

بررسی اختلال هراس یا پانیک نزد مریضان مراجعه کننده در شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی

کاندید رنحورمل دوکتور احمد سمیر حبیب یار^۱

^۱ ترینر متخصص سرویس صحت روان شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی

چکیده

تحقیق حاضر به بررسی اختلال هراس، یکی از شایع ترین اختلالات اضطرابی، و تأثیرات عمیق آن بر زندگی روزمره مریضان مبتلا پرداخته است. اختلال هراس می تواند به شکل های مختلفی در مریضان بروز کند و به طور قابل توجهی کیفیت زندگی آن ها را تحت تأثیر قرار دهد. نتایج این تحقیق نشان می دهد که عوامل متعددی در بروز و شدت این اختلال نقش دارند که از جمله آن ها می توان به سابقه خانوادگی، ویژگی های جمعیتی و نوع تداوی اشاره کرد. در این مطالعه، داده های کمی و کیفی جمع آوری شده و تحلیل های لازم بر روی آن ها انجام شده است. نتایج حاصل از مصاحبه ها و پرسشنامه ها نشان می دهد که اکثر مریضان در مواجهه با علائم خود احساس تنهایی و نیاز به حمایت اجتماعی دارند. این احساس تنهایی ممکن است به تشدید علائم اختلال هراس منجر شود و به ویژه در مواقع بحرانی، مریضان به حمایت عاطفی و اجتماعی بیشتری نیاز دارند. علاوه بر این، نتایج نشان دادند که درمان های شناختی-رفتاری (CBT) به طور معناداری می توانند به کاهش علائم اختلال هراس کمک کنند. این یافته ها بر اهمیت استفاده از رویکردهای تداوی مبتنی بر شواهد تأکید می کنند و نشان می دهند که روش های تداوی باید شامل جنبه های اجتماعی و احساسی مریضان نیز باشند. در نهایت، این تحقیق می تواند به عنوان مبنایی برای پژوهش های آینده در زمینه اختلال هراس و شناسایی روش های مؤثرتر درمانی عمل کند. توجه به جوانب مختلف این اختلال، نه تنها به بهبود کیفیت زندگی مریضان کمک می کند، بلکه می تواند به کاهش شیوع آن در جامعه نیز منجر گردد. اهمیت این تحقیق در این است که می تواند راهکارهای جدیدی برای تداوی و مدیریت اختلال هراس ارائه دهد و به متخصصان صحت روان در طراحی برنامه های درمانی جامع و مؤثر کمک کند.

واژه های کلیدی: اختلال هراس، اضطراب، کیفیت زندگی، جمعیت شناسی و احساس تنهایی

مقدمه

اختلال هراس یک اختلال اضطراب شایع و ناتوان کننده است که با حملاتی پانیک مکرر و غیرمنتظره مشخص می‌شود. این حملات شامل ترس یا ناراحتی شدید همراه با علائمی مانند تنگی نفس، درد قفسه سینه و سرگیجه است که می‌تواند عملکرد روزانه را به طور قابل توجهی مختل کند. درک اپیدمیولوژی، شکاف‌های درمانی و امراضی همراه مرتبط با اختلال هراس برای مدیریت و مداخله موثر بسیار مهم است.

بر اساس اطلاعات وزارت صحت عامه کشور، ۴۷٪ از جمعیت ۳۲ میلیونی افغانستان از مشکلات روانی از جمله افسردگی رنج می‌برند. تنها در سال ۲۰۱۸، دو میلیون نفر دچار نوعی از مریضی روانی داشتند که در مراکز صحتی غرض تداوی مراجعه نمودند^(۱). بر اساس گزارش تازه سازمان ملل سطح افسردگی از ۵۷٪ در ماه مارچ به ۶۹٪ در ماه جون سال ۲۰۲۲ رسیده است^(۲). به همین ترتیب شیوع افسردگی در جهان رو به افزایش بوده و این مریضی در طول زندگی بین ۲۰-۲۵٪ در زنان و ۱۲-۷٪ در مردان متغیر است (Wang, et al, 2017).

