

## نوع و شدت استرس و بیماری‌های همراه و سطح سلامت در بیماران مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی

دکتر سید مسعود موسوی‌نسب<sup>۱</sup>، دکتر حسن حق‌شناس<sup>۲</sup>، دکتر رابرت فرنام<sup>۳</sup>

**Title:** *Types and severity of stressors, co-morbidity, and general health status of patients with panic disorder.*

**Authors:** *Mosavinasab M,(MD); Haghshenas H,(PhD); Farnam R,(MD).*

**Introduction:** *The present study was designed to investigate the types and severity of stresses that the patients were experienced a year before onset of panic disorder. The co-morbidity of any other associated diagnosis with panic disorder and general health condition were also studied and reported in this article.*

**Method:** *Fifty-one patients with diagnosis of panic disorder and 51 healthy subjects were examined using semi-structured clinical interview, Paykel life event inventory, and the short form of general health survey.*

**Results:** *Findings showed that patients experienced higher rate of stressors before onset of the illness in contrast to control subjects ( $P<0.0001$ ). They reported to have a higher distress with the stressful events when compared to control group ( $P<0.0001$ ). When the list of stressful events grouped according to the concept of lost and non-lost classes, the patients and controls did not differ in experiencing in the number of the two types of stressors. The major depressive disorder was the most prevalent type of illness associated with panic disorder. The level of general health in patients with panic disorder was severely lower than control subjects.*

**Conclusion:** *Clinicians working with panic disorder patients need to consider the effect of life events stressors, low stress tolerance, depressive mood in their treatment protocol for these patients.*

**Keywords:** *Panic disorder, stress, co-morbidity, general Health.*

۱- بخش روانپزشکی، بیمارستان حافظ، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۲- گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

۳- سازمان بهزیستی استان فارس

**چکیده:**

**مقدمه:** این پژوهش بمنظور بررسی رویدادهای استرس‌زا، مشخص نمودن اختلال‌های روانپزشکی همراه، و تعیین وضعیت سلامتی عمومی گروهی از بیماران با تشخیص اختلال وحشت زدگی صورت گرفت.

**روش کار:** ۵۱ بیمار با تشخیص اختلال وحشت زدگی با ۵۱ فرد بدون اختلال روانپزشکی بوسیله مصاحبه نیمه ساختار یافته و پرسشنامه‌های رویدادهای زندگی پیکل و وضعیت سلامت عمومی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج مطالعه نشان داد که استرس می‌تواند در شروع اختلال وحشت زدگی نقش داشته باشد، بیماران مبتلا به این اختلال و از نظر تعداد استرس‌ها تجربه شده ( $P < 0/0001$ ) و هم از نظر میانگین شدت استرس ( $P < 0/0001$ ) با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار نشان دادند. نیز بیماران هم از نظر تنوع استرس‌ها و هم از نظر شدت فشار تجربه شده نسبت به گروه گواه نمرات بیشتری را نشان می‌دادند. هنگامی که لیست استرس‌های مورد مطالعه به دو گروه استرس با مفهوم از دست دادن و بدون آن تفکیک گردید، مقایسه نشان داد که تفاوتی بین دو گروه در تجربه این نوع رویدادهای استرس‌زا وجود ندارد. همچنین مطالعه حاضر حاکی است که تعداد قابل توجهی از مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی از افسردگی و یا سایر اختلالات اضطرابی رنج می‌برند. بررسی وضعیت کلی سلامت افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی نشان دهنده تأثیر نامطلوب این اختلال بر شاخص‌های سلامت و کاهش کیفیت عملکرد فعلی و اجتماعی افراد مبتلا می‌باشد.

**نتیجه‌گیری:** بیماران اختلال وحشت زدگی استرس‌های بیشتری را در زمان قبل از شروع بیماری تجربه می‌نمایند و احتمال اینکه قبل از بیماری از اختلال افسردگی اساسی باشند و یا بعد از آن دچار این اختلال شوند بایستی مورد توجه روان‌پزشک قرار گیرد.

**کل واژگان: اختلال وحشت‌زدگی، استرس، بیماری همراه، سلامتی عمومی.****مقدمه:**

۱۹۵۰ مورد توجه قرار گرفته ولی هنوز اختلاف نظرهای زیادی وجود دارد. تعدادی از مطالعات جدید ارتباط قابل ملاحظه‌ای بین وقوع استرس در طی ماهها یا سال قبل از شروع اختلال وحشت‌زدگی را در ۸۰٪ تا ۸۵٪ از مبتلایان مطرح می‌کنند (۸).

