ناهمزمان (Non Concrruent Multiple Baceline Design) استفاده شد. جامعه آماری شامل افرادی است که در فاصله زمانی بهمن 98 تا مرداد 99 (مدت زمان انتشار فراخوان پژوهش) به مراکز درمانی شهر اهواز مراجعه و تشخیص اختلال وحشت­زدگی دریافت کردند. از میان داوطلبین شرکت در پژوهش، پس از بررسی تناسب آن‌ها با ملاک‌های ورود، تعداد 3 نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. ملاک ورود افراد به پژوهش شامل دریافت تشخیص اختلال وحشت­زدگی بر اساس ملاک­های DSM-5 توسط متخصص، داشتن حداقل 18 تا 50 سال سن، داشتن حداقل تحصیلات متوسطه، نداشتن بیماری خاص و بارز جسمی و روانی، عدم اعتیاد به الکل و مواد مخدر، نبودن تحت درمان دارویی و روان‌شناختی به طور همزمان با پژوهش و رضایت برای شرکت در طول درمان و اجرای پژوهش بوده است. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کننده‌ها در جدول 1 ارائه شده است.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Table1. characteristics of the sample | | | | |
| **participantes** | **Age** | **education** | **Employment status** | **Gender** |
| 1 | 26 | BA | Unemployed | Female |
| 2 | 33 | diploma | housewife | Female |
| 3 | 22 | Student of BA | student | Female |

**ابزار پژوهش**

پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory): پرسشنامه اضطراب بک توسط آرون تی. بک و همکارانش در سال 1988 ساخته شد. این پرسشنامه دارای 21 گویه است که علائم اضطراب را فهرست کرده است. این پرسشنامه برای اندازه­گیری اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان ساخته ‌شده و هر یک از ماده­های آن، یکی از علائم شایع اضطراب یعنی علائم ذهنی، علائم بدنی و هراس را می­سنجد. نمره کل در دامنه‌ای از 0 تا 63 قرار می‌گیرد. این مقیاس ثبات درونی بالائی دارد و همبستگی ماده­های آن باهم شامل دامنه‌ای از 30% تا 71% (میانگین برابر 60%) است. (1988) Beck, Epstein, Brown and Steer ، این آزمون را بر روی 83 بیمار بافاصله یک هفته اجرا کردند و پایایی آن با روش بازآزمایی را 75/0، همسانی درونی این مقیاس را برابر 92/0 و همبستگی ماده‌های آن را از 30/0 تا 76/0 گزارش دادند. Kaviani, Mousavi (2008)، پژوهشی را با هدف سنجش روايي و پايايي پرسشنامه سنجش اضطراب بک در جمعيت بيمار و غيربيمار ايراني انجام دادند. نتايج یافته‌های پژوهش نشان داد پرسشنامه مورد نظر داراي روايي (001/0P<، r=0/72)، پايايي (001/0P<، r=0/83) و ثبات دروني (92/0=alpha) مناسبي است. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه اضطراب بک، به روش ضریب آلفای کرونباخ، 83/0 به دست آمد که از نظر آماری قابل قبول می‌باشد. هدف از انتخاب این پرسشنامه، سنجش علائم جسمانی و شناختی اختلال وحشت‌زدگی بود که گویه‌های آن با علائم اختلال وحشت‌زدگی همپوشانی دارد.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (1998) (World health organization Qualityof life Questionnaire): این پرسشنامه دارای 26 گویه است که از نسخه 100 گویه‌ای آن برگرفته شده است. این پرسشنامه 4 جنبه مختلف زندگی فرد را در یک مقیاس لیکرت 1 تا 5 بررسی می‌کند که عبارت‌اند از: سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. سازمانی جهانی بهداشت (1998) برای بررسی پایایی این پرسشنامه، تعداد 4802 نفر از 15 کشور، تعداد 4104 نفر از 13 کشور و 2369 نفر از 5 کشور را مورد سنجش قرار داد. میزان آلفای کرونباخ بین 66/0 تا 84/0، برای خرده مقیاس­های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است که نشان­دهنده همسانی درونی خوب است. همچنین ضرایب همبستگی برای تعیین روایی این فرم بین 89/0 تا 95/0 به دست آمد. در ایران Nejat, Montazeri, Holakouie Naieni, Mohammad, Majdzadeh (2006) برای بررسی روایی و پایایی این پرسشنامه، پژوهشی بر روی 1167 نفر از مردم تهران انجام دادند. شرکت کنندگان به دو گروه دارای بیماری مزمن و غیرمزمن تقسیم شدند. پایایی بازآزمون برای زیرمقیاس­ها به این صورت به دست آمد: سلامت جسمی 77/0، سلامت روانی 77/0، روابط اجتماعی 75/0، سلامت محیط 84/0 به دست آمد. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت به روش ضریب آلفای کرونباخ، سلامت جسمی (73/0)، سلامت روانی ( 75/0)، روابط اجتماعی ( 67/0)، سلامت محیط (81/0) به دست آمد.

