

اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت برای اختلال هراس

۱-شاهین شერთاب اصل، ۲-توحید مرادی شیخ جان، ۳-الناز موسی نژاد جدی

۱-کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی (کودک و نوجوان)، موسسه آموزش عالی رشدیه تبریز، ایران.

shahinshertab9743@gmail.com

۰۹۲۱۸۷۲۵۴۶۰

۲ و ۳-استادیار گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی رشدیه تبریز، ایران.

چکیده

هدف این تحقیق اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت برای بهبود علائم اختلال هراس بود. این تحقیق از لحاظ هدف از نوع کاربردی، از لحاظ ماهیت از نوع مطالعات نیمه تجربی با پیش و پس آزمون و از لحاظ گردآوری داده ها از نوع مطالعات میدانی بود. جامعه آماری شامل دانشجویان (۱۸ تا ۲۰ سال) دارای اختلال هراس در شهر شبستر در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ می باشد که به مراکز مشاوره و روان درمانی در این شهر مراجعه کرده بودند. تعداد نمونه آماری برای این تحقیق به صورت ۴۰ نفر بود که در دو گروه (۲۰ گواه، ۲۰ آزمایش) بود که به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این تحقیق برای گردآوری داده های تحقیق پرسشنامه اختلال هراس شیر و همکاران (۱۹۹۷) بود که روایی آنها بر اساس روش های صوری و سازه و پایایی پرسشنامه ها بر اساس روش آلفای کرونباخ مورد تایید است. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس بهره گرفته شد. در این راستا از نرم افزار **SPSS-22** استفاده شد. یافته ها نشان داد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت بر بهبود علائم اختلال هراس تاثیر دارد. ($P < 0.05$). بنابراین می توان نتیجه گرفت استفاده از روش درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت می تواند سبب بهبود علائم هراس در نوجوانان شود.

کلمات کلیدی: درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت، اختلال هراس، دانشجویان.

۱. مقدمه

اختلالات هراس یکی از شایع ترین اختلالات روان پزشکی است که رنج و مشقت بسیار بالایی برای افراد درگیر اختلال ایجاد می کند. اختلال هراس در درجه نخست با وجود حملات مکرر هراس و غیرمنتظره بودن این حملات مشخص می شود و به دنبال آن حداقل یک ماه نگرانی مداوم پیرامون بروز مجدد، عواقب احتمالی و تغییرات رفتاری ناشی از حملات وجود دارد (چیشولم^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). حملات هراس علائم روانی و جسمانی بسیاری دارند، از جمله علائم روانی عمده می توان به ترس بسیار زیاد، احساس مرگ قریب الوقوع، اشکال در تمرکز، مسخ شخصیت و واقعیت اشاره کرد. علائم جسمانی حملات هراس مواردی همچون افزایش ضربان قلب، تعریق، تنفس سخت و سرگیجه را شامل می شود (کاسترز^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). نرخ شیوع تمام عمری اختلال هراس ۱ تا ۴ درصد است (ساگو^۳ و همکاران، ۲۰۲۰).

علائم شایع اختلال هراس عبارتند از: ۱. تپش قلب؛ تندی ضربان قلب؛ درد سینه ۲. احساس بی واقعیتی، قطع ارتباط با افراد یا اشیاء ۳. کرختی و گزگز اطراف دهان، دست ها و پاها گرفتگی یا انقباضات عضلانی در دست ها و پاها ۴. احساس «پرپرزدن پروانه ها» در معده ۵. ترس شدید از دیوانه شدن (از دست دادن مشاعر)؛ ترس از مردن؛ احساس وحشت ۶. کوتاهی نفس؛ احساس خفگی؛ تنفس عمیق و سریع؛ ضعف یا حالت سستی؛ غش کردن (گاهی)؛ تعریق و لرزیدن (کیم و همکاران، ۲۰۲۳). و در این بین مهمترین روش های درمان اختلال هراس عبارتند از: ۱. بررسی سوابق پزشکی و معاینه توسط پزشک ۲. تا حد امکان استرس را در زندگی خود کاهش دهید. ۳. بررسی های آزمایشگاهی در صورت لزوم برای رد کردن سایر اختلالات ۴. روش های آسوده سازی را فرا بگیرید. برای برخی افراد، تجویز دارو مؤثر است. ۵. در مورد احساسات خود با یک دوست یا یکی از اعضای خانواده صحبت کنید. این اقدام گاهی اضطراب شما را کاهش می دهد. ۶. برای رفع علائم مربوط به تنفس عمیق و سریع، یک کیسه کاغذی کوچک را جلوی دهان و بینی خود بگیرید و به مدت چند دقیقه درون آن تنفس کنید. ۷. افکار و احساسات اضطرابی خود را به طور روزانه در یک دفتر ثبت نمایید. با بررسی اطلاعات ثبت شده علل اضطراب خود و راه حل های احتمالی آن را ارزیابی کنید (کیم و همکاران، ۲۰۲۳).

