رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۱، شماره پیاپی ۱۰۶، فروردین ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(1), 2025

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر انسجام درونی، قدرت ایگو و علائم بیماری پانیک

The effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Internal Coherence, Ego Strength and Panic Disorder Symptoms

جمیله نجفی دهاقانی
کاندیدای دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی ،سمنان، ایران.
دکتر شاهرخ مکوند حسینی (نویسنده مسئول)
دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
دکتر سید ابوالقاسم مهری نژاد
دانشیار روانشناسی، گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهرا، تهران، ایران.

Jamile Najafi Dehaghani
PhD candidate in general psychology, Department Of Psychology, Faculty of Humanities, , Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.
Dr. Shahrokh Makvand Hosseini *
Associate Professor, Department Of Psychology, Faculty Of Education And Psychology, University of Semnan, Semnan, Iran.
shmakvand@semnan.ac.ir
Dr. seyed Aboalghasem Mehrinejad
Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran.

چکیده

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر انسجام درونی، قدرت ایگو و علائم بیماری پانیک بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلابه اختلال پانیک مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر تهران در فاصله زمانی مهر تا دی‌ماه ۱۴۰۲ بودند. ۳۰ نفر از بیماران مبتلابه اختلال پانیک به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه انسجام درونی (ارقبایی و همکاران ۱۳۹۲، ISQ) سیاهه روان‌شناختی قدرت ایگو (استروم و همکاران ۱۳۹۷، PIES) و مقیاس شدت اختلال پانیک (شی‌یر و همکاران ۱۹۹۷، PDSS) بود. گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با تحلیل کوواریانس چندمتغیره انجام شد. یافته‌ها نشان داد که با کنترل اثر پیش-آزمون، بین میانگین پس‌آزمون دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای انسجام درونی، قدرت ایگو و علائم پانیک تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P≤ ۰/۰۱). براساس یافته‌های پژوهش، می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری بر انسجام درونی، قدرت ایگو و علائم پانیک افراد مبتلابه اختلال پانیک اثربخش است.

واژه‌های کلیدی: *انسجام درونی، قدرت ایگو، اختلال پانیک، درمان شناختی رفتاری.*

Abstract

The purpose of this research was to determine the effectiveness of cognitive behavioral therapy on internal coherence, ego strength, and symptoms of panic disorder. The research method was semi-experimental with a pre-test/post-test design with a control group. The statistical population of the research included all people suffering from panic disorder who were referred to counseling centers and psychological services in Tehran between October and December 1402. 30 patients with panic disorder were selected by a purposive sampling method and randomly divided into two experimental (15 people) and control (15 people) groups. The research tools were an internal coherence questionnaire (Arqabai et al. 2013, ISQ), a psychological inventory of ego strength (Strom et al. 2017, PIES), and a panic disorder severity scale (Shiyer et al. 1997, PDSS). The experimental group underwent 10 90-minute sessions of cognitive behavioral therapy. Data analysis was done using multivariate covariance analysis. The findings showed that by controlling the pre-test effect, there is a significant difference between the post-test average of the two experimental and control groups in the variables of internal coherence, ego strength, and panic symptoms (P ≥ 0.01). Based on the findings of the research, it can be concluded that cognitive behavioral therapy is effective in improving internal coherence, ego strength, and panic symptoms of people with panic disorder.

Keywords: *Internal Coherence, Ego Strength, Panic Disorder, Cognitive Behavioral Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : تیر ۱۴۰۳** **پذیرش: مرداد ۱۴۰۳** **ویرایش نهایی: فروردین ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.1.75]

مقدمه

اختلال پانیک (PD[1]) یک اختلال روانی رایج است که اغلب پزشکان مراقبت‌های اولیه با آن مواجه می‌شوند (کیم[2] و همکاران، ۲۰۲۳). اختلال پانیک همچنین یک مشکل عمده سلامتی است که با سطوح بالای ناتوانی و مراقبت‌های پزشکی همراه است و با مشکلات دسترسی به درمان مناسب همراه می‌باشد. شیوع آن در طول عمر در جمعیت عمومی از ۳/۳ تا ۷ درصد متغیر است (کیم و همکاران، ۲۰۲۳). مدل‌های نظری مختلف اختلال پانیک فرض می‌کنند که از ترکیبی از آسیب‌پذیری‌های بیولوژیکی، روان‌شناختی و محیطی با تأکید بر عوامل شناختی ناشی می‌شود (اوسی و بووت[3]، ۲۰۲۲). مهم‌ترین این عوامل انسجام درونی و قدرت ایگو است که توجه درمانگران و پژوهشگران را به خود جلب کرده است. اگرچه این مدل‌ها متغیرهای متعددی را در کنار هم قرار می‌دهند و کامل به نظر می‌رسند، اما با وجود اثربخشی درمان‌های موجود، حداقل ۲۵ درصد از بیماران به‌طور کامل بهبود نمی‌یابند. علاوه بر این، عود بیماری در دو سال و تداوم علائم رایج باقی می‌ماند (اوسی و بووت، ۲۰۲۲). به‌طورکلی، شواهد نشان می‌دهد که هر چه انسجام و قدرت ایگوی این افراد بیشتر باشد، خطر ابتلا به اختلالات سلامت روان کمتر است (فرناندز[4] و همکاران، ۲۰۲۱).