مصاحبه بالینی ساختار یافته (Structured Clinicl Interview for DSM-5 Disorders CLINICIAN VERSION USER'S GUIDE): مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های DSM-5 نسخه بالین‌گر/ مصاحبه‌کننده (SCID-5-CV) برای تشخیص‌های اصلی DSM-5 می‌باشد و به منظور استفاده در محیط‌های بالینی و پژوهش‌های بالینی طراحی شده است. Shankman, Funkhouser, Klein, Davila, Lerner and Hee (2017) در پژوهش خود، اعتبار و روایی شدت ابعاد آسیب‌شناسی روانی با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته را بررسی کردند که روایی و اعتبار آن مورد تأیید قرار گرفت. برای سنجش اعتبار از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی استفاده شد که نمرات به دست آمده به ترتیب 80/0 و 90/0 بود.

جلسات مداخله: مداخله شناختی ـ رفتاری که در این پژوهش استفاده شد، شامل 10 جلسه درمانی هر هفته یک جلسه 45 دقیقه‌ای بود. این بسته مداخله، اقتباسی از کتاب «مداخلات و طرح­های درمانی برای افسردگی و اختلال­های اضطرابی» مدل درمانی شناختی ـ رفتاری برای اختلال وحشت­زدگی (Leahy, Holland & McGinn, 2012) است.

|  |  |
| --- | --- |
| Table 2. overview of treatment protocol | |
| Sessions | Outlines |
| خط پایه | برقراری رابطه با شرکت کننده، انجام مصاحبه و اجرای پرسشنامه‌ها |
| جلسه 1 | ارزیابی توانایی بیمار برای القای آرام‌سازی در جلسه و ارزیابی رفتارهای ایمنی بخش |
| جلسه ۲ | بررسی افکار و احساسات، علائم وحشت­زدگی و اضطراب، تعیین اهداف درمانی |
| جلسه ۳ | بازآموزی تنفس، آموزش آرام‌سازی عضلانی |
| جلسه ۴ | ارائه منطق مواجهه، معرفی القای وحشت‌زدگی، مواجهه تجسمی و یا مواجهه واقعی |
| جلسات 5 تا 8 | معرفی مدیریت استرس، فراخوانی افکار خودآیند بیمار / شناسایی مفروضه­های ناکارآمد |
| جلسات 9 تا10 | مواجهه، ارزیابی دستیابی به اهداف تعیین‌شده، بررسی پیشرفت در اجرای القای وحشت‌زدگی |
| پیگیری | سه جلسه پیگیری درمان پس از پایان جلسات مداخله و اجرای مجدد پرسشنامه‌ها |

روش اجرای پژوهش:

**برای اجرای این پژوهش، پس از دریافت مجوزهای لازم و نصب فراخوان در مراکز درمانی، داوطلبین متقاضی شرکت در پژوهش که واجد شرایط بودند با استفاده از مصاحبه تشخیصی مجدد و پیش‌آزمون‌های مورد نظر (پرسشنامه اضطراب بک، پرسشنامه کیفیت زندگی و مصاحبه بالینی ساختار یافته) برای شروع جلسات درمانی انتخاب شدند. در مرحله بعد، طبق طرح پژوهش حاضر، شرکت کننده‌ها به طور همزمان به مرحله خط پایه وارد شدند و به طور تصادفی از نظر ترتیب ورود به مرحله خط پایه و مداخله، یک‌به‌یک با فاصله یک جلسه (یک هفته) وارد روند مداخله شدند. و بعد از آن، سه نوبت پیگیری در طی 6 هفته انجام شد.** پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه شهیدچمران اهواز با کد اخلاق EE/99.3.02.44995/scu.ac.ir مصوب شده است. **برای تعیین اثربخشی مداخله، داده‌های مربوط به مراحل­ پیش از مداخله، در هنگام مداخله و پس‌ از آن باهم مقایسه شدند. همچنین برای تحلیل نتایج از روش‌های تحلیل دیداری، فرمول درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا استفاده شد.** نخستین روش برای تحلیل یافته‌ها در پژوهش‌های تک موردی، استفاده از روش استاندارد تحلیل دیداری است. در تحلیل دیداری تغییرات حاصل از مداخله بر اساس تغییرات در میانگین مراحل، سطح، روند، تغییرپذیری و نهفتگی بررسی و تفسیر می‌گردد (Kazdin, 1999). **فرمول درصد بهبودی یکی دیگر از روش‌های سنجش میزان پیشرفت مراجعان در کاهش مشکلات آماجی است. این فرمول اولین بار توسط** Blanchard & Schwarz **(**1988**) برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تک موردی ارائه شده است (**Mousavi, 2016**). به اعتقاد بلانچرد، بر طبق این فرمول، نمره پیش آزمون فرد را از نمره پس آزمون فرد کم می‌کنیم و آن را بر نمره پیش آزمون تقسیم می‌کنیم. درصد بهبودی50%، به عنوان موفقیت در درمان، نمرات بین 25% و 50% به عنوان بهبودی اندک و نهایتاً درصد بهبودی زیر 25% به عنوان شکست درمانی تلقی می‌شود (**Mousavi, 2016**).** شاخص تغییر پایا به منظور اعتماد بیش‌تر به داده‌های کارآزمایی بالینی و همچنین سنجش بهتر کارایی مطرح شده است که به صورت فرمول زیر محاسبه می‌شود:

نمره پیش آزمون - نمره پس آزمون

ــــــــــــــــــــــــــــــــــــ = شاخص تغییر پایا

خطای استاندارد تفاوت

= خطای استاندارد تفاوت

انحراف معیار = خطای استاندارد میانگین

همان‌طور که در فرمول‌ها مشاهده می‌شود برای محاسبه شاخص تغییر پایا باید انحراف معیار و پایایی بازآزمایی (آزمون ـ بازآزمون) پرسشنامه‌ها در دسترس باشد. سپس نمره پس‌آزمون یا پس از درمان از نمره پیش‌آزمون یا پیش از درمان، تفریق شده و حاصل آن بر خطای استاندارد تفاوت‌ها تقسیم می‌شود. اگر نتیجه به دست آمده بزرگ‌تر از 96/1=Z باشد، می‌توان با 95 درصد اطمینان (05/0>P) تغییر یا بهبودی به دست آمده را به اثر مداخله نسبت داد. بعد از محاسبه شاخص تغییر پایا، لازم است نقطه برش مشخص شود که بر اساس آن بتوان تعیین کرد که آیا معنی‌داری بالینی تغییر رخ داده است یا خیر؟ طبق نظر جیکوبسون و همکاران (Asghari Moghadam, Shaeeri, 2014)، پس از پایان درمان اگر نمره شرکت کننده به حدی تغییر کرده باشد که جایگاه او از گروه «افراد دارای اختلال در عملکرد» به گروه «افراد دارای کارکرد طبیعی» تغییر کرده باشد می‌توان شرکت‌کننده را به عنوان «بهبود یافته» (فردی که به سطح تغییر معنی‌داری از لحاظ بالینی رسیده است)، تلقی کرد. نقطه برش با استفاده از فرمول زیر محاسبه می‌شود:

**= نقطه برش**

پس از محاسبه نقطه برش، جهت قضاوت تغییر معنی‌داری بالینی، شرکت کننده‌هایی که قبل از شروع درمان، نمره آن‌ها در متغیر برآیند درمان بزرگ‌تر یا برابر با نقطه برش و پس از پایان درمان، کوچک‌تر از آن باشد را می‌توان به عنوان افرادی که در پایان درمان از گروه «افراد دارای اختلال در عملکرد» به گروه «افراد دارای کارکرد طبیعی» تغییر جایگاه داده‌اند، طبقه‌بندی کرد (Asghari Moghadam, Shaeeri, 2014).

**یافته‌ها**

در جدول 1 روند تغییر نمرات قبل، حین و بعد از مراحل درمان سه شرکت کننده در پرسشنامه اضطراب بک نشان داده شده است.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Table1. The process of changing treatment stages of three participants in Beck's anxiety questionnaire | | | |
| Treatment stages | **Participante1** | **Participante2** | **Participante3** |
| Base line 1 | 32 | 27 | 48 |
| Base line 2 | 30 | 26 | 48 |
| Base line 3 | 30 | 27 | 49 |
| Base line 4 | - | 27 | 47 |
| Base line 5 | - | - | 46 |
| Base line Average | 30.6 | 26.75 | 47.6 |
| Session1 | 30 | 26 | 48 |
| Session3 | 27 | 23 | 45 |
| Session5 | 22 | 16 | 36 |
| Session8 | 19 | 12 | 32 |
| Session10 | 16 | 10 | 29 |
| Average treatment sessions | 22.8 | 17.4 | 38 |
| Reliable Change Index | 2.25 | 2.57 | 2.90 |
| Percentage of Significant Improvement after treatment | 47.71 | 62.61 | 39.07 |
| Percentage of Significant Improvement | 49.79 | | |
| Follow up 1 | 15 | 9 | 28 |
| Follow up 2 | 14 | 8 | 31 |
| Follow up 3 | 15 | 9 | 29 |
| Follow up average | 14.66 | 8.66 | 29.33 |
| Reliable Change Index | 2.45 | 2.78 | 2.81 |
| Percentage of Significant Improvement after treatment | 52.09 | 67.62 | 38.38 |
| Percentage of Significant Improvement | 52.69 | | |