انسان از نظر فکری، احساسی و رفتاری موجود اجتماعی می‌باشد و این ویژگی بر همهٔ ادوار زندگی وی سایه انداخته است. تحقیقات نشان داده اند که در پیش گرفتن الگوی زندگی سالم، حتی در سالهای آخر عمر، می‌تواند امید به زندگی را افزایش و مریضی و هزینه‌های مربوط به آن را کاهش دهد. بناً افسردگی برای هر کس معنایی دارد و می‌تواند یک نشانه و یا یک اختلال قابل تشخیص باشد. منظور از افسردگی، اختلالی است که دوام کافی و نشانه‌های ویژه دارد و بر عملکرد شخص تأثیر نامطلوب می‌گذارد و پریشانی ایجاد می‌کند (یزد خواستی، ۱۳۸۸: ۱۳).

اختلال هراس با افزایش حساسیت نسبت به تهدیدات غیرقابل پیش بینی مشخص می‌شود که منجر به اضطراب پیش‌بینی در مورد حملات هراس آینده می‌شود که اکثراً به عنوان «ترس از ترس» نامیده می‌شود (Brinkmann, et al, 201۷). شیوع اختلال هراس به طور قابل توجهی در زنان و افرادی با وضعیت اقتصادی-اقتصادی پایین‌تر است و همراه با سایر اختلالات اضطرابی قابل توجهی بوده و درک این نشانه‌های پیش‌بینی کننده برای مداخله موثر و استراتژی‌های مدیریت بسیار مهم است (Rouillon, 1996).

تحقیقات نشان داده‌اند که عوامل متعددی از جمله جنیتیک، محیط، و تجربیات زندگی می‌توانند در بروز این اختلال نقش داشته باشند. همچنین، اختلال هراس معمولاً با سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی همبستگی دارد که پیچیدگی‌های تداوی آن را افزایش می‌دهد.

با توجه به شیوع بالای این اختلال و تأثیرات منفی آن بر کیفیت زندگی افراد، تحقیق در زمینه اختلال هراس از اهمیت خاصی برخوردار است. هدف از این مقاله بررسی اختلال هراس نزد مریضان مراجعه کننده در شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سینای بلخی شهر مزار شریف می‌باشد.

اپیدمیولوژی

شیوع اختلال هراس در طول عمر تقریباً ۰٫۵٪ است، با شیوع فعلی ۰٫۳٪ در هند، شیوع بالاتری در میان سالمندان، جمعیت شهری و افراد متاهل یا جدا شده مشاهده گردیده است (Rao & Gururaj, 2003). شکاف درمانی معناداری ۷۱٫۷ فیصد

^۱<https://www.bbc.com/persian/afghanistan-48333510>

^۲<https://www.afintl.com/202309197297>

وجود دارد که نشان می دهد بسیاری از افراد مراقبت کافی دریافت نمی کنند. این شکاف نیاز به بهبود سیاست ها و مداخله های صحت روان را برای رفع مشکل ایجاب می نماید.

مبانی نظری

مبانی نظری تحقیق به بررسی مفاهیم و نظریه های مرتبط با اختلال هراس و عوامل مؤثر بر آن می پردازد. این بخش شامل تعاریف، نظریه های روان شناختی و مدل های مرتبط با اختلال هراس است.

۱. تعریف اختلال هراس

اختلال هراس (Panic Disorder) به عنوان یک اختلال اضطرابی شناخته می شود که با حملات ناگهانی و مکرر اضطراب شدید همراه است. این حملات معمولاً به صورت تپش قلب، تنگی نفس، تعریق، و احساس ترس از مرگ یا جنون بروز می کند. افراد مبتلا به این اختلال ممکن است از ترس از بروز حملات هراس، از مکان ها یا موقعیت هایی که ممکن است در آن ها دچار حمله شوند، اجتناب کنند.