در مقابل پژوهشگران دیگر معتقدند که هیچ گونه تفاوتی از نظر تعداد و شدت حوادث بین گروه کنترل و مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی با سایر اختلالات اضطرابی وجود ندارد (۹-۱۱). اتفاق نظر این دو گروه از محققین در این نکته است که این بیماران پی‌آمدهای ناشی از استرس را در زندگی خود بسیار منفی‌تر ارزیابی می‌کنند. از طرف دیگر گزارشاتی در رابطه با وقوع بیشتر اختلالات افسردگی همراه با اختلال هراس وجود دارد که علاوه بر اختلال وحشت زدگی، سلامت روانی و عملکرد فرد را بیشتر تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۲-۱۴) و درمان را پیچیده‌تر می‌سازد.

به همین دلیل بر آن شدیم که در این بررسی علاوه بر تعیین نوع و شدت استرس در گروهی از مبتلایان به اختلال وحشت-زدگی سطح سلامت و بیماریهای همراه را نیز مشخص کنیم.

اختلال وحشت‌زدگی یکی از شدیدترین اختلالات اضطرابی و عملاً یکی از شایعترین علل ناتوانی در مراجعان به سرویس‌های درمانی در سطح جامعه می‌باشد (۲۰۱). جدیدترین بررسی‌ها نشان می‌دهد که این اختلال شیوعی حدود ۴ تا ۸٪ را دارا می‌باشد (۴۰۳) و ۵۰٪ بیمارانی که به پزشکان عمومی و درمانگاه‌های سرپائی رجوع می‌کنند علائم و نشانه‌هایی را دارند که به وسیله بیماری‌های عضوی قابل توجه نیست و در واقع جزء گروه اختلالات وابسته به استرس و یا اختلال وحشت زدگی قرار می‌گیرد (۶۰۵).

درحال حاضر مشخص گردیده که درصد بالائی از بودجه‌های تشخیصی مراکز درمانی صرف اینگونه بیماران می‌شود. بعنوان مثال ۴۳٪ از بیمارانی که با درد قلب به اتفاقات داخلی مراجعه می‌کنند صرفاً دارای تشخیص اختلال وحشت زدگی هستند (۷). لذا بررسی جنبه‌های مختلف این اختلال بویژه سطح سلامت و عوامل مستعد کننده مورد توجه قرار گرفته‌اند. با اینکه نقش استرس در آماده‌سازی و یا شروع اختلالات روانپزشکی از سال

## روش کار:

**(الف) نمونه گیری:** این پژوهش یک مطالعه موردی شاهدهی-می باشد. بیماران از میان مراجعه کنندگان به درمانگاه‌های دانشگاهی حافظ و ابن سینا شهر شیراز انتخاب گردیدند. در صورتیکه روانپزشک اول تشخیص اختلال وحشت زدگی می داد بیمار توسط روانپزشک دوم مورد بررسی قرار می گرفت و در صورت تأیید تشخیص در مطالعه شرکت داده می شد. گروه کنترل از میان دوستان و همراهان بیماران انتخاب گردیدند. سعی گردید همخوانی سنی، جنسی، سطح تحصیلات رعایت گردد. در این پژوهش ۵۱ فرد دچار اختلال وحشت زدگی و ۵۱ نمونه گواه شرکت داشتند. هر دو گروه متشکل از ۳۱ زن و ۲۰ مرد بود. میانگین سنی گروه بیمار ۲۸/۴ سال (انحراف معیار ۶/۶۳) و میانگین سنی گروه گواه ۲۸/۷ (انحراف معیار ۶/۶۵) بود. دو گروه از نظر سنی تفاوتی نداشتند ( $t = 0/25, P < 0/80$ ). میانگین سنوات تحصیلی گروه بیمار ۱۰/۲ سال (انحراف معیار ۳/۷۷) و برای گروه گواه ۱۰/۸ (انحراف معیار ۳/۰۱) بود. دو گروه از نظر سنوات تحصیلی تفاوت آماری معنی داری نداشتند ( $P < 0/39, t = 0/87$ ).