توجه به عوامل آسیب‌پذیری در اختلال پنیک در درمان این بیماری اثرگذار است، ازجمله عواملی که می‌تواند نقش داشته باشد قدرت ایگو[5] این بیماران است (استچ[6] و همکاران، ۲۰۲۰). بیماران مبتلابه اختلال پانیک معمولاً احساس ناتوانی در ادراک و کنترل احساسات و واکنش‌های خود دارند و این موضوع منجر به کاهش قدرت ایگو آن‌ها می‌شود (مالهورتا[7] و همکاران، ۲۰۲۳). مطالعات پژوهشی یک همبستگی منفی بین قدرت ایگو و شدت علائم اختلال پانیک نشان داده‌اند (مسینا[8] و همکاران، ۲۰۲۱). قدرت ایگو توانایی موردنیاز یک فرد برای تبدیل‌شدن به یک فرد سالم روانی است (انگریانی[9]و همکاران، ۲۰۲۲). ایگو وظیفه مدیریت سیستم روانی را بر عهده دارد و وجود یک ایگو قدرتمند باعث می‌شود که نشانه‌های آسیب روانی کمتر در فرد بروز کند و در برابر شرایط استرس‌زا ظرفیت و تحمل کافی داشته باشد (چری[10]، ۲۰۲۲). مطالعات نشان می‌دهند که افراد مبتلابه اختلال پانیک ممکن است نیاز داشته باشند تا قدرت ایگو خود را افزایش دهند و نقاط ضعف خود را تقویت کنند تا بتوانند بهتر با اضطراب و تنش‌ها برخورد کنند و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند.

از سوی دیگر انسجام درونی در افراد مبتلابه اختلال پانیک می‌تواند بر اثر احساس ناتوانی و عدم کنترل بر تجربیات نامطلوب ناشی از حملات پانیکشان دست‌خوش تغییر شود (موکسنس و اسپنس[11]، ۲۰۲۰). این افراد ممکن است احساس کنند که قادر به کنترل احساسات و واکنش‌های خود نیستند و این مسئله موجب افزایش ترس و استرس آن‌ها می‌شود. همین وضعیت می‌تواند نشانگر انسجام درونی پایین باشد که تشدیدکننده علائم اضطراب پانیک است (لیونگ[12]و همکاران، ۲۰۲۱)؛ براساس نظر آنتونووسکی حس انسجام محافظت‌کننده افراد در برابر اضطراب و استرس است (پاپولا[13] و همکاران، ۲۰۲۳). انسجام درونی حالت روانی در نظر گرفته می‌شود که در آن مراجع تمایل دارند با همه سیستم‌ها و بین سه زمان (گذشته، حال و آینده) رابطه بهتری داشته باشند (یوکا[14]، ۲۰۲۲). ناسازگاری بین افکار، احساسات و رفتارها می‌تواند منجر به سردرگمی، شک به خود و افزایش واکنش عاطفی شود. این تضاد درونی می‌تواند توانایی فرد را برای پردازش و پاسخ مناسب به موقعیت‌های اضطراب‌آور تضعیف کند و احتمال واکنش‌های هراس را افزایش دهد (چانگ[15]، ۲۰۲۳). پاپولا و همکاران (۲۰۲۳) در مطالعه خود نشان دادند که بیمارانی با حس انسجام و خوش‌بینی بالا نسبت به بیماران با حس انسجام و خوش‌بینی پایین، علائم اضطراب و افسردگی کمتری را گزارش می‌کنند. پژوهش‌ها حاکی از آن است که انسجام درونی با افسردگی، اضطراب و اختلال

1 Panic Disorder
2 Kim
3. Oussi & Bouvet
4. Fernandes
5. Ego Strength
6 . Stech et al
7 .Malhotra
8. Messina
9 . Angriani, S.
10 . Cherry K
11 Moksnes & Espnes
12. Leung
13 . Papola
14 . Uka
15 Chang

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.1.75]

عملکرد اجتماعی همبستگی منفی دارد. انسجام درونی پیش‌بینی کننده بهتری از عملکرد اجتماعی، عاطفی و روانی است (مانریک-میلونز[1]، ۲۰۲۱).

مدل‌های مختلف روان‌شناختی کوشش نموده‌اند تا سبب‌شناسی ابتلا به اختلال پانیک را توضیح دهند. بر اساس یکی از این مدل‌ها که مدل شناختی کلارک است برای آگاهی از چگونگی ابتلا به اختلال پانیک بر این باور است که علائم اختلال زمانی ظاهر می‌شود که شخص تفسیری نادرست از علائم مرتبط با اضطرابی که آن را تجربه نموده به عمل می‌آورد (استچ[2] و همکاران، ۲۰۲۰؛ شرفی و همکاران، ۱۴۰۱). نتایج ارائه مدل‌های شناختی منجر به وجود آمدن روش‌های مختلف درمان شناختی رفتاری برای درمان اختلالات اضطرابی و از آن جمله اختلال پانیک گردیده است (التویس[3] و همکاران، ۲۰۲۳). درمان شناختی رفتاری (CBT[4]) شکلی از درمان روان‌شناختی است که اثربخشی آن برای اختلال پانیک به تائید رسیده و در دستورالعمل‌ها توصیه‌شده است (لوکاسچک[5] و همکاران، ۲۰۲۳). حمایت فزاینده‌ای برای اثربخشی درمان شناختی رفتاری وجود دارد (استچ و همکاران، ۲۰۲۰؛ شین[6] و همکاران، ۲۰۲۱و التویس و همکاران، ۲۰۲۳).