روان شناسان بالینی به جنبه های شناختی اختلالات روانی توجه نشان دادند. اصلی ترین موضوع روش های شناختی - رفتاری این است که شناختها، روابط بین اتفاقات و رویدادهایی که افراد تجربه کرده و هیجاناتی که احساس می کنند، وساطت می کنند (امبری، ۱۳۹۷). عموماً روش های درمان شناختی - رفتاری بر این ایده پای بند هستند که طیفی از فرایندهای شناختی بهنجار و نابهنجار هنگام مواجهه با یک وضعیت آشکار وجود دارد. به نظر می رسد پرداختن به روش های درمان شناختی - رفتاری می تواند در کاهش شدت، بهبود و ارتقای کیفیت زندگی بیماران درگیر این اختلال نقش مؤثری ایفا کند (باوری و معروفی، ۱۴۰۰).

با توجه به اینکه گاهی بیماران نیازمند مراجعه به مشاوران و روان شناسانی هستند که در شهرهای دیگر قرار دارند و امکان طی مسافت برای رسیدن به آنجا وجود ندارد، لذا درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت می تواند سبب از میان برداشتن این محدودیت شده و امکان بهره مندی از درمان های روانشناسان را فراهم می آورد. در مطالعات پیشین، شرکت کنندگان به درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت از نظر ارائه آن و رضایت آنها از نتایج امتیاز مثبت دادند. در مطالعه چاندار تاثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت بر اضطراب اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته است. (چاندار و همکاران، ۲۰۲۲). هر چند این یافته ها دلگرم کننده هستند اما نتایج نشان می دهند که درمان های شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت می تواند به علت نیاز به زیرساخت های ارتباطی و زمینه های درمانی، در کشورهای در حال توسعه چندان مورد توجه قرار نگیرد. بیلت^۴ و همکاران (۲۰۲۰) به بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری برای اختلال هراس در یک محیط بالینی در نروژ پرداختند. نتایج نشان داد که کاهش نمره کل مقیاس درجه بندی اجتناب از فوییک به میزان ۵۰٪ در ۹۸٪ بیماران در پیگیری طولانی مدت مشاهده شد. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و کیفیت زندگی بیماران مشابه نمرات مورد انتظار برای جمعیت عمومی نروژ بود. از بین بیماران، ۹۵٪ رضایت بالا تا بسیار زیاد از درمانی شناختی رفتاری را گزارش کردند، و ۹۳٪ مزایای درمانی زیادی را گزارش کردند. این مطالعه طولانی ترین پیگیری بعد از درمانی شناختی رفتاری گروهی را برای اختلال هراس و آگورافوبیا

¹ Chisholm & et al.

² Koesters & et al.

³ Sago & et al.

⁴ Bilet

دارد که پیش آگهی خوبی را در ۹۳ درصد از بیماران شرکت کننده نشان می دهد. شین^۵ و همکاران (۲۰۲۱) به اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی خود هدایت شده برای اختلال هراس در کشور آلبانی پرداختند. نتایج نشان داد که در تحلیل های درون گروهی، گروه درمان واقعیت مجازی بهبودی در علائم اختلال هراس، اضطراب و افسردگی پس از ۴ هفته نشان دادند، در حالی که گروه انتظار هیچ بهبود قابل توجهی نشان نداد. در مقایسه با گروه انتظار، گروه درمان واقعیت مجازی پیشرفت های قابل توجهی در مقیاس شدت اختلال هراس در تحلیل کامل تر و تجزیه و تحلیل قصد درمان نشان داد. تنوع ضربان قلب در گروه درمان واقعیت مجازی بهبود در فرکانس بالا نرمال شده از ابتدا تا پس ارزیابی را نشان داد بدون اینکه تفاوت معنی داری در هیچ اندازه گیری نتیجه بین گروه ها وجود نداشت.