**(ب) ابزارها و روش اجرا:** پس از انجام یک مصاحبه نیمه ساختاری برای جمع آوری اطلاعات کلی و تشخیص بیماری همراه، آزمون پیکل جهت بررسی حوادث زندگی و آزمون تعیین وضعیت سلامتی در حضور روانپزشک انجام گردید. در صورتیکه مشکلی در فهم مطالب وجود داشت توسط پژوهشگر توضیحات لازم ارائه می شد. مقیاس رویدادهای زندگی پیکل (۱۵) دارای ۶۹ سؤال است در مورد حوادث و رویدادهای زندگی فردی از جمله شغل، درآمد، سلامتی، سوگ، مهاجرت، مشکلات زوجی، ارتباطات اجتماعی می باشد. این آزمون در سال ۱۳۶۷ به فارسی ترجمه شد و بر روی گروهی از دانشجویان و کارمندان هنجاریابی گردید (۱۶). این آزمون در افراد بهنجار بصورت مطالعه طولی (۱۷)، در بررسی افراد افسرده (۱۸) و روان نژند (۱۹)، در افرادی که اقدام به خودکشی کرده بودند (۲۰) و بررسی حوادث زندگی در شروع بیماری روانی (۲۱) بکار گرفته شده است و از روائی و اعتبار مناسبی برخوردار است. علاوه بر مشخص نمودن نوع استرس در آزمودنی‌ها، از آنها خواسته میشد که شدت استرس تجربه شده را در درجه بندی صفر تا ۲۰ برای کمترین و شدیدترین اثر مشخص نمایند.

پرسشنامه تعیین وضعیت سلامتی (فرم کوتاه ۲۰ سئوالی) با انشائی بسیار ساده، جنبه‌های مختلف سلامتی را بررسی می کند (۲۲). این آزمون شش حوزه سلامتی را مورد بررسی قرار می دهد.

این حوزه ها عبارتند از: فعالیت جسمانی، انجام وظایف، عملکرد اجتماعی، سلامت ذهنی، درک سلامتی و درد. بررسی‌ها روائی و اعتبار مناسب آزمون را نشان داده اند (۲۴-۲۲).

**(ج) تفکیک استرس‌ها:** نوع استرس‌ها از نظر تفکیک آنها با مفهوم اضطراب جدایی و بدون مفهوم جدایی مورد توجه قرار گرفت. همانطوریکه مشخص است سه مورد از شدیدترین انواع استرس (طلاق، مرگ فرزند، خیانت همسر) تداعی کننده این مفهوم هستند (۱۰). هر چند که مشخص کردن دقیق مفهوم از دست دادن و جدایی ممکن نیست ولی سعی شد تا با تمایز استرس‌ها به دو گروه: ۱- دارای مفهوم از دست دادن ۲- فاقد مفهوم از دست دادن، این فرضیه مورد بررسی قرار گیرد. در ابتدا این دو گروه استرس بین گروه بیمار و گروه کنترل مورد مقایسه قرار گرفت. جدول شماره ۱ این تقسیم بندی را نشان می دهد.

جدول ۱- تقسیم بندی استرس‌ها بر اساس مفهوم از دست دادن

گروه ۱: استرس‌هایی که مفهوم از دست دادن و جدایی دارند	گروه ۲: استرس‌هایی که مفهوم از دست دادن و جدایی ندارند
مرگ همسر	بستری شدن یکی از اعضای خانواده
محکومیت به زندان	بعثت بیماری
خیانت همسر	مشکلات مالی سنگین
طلاق	بیماران هوایی شهر
مرگ فرزند	تولد فرزند
مرگ یکی از اعضاء خانواده بجز همسر	شرکت در یک امتحان مهم
از کار برکنار شدن	نامزدی فرزند
متارکه با همسر با داشتن فرزند	خدمت زیر پرچم
پایان تحصیل (اخراج از مدرسه)	بروز یک حادثه غیر منتظره
متارکه با همسر بدون درگیری	نامزدی فرزند
شکست شغلی یا حرفه‌ای	پایان تحصیل (فارغ التحصیل شدن)
مرگ یک دوست نزدیک	عدم کفایت حقوق و درآمد
از دست دادن چیزی	تحت تعقیب مالی قرار گرفتن بعثت
عدم موفقیت در تحصیل	تخلفات مالی
تنزل مقام	بالا گرفتن درگیری با یکی از اعضاء خانواده
بیکاری موقت	ازدواج فرزند
بهم خوردن نامزدی	مشکلات مالی سنگین در حد متوسط
سقط یا زایمان بچه مرده	ازدواج
دوری از یک فرد مورد علاقه	گرفتن وام سنگین از بانک
تغییر محل سکونت با رفتن به یک کشور خارجی	حاملگی ناخواسته
ترک کردن خانه توسط فرزند	بالا گرفتن درگیری با فرزند
یانسگی	
بازنشستگی	