ارتباط تنگاتنگ انسجام درونی و قدرت ایگو با علائم اختلال پانیک یک تعامل پیچیده از عوامل شناختی، عاطفی و رفتاری است. افزایش سطح بالاتر از انسجام درونی و قدرت ایگو با تنظیم هیجانی بهتر و قابلیت‌های مقابله‌ای همراه است که می‌تواند از ایجاد و تشدید علائم اختلال پانیک محافظت کند. درک این رابطه برای توسعه مداخلات درمانی مؤثر باهدف افزایش انسجام درونی و درنتیجه بهبود نتایج برای افراد مبتلابه اختلال هراس بسیار مهم است و از سوی دیگر، با توجه به میزان شیوع بالای اختلال پانیک و مزمن بودن روند درمانی آن و هزینه‌های درمانی که این اختلال برای نظام بهداشت و سلامت روان افراد و جامعه ایجاد می‌کند و نتایج مثبتی که درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و اختلالات مربوط به آن نشان داده است هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر انسجام درونی، قدرت ایگو و علائم بیماری پانیک بود.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلابه اختلال پانیک مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی حال کودک، روزنه و راه سوم شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود که به‌منظور انتخاب حجم نمونه، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند مبتنی بر ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه گواه و ۱۵ نفر در گروه آزمایش قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: تشخیص اختلال پانیک توسط روانشناس یا روان‌پزشک براساس ملاک‌های DSM-5، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۵۰ سال، نمره پایین‌تر از ۶۳ در انسجام درونی، نمره بالاتر از ۱۴ در علائم پانیک، توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی، رضایت آگاهانه و تمایل شرکت در مداخله و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر، عدم حضور در جلسات بیش از دو جلسه و عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌ها در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش، داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت افراد در پژوهش، تشریح حقوق و وظایف طرفین و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات به‌دست‌آمده در طی اجرای پژوهش و خروج آزادانه از پژوهش مدنظر قرار گرفت و در پایان کار، گروه گواه جزء شرکت‌کنندگان طرح قرار گرفتند و مداخله آموزشی نیز بر آنان اجرا شد. درنهایت تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه انسجام درونی (ISQ[7]). فرم کوتاه مقیاس حس انسجام توسط آنتونوسکی (۱۹۹۳) طراحی‌شده است. این مقیاس ۱۳ سؤال دار دکه هر سؤال از لیکرت ۷ درجه‌ای تشکیل یافته است و شامل سه خرده مقیاس ادراک‌پذیری، کنترل‌پذیری و معنی‌داری است. بنابراین حداقل و حداکثر نمره برابر با ۱۳ تا ۹۱ خواهد بود. نمرات بالاتر نشانگر انسجام درونی بیشتر و نمرات پایین‌تر بیانگر انسجام

1. Manrique-Millones
2 . Stech et al
3 . Olthuis et al
4 . Cognitive behavioral therapy
5 Lukaschek et al
6 Shin et al
7. internal coherence questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.1.75]

درونی کمتر است. آنتونووسکی (۱۹۹۳) میزان پایایی را براساس آلفای کرونباخ بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۵ عنوان کرد. همچنین روایی همگرای مقیاس را با پرسشنامه جهت‌گیری به زندگی آنتونووسکی ۰/۶۵ محاسبه کرد. در ایران محمدزاده و همکاران (۱۳۸۹) روایی هم‌زمان این مقیاس را با پرسشنامه ۴۵ سؤالی سرسختی روان‌شناختی ۰/۵۴ و آلفای کرونباخ را به‌به ترتیب در دانشجویان پسر و دختر ۰/۷۵ و ۰/۷۸ به دست آوردند. در پژوهش حاضر همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