اختلال هراس شامل طیف گسترده ای از رفتارها همانند سرکوب افکار یا تصاویر ناخواسته و حواس پرتی می شود. در مطالعات انجام شده در ارتباط با افزایش اختلالات هراس و درمان این اختلالات بر نقش درمان شناختی رفتاری تأکید بسیاری شده است (باوری و معروفی، ۱۴۰۰). وجود اثربخشی درمان شناختی رفتاری بالا می تواند در ایجاد و نگهداری انواع اختلالات هراس نقش مهمی ایفا کند (واندرورن و همکاران، ۲۰۲۰). میزان ترس و اجتناب از موقعیت ها و محرک های هراس از جنبه های اصلی پدیدارشناسی اختلال هراس هستند. اضطراب و هراس شدید از ایجاد حملات جدید، باعث ایجاد اجتناب شناختی در افراد مبتلا دارای اختلال روانی می شود و ضرورت دارد این افراد نسبت به شرایطی که قبلا حملات هراس را در آن موقعیت ها تجربه کرده اند و احتمال بروز مجدد حمله را می دهند از روش های درمان شناختی رفتاری استفاده کنند (اکینس^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). درمان شناختی-رفتاری (مفیدترین و توصیه شده ترین درمان روان شناختی برای اختلال هراس است (پاپولا و همکاران، ۲۰۲۲). دهه های گذشته شاهد رشد مهم تقاضا برای آن بودیم، افزایش لیست های انتظار، و در نتیجه، فشار برای اشکال در دسترس تر و کارآمدتر ارائه درمان. از سوی دیگر، ارائه درمان شناختی رفتاری ممکن است به دلیل مشکلاتی که در ارائه درمان مشترک در همه انواع روان درمانی ها وجود دارد، با مشکل مواجه شود. شایع ترین موانعی که باعث ایجاد شکاف در درمان اختلال هراس می شود، موانع جغرافیایی است، مانع دسترسی افرادی که در مناطق روستایی زندگی می کنند، جایی که زمان سفر ممکن است مشکل ساز باشد و بار اضافی ایجاد کند، افرادی که نزدیک به خدمات بهداشت روان زندگی نمی کنند، تعهدات افرادی که کار می کنند. در طول روز، و فقط عصرها وقت داشته باشید. مسائل بیشتر با محدودیت های مالی برای بیماران و کمبود درمانگران تخصصی درمان شناختی رفتاری، به ویژه در تنظیمات منابع ضعیف نشان داده می شود (پاپایو و همکاران، ۲۰۲۲).

این مشکلات برای بیماران مبتلا به اختلال هراس همراه با آگورافوبیا حتی بیشتر است، زیرا ممکن است به دلیل ترس از ترک خانه خود به دنبال درمان نباشند. در نتیجه، توسعه قالب های تحویل غیر از فرمت های حضوری فردی در دهه های گذشته، با هدف افزایش دسترسی و مقرون به صرفه بودن درمان شناختی رفتاری، بدون از دست دادن کارایی، یک چالش بزرگ بوده است و در نتیجه به بیشترین تعداد کمک می کند. واقعیت مجازی ممکن است ابزاری سودمند برای ارزیابی رفتارهای اضطرابی باشد زیرا افراد را در دنیای مجازی غوطه ور می کند که منعکس کننده نیازهای زندگی روزمره است (سانچز و همکاران، ۲۰۲۲). تحقیقات قبلی نشان داده است که واقعیت مجازی فرصتی عظیم برای ارزیابی اینکه آیا درمان ها را می توان در زندگی واقعی به کار برد و می تواند به دانشمندان اجازه دهد تا تعاملات زمان واقعی فرد را با موجودات مجازی مشاهده کنند، فراهم می کند (کیم و همکاران، ۲۰۲۰). ما همچنین گزارش دادیم که عوامل روانشناختی، از جمله سبک ارتباطی و رضایت از زندگی، با رفتار در واقعیت مجازی مرتبط هستند.