۲. نظریه های روان شناختی

نظریه شناختی-رفتاری: این نظریه بر این باور است که اختلالات اضطرابی ناشی از الگوهای تفکر منفی و نادرست است. در اختلال هراس، تفکرات مانند "من در حال مرگ هستم" یا "من نمی توانم نفس بکشم" می توانند به وقوع حملات هراس منجر شوند. تداوی های شناختی-رفتاری به تغییر این الگوهای فکری و رفتارهای اجتنابی کمک می کنند.

نظریه بیولوژیکی: این نظریه به نقش عوامل جنتیکی و فیزیولوژیکی در بروز اختلال هراس تأکید می کند. شواهد نشان می دهند که اختلال هراس ممکن است در خانواده ها شایع تر باشد و برخی از نواحی مغز، مانند سیستم لیمبیک، در پردازش اضطراب و ترس نقش دارند.

نظریه روان تحلیلی: این نظریه به مسائل ناخودآگاه و تجربیات گذشته فرد در بروز اختلالات اضطرابی توجه دارد. بر اساس این نظریه، حملات هراس ممکن است به عنوان نشانه ای از تعارضات درونی یا فشارهای روانی بروز کنند.

۳. عوامل مؤثر بر اختلال هراس

عوامل محیطی: حوادث آسیب زاء، استرس های محیطی، و تغییرات زندگی می توانند به بروز اختلال هراس کمک کنند. به ویژه، تجربیات منفی مانند طلاق، از دست دادن عزیزان، یا حوادث ناگوار می توانند خطر ابتلا به این اختلال را افزایش دهند.

عوامل اجتماعی: حمایت اجتماعی و روابط بین فردی می توانند نقش مهمی در مدیریت اختلال هراس ایفا کنند. افرادی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردارند، ممکن است بهتر بتوانند با علائم خود مقابله کنند.

عوامل فرهنگی: نگرش های فرهنگی نسبت به اضطراب و تداوی می توانند بر بروز و شدت اختلال هراس تأثیر بگذارند. در برخی فرهنگ ها، ابراز احساسات و جستجوی کمک روان شناختی ممکن است کمتر پذیرفته شود.

پیشنه تحقیق

کاپل و همکاران (۲۰۰۸)، تحقیق را تحت عنوان بررسی شناسایی ارتباط بین سابقه خانوادگی و استرس های محیطی با بروز اختلال هراس انجام دادند. این تحقیق یک مطالعه مقطعی بوده که از ۳۰۰ مریض مبتلا به اختلال هراس داده ها جمع آوری شد. شرکت کنندگان با استفاده از پرسشنامه های استاندارد روان شناسی و مصاحبه های ساختاریافته مورد ارزیابی قرار گرفتند.

این مطالعه به دنبال شناسایی ارتباط بین سابقه خانوادگی و استرس‌های محیطی با بروز اختلال هراس بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که ۴۰٪ از مریضان دارای سابقه خانوادگی بوده‌اند و استرس‌های محیطی مانند حوادث آسیب‌زا به‌طور قابل توجهی به بروز این اختلال کمک می‌کنند (کاپل و همکاران، ۲۰۰۸).

مک‌لنود و همکاران (۲۰۱۹)، به بررسی شدت علایم اختلال هراس با استفاده از مقیاس‌های معتبر قبل و بعد از تداوی پرداختند. روش تحقیق حاضر کارآزمایی کلینیکی تصادفی بوده که در این تحقیق ۱۰۰ مریض مبتلا به اختلال هراس به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند: گروهی که درمان شناختی-رفتاری (CBT) را دریافت کردند و گروه کنترل که هیچ درمانی دریافت نکردند. شدت علائم با استفاده از مقیاس‌های معتبر قبل و بعد از درمان اندازه‌گیری شد. همچنین، جلسات درمانی به مدت ۱۲ هفته و در هر هفته یک بار برگزار شد. یافته‌ها: پس از ۱۲ هفته درمان، ۷۵٪ از مریضان کاهش معناداری در تعداد حملات هراس و شدت علائم گزارش کردند.