سیاهه روان‌شناختی قدرت ایگو[1](PIES) : سیاهه روان‌شناختی قدرت ایگو توسط استروم و همکاران (۱۹۹۷) ساخته‌شده است که ۸ نقطه قدرت ایگو (امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد) را می‌سنجد و دارای ۶۴ گویه است و با روش پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً با من منطبق است (۵) تا اصلاً با من منطبق نیست (۱) نمره‌گذاری می‌شود. بالاترین نمره در آزمون ۳۰۰ و پایین‌ترین نمره ۶۰ است. استروم و همکاران (۱۹۹۷) پایایی این ابزار را با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند. همبستگی نمرات قدرت ایگو با تمرات عزت‌نفس (۰/۶۲)، همدلی (۰/۴۶) و سبک‌های مقابله‌ای (۰/۴۷) مثبت و معنادار بود که نشانگر تائید روایی ملاکی این مقیاس است. در ایران نیز مهردادی و همکاران (۱۴۰۰) آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۱ گزارش کردند. همچنین جهت بررسی روایی این مقیاس، شیوه آماری تحلیل عاملی تأییدی مؤلفه‌های اصلی مورداستفاده قرار گرفت که مقدار شاخص بارتلت برابر با ۰/۸۵۱ و نیز مقدار عددی شاخص خی دو برابر ۶۳۶۳/۲۹ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس پانیک (PDSS[2]): مقیاس شدت اختلال پانیک توسط شی یر[3]و همکاران (۱۹۹۷) برای ارزیابی شدت اختلال پانیک طراحی‌شده است و مشتمل بر ۷ گویه است. هر یک از ۷ مورد در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از هیچ (۰) تا افراطی (۴) نمره‌گذاری می‌شوند. بنابراین حداقل و حداکثر نمره برابر با ۰ تا ۲۸ خواهد بود. آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۲ تا ۰/۹۴ بود. ضریب همبستگی بین ارزیاب ۰/۷۹ و ضریب همبستگی بازآزمایی پس از ۴ هفته ۰/۶۳ بود. در تجزیه‌وتحلیل روایی افتراقی، بیشترین همبستگی برای مقیاس پانیک با مقیاس هراس و آگورافوبیا (P&Ao[4])، نرخ‌دهی-خود (P&Asr[5]) (به ترتیب ۰/۸۷ و r=۰/۸۷) و مقیاس برداشت جهانی بالینی (CGI[6]) (r=۰/۷۶) و کمترین همبستگی با پرسشنامه افسردگی بک (r=۰/۲۹) بود. نقطه برش شش/هفت با حساسیت بالا (۹۹٪) و ویژگی (۹۸٪) همراه بود (شیر و همکاران، ۲۰۰۱). در ایران نسخه اصلی این پرسشنامه زیر نظر متخصصان زبان ترجمه و پس‌ازآن روایی پرسشنامه توسط ۵ نفر از متخصصین دارای صلاحیت تائید و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد (مصباحی طاهری، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

مداخله پژوهش حاضر بر اساس پروتکل CBT برای اختلال پانیک منتشرشده توسط مارچند[7] و همکاران (۲۰۱۸) بود که شامل ۱۰ جلسه، به‌صورت هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود. خلاصه محتوای جلسات آموزشی در جدول ۱ مطرح‌شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای درمان شناختی رفتاری برای اختلال پانیک

جلسه	تکالیف
اول	خوش‌آمد گویی، معرفی به‌صورت خلاصه، بیان قوانین گروه‌درمانی، توضیح رابطه روان و بدن و چگونگی اثرگذاری عوامل روانی بر مشکلات پزشکی؛ تفکر، احساس، فیزیولوژیک، رفتار(مثلث شناختی)، C-B-A، مثال قدیس، مثال، چمدان. تمرین: آرمیدگی تخیلی هدایت‌شده.
دوم	مرور تکالیف جلسه قبل. افکار منفی و سایر واقعیت‌های احتمالی. تمرین: شناسایی افکار منفی. تحریف‌های شناختی. تمرین :شناسایی تحریف‌های خطاهای منطقی. تمرین: شناسایی خطاهای منطقی. تعیین تکالیف برای جلسه آینده
سوم	مرور تکالیف جلسه قبل. مزیت توقف افکار منفی. تمرین اول: تمرکز بر یک شیء و بیان کردن جزییات. تمرین دوم: تمرین‌های ذهنی(شمارش معکوس). تمرین سوم: مرور خاطرات خوش و خیال‌پردازی‌های خوش‌آیند. تمرین چهارم: فعالیت‌های جالب و موردعلاقه.
چهارم	بررسی تکالیف جلسه قبل. مدل هیجانی گرینبرگ و توضیح و تبیین تکنیک‌های پردازش هیجانی. تمرین تکنیک دستیابی به هیجان‌ها. تمرین تکنیک نوشتن آرامش‌بخش. تمرین شناسایی گره‌های کور. تمرین تکنیک بهبود پردازش هیجانی. تعیین تکالیف برای جلسه آینده.

1.psychosocial Inventory of ego strengths (PIES)
2 . Panic Disorder Severity Scale
3 . Shear
4 Panic and Agoraphobia Scale, both the observer-rated (P&Ao).
5. self-rating (P&Asr)
6. Clinical Global Impression Scale
7. Marchand

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.1.75]