بر این اساس آنچه به نظر می رسد استفاده از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت در کشورهای در حال توسعه مورد استفاده قرار نمی گیرد لذا کمیود مطالعاتی در این راستا مشهود است. بنابراین هدف این تحقیق اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت برای اختلال هراس بوده و محقق درصدد پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت برای اختلال هراس موثر است؟

⁵ Shin

⁶ Vanderveren & et al.

⁷ Elkins & et al.

۲. روش تحقیق

این تحقیق از لحاظ هدف از نوع کاربردی، از لحاظ ماهیت از نوع مطالعات نیمه تجربی با پیش و پس آزمون و از لحاظ گردآوری داده ها از نوع مطالعات میدانی بود. جامعه آماری شامل دانشجویان (۱۸ تا ۲۰ سال) دارای اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال هراس در شهر شبستر در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود. تعداد نمونه آماری برای این تحقیق به صورت ۴۰ نفر بود که در دو گروه (۲۰ گواه، ۲۰ آزمایش) به صورت تصادفی ساده در دو گروه قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: تشخیص اختلال بر اساس ملاک‌های DSM-5 توسط روان‌پزشک، دریافت نکردن درمان در ۳ ماه گذشته (افراد نمونه بعد از تشخیص توسط پزشک و قبل از شروع هرگونه درمانی انتخاب شد). عدم وجود اختلالات همبود و بیماری های جسمی. ملاک خروج از تحقیق شامل: تمایل نداشتن شرکت کنندگان به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش / عدم حضور در جلسات درمان به تعداد ۲ جلسه. ابزار مورد استفاده در این تحقیق برای گردآوری داده های تحقیق یک پروتکل درمانی و دو پرسشنامه استاندارد بود:

پروتکل شناختی درمانی مبتنی بر اینترنت

در این پروتکل برای دانشجویان دارای اختلال شش جلسه به مدت هر جلسه ۶۰ دقیقه قرار برگزار شد اما گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. یک هفته بعد از پایان جلسات درمانی گروه آزمایش از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. لازم به ذکر است که به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی بعد از پس آزمون برای گروه کنترل دو جلسه آموزشی برگزار شد. در طول درمان، درمانگر در ساعت مشخص شده با اعضای گروه آزمایش از طریق روش های ارتباط اینترنتی همچون تلگرام (یا دیگر روش ها) تماس تصویری برقرار کرده و آموزش به صورت آنلاین می شود. اگر فرد سوال یا ابهامی داشت سوال پرسیده و درمانگر جواب می دهد و اگر نیاز به ارسال و درمان فایل باشد با روش اینترنتی ارسال و صورت گرفت (سیداوی، ۱۳۹۷).

جلسه اول: آشنایی با مفهوم هراس، تعریف و بیان مفاهیم شناخت، رفتار و احساس و ذکر مثال، جدول ثبت افکار روزانه.

جلسه دوم: ثبت سلسله مراتب هراس و خستگی، آشنایی با مولفه های فیزیولوژیک درگیر در هراس و خستگی روانی.

جلسه سوم: آموزش آرام سازی، تمرین تکنیک های آرام سازی در مواجهه با سلسله مراتب هراس و خستگی.

جلسه چهارم: آشنایی با مفهوم خطاهای فر و تکمیل جوبل ثبت افکار با خطاهای فکری و ادامه سلسله مراتب مواجهه.

جلسه پنجم: آشنایی با تکنیک چالش افکار و آموزش تکنیک حل مساله.

جلسه ششم: تکنیک بررسی شواهد و خودکار نمودن چالش با افکار منفی و مرور موضوعات مورد بحث.