## یافته‌ها:

**(الف) استرس:** همانطوریکه قبلاً بحث شد نقشی از استرس که این گونه تحقیقات مورد بررسی قرار می دهند، اثر تسریع کنندگی

بعنوان مثال استرس مربوط به درگیری با یکی از اعضای خانواده در هر دو گروه جزء استرس‌های شایع به حساب می‌آید را مقایسه می‌کنیم. این استرس در ۸ مورد از افراد نرمال گزارش شده و معدل شدت استرس حدود ۱۲/۳۷ میباشد در صورتیکه معدل آن در میان ۱۴ بیماری که این استرس را داشته‌اند حدود ۱۷/۴۳ بوده است. در رابطه با استرس‌هایی که مفهوم از دست دادن را تداعی می‌کنند در گروه بیمار ۳۷ نفر دارای این استرس بودند و در گروه کنترل ۱۹ نفر دارای این استرس بودند ( $P < 0/02$ ،  $\chi^2 = 5/79$ ). بدین ترتیب گروه بیمار در مقایسه با گروه کنترل به نحو معنی‌داری استرس فقدان را بیشتر تجربه کرده است. از نظر شدت اینگونه استرس‌ها تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت (گروه بیمار و کنترل ترتیب با میانگین ۱۶/۳ و ۱۳/۱۵ و  $P < 0/20$ ،  $t = 1/19$ ). همچنین آزمون  $t$  گروه‌های وابسته برای مفهوم از شدت دو نوع استرس در درون گروه بیمار ( $P < 0/54$ ،  $t = 0/63$ ) و گروه سالم معنی‌دار نیست ( $P < 0/69$ ،  $t = 0/40$ ).

**ب) بیماری‌های همراه:** حدود ۱۵/۷ درصد بیماران (۸ نفر) اختلال افسردگی اساسی خود را قبل از شروع اختلال وحشت زدگی داشته‌اند و ۶۲/۷ درصد افراد اختلال افسردگی اساسی را بعد از شروع اختلال وحشت‌زدگی پیدا کرده‌اند. این اعداد نسبت ۴ به ۱ را مطرح می‌کنند. از جمله سایر اختلالاتی که همراه با اختلال وحشت زدگی وجود داشته‌اند می‌توان به موارد زیر نیز اشاره کرد: گذر هراسی ۱۳ نفر (۲۵/۵٪)، هراس اختصاصی ۵ نفر (۱۰٪)، سایر اختلالات خلقی مانند اختلال افسرده‌خویی، اختلال دو قطبی نوع اول و اختلال افسردگی خفیف: ۵ نفر (۱۰٪)، اختلال وسواس جبری ۵ نفر (۱۰٪). در مجموع فقط ۹ نفر (۱۷٪) از بیماران از هیچ اختلال دیگری غیر از اختلال وحشت‌زدگی رنج نمی‌بردند. در کل نمونه بیماران مورد پژوهش، پدیده خودکشی گزارش نگردید.

**ج) وضعیت سلامت:** وضعیت سلامتی بین دو گروه تفاوت قابل ملاحظه‌ای مشاهده گردید. قابل ذکر است که حداکثر نمره قابل

آن است که در این پژوهش مانند بسیاری از تحقیقات از افراد در مورد وقوع رویدادهای استرس‌زا در طی یکسال قبل از شروع اختلال بررسی شده است.