در جدول 1 نمرات پرسشنامه اضطراب بک برای هر سه شرکت‌کننده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری ارائه شده است. نتایج جدول 1 نشان می‌دهد سطح نمره‌های اضطراب هر سه شرکت کننده در مرحله مداخله و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه کاهش یافته است. درصد بهبودی پس از مداخله، در شرکت کننده اول و دوم و سوم به ترتیب (71/47)، (61/62) و (07/39) است، که نشان دهنده بهبودی نسبی در شرکت کننده اول و سوم و بهبودی کامل در شرکت کننده دوم است. 6 هفته پس از پایان مداخله، در مرحله پیگیری، درصد بهبودی شرکت کننده اول (09/52)، دوم (62/67) و سوم (38/38) و درصد بهبودی کلی (69/52) به دست آمده که این میزان بهبودی برای هر سه شرکت کننده بیانگر اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر شدت علائم اختلال وحشت‌زدگی است. میزان شاخص تغییر پایا، بعد از جلسات مداخله، در شرکت کننده اول (25/2)، در شرکت کننده دوم (57/2) و در شرکت کننده سوم (90/2) می‌باشد. باتوجه به این که نمره‌ی هر شرکت کننده به بالاتر از 96/1=Z رسیده است، می‌توان با 95 درصد اطمینان (05/0>P) تغییر یا بهبودی به دست آمده را به اثر مداخله نسبت داد. پس از مرحله پیگیری نیز میزان شاخص تغییر پایا در شرکت کننده اول (45/2)، شرکت کننده دوم (78/2) و شرکت کننده سوم (81/2) به دست آمد.

در جدول 2 روند تغییر نمرات، قبل، حین و بعد از مراحل درمان سه شرکت کننده در پرسشنامه کیفیت زندگی نشان داده شده است.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Table2. The process of changing treatment stages of three participants in quality of life subscales | | | | | | | | | | | | |
| Treatment stages | **Participante1** | | | | **Participante2** | | | | **Participante3** | | | |
| Subscale scores | **environmental** | **social** | **psychological** | **physical** | **environmental** | **social** | **psychological** | **physical** | **environmental** | **social** | **psychological** | **physical** |
| Baseline average | 38 | 31 | 38 | 38 | 25 | 44 | 38 | 44 | 31 | 25 | 25 | 31 |
| Session1 | 38 | 31 | 38 | 38 | 25 | 44 | 38 | 44 | 31 | 25 | 25 | 31 |
| Session3 | 38 | 31 | 50 | 50 | 25 | 44 | 56 | 56 | 31 | 25 | 25 | 31 |
| Session5 | 44 | 44 | 56 | 50 | 31 | 56 | 56 | 56 | 31 | 31 | 38 | 44 |
| Session8 | 44 | 44 | 56 | 56 | 31 | 56 | 63 | 69 | 38 | 31 | 38 | 44 |
| Session10 | 50 | 50 | 63 | 63 | 31 | 69 | 63 | 69 | 38 | 31 | 44 | 50 |
| Average treatment sessions | 42.8 | 40 | 52.6 | 51.4 | 28.6 | 53.8 | 55.2 | 58.8 | 33.8 | 28.6 | 34 | 40 |
| Reliable Change Index | 2.47 | 1.99 | 4.28 | 5.14 | 1.23 | 2.63 | 4.28 | 5.14 | 1.44 | .63 | 3.25 | 3.90 |
| Percentage of Significant Improvement | 56.15 | | | | 50.85 | | | | 45.96 | | | |
| Percentage of Significant Improvement | 50.98 | | | | | | | | | | | |
| Average follow up | 50 | 50 | 63 | 69 | 31 | 69 | 63 | 75 | 38 | 31 | 44 | 56 |
| Reliable Change Index | 2.47 | 1.99 | 4.28 | 6.37 | 1.23 | 2.63 | 4.28 | 6.37 | 1.44 | 0.63 | 3.25 | 5.14 |
| Percentage of Significant Improvement | 60.05 | | | | 54.26 | | | | 50.80 | | | |
| Percentage of Significant Improvement | 55.03 | | | | | | | | | | | |