آرنت و همکاران (۲۰۲۰)، به بررسی ارتباط بین اختلال هراس و عوامل جنیتیکی پرداختند. این تحقیق نوع همبستگی بوده بالای ۲۵۰ شرکت کننده انجام شد که شامل افرادی با و بدون اختلال هراس بودند. داده‌ها از طریق پرسشنامه و مصاحبه‌های عمیق جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل‌های آماری به‌منظور بررسی ارتباط بین اختلال هراس و عوامل جنیتیکی انجام شد. نتایج نشان دادند که افرادی که در خانواده‌هایشان سابقه اختلالات اضطرابی وجود داشت، ۲٫۵ برابر بیشتر در معرض ابتلا به اختلال هراس قرار دارند (آرنت و همکاران، ۲۰۲۰).

رضایی و همکاران (۲۰۲۱) به بررسی تأثیر اختلال هراس بر عملکرد تحصیلی و اجتماعی دانشجویان انجام دادند. این تحقیق که یک مطالعه توصیفی-تحلیلی بود به هدف بررسی تأثیر اختلال هراس بر عملکرد تحصیلی و اجتماعی ۲۰۰ دانشجو انجام شد. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌های استاندارد جمع‌آوری و با استفاده از تحلیل‌های آماری توصیفی و تحلیلی تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان دادند که ۶۰٪ از دانشجویان مبتلا به اختلال هراس نمرات تحصیلی پایین‌تری نسبت به همکلاسی‌های خود داشتند و ۵۰٪ از آن‌ها از مشکلات اجتماعی رنج می‌بردند (رضایی و همکاران، ۲۰۲۱).

پترسون و همکاران در (۲۰۲۲) به بررسی علایم هراس قبل و بعد از تداوی پرداختند. در این تحقیق، ۱۵۰ مریض مبتلا به اختلال هراس به دو گروه تقسیم شدند: گروهی که داروهای ضدافسردگی (SSRIs) دریافت کردند و گروه کنترل که دارونما (placebo) دریافت کردند. علائم هراس قبل و بعد از درمان با استفاده از مقیاس‌های معتبر ارزیابی شد و جلسات پیگیری در فواصل مشخص انجام شد. نتایج نشان دادند که مصرف داروهای ضدافسردگی باعث کاهش ۶۰٪ علائم هراس در مدت ۸ هفته شد (پترسون و همکاران، ۲۰۲۲).

حبیبیار (۲۰۲۳) در تحقیقی به بررسی شناسایی عوامل فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر بروز اختلال هراس پرداخت. در این تحقیق، ۱۵۰ مریض در افغانستان از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و با استفاده از تکنیک نمونه‌گیری هدفمند مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها به‌منظور شناسایی عوامل فرهنگی و اجتماعی مؤثر بر بروز اختلال هراس تحلیل شدند. نتایج نشان دادند که ۷۰٪ از مریضان تجربه حوادث آسیب‌زا مانند جنگ و بحران‌های اجتماعی را گزارش کردند (حبیبیار، ۲۰۲۳).

فردوسی و همکاران (۲۰۲۰) به بررسی شیوع اختلال هراس و عوامل مرتبط با آن پرداختند. در این تحقیق، داده‌ها از ۵۰۰ نفر از جمعیت عمومی با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد و مصاحبه‌های ساختاریافته جمع‌آوری شدند. هدف این مطالعه بررسی شیوع اختلال هراس و عوامل مرتبط با آن بود. نتایج نشان دادند که تقریباً ۳٪ از افراد مورد مطالعه به اختلال هراس مبتلا بودند و این اختلال بیشتر در زنان شایع است (فردوسی و همکاران، ۲۰۲۰).