پنجم	مرور تکالیف جلسه قبل. منطق آرام‌سازی عضلانی. تمرین: آرمیدگی عضلانی برای ۱۶ گروه عضلانی به ترتیب ذیل. ۱-پایین‌دست راست ۲- پایین‌دست چپ ۳- بالای دست راست ۴- بالای دست چپ ۵- پایین پای راست ۶- پایین پای چپ ۷- بالای پای راست ۸- بالای پای چپ ۹-شکم ۱۰- قفسه‌ی سینه ۱۱-شانه‌ها ۱۲- گردن ۱۳- دهان، آرواره، گلو ۱۴- چشم‌ها ۱۵- پایین پیشانی ۱۶- بالای پیشانی
ششم	مرور تکالیف جلسه قبل. تمرین: آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه عضلانی به ترتیب ذیل ۱-بالا و پایین‌دست‌ها ۲- بالا و پایین پا ها ۳- شکم ۴- قفسه سینه ۵- شانه‌ها ۶- گردن ۷- چشم‌ها ۸- بالا و پایین پیشانی. تمرین: آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه عضلانی به ترتیب ذیل. ۱-شکم ۲- قفسه سینه ۳- شانه‌ها ۴- بالا و پایین پیشانی. تعیین تکالیف برای جلسه آینده
هفتم	مرور تکالیف جلسه قبل. حساسیت‌زدایی منظم. تمرین: حساسیت‌زدایی منظم به‌صورت تجسمی. غرقه سازی. تمرین غرقه سازی به‌صورت تجسمی. تعیین تکالیف برای جلسه آینده
هشتم	مرور تکالیف جلسه قبل. فرض‌ها و قواعد ناکارآمد. تمرین: شناسایی فرض‌ها و قواعد ناکارآمد، تمثیل هیولای دریاچه. تحلیل جلسه هشتم منطقی. تمرین تحلیل منطقی. تعیین تکالیف برای جلسه آینده
نهم	مرور تکالیف جلسه قبل. طرحواره‌ها ناسازگار و ارتباط آن‌ها با فرض‌ها ناکارآمد و افکار منفی خود آیند. تمرین: شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد با استفاده از پیکان رو به پایین. تزریق فکر. تمرین: تزریق فکر. تعیین تکالیف برای جلسه آینده
دهم	مرور تکالیف جلسه قبل. تغییر ادراکی. تمرین: تکمیل برگ‌های تغییر ادراکی. بازداری قشری اختیاری. تمرین: بازداری قشری اختیاری.

یافته ها

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه گواه: ۳۲/٤٦±۵/۸۹ و در گروه درمان ٤۳/۸٦±٦/٤٦ بود. وضعیت تأهل (مجرد و متأهل) به ترتیب در گروه گواه: مجرد ٦/۷ درصد و متأهل ۹۳/۳ درصد و در گروه آزمایش ۲۰/۰ درصد مجرد و ۸۰/۰ درصد متأهل بودند. ازلحاظ جنسیت در گروه آزمایش ۷۰ درصد زن و ۳۰ درصد مرد و گروه گواه ۶۰ درصد زن و ۴۰ درصد مرد بودند. از میان شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۲۲/۲ درصد شرکت‌کنندگان زیر دیپلم، ۴۴/۴ درصد دیپلم، ۲۲/۲ درصد کاردانی، ۸/۹ درصد کارشناسی و ۳/۲ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و در گروه گواه ۱۳/۳ درصد شرکت‌کنندگان زیر دیپلم، ۲۰/۰ درصد دیپلم، ۱۳/۳ درصد کاردانی، ۶۰/۰ درصد کارشناسی و ۶/۷ درصد دارای تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند. توصیف متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه‌شده است.

جدول ۲. شاخص‌های آماری نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون قدرت ایگو، انسجام درونی و علائم پانیک به تفکیک گروه

		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
گروه	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کنترل	امید	۱۵/۲۵	۲/۱۳	۱۵/۸۸	۲/۳۳
	خواسته	۱۹/۳۲	۲/۷۷	۱۹/۶۴	۲/۳۳
	هدف	۱۶/۱۰	۲/۷۴	۱۶/۴۰	۲/۰۲
	شایستگی	۱۵/۹۸	۲/۸۳	۱۶/۲۹	۲/۵۴
	وفاداری	۱۸/۴۲	۳/۴۲	۱۸/۰۸	۲/۹۰
	عشق	۲۰/۵۰	۷/۱۶	۲۰/۱۷	۵/۹۵
	مراقبت	۱۴/۵۸	۳/۵۲	۱۵/۰۰	۳/۵۱
	خرد	۱۶/۶۷	۲/۶۴	۱۵/۸۳	۳/۰۱
	قدرت ایگو	۱۳۶/۸۱	۱۱/۱۱	۱۳۷/۲۹	۹/۳۷
آزمایش	امید	۱۶/۹۲	۳/۶۰	۱۹/۳۵	۳/۴۸
	خواسته	۱۹/۷۴	۴/۰۸	۲۱/۲۷	۳/۲۸
	هدف	۱۶/۷۷	۲/۴۸	۱۸/۸۸	۲/۴۶
	شایستگی	۱۵/۵۸	۲/۰۲	۱۸/۵۰	۲/۴۳
	وفاداری	۱۸/۵۸	۳/۵۰	۲۱/۶۳	۳/۳۳

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.1.75]

	عشق	۲۰/۹۲	۳/۴۷	۲۴/۲۱	۳/۹۸
	مراقبت	۱۴/۹۲	۳/۵۵	۱۷/۱۸	۳/۳۶
	خرد	۱۷/۲۵	۵/۴۶	۲۰/۱۷	۵/۰۶
	قدرت ایگو	۱۴۰/۶۷	۸/۹۶	۱۶۱/۱۸	۱۲/۰۴
کنترل	قابل‌درک بودن	۳۲/۲۵	۳/۲۲	۳۲/۵۸	۳/۰۸
	قابل مدیریت بودن	۱۴/۵۰	۲/۳۹	۱۴/۰۸	۱/۷۳
	معنادار بودن وقایع	۳۹/۳۲	۲/۷۷	۳۹/۷۰	۲/۴۴
	انسجام درونی	۸۶/۰۷	۳/۳۲	۸۶/۳۷	۴/۳۴
آزمایش	قابل‌درک بودن	۳۳/۱۷	۲/۹۸	۳۶/۰۰	۲/۹۵
	قابل مدیریت بودن	۱۴/۲۵	۳/۶۴	۱۶/۸۳	۳/۰۹
	معنادار بودن وقایع	۳۸/۲۳	۲/۶۷	۴۱/۱۹	۲/۰۹
	انسجام درونی	۸۵/۶۵	۵/۱۱	۹۴/۰۳	۴/۸۷
کنترل	علائم پانیک	۲۴/۴۲	۲/۸۱	۲۳/۸۳	۳/۱۲
آزمایش	علائم پانیک	۲۵/۵۰	۱/۸۸	۲۱/۷۵	۱/۷۶