پرسشنامه اختلال هراس: پرسشنامه اختلال هراس که شیر و همکاران آن را در سال ۱۹۹۷ ساخته‌اند. این پرسشنامه ۵ آیتم دارد، در نمره‌گذاری این پرسشنامه هر آیتم در یک مقیاس ۵ درجه ای نمره‌گذاری شده است. مدت زمان موردنیاز برای پاسخ دادن به سؤالات این پرسشنامه ۱۰ تا ۱۵ دقیقه است. این پرسشنامه هیچ خرده‌مقیاسی ندارد. پرسشنامه مذکور روایی ۰/۸۳ و پایایی ۰/۶۴ دارد. در ایران نسخه اصلی پرسشنامه زیر نظر متخصصین زبان ترجمه و پس از آن روایی پرسشنامه توسط ۵ نفر از متخصصین دارای صلاحیت تأیید و پایایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۶۸ به‌دست آمد (امیری، ۱۳۹۷). برای طراحی این بخش از طیف پنج گزینه‌ای لیکرت استفاده گردیده است در پژوهش حاضر روایی پرسشنامه بر اساس روش های صوری و سازه مورد تایید قرار گرفته است. و مقدار آلفای کرونباخ برابر با ۰.۸۴۱ بود که مورد تایید است.

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل واریانس بهره گرفته شد. در این راستا از نرم افزار **SPSS-22** استفاده شد.

۳. یافته های تحقیق

از بین ۴۰ نفری که در این تحقیق شرکت کرده اند، ۲۴ نفر پسر (۶۰ درصد) و ۱۶ نفر دختر (۴۰ درصد) بودند. همچنین از بین ۴۰ نفری که در این تحقیق شرکت کرده اند، ۹ نفر شغل کارمند (۲۳،۳ درصد)، ۱۲ نفر شغل آزاد (۳۰ درصد)، ۱۱ نفر کارگری (۲۶،۷ درصد) و ۸ نفر سایر مشاغل (۲۰ درصد) بودند.

برای آزمون نرمال بودن داده های بدست آمده برای متغیرهای تحقیق از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. نتایج حاصل از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان داد مقدار سطح معنی داری (Sig) بدست آمده بیشتر از ۰،۰۵ می باشد که در نتیجه فرضیه H_0 تایید می شود و می توان گفت که توزیع داده ها نرمال می باشند و از آزمون های پارامتریک استفاده می شود.

برای بررسی همگنی، از آزمون لوین استفاده شده است. در این آزمون اگر سطح معناداری (Sig) بدست آمده بزرگتر از ۰/۰۵ باشد، فرض صفر آزمون رد نشده و نرمال بودن توزیع داده ها پذیرفته می شود.

جدول ۱: نتیجه آزمون لوین

سطح معنی داری	df2	df1	آزمون لوین
۰،۹۰۶	۳۸	۱	۰،۰۱۴

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می شود مقدار سطح معنی داری (Sig) بدست آمده برای تمامی نمرات از مقدار خطا (α) بیشتر است، در نتیجه فرضیه H_0 تایید می شود و می توان گفت که داده ها نرمال می باشند.

فرضیه تحقیق: درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت بر بهبود علایم اختلال هراس تاثیر دارد.

به منظور بررسی فرضیه از آزمون آنوا استفاده شده است :

جدول ۲: نتایج توصیفی

هراس	تعداد	میانگین	انحراف معیار
گواه	۲۰	۳،۲۷	۰،۵۵

آزمون	۲۰	۳,۷۲	۰,۶۴
جمع	۴۰	۳,۴۹	۰,۵۵

جدول ۳: آزمون فرضیه تحقیق

مجدور مربعات	درجه آزادی	مجدور میانگین	مقدار آزمون	سطح معنی داری
هراس	۱	۱,۹۵		
بین گروهی				
درون گروهی	۳۸	۰,۲۶۰	۷,۵۱	۰,۰۰۹
مجموع	۳۹			

نتایج حاصل از اجرای تحلیل آنوا که در جدول شماره ۳ مشاهده می شود حاکی از رد فرضیه صفر و در نتیجه معنی دار بودن اثر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت بر بهبود علائم اختلال هراس است ($P=0.009$; $F=7.517$).