کمالی و همکاران (۲۰۲۱)، در تحقیقی به بررسی اختلال هراس پرداختند. این مطالعه بر روی ۱۲۰ مریض مبتلا به اختلال هراس انجام شد و تأثیر تکنیک‌های آرام‌سازی بر کاهش حملات پانیک بررسی گردید. داده‌ها از طریق پرسشنامه‌ها و

اندازه‌گیری‌های فیزیولوژیک جمع‌آوری و تحلیل شدند. نتایج نشان دادند که تکنیک‌های آرام‌سازی به‌طور معناداری تعداد حملات را کاهش می‌دهند (کمالی و همکاران، ۲۰۲۱).

سهرابی و همکاران (۲۰۲۲)، در تحقیقی به بررسی اختلال هراس نزد مریضان پرداختند. این مطالعه کیفی بالای ۳۰ مریض مبتلا به اختلال هراس انجام شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل تیم بررسی شدند تا تجربیات و نیازهای مریضان شناسایی شوند. نتایج نشان دادند که مریضان معمولاً احساس تنهایی و ناتوانی در مدیریت علائم خود را گزارش کردند و نیاز به حمایت اجتماعی و درمانی را تأکید کردند (سهرابی و همکاران، ۲۰۲۲).

علیزاده و همکاران (۲۰۲۳)، به بررسی اختلال هراس بر کیفیت زندگی مریضان پرداخت. داده‌ها از ۲۰۰ مریض مبتلا به اختلال هراس جمع‌آوری و با استفاده از روش‌های آماری توصیفی و تحلیلی تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان دادند که مریضان مبتلا به اختلال هراس در مقایسه با افراد سالم، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند، به‌ویژه در زمینه‌های اجتماعی و عاطفی (علیزاده و همکاران، ۲۰۲۳).

روش تحقیق

این تحقیق به‌منظور بررسی اختلال هراس نزد مریضان مراجعه‌کننده در شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سنیای بلخی انجام شده است. بنابر این تحقیق از رویکرد توصیفی-تحلیلی استفاده شده است. جامعه آماری این تحقیق را مریضان مبتلا به اختلال هراس مراجعه‌کننده در شفاخانه حوزوی آموزشی ابوعلی سنیای بلخی تشکیل می‌دهد. روش نمونه‌گیری به شکل تصادفی ساده بالای ۱۵۰ تن تحقیق صورت گرفت.

تجزیه و تحلیل

جدول ۱: توصیف داده‌های جمعیتی مریضان

متغیر	تعداد	فیصد
جنسیت		
مرد	۷۰	۴۶.۷
زن	۸۰	۵۳.۳
سن (میانگین \pm انحراف معیار)	۳۲ \pm ۸	
سابقه خانوادگی		
بله	۶۰	۴۰.۰
خیر	۹۰	۶۰.۰

جدول (۱) توصیف داده‌های جمعیت شناختی مریضان را نشان می‌دهد. یافته‌ها نشان می‌دهد که از جمله ۱۵۰ مریض، ۷۰ تن مرد و هستند و این نشان می‌دهد که نسبت مردان در این مطالعه تقریباً برابر با ۴۷٪ بوده و زنان ۵۳،۳٪ را تشکیل می‌دهند. این جدول نمای کلی از ویژگی‌های جمعیتی مریضان مبتلا به اختلال هراس را ارائه می‌دهد. نتایج نشان می‌دهند که اختلال هراس در زنان شایع‌تر است و بیشتر مریضان در سنین جوانی و میانسالی قرار دارند. همچنین، سابقه خانوادگی در حدود ۴۰٪ از مریضان وجود دارد که می‌تواند به بررسی بیشتر عوامل مؤثر بر بروز این اختلال کمک کند.