همانطور که گفته شد، در جدول 2 نمرات خرده مقیاس‌های پرسشنامه کیفیت زندگی برای هر سه شرکت کننده در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری ارائه شده است. جدول 2 نشان می‌دهد درصد بهبودی کلی پس از درمان برای هر سه شرکت کننده اول (15/56)، شرکت کننده دوم (85/50) و شرکت کننده سوم (96/45) به دست آمده که به طور کلی، در شرکت کننده اول و دوم نشانگر موفقیت در درمان (بیش‌تر از 50 درصد)، و در شرکت کننده سوم بیانگر موفقیت نسبی درمان می‌باشد. شش هفته پس از پایان مداخله، در مرحله پیگیری نیز درصد بهبودی کلی برای هر سه شرکت کننده، بیانگر اثربخشی مداخله شناختی رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی مبتلایان اختلال وحشت‌زدگی است. همچنین میزان شاخص تغییر پایا، بعد از جلسات مداخله، در شرکت کننده اول در خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی به ترتیب عبارت‌اند از: سلامت جسمی (14/5)، سلامت روانی (28/4)، روابط اجتماعی (99/1) و سلامت محیط (47/2)، در شرکت‌کننده دوم، سلامت جسمی (14/5)، سلامت روانی (28/4)، روابط اجتماعی (63/2) و سلامت محیط (23/1) و در شرکت کننده سوم، سلامت جسمی (90/3)، سلامت روانی (25/3)، روابط اجتماعی (63/0) و سلامت محیط (44/1)، می‌باشد. با توجه به این که میزان شاخص تغییر پایای خرده مقیاس‌های هر سه شرکت کننده، به جز سه شاخص پایا (سلامت محیط در شرکت‌کننده دوم (23/1)، روابط اجتماعی در شرکت‌کننده سوم (63/0) و سلامت محیط در شرکت‌کننده سوم (44/1))، به بالاتر از 96/1= Z رسیده است، می‌توان با 95 درصد اطمینان (05/0> P) تغییر یا افزایش به دست آمده را به اثر مداخله نسبت داد. پس از مرحله پیگیری نیز میزان شاخص تغییر پایا محاسبه و در شرکت کننده اول در خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی به ترتیب، سلامت جسمی (37/6)، سلامت روانی (28/4)، روابط اجتماعی (99/1) و سلامت محیط (47/2)، در شرکت کننده دوم، سلامت جسمی (37/6)، سلامت روانی (28/4)، روابط اجتماعی (63/2) و سلامت محیط (23/1) و در شرکت کننده سوم، سلامت جسمی (14/5)، سلامت روانی (25/3)، روابط اجتماعی (63/0) و سلامت محیط (44/1)، به دست آمد.

در نمودار 1 روند‌ تغییر‌ نمره‌های‌ اضطراب شرکت کننده‌ها ‌در ‌مراحل ‌خط‌پایه، ‌مداخله ‌و ‌پیگیری نشان داده شده است.

**نقطه برش= 6/17**

همان‌طور که در نمودار 1 ملاحظه می‌شود نمرات هر سه شرکت کننده شیب نزولی داشته و این کاهش به طور منظم در کل مراحل مداخله و پیگیری دیده می‌شود. بر اساس نقطه برش به دست آمده (6/17)، در شرکت کننده اول و دوم، نمره اضطراب آن‌ها قبل از مداخله بزرگتر از 6/17 بوده است و بعد از درمان کوچکتر از 6/17 شده است، به عبارتی، آن‌ها توانسته‌اند از گروه «افراد دارای اختلال در عملکرد» به گروه «افراد دارای کارکرد طبیعی» تغییر جایگاه دهند، که همین امر نشانگر معنی‌دار بودن تغییرات می‌باشد، اما در شرکت کننده سوم، نمرات اضطراب، قبل و بعد از مداخله بالاتر از نقطه برش قرار گرفته است، بنابراین نمی‌توان گفت میزان تغییر در آن‌ها از لحاظ بالینی معنی‌دار است. بر اساس یافته‌های به دست آمده می‌توان گفت که نمره‌های اضطراب در هر سه شرکت‌کننده، تا پایان مداخله کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است که این کاهش در مرحله پیگیری نیز ادامه داشته است.