جدول ۲، نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار قدرت ایگو، انسجام درونی و علائم پانیک در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییرات محسوسی داشته است. جهت تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری، از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد؛ بنابراین ابتدا پیش‌فرض‌هایی که برای آزمون فوق نیاز بود بررسی گردید. برای بررسی توزیع نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولوموگروف اسمیرنوف استفاده شد که نتایج نشان داد سطح معنی‌داری به‌دست‌آمده متغیرهای قدرت ایگو، انسجام درونی و علائم پانیک بیشتر از ۰/۰۵ و در نتیجه توزیع نمرات نرمال است. برای بررسی مفروضه برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد؛ نتایج آزمون لوین نشان داد که فرض همگنی واریانس نیز برای متغیرهای قدرت ایگو (F=۱/۶۱۹)، انسجام درونی (F=۲/۴۱۰) و علائم پانیک (F=۱/۲۱۰) برقرار است (p<۰/۰۵). پیش‌شرط لازم دیگر جهت بررسی نبودن تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون بررسی پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون است که میزان F محاسبه‌شده در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود ($F_{16.10}$=۲/۳۴۳، P>۰/۰۵) و بین گروه‌ها و پیش‌آزمون تعامل وجود نداشت. به‌منظور شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون باکس استفاده گردید. با توجه به سطح (F=۰/۸۰۶، p>۰/۰۵، Box M=۴۸/۶۳۶) برای متغیرهای تحقیق، فرض برابری ماتریس کوواریانس برای متغیرهای تحقیق تائید شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۰/۸۲۸	۴/۲۰۰	۸	۷	۰/۰۳۷
لامبدای ویلکز	۰/۱۷۲	۴/۲۰۰	۸	۷	۰/۰۳۷
اثر هتلینگ	۴/۸۰۰	۴/۲۰۰	۸	۷	۰/۰۳۷
بزرگترین ریشه روی	۴/۸۰۰	۴/۲۰۰	۸	۷	۰/۰۳۷

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، سطوح معنی‌داری آزمون‌ها بیانگر آن است که بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیرها در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد (p<۰/۰۵، $F_{8.7}$=۴/۲۰۰، Wilks Lambda=۰/۱۷۲). در ادامه برای درک دقیق‌تر و بررسی تأثیر چندگانه متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می‌شود.

جدول ۴. نتایج آزمون مانکوا جهت بررسی اثر آزمون درمان شناختی رفتاری

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
امید	پیش‌آزمون	۷۹/۹۲	۱	۷۹/۹۲	۱۳/۴۳	۰/۰۰۳	۰/۴۹۰

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.1.75]