۴. بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج تحقیق می توان بیان داشت که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت بر بهبود علائم اختلال هراس تاثیر مثبت و معنی داری دارد. نتایج این فرضیه با نتایج مطالعات پژوهشگرانی همچون فرنوش و همکاران (۱۳۹۹)، تین و همکاران (۲۰۱۸)، شین و همکاران (۲۰۲۱) سیلک و همکاران (۲۰۱۸)، همسو می باشد. در تبیین نتایج می توان بیان داشت حملات هراس علائم روانی و جسمانی بسیاری دارند، از جمله علائم روانی عمده می توان به ترس بسیار زیاد، احساس مرگ قریب الوقوع، اشکال در تمرکز، مسخ شخصیت و واقعیت اشاره کرد. علائم جسمانی حملات هراس مواردی همچون افزایش ضربان قلب، تعریق، تنفس سخت و سرگیجه را شامل می شود. روان شناسان بالینی به جنبه های شناختی اختلالات روانی توجه نشان دادند. اصلی ترین موضوع روش های شناختی- رفتاری این است که شناختها، روابط بین اتفاقات و رویدادهایی که افراد تجربه کرده و هیجاناتی که احساس می کنند، وساطت می کنند (امیری، ۱۳۹۷). به نظر می رسد پرداختن به روش های درمان شناختی- رفتاری می تواند در کاهش شدت، بهبود و ارتقای کیفیت زندگی بیماران درگیر این اختلال نقش مؤثری ایفا کند.

واقعیت مجازی همچنین می تواند رفتار اضطرابی مورد نظر را در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی القا کند، بر اساس یافته ها که استفاده از واقعیت مجازی برای درمان شناختی رفتاری برای اختلالات اضطرابی و بررسی مکانیسم عمل زیربنایی مواجهه درمانی مؤثر است. علاوه بر این، رانه و مشاهده محرکها در زمان واقعی برای استفاده از یک رویکرد چندوجهی، از جمله کسب همزمان داده های فیزیولوژیکی، سودمند است. علاوه بر این، استفاده

از واقعیت مجازی منابع انسانی و هزینه ها را کاهش می دهد و در نتیجه از نظر پایداری دارای مزیت است. بنابراین می توان گفت که واقعیت مجازی دارای کیفیت های لازم برای ارزیابی رفتار مرتبط با اضطراب است (جتونگ^۸ و همکاران، ۲۰۲۲).

در پاسخ به این نیاز، ارزیابی های مبتنی بر واقعیت مجازی را در بیماران مبتلا به اختلال هراس، یک سیستم ارزیابی رفتار اضطرابی، برای ارزیابی ویژگی های فردی که از اضطراب رنج می برد، توسعه دادیم. ارزیابی های مبتنی بر واقعیت مجازی را در بیماران مبتلا به اختلال هراس از داده های محیط مجازی برنامه خودآموزی آرامش مبتنی بر واقعیت مجازی برای بیماران مبتلا به اختلال هراس استفاده می کند که امکان سنجی آن در مطالعات دیگر تأیید شده است. در ارزیابی های مبتنی بر واقعیت مجازی را در بیماران مبتلا به اختلال هراس، ما هر دو اضطراب ذهنی و پاسخ های فیزیولوژیکی را در محیط های مجازی به دست آوردیم که برای القای رفتارهای مرتبط با اضطراب ایجاد شده بودند. سناریوی ارزیابی های مبتنی بر واقعیت مجازی را در بیماران مبتلا به اختلال هراس شامل ماژول هایی است که بخش های مختلف درمان شناختی رفتاری برای اختلالات اضطرابی را نشان می دهد. این ماژول ها شامل یک محیط کلاستروفوبیک و اجتماعی (سوار شدن در آسانسور)، احساسات بینابینی (هیپر تهویه و سر به پایین)، و تمرین آرامش بود (کیم و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس نتایج تحقیق پیشنهاد می شود برای نوجوانانی که دارای اختلال هراس هستند، کارگاه های روانشناسی برای درمان شناختی رفتاری برگزار شود تا با حضور در آنها روش های آسان تر حل مشکلات روانشناسی را آموزش ببینند.