فراوان‌ترین استرس‌ها در گروه بیماران به ترتیب شامل: دوری از یک فرد مورد علاقه ۲۵ نفر (۴۹٪)، درگیری با یکی از اعضای خانواده که با هم در یک منزل زندگی می‌کنند ۱۷ نفر (۳۳/۳۳٪)، بروز بیماری خفیف جسمی، ۱۵ نفر (۲۹/۰۵٪)، بستری شدن یکی از افراد خانواده بعلت بیماری شدید در بیمارستان، ۱۴ نفر (۲۷/۵٪)، مرگ یکی از اعضای خانواده، ۱۳ نفر (۲۵/۵٪) و درگیری با یکی از اعضای خانواده، ۱۲ نفر (۲۳/۵٪) بود.

برای مقایسه فراوان‌ترین استرس‌ها در گروه کنترل شامل: بستری شدن یکی از اعضای خانواده، ۸ نفر (۲۵/۵٪)، درگیری با یکی از اعضای خانواده خانواده که با هم در یک منزل زندگی می‌کنند ۸ نفر (۱۵/۵ درصد) و مشکلات درآمدی و حقوقی، ۷ نفر (۱۳/۵ درصد) بود. در رابطه با تعداد استرس تجربه شده در گروه‌های بیمار و کنترل، بیماران با ۳۰۶ مورد استرس در طی یکسال قبل از شروع بیماری (۶ مورد استرس به ازاء هر بیمار) در مقابل افراد سالم با ۱۴۹ مورد استرس (حدود ۳ مورد استرس به ازاء هر فرد) تقریباً ۲ برابر استرس بیشتری را تجربه کرده‌اند ( $P < 0/001$ ،  $\chi^2 = 54/3$ ).

از نظر تنوع استرس‌ها، افراد بیمار ۶۳ نوع مختلف استرس را در طی سال گذشته تجربه کرده بودند ولی افراد گروه کنترل فقط ۴۱ نوع مختلف استرس را تجربه کرده بوده‌اند ( $P < 0/05$ ،  $\chi^2 = 4/65$ ). بدین ترتیب گروه بیمار دارای تنوع بیشتر در استرس‌ها بوده‌اند. مقایسه دو گروه کنترل و بیمار نشان میدهد که میانگین شدت نگرانی تجربه شده حاصل از استرس در گروه بیمار و کنترل به ترتیب ۱۶/۰۱ و ۱۰/۹۵ می‌باشد که بصورت معنی‌داری در دو گروه متفاوت است ( $P < 0/001$ ،  $t = 4/50$ ). بنابراین می‌توان گفت که تعداد و شدت درک استرس در گروه بیماران بصورت قابل ملاحظه‌ای بالاتر از افراد نرمال است.

جدول ۲- مقایسه جنبه‌های مختلف سلامتی در گروه بیمار و گروه کنترل

نوع فعالیت	گروه بیمار (n=51)		گروه کنترل (n=51)		سطح معنی‌داری
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
فعالیت بدنی	۷۶/۳۰	۲۲/۵۰	۹۰/۸۵	۲۰/۰۸	۰/۰۰۱
عمل به وظایف	۶۰/۲۹	۳۳/۲۳	۹۵/۵۸	۱۵/۵۷	۰/۰۰۰۱
فعالیت اجتماعی	۸۵/۶۵	۳۲/۹۱	۸۸/۹۳	۲۰/۳۶	۰/۰۰۰۱
سلامت ذهنی	۴۵/۰۵	۲۰/۳۱	۶۹/۵۶	۲۳/۶۱	۰/۰۰۰۱
درک سلامتی	۴۶/۰۲	۱۶/۰۸	۷۲/۱۷	۲۱/۷۰	۰/۰۰۰۱
درد	۴۴/۱۱	۳۸/۵۹	۷۵/۹۸	۳۴/۹۸	۰/۰۰۰۱
میانگین کل	۳۳۰/۴۴	۱۱۰/۰۹	۴۹۳/۰۹	۹۹/۶۸	۰/۰۰۰۱

مطالعه حاضر نشان داد تعداد قابل توجهی از مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی از افسردگی و یا سایر اختلالات اضطرابی رنج می‌برند. در رابطه با افسردگی میزان بروز آن بعنوان یک اختلال همراه تقریباً حدود ۴ برابر در مطالعه ما بدست آمد درحالیکه در مطالعه دیگری این نسبت دو برابر بوده است (۲۵). علی‌رغم بالا بودن میزان افسردگی همراه و شدت قابل توجه حملات اقدام به خودکشی در بیماران ما دیده نشد در صورتیکه در سایر مطالعات (۲۷ و ۲۸) در حدود ۲۰٪ گزارش گردید، که نیاز به بررسی جداگانه با دقت بیشتری را دارد.