	گروه	۲۸/۴۴	۱	۲۸/۴۴	۴/۷۸	۰/۰۴۶	۰/۲۵۵
	خطا	۸۳/۲۶۸	۱۴	۵/۹۴			
	کل	۷۷۱۱/۰۹	۲۴				
خواسته	پیش‌آزمون	۶۶/۱۱	۱	۶۶/۱۱	۲۱/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۶۰۰
	گروه	۱۷/۲۲	۱	۱۷/۲۲	۵/۴۷	۰/۰۳۵	۰/۲۸۱
	خطا	۴۴/۰۴	۱۴	۳/۱۴			
	کل	۱۰۲۳۵/۷۱	۲۴				
هدف	پیش‌آزمون	۲۷/۰۸	۱	۲۷/۰۸	۵/۰۵	۰/۰۴۱	۰/۲۶۵
	گروه	۲۶/۳۰	۱	۲۶/۳۰	۶/۶۸	۰/۰۲۲	۰/۳۲۳
	خطا	۵۵/۱۲	۱۴	۳/۹۳			
	کل	۷۶۱۸/۴۴	۲۴				
شایستگی	پیش‌آزمون	۵۰/۳۱	۱	۵۰/۳۱	۹/۳۹	۰/۰۰۸	۰/۴۰۲
	گروه	۳۵/۹۴	۱	۳۵/۹۴	۶/۳۴	۰/۰۲۵	۰/۳۱۲
	خطا	۷۹/۳۶	۱۴	۵/۶۶			
	کل	۷۴۲۸/۲۵	۲۴				
وفاداری	پیش‌آزمون	۱۹/۴۰	۱	۱۹/۴۰	۳/۴۲	۰/۰۲۶	۰/۱۹۶
	گروه	۹۹/۴۳	۱	۹۹/۴۳	۹/۷۴	۰/۰۰۷	۰/۴۱۰
	خطا	۱۴۲/۸۱	۱۴	۱۰/۲۰			
	کل	۹۷۵۱/۲۵	۲۴				
عشق	پیش‌آزمون	۲۰۷/۱۹	۱	۲۰۷/۱۹	۱۱/۳۳	۰/۰۰۵	۰/۴۴۷
	گروه	۹۴/۶۰	۱	۹۴/۶۰	۵/۱۷	۰/۰۳۹	۰/۲۷۰
	خطا	۲۵۵/۹۵	۱۴	۱۸/۲۸			
	کل	۱۲۴۷۷/۲۵	۲۴				
مراقبت	پیش‌آزمون	۷۴/۴۴	۱	۷۴/۴۴	۱۳/۹۰	۰/۰۰۲	۰/۴۹۸
	گروه	۳۳/۶۹	۱	۳۳/۶۹	۶/۲۹	۰/۰۲۵	۰/۳۱۰
	خطا	۷۴/۹۷	۱۴	۵/۳۵			
	کل	۶۵۰۰/۱۳	۲۴				
خرد	پیش‌آزمون	۱۵۳/۲۷	۱	۱۵۳/۲۷	۱۳/۲۶	۰/۰۰۳	۰/۴۸۷
	گروه	۱۰۷/۲۸	۱	۱۰۷/۲۸	۹/۲۸	۰/۰۰۹	۰/۳۹۹
	خطا	۱۶۱/۷۱	۱۴	۱۱/۵۵			
	کل	۸۲۷۰	۲۴				
قابل‌درک	پیش‌آزمون	۶۳/۸۴	۱	۶۳/۸۴	۹/۳۰	۰/۰۰۷	۰/۳۲۹
بودن	گروه	۵۵/۵۲	۱	۵۵/۵۲	۸/۰۹	۰/۰۱۰	۰/۲۹۹
	خطا	۱۳۰/۳۱	۱۹	۶/۸۵			
	کل	۲۸۴۹۳	۲۴				
قابل مدیریت	پیش‌آزمون	۵۳/۷۹	۱	۵۳/۷۹	۱۹/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۵۰۱
بودن	گروه	۴۵/۵۱	۱	۴۵/۵۱	۱۶/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
	خطا	۵۳/۶۴	۱۹	۲/۸۲			
	کل	۵۹۱۹	۲۴				
معنادار بودن	پیش‌آزمون	۲۷/۵۳	۱	۲۷/۵۳	۷/۴۳	۰/۰۱۳	۰/۲۸۱
وقایع	گروه	۲۳/۵۷	۱	۲۳/۵۷	۶/۳۶	۰/۰۲۱	۰/۲۵۱
	خطا	۷۰/۳۲	۱۹	۳/۷۰			
	کل	۳۹۳۸۷/۷۳	۲۴				

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.1.75]

علائم پانیک	پیش‌آزمون	۷/۳۰	۱	۷/۳۰	۱/۱۴	۰/۲۹۸	۰/۰۵۱
	گروه	۳۱/۲۲	۱	۳۱/۲۲	۴/۸۷	۰/۰۳۹	۰/۱۸۸
	خطا	۱۳۴/۶۰	۲۱	۶/۴۱			
	کل	۱۲۶۳	۲۴				