**بحث و نتیجه گیری**

در پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی ـ رفتاری بر کاهش شدت علائم اختلال وحشت‌زدگی و افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به این اختلال به صورت پژوهش تک موردی در شهر اهواز، مورد بررسی قرار گرفت. کاهش علائم اختلال وحشت‌زدگی و بهبود سطح کیفیت زندگی، آماج‌های اصلی درمان محسوب می‌شدند. بررسی نمرات شرکت کننده‌ها در این سه مؤلفه، حاکی از این است که درمان شناختی ـ رفتاری در کاهش شدت علائم اختلال وحشت‌زدگی و افزایش کیفیت زندگی موفق بوده است که با یافته‌های قبلی مطابقت دارد (Bilet et al., 2020 ؛ et al., 2020 Bouchard ؛ Matsumoto et al., 2019). فرض بنیادی درمان شناختی ـ رفتاری این است که وجود چرخه‌های معیوب در افکار، احساسات و رفتار افراد و همچنین ترس غیرانطباقی در مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی و سوءتعبیرهای فاجعه‌بار و ناکارآمد ناشی از احساسات فیزیولوژیکی نقش کلیدی و مهمی در ایجاد و تداوم این اختلال ایفا می‌کند. لذا از همین اصول می‌توان در جهت کمک به افراد، برای بهبود اختلال آن‌ها استفاده کرد. به بیان دیگر، درمان شناختی ـ رفتاری با بهره‌گیری از اجزای مختلف، مانند مداخلات رفتاری (طراحی سلسله مراتب ترس و مواجهه با آن، بازآموزی تنفس، آموزش آرام‌سازی و القای وحشت‌زدگی) و مداخلات شناختی (شناسایی و اصلاح افکار خودآیند و مفروضه‌های ناکارآمد) می‌تواند توانایی افراد را برای مقابله با مشکل و مدیریت آن تقویت کند. همچنین تکالیف و تمرین‌هایی که در جلسات و بین جلسات ارائه می‌شود منجر به مشارکت هرچه بیشتر درمان‌جو در فرایند درمان می‌گردد. تمامی آموزش‌هایی که در فرایند درمان شناختی ‌ـ رفتاری صورت می‌گیرد، به تدریج توانایی مقابله فرد با اضطراب و اجتناب را افزایش می‌دهد و سطح عملکردش را به سطح طبیعی و کارآمد بازمی‌گرداند که همین امر منجر به بهبود وضعیت عملکرد فرد و بهبود کیفیت زندگی وی می‌شود. چنان چه از یافته‌های پژوهش حاضر بر می‌آید، بیشترین تأثیر درمان شناختی ـ رفتاری بر حوزه سلامت جسمی کیفیت زندگی مشاهده شده است. در طی درمان شناختی ـ رفتاری اختلال وحشت‌زدگی یکی از اهداف مهم، کاهش شدت علائم جسمانی ناشی از اختلال است. رسیدن به این هدف درمانی بیانگر افزایش مهارت‌های مؤثر است که می‌تواند وضعیت فیزیولوژیک مانند خواب، خوراک و انرژی جسمانی را بهبود بخشد، توانایی فرد را در جهت انجام فعالیت‌های روزمره افزایش و احساس نیاز فرد را برای مراجعه به پزشک کاهش دهد که همین امر منجر به افزایش کیفیت زندگی در حوزه سلامت جسمانی می‌شود. به طور کلی درمان شناختی ـ رفتاری با بهره‌گیری از اقدامات مؤثر و کارآمد، سعی در تغییر شناخت و رفتار ناکارآمد و بهبود علائم مشکل دارد و با استفاده از مداخلات مشخص در طی جلسات درمانی به این هدف دست پیدا می‌کند (Leahy et al., 2012 ؛et al., 2008 Wright). این پژوهش نشان داد که یک برنامه مداخله جامع شناختی ـ رفتاری برای اختلال وحشت‌زدگی، که در اصل در کشورهای غربی توسعه یافته است، در ایران امکان پذیر و مؤثر است. یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که درمان شناختی ـ رفتاری دستاوردهای درمانی قابل توجه و پایداری دارد و این نتایج را می‌توان در شرایط بالینی عمومی نیز به دست آورد. یافته‌های این پژوهش باید با توجه به چندین محدودیت تفسیر شود، مهم‌ترین محدودیت، عدم وجود گروه کنترل است. همچنین این پژوهش منحصراً به اقدامات خودگزارشی متكی بوده است. به دلیل ماهیت طرح پژوهش حاضر، تعمیم به سایر جامعه، باید با احتیاط بسیار صورت گیرد. در پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی – رفتاری در شهر اهواز و با طرح تک آزمودنی اجرا گردید، لذا پیشنهاد می‌شود پژوهشگران آینده این درمان را با جامعه و نمونه‌های متفاوت، مورد مطالعه قرار دهند. همچنین می‌توان این درمان را با سایر روش‌های درمانی، جهت اثربخشی برای مبتلایان اختلال وحشت‌زدگی، مقایسه نمود. از آن جایی که اثربخشی مداخله شناختی ـ رفتاری در این پژوهش نشان داده شد، معرفی، آموزش و توسعه مدل درمان شناختی ـ رفتاری برای اختلال وحشت‌زدگی در مراکز آموزشی و درمانی، می‌تواند گامی مؤثر در جهت شناخت و ترویج این روش ‌درمانی میان اقشار جامعه به خصوص قشر آسیب پذیر برای اختلال ‌وحشت‌زدگی باشد.