جدول ۲: تحلیل همبستگی بین سابقه خانوادگی و شدت علائم

متغیر	(R) همبستگی	(P) سطح معناداری
سابقه خانوادگی و شدت علائم	۰.۴۵	< 0.01

جدول (۲) به بررسی رابطه بین سابقه خانوادگی و شدت علائم اختلال هراس می پردازد. $r=0.45$ این عدد نشان دهنده وجود یک همبستگی مثبت متوسط بین سابقه خانوادگی و شدت علائم است. نتایج این جدول نشان می دهد که وجود سابقه خانوادگی در مریضان مبتلا به اختلال هراس با شدت علائم رابطه دارد. این یافته می تواند به پژوهشگران و متخصصان سلامت روان کمک کند تا اهمیت عوامل ژنتیکی و محیطی را در بروز اختلال هراس در نظر بگیرند. بررسی های بیشتر در این زمینه می تواند به توسعه روش های درمانی و پیشگیری مؤثرتر منجر شود.

جدول ۳: نتایج آزمون ANOVA بین گروه های درمانی

نوع تدای	میانگین شدت علائم	تعداد	انحراف معیار
(CBT) درمان شناختی-رفتاری	۱۵.۲	۳۵	۴.۵
داروهای ضدافسردگی	۱۸.۴	۴۰	۳.۸
دارونما	۲۲.۱	۳۰	۵.۲
ANOVA آزمون	$F(2, 102) = 5.67$		
سطح معناداری	$p < 0.01$		

نتایج این جدول نشان می دهد که درمان شناختی-رفتاری (CBT) به طور معناداری مؤثرتر از داروهای ضدافسردگی و دارونما در کاهش شدت علائم اختلال هراس است. این یافته ها تأکید بر اهمیت استفاده از روش های درمانی مبتنی بر شواهد دارند و می توانند به پزشکان و متخصصان کمک کنند تا در انتخاب روش درمان مناسب تصمیمات بهتری اتخاذ کنند.

جدول ۴: مضامین شناسایی شده از مصاحبه ها

مضمون	توضیحات
احساس تنهایی	مریضان گزارش دادند که در مواجهه با علائم خود احساس تنهایی می کنند.
نیاز به حمایت اجتماعی	مریضان بر اهمیت وجود حمایت از خانواده و دوستان تأکید کردند.
تجربیات منفی	اکثر مریضان تجربیات منفی خود را در مواجهه با حملات هراس بیان کردند.

مضامین شناسایی شده از مصاحبه ها نمایانگر نیازهای عاطفی و اجتماعی مریضان مبتلا به اختلال هراس هستند. احساس تنهایی و نیاز به حمایت اجتماعی از جمله عوامل کلیدی در تجربه مریضان از این اختلال هستند. شناخت این مضامین می تواند به توسعه برنامه های درمانی جامع و حمایت اجتماعی مؤثرتر کمک کند و به بهبود کیفیت زندگی مریضان منجر شود.

نتیجه گیری

اختلال هراس یکی از اختلالات اضطرابی شایع است که می تواند تأثیرات عمیقی بر زندگی روزمره افراد مبتلا داشته باشد. نتایج این تحقیق نشان داد که عوامل متعددی در بروز و شدت این اختلال نقش دارند. از جمله این عوامل می توان به سابقه خانوادگی، ویژگی های جمعیتی، و نوع درمان اشاره کرد. تحلیل داده های کمی و کیفی نشان داد که اکثر مریضان احساس تنهایی و نیاز به حمایت اجتماعی دارند. این یافته ها تأکید می کنند که علاوه بر درمان های دارویی و روان درمانی، توجه به جنبه های اجتماعی و احساسی مریضان نیز ضروری است. همچنین، نتایج نشان دادند که درمان های شناختی-رفتاری (CBT) به طور معناداری می توانند به کاهش علائم اختلال هراس کمک کنند. بنابراین، پیشنهاد می شود که در برنامه های درمانی، از رویکردهای جامع و چندبعدی استفاده شود که شامل مشاوره های اجتماعی و حمایت های احساسی نیز باشد.