بررسی وضعیت کلی سلامت افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی نشان دهنده تأثیر نامطلوب این اختلال بر شاخص‌های سلامت و کاهش کیفیت عملکرد فعلی و اجتماعی افراد مبتلا می‌باشد. لذا آگاهی درمانگر از این شاخص‌ها و لحاظ کردن آنها در درمان می‌تواند کمک زیادی به بهبود آنها باشد.

### تشکر و قدردانی:

بدینوسیله از زحمات سرکار خانم زهرا سینیایی که در گردآوری اطلاعات آوری پژوهش گران را یاری داده‌اند سپاسگزاری می‌گردد. همچنین از آقایان پویان و احسان حق‌شناس که در وارد کردن اطلاعات به یارانه همکاری نمودند نیز تشکر می‌گردد. لازم است از این طریق از تمام افرادی که بعنوان نمونه در این پژوهش شرکت نموده‌اند، سپاسگزاری نمایم.

<sup>1</sup>- Hibbert

<sup>2</sup>- Rader

<sup>3</sup>- Rapee

<sup>4</sup>- Clark

### References:

- 1- Meyer JK, Weissman MM, Tischer GH, et al. Sixth- month prevalence of psychiatric disorder in three communities. Arch Gen Psychiatry. 1984; 41: 959-70.
- 2- Marks IM. Anti depressant in phobic obsessive-compulsive disorder: useful or not. Integrat Psychiatr May – June, 1983; 24-5.
- 3- Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S. Life time and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorder in the united states. Arch Gen Psychiatr. 1994; 51: 8-18.
- 4- Crow RR, Noyes R, Pauls DL, et al. A family study of panic

اکتساب در پرسشنامه تعیین وضعیت سلامتی (فرم کوتاه ۲۰ سئوالی) ۶۰۰ می‌باشد. نمرات کل وضعیت سلامتی برای گروه کنترل ۴۹۳/۰۹ و برای گروه بیمار ۳۳۰/۴۴ است. تفاوت کاملاً معنی‌داری بین دو گروه از این نظر مشاهده گردید ( $P < 0.001$ )،  $t = 4/30$ ). جدول شماره ۲ نتایج این مقایسه‌ها را در مقیاس‌های این آزمون بین گروه بیمار و سالم نشان می‌دهد.

### بحث:

نتایج حاصل از این تحقیق مؤید این نظر است که استرس می‌تواند در شروع اختلال وحشت‌زدگی نقش داشته باشد، بیماران مبتلا به این اختلال هم از نظر میانگین شدت استرس و هم از نظر تعداد آن با گروه کنترل تفاوت معنی‌دار نشان می‌دهند ولی نوع استرس که در ارتباط با مفهوم استرس جدائی تفاوتی بین دو گروه دیده نمی‌شود. یافته‌های این پژوهش با سایر یافته‌ها همخوانی دارد با اینکه در تحقیق حاضر تعداد استرس‌های تجربه شده در افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی تقریباً دو برابر افراد نرمال می‌باشد ولی شاید نتوان صرفاً تعداد استرس‌ها را دلیل بر شروع حملات دانست چرا که لازم است این مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی نیز انجام شود. مطالعات انجام شده توسط هایبرت<sup>۱</sup> (۱۱)، ریدر<sup>۲</sup> و همکاران (۱۰) و رابی<sup>۳</sup> و همکاران (۹) نشان می‌دهند که تفاوتی بین تعداد و شدت استرس بین اختلال وحشت‌زدگی و سایر اختلالات اضطرابی وجود ندارد بلکه افراد مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی قابلیت بیشتری در ارزیابی بسیار منفی از پیامدهای استرس دارند. با این حال حتی اگر مدل‌های شناختی حساسیت اضطرابی و مدل شناختی کلارک<sup>۴</sup> (۲۶) را در شکل‌گیری اختلال مؤثر بدانیم. تعداد استرس‌ها می‌تواند در تسریع فرآیند اختلال مؤثر باشد همانگونه که در زمان درمان بیماری استرس‌ها می‌توانند باعث عود حملات گردند، از طرفی استرس‌ها می‌توانند در پیدایش بیماری‌های همراه مانند افسردگی و یا سایر اختلالات اضطرابی نقش داشته باشند.