**سهم مشارکت نویسندگان:** در پژوهش حاضر نویسنده دوم، به عنوان استاد راهنما، نظارت و راهبردی روند کلی پژوهش و تدوین و نهایی‌سازی اصلاحات مقاله را بر عهده داشته‌اند. نویسنده اول در تدوین طرح تحقیق، فرآیند گردآوری، تحلیل و تفسیر یافته‌ها و نگارش متن مقاله را برعهده داشته و در مجموع نتیجه‌گیری از یافته‌ها و بسط و تفسیر به صورت مشترک و با بحث و تبادل نظر کلیه همکاران و با همراهی نویسنده سوم، به عنوان استاد مشاور پایان‌نامه، انجام شد.

**تضاد منافع:** نویسندگان اذعان دارند که در این مقاله هیچگونه تعارض منافعی وجود ندارد.

**منابع مالی:** پژوهش حاضر از هیچ موسسه و نهادی حمایت مالی دریافت نکرده و کلیه هزینه‌ها در طول فرآیند اجرای پژوهش بر عهده پژوهشگران بوده است.

**تشکر و قدردانی:** پژوهش حاضر بدون همکاری مشارکت کنندگان امکان­پذیر نبود؛ بدینوسیله از کلیه مشارکت کنندگان تقدیر و تشکر به عمل می­آید.

**References**

Asghari Moghadam, MA., & Shaeeri, MR.(2014). Treatment Changes Clinical Significance Method: Properties, Calculation Method, Decision Making and Limitations. *Scientific-Research Journal Of Shahed University*, 21(1), 191-200. [Persian]

Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56(6), 893-897.

[Benjamin J. Sadock](https://www.amazon.com/Benjamin-J-Sadock/e/B001IGQUCC/ref=dp_byline_cont_book_1)  , [Virginia A. Sadock](https://www.amazon.com/s/ref=dp_byline_sr_book_2?ie=UTF8&field-author=Virginia+A.+Sadock&text=Virginia+A.+Sadock&sort=relevancerank&search-alias=books) , [Dr. Pedro Ruiz MD](https://www.amazon.com/s/ref=dp_byline_sr_book_3?ie=UTF8&field-author=Dr.+Pedro+Ruiz+MD&text=Dr.+Pedro+Ruiz+MD&sort=relevancerank&search-alias=books),(2015). **Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry Eleventh Edition**. Translated by Mehdi Ganji (2015). Tehran, Savalan Publications. [Persian]

Bennebroek Evertsz', F., Sprangers, M., Sitnikova, K., Stokkers, P., Ponsioen, C. Y., Bartelsman, J., van Bodegraven, A. A., Fischer, S., Depla, A., Mallant, R. C., Sanderman, R., Burger, H., & Bockting, C. (2017). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on quality of life, anxiety, and depressive symptoms among patients with inflammatory bowel disease: A multicenter randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 85(9), 918–925. <https://doi.org/10.1037/ccp0000227>

Bilet, T., Olsen, T., Andersen, J. R., & Martinsen, E. W. (2020). Cognitive behavioral group therapy for panic disorder in a general clinical setting: a prospective cohort study with 12 to 31-years follow-up. *BMC psychiatry*, 20(1), 259.

Bouchard, S., Allard, M., Robillard, G., Dumoulin, S., Guitard, T., Loranger, C., Green-Demers, I., Marchand, A., Renaud, P., Cournoyer, L. G., & Corno, G. (2020). Videoconferencing Psychotherapy for Panic Disorder and Agoraphobia: Outcome and Treatment Processes From a Non-randomized Non-inferiority Trial. *Frontiers in psychology*, 11, 2164. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02164>

Davidoff, J., Christensen, S., Khalili, D. N., Nguyen, J., IsHak, W. W.(2012). Quality of life in panic disorder: looking beyond symptom remission*. Qual Life Res,* (6), 945-959.

Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. (1998). *Psychological medicine*, 28(3), 551–558.

Doustkam, M., Pourheydari, S., Karimi Sadr, F., Hosseini, S. A. (2021). Efficacy of modular cognitive-behavioral therapy on facial expression bias and fear of negative evaluation in Paranoid students. *Psychological Achievements*, 28(1), 91-110.  doi: 10.22055/psy.2021.31715.2448 [Persian]

Fidry, M., Zugliani, M. M., do Valle, C. R., Martins, R. M., Cabo, M., Nardi, A. E., & Freire, R. C. (2019). Quality of life in panic disorder: the influence of clinical features and personality traits. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 41(4), 387–393.

Ganjeh, P., Mehrabi Zadeh Honarmand, M., Davodi, I., Zargar, Y. (2015). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on quality of life and self-efficacy of 10-15 year old boys with asthma symptoms in Ahvaz. . *Psychological Achievements*, 22(1), 67-88. doi: 10.22055/psy.2015.11182 [Persian]

Herrman, H., Metelko, Z., Szabo, S., Rajkumar, S., Kumar, S., Vanheck, G., Devries, J., Sucre, A., Kabanov., Lomachenkov., Burkovsky, G., Sukwatana, S., Meesapya, K., Skevington, S., Patrick, D., Martin, M.L., Mutambirwa, J., Sartorius, N., Orley, J., Kuyken, W. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). Quality of life research *: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation,* 2(2), 153–159.

Jesse H Wright MD, Michael E Thase MD, Monica Ramirez Basco (2009). **Learning Cognitive-Behavior Therapy**. Translated by Habib allah Gasem zadeh, HasanHamidpour (2011). Tehran, Arjmand Publications. [Persian]

Kaviani, H., Mousavi, AS. (2008) Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J*, 66 (2), 136-140 [persian]

Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 332–339. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.332>

Kim, H. J., Kim, J. E., & Lee, S. H. (2021). Functional Impairment in Patients with Panic Disorder. *Psychiatry investigation*, 18(5), 434–442. <https://doi.org/10.30773/pi.2020.0425>

Matsumoto, K., Sato, K., Hamatani, S., Shirayama, Y., & Shimizu, E. (2019). Cognitive behavioral therapy for postpartum panic disorder: a case series, *BMC Psychology*, 7, 53.

McCabe, R. E., & Gifford, S. (2009). Psychological treatment of panic disorderand agorafobia. In M. M. Antony & M. B Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp.308-320). New York:Oxford University Press.

McHugh, R. K., Otto, M. W., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2007). Cost efficacy of individual and combined treatments for panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(7), 1038-1044.

Mousavi, S. (2016). *The effectiveness of complicated grief therapy on anxious attachment, selfcompassion and grief symptoms in women with complicated grief in Ahwaz : A single case research.* [Dissertation]. Shahid Chamran University of Ahvaz; 124-132. [Persian]

Nejat, S., Montazer, A., Holakouie Naieni, K., Mohammad, K., & Majdzadeh, S. (2006) The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Sjsph*, 4(4),1-12 [persian]

Ogawa, S., Kondo, M., Okazaki, J., Imai, R., Ino, K., Furukawa, T. A., & Akechi, T. (2017). The relationships between symptoms and quality of life over the course of cognitive-behavioral therapy for panic disorder in Japan. Asia-Pacific psychiatry : *official journal of the Pacific Rim College of Psychiatrists*, 9(2), 10.1111/appy.12249. <https://doi.org/10.1111/appy.12249>

Pompoli, A., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Imai, H., Tajika, A., & Salanti, G. (2018). Dismantling cognitive-behaviour therapy for panic disorder: a systematic review and component network meta-analysis. *Psychological medicine*, 48(12), 1945–1953. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003919>

Robert L. Leahy, Stephen J. F. Holland, and Lata K. McGinn (2012). Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. 2th ed. Translated by Mehdi Akbari, Masoud Chiniforoushan (2015). Tehran, Arjmand Publications. [Persian]

Shankman, S. A., Funkhouser, C. J., Klein, D. N., Davila, J., Lerner, D., & Hee, D. (2018). Reliability and validity of severity dimensions of psychopathology assessed using the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID). *International journal of methods in psychiatric research*, 27(1), e1590.

Stech, E. P., Grierson, A. B., Chen, A. Z., Sharrock, M. J., Mahoney, A., & Newby, J. M. (2020). Intensive oneweek internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder and agoraphobia: A pilot study. *Internet interventions*, 20, 100315.