منابع

- یاوری، زهرا؛ معروفی، محسن. (۱۴۰۰). پیش بینی شدت اختلال هراس براساس اجتناب شناختی، تحمل پریشانی و انعطاف پذیری شناختی در بیماران مبتلا به اختلال هراس در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۱۲ (۱۵)، ۸۳۵-۸۲۶.
- سیدآوی، محمد. (۱۳۹۷). درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت روشی نوین در درمان اختلال اضطراب اجتماعی. دومین کنفرانس بین المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت.
- عابدی پریچا، حسین. صادقی، الهه. شلانی، بیتا. صادقی، سعید. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخله ی شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش هراس اجتماعی. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۱۵ (۴۱)، ۵۷-۶۶.

Bilet, T., Olsen, T., Andersen, J.R. (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, 259-268.

Bokyoung, S. Jooyoung, O. .Byung-Hoon, K. .Hesun, E. K .Hyunji, K . Suji, K. & Jae-Jin, K. (2021). Effectiveness of Self-Guided Virtual Reality-Based Cognitive Behavioral Therapy for Panic Disorder: Randomized Controlled Trial . *JMIR Ment Health*, 8(11), e30590.

Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*, 3:415-24.

Elkins RM, Gallo KP, Pincus DB, Comer JS. (2016). Moderators of intensive cognitive behavioral therapy for adolescent panic disorder: The roles of fear and avoidance. *Child Adolesc Ment Health*, 21(1):30-6.

Gallagher, R. P. (2015). National survey of college counseling centers 2014. Project report. *The International Association of Counseling Services (IACS)*.

Grace, S. L., Tan, Y., Cribbie, R. A., Nguyen, H., Ritvo, R., & Irvine, J. (2016). The mental health status of ethnocultural minorities in Ontario and their mental health care. *BMC Psychiatry*, 16(1), 47–58.

Hapangama, A., deSilva, R., Williams, S. S., deZoysa, P. T., Wickremasinghe, R. R., Kurupparachchi, K. A. L. A., & Ravindran, A. (2021). Randomized controlled trial evaluation the effectiveness of cognitive behavioural group therapy (CBGT) compared to a waitlist control in the treatment of university students with social anxiety disorder. *Journal of Postgraduate Institute of Medicine*, 81, 1–10.

Holden, K., McGregor, B., Thandi, P., Fresh, E., Sheats, K., Belton, A., Mattox, G., & Satcher, D. (2014). Toward culturally centered integrative care for addressing mental health disparities among ethnic minorities. *Psychological Services*, 11(4), 357.

Jameson, J. P., & Blank, M. (2010). Diagnosis and treatment of depression and anxiety in rural and non-rural primary care: National survey results. *Psychiatric Services*, 61(6), 624–627.

Kim, B.H., Kim, J.J., Oh, J., Kim, S.H., Han, C., Jeong, H.G., Lee, M.S. and Kim, J., (2023). Feasibility of the virtual reality-based assessments in patients with panic disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 14, p.1084255.

Koesters M, Ostuzzi G, Guaiana G, Breilmann J, Barbui C. (2017). Vortioxetine for depression in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 7(7).

Shafran, M. A., Mays, R. A., Huang, L. N., McCuan, R., Pham, P. K., Fishter, S. K., Trachtenberg, A., & Trachtenberg, A. (2009). Mental health disparities. *American Journal of Public Health*, 99(11), 1962–1966.

Šago D, Babić G, Bajić Ž, Filipčić I. (2020). Panic disorder as unthinkable emotions: Alexithymia in panic disorder, a croatian cross-sectional study. *Front Psychiatry*, 11:466- 479.

Silke Stjerneklar . Esben Hougaard . Amalie D Nielsen . Majken M Gaardsvig and Mikael Thastum. (2018). Internet-based cognitive behavioral therapy for adolescents with anxiety disorders: A feasibility study. *Internet Interv*. 11, 30-40.

Tine Nordgreen . Rolf Gjestad . Gerhard Andersson . Per Carlbring . and Odd E Havik . (2018). The effectiveness of guided internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in a routine care setting. *Internet Interv*, 13, 24-29.

Vanderveren E, Debeer E, Craeynest M, Hermans D, Raes F. (2020). Psychometric properties of the Dutch cognitive avoidance questionnaire. *Psychologica Belgica*. 60(1):184-97