در نهایت، این تحقیق می تواند به عنوان مبنایی برای پژوهش های آینده در زمینه اختلال هراس و شناسایی روش های مؤثرتر درمانی عمل کند. توجه به جوانب مختلف این اختلال می تواند به بهبود کیفیت زندگی مریضان و کاهش شیوع آن در جامعه کمک کند.

منابع و مأخذ

۱. یزدخواستی، فریبا. (۱۳۸۸). بررسی اختلالات افسردگی و شناختی سالمندان و ارتباط آن ها با یکدیگر. تازه های علوم شناختی، ۱۱ (۴): ۱۲-۱۷.
۲. Alizadeh, R., Mohammadi, S., & Kiani, M. (2023). The impact of panic disorder on quality of life: A descriptive-analytical study. *Quality of Life Research*, 32(3), 789-798.
۳. Anne, Marie, Albano., Wendy, K., Silverman. (2024). 4. Panic Disorder. doi: 10.1093/med-psych/9780199348367.003.0010
۴. Arnett, P., Lee, C., & Thompson, J. (2020). Genetic factors in panic disorder: A correlational study. *Behavior Genetics*, 50(2), 123-130.
۵. Eun, Jeong, Kim., Yong, Ku, Kim. (2018). 3. Panic disorders: The role of genetics and epigenetics. doi: 10.3934/GENET.2018.3.177
۶. F., Rouillon. (1996). 4. Epidemiology of panic disorder. *Encephale-revue De Psychiatrie Clinique Biologique Et Therapeutique*,
۷. Fardousi, H., Mohammadi, M., & Zare, M. (2020). Prevalence of panic disorder in the general population: A cross-sectional study. *Iranian Journal of Psychiatry*, 15(2), 112-118.
۸. Girish, N., Rao., Gopalkrishna, Gururaj. (2023). 3. Panic disorder: Epidemiology, disability, and treatment gap from nationally representative general population of India. *Indian Journal of Psychiatry*, doi: 10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_825_23
۹. Habibi, A. (2023). Cultural and social factors influencing panic disorder in Afghan patients: A qualitative study. *International Journal of Mental Health*, 52(1), 34-45.
۱۰. Kamali, F., Rahimi, M., & Sadeghi, M. (2021). The effects of relaxation techniques on panic attacks: A clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 77(5), 1023-1030.

۱۱. Kapel, M., Smith, J., & Johnson, R. (2018). The relationship between panic disorder and family history of anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 55, 45-52.
۱۲. Leonie, Brinkmann., Christine, Buff., Katharina, Feldker., Sara, V., Tupak., Michael, P.I., Becker., Martin, J., Herrmann., Thomas, Straube. (2017). 1. Distinct phasic and sustained brain responses and connectivity of amygdala and bed nucleus of the stria terminalis during threat anticipation in panic disorder.. *Psychological Medicine*, doi: 10.1017/S0033291717001192
۱۳. McLeod, A., Brown, T., & Williams, K. (2019). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in reducing panic disorder symptoms: A randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 43(3), 345-356.
۱۴. Peterson, L., Chang, Y., & Roberts, D. (2022). The role of antidepressants in treating panic disorder: A clinical trial. *Psychopharmacology*, 239(1), 89-97.
۱۵. Rezai, M., Farahani, M., & Khosravi, S. (2021). The impact of panic disorder on academic performance and social functioning among students. *Journal of Educational Psychology*, 113(4), 678-689.
۱۶. Sohrabi, F., Ghaffari, M., & Nasiri, M. (2022). Experiences of patients with panic disorder: A qualitative analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 145, 56-64.
۱۷. Wang, J., Wu, X., Lai, W., Long, E., Zhang, X., Li, W., Zhu, Y., Chen, C., Zhong, X., Liu, Z., Wang, D., & Lin, H. (2017). Prevalence of depression and depressive symptoms among outpatients: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 7(8), e017173. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017173>.