- disorder. Arch Gen Psychiatr. 1983; 40: 1065-9.
- 5- Kroenke K, Mangels Droff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. AM J Med. 1989; 86: 262-6.
- 6- Klerman GL, Wessman MM, Oullette R, et al. Panic attack in community, social morbidity and health care utilization. JAMA. 1991; 265: 742-6.
- 7- Katon WJ, Vonkroff M, Lin E. Panic disorder: relation ship to high medical utilization. Am J med. 1992; 92 (suppl 1 A): 75-115.
- 8- Argyle N, Roth M. The phenomenological study of 90

- patients with panic disorder part II. *Psychiatr Dev.* 1989; 3: 187-209.
- 9- Rapee RM, Lifwin EM, Barlow DH. Impact of life events on subjects with panic disorder and on comparison subject. *Am J Psychiatr.* 1990; 147: 640-4.
- 10- Rader B, Evans RW, Manninen DL. The quality of life of hemodialysis recipients treated with recombinant human erythro protein. *JAMA.* 1990; 263: 825-830.
- 11- Hibbert GA. Ideational components of anxiety: Their origin and content. *Br J Psychiatr.* 1984; 144: 618-24.
- 12- Stein MB, Tancer ME, Uhde TW. Major depression in patients with panic disorder; factors associated with course and recurrence. *J Affect Disorder.* 1990; 19: 287-96.
- 13- Lydiard RB. Coexisting depression and anxiety: special diagnostic and treatment issues: *J Clin Psychiatr.* 1991; 52 (6, suppl): 48-54.
- 14- Ehlers A, Margraf J, Roth WT, et al. Anxiety induced by false heart feedback in patient with panic disorder. *Behav Res Ther.* 1988; 26: 1-11.
- 15- Paykel ES, Prusoff BA, Uhlenhuth EH. Scaling of life events. *Arch Gen Psychiatr.* 1971; 25: 340-7.
- ۱۶- مهاجر م، متقی پوری، کاتوزیان ب. رتبه بندی رویدادهای استرس زای زندگی در گروهی از کارکنان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. دارو و درمان. ۱۳۶۸: ۹۶: ۵ - ۱۰.
- 17- Robovits DR, Klein DL. The liability of subjects reports on stressful life events inventories: a longitudinal study. *J Behav Med.* 1987; 10: 501-12.
- 18- Paykel ES, Prusoff B, Myers JK, et al. Life events and Depression: a controlled study. *Arch Gen Psychiatr.* 1969; 25: 753-60.
- 19- Paykel ES. The clinical interview for depression: development, reliability and validity. *J Affective Disorder.* 1985; 9: 85-96.
- 20- Paykel ES, Myers JK, Dienelt MN. Suicidal attempts and recent life events. *Arch Gen Psychiatr.* 1975; 25: 340-7.
- 21- Levenson JL, Bemis C. The role of psychological factors in cancer and progression. *Psychosomatic.* 1991; 32: 124-32.
- 22- Stewart A, Hays RD, Ware JE. The most short form general health survey: reliability and validity in a patient population. *Medical Care.* 1988; 26: 724-35.
- 23- Wachtel T, Piette J, Stein M, et al. Quality of life in person with human immunodeficiency virus infection: Measurement by medical outcome study instrument. *Ann Intern Med.* 1992; 116: 129-37.
- 24- Stewart AL, Green field S, Hays RD, et al. Functional status and wellbeing of patients with chronic conditions: results from the medical outcome study. *JAMA.* 1987; 262: 907-13.
- 25- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1992.
- ۲۶- کلارک د م (ترجمه کاویانی ح). اختلال آسیمگی و هراس اجتماعی. در: کلارک د م و فریورن ک ج (ویراستاران): رفتار درمانی شناختی: دانش و روش های کاربردی. ناشر، موسسه علوم شناختی، تهران. ۱۳۸۰، ص ۱۸۹-۲۴۰.
- 27- Johnson J, Wessman MM, Klerman GL. Panic disorder, comorbidity, and suicide attempts, *Arch Gen Psychiatr.* 1990; 47: 805-8.
- 28- Weissman MM, Klermon GL, Markowitz JS, et al. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med.* 1989; 321: 1209-14.