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای امید، خواسته، هدف، شایستگی، وفاداری، عشق، مراقبت و خرد، قابل‌درک بودن، قابل مدیریت بودن، معنادار بودن وقایع و علائم پانیک تفاوت معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). ضریب اتا به‌دست‌آمده بیانگر این است که واریانس مربوط به تفاوت دو گروه در پس‌آزمون، ناشی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر انسجام درونی، قدرت ایگو و علائم بیماری پانیک انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری منجر به افزایش قدرت ایگو بیماران مبتلابه اختلال پانیک می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات چری (۲۰۲۲)، کیم و همکاران (۲۰۲۰) و کیریاکولیس و کیروس (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری (CBT) یک رویکرد درمانی پرکاربرد است که در درمان اختلالات روان‌شناختی مختلف ازجمله اختلال پانیک مؤثر بوده است درمان شناختی رفتاری با هدف شناسایی و اصلاح الگوهای فکری و رفتارهای ناسازگار کمک به بیماران در شناخت و به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی، درمانگران به بازسازی تحریف‌های شناختی کمک می‌کنند و الگوهای تفکر سازگارانه‌تری را پرورش می‌دهند. این فرآیند می‌تواند افراد را با افزایش کنترل شناختی و انعطاف‌پذیری آن‌ها توانمند کند و در نتیجه عملکردهای نفس آن‌ها را تقویت کند (کیم و همکاران، ۲۰۲۰). با کسب بینش در مورد منشأ حملات پانیک و یادگیری مکانیسم‌های مقابله‌ای، آن‌ها احساس تسلط بیشتری بر افکار و احساسات خود پیدا می‌کنند. همچنین، ماهیت مشارکتی و هدفمند درمان شناختی رفتاری یک اتحاد درمانی بین روانشناس و بیمار مبتلابه پنیک را تقویت می‌کند. ایجاد یک رابطه درمانی قوی، پایگاهی مطمئن برای افراد فراهم می‌کند تا ترس‌ها، اضطراب‌ها و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار خود را کشف و درک کنند. این محیط حمایتی می‌تواند با ارتقای حس خودکارآمدی و انعطاف‌پذیری در مواجهه با موقعیت‌های وحشت‌آور، به افزایش قدرت نفس کمک کند (کیریاکولیس و کیروس، ۲۰۲۳). همچنین درمان شناختی رفتاری شامل مداخلات رفتاری، مانند مواجهه درمانی، می‌شود تا به‌تدریج بیماران هراس را در معرض محرک‌های ترسناک به شیوه‌ای کنترل‌شده قرار دهد. فرآیند حساسیت‌زدایی سیستماتیک به افراد کمک می‌کند تا با اضطراب خود مقابله کنند و بر آن غلبه کنند و حس موفقیت و تسلط را تقویت کنند. همان‌طور که بیماران با موفقیت از این چالش‌ها عبور می‌کنند، قدرت ایگو آن‌ها تقویت می‌شود، زیرا آن‌ها کاهش شدت علائم هراس را تجربه می‌کنند و به توانایی خود در مدیریت عوامل استرس‌زا اعتماد می‌کنند (چری، ۲۰۲۲). تبیین دیگر، این نتیجه است که با کسب بینش در مورد منشأ حملات پانیک و یادگیری مکانیسم‌های مقابله‌ای، آن‌ها احساس تسلط بیشتری بر افکار و احساسات خود پیدا می‌کنند (کیریاکولیس و کیروس، ۲۰۲۳).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری منجر به افزایش انسجام درونی در بیماران مبتلابه اختلال پانیک می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات پاپولا و همکاران (۲۰۲۳)، لیونگ و همکاران (۲۰۲۱)، یوکا (۲۰۲۲) و مانریک-میلونز (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته باید خاطرنشان کرد که درمان شناختی رفتاری (CBT) به‌عنوان یک روش تداوم شناختی-رفتاری به‌منظور بهبود افراد مبتلابه مشکلات روانی در ارتقاء انسجام درونی افراد مبتلابه اختلال پانیک نقش کلیدی ایفا می‌کند (یوکا، ۲۰۲۲) و به بررسی و درک عمیق‌تر افکار، باورها و نظریات غیر مناسب که به وجود اضطراب پانیک افراد منجر می‌شود، می‌پردازد (مانریک-میلونز، ۲۰۲۱). این شناخت‌ها ممکن است الگوهای منفی و نادرست در تجربیات واقعی یا تصویرسازی ذهنی افراد را تشکیل دهند. با آگاهی از این افکار و ترتیب دادن آن‌ها در جلسات، افراد قادر به شناسایی و اصلاح انحرافات شناختی خود شدند که درنتیجه، احساس انسجام درونی آن‌ها افزایش پیداکرده است. همچنین درمان شناختی رفتاری با آموزش مهارت‌های مدیریت استرس و آموزش تکنیک‌های آرام‌سازی به افراد در مواجهه با وضعیت‌های ناامن کمک می‌کند و باعث کاهش واکنش‌های فیزیولوژیک ناشی از حملات پانیک می‌شود (لیونگ و همکاران، ۲۰۲۱).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.1.75]

به‌این‌ترتیب، افراد با توانایی بهتری به‌مواجهه با اضطراب پانیک خود در جلسات درمانی پرداخته و از طریق این فرآیند، انسجام درونی خود را تقویت می‌کنند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری منجر به کاهش علائم پانیک در بیماران مبتلابه اختلال پانیک می‌شود. این یافته با نتایج مطالعات شرفی و همکاران (۱۴۰۱) و کیم و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت در درمان شناختی-رفتاری درمانگر برای شناسایی و درک فرآیندهای فکری تحریف‌شده که ممکن است حملات پانیک را تحریک یا تشدید کند، با فرد همکاری می‌کند. این شامل شناخت تحریف‌های شناختی مانند فاجعه سازی یا تعمیم بیش‌ازحد است (شرفی و همکاران (۱۴۰۱) همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت در این پژوهش به یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های درمان شناختی رفتاری یعنی آموزش روانی پرداخته شد، یعنی توضیح دادن چیستی حمله پانیک و ماهیت آنچه تجربه می‌شود که از این طریق با توضیح این‌که حملات پانیک درواقع خطرناک نیستند، بلکه فقط واکنش طبیعی بدن به اضطراب هستند شرکت‌کنندگان به بینش در این زمینه رسیدند. درمانگر در جلسات درمانی با آگاهی دادن در رابطه با الگوهای فکری منفی، به مبتلایان اختلال پانیک کمک کرده است تا شروع به‌به چالش کشیدن و اصلاح آن‌ها کنند و دیدگاهی متعادل‌تر و واقع‌بینانه‌تر را پرورش دهند (کیم و همکاران (۲۰۲۳). همچنین باید خاطرنشان کرد که در درمان شناختی رفتاری با قرار دادن تدریجی و منظم در معرض موقعیت‌ها یا محرک‌های ترسناک به افراد این امکان را می‌دهد که با محرک‌های حملات هراس مواجه شوند و حساسیت خود را از بین ببرند (استچ و همکاران، ۲۰۲۰). از طریق قرار گرفتن در معرض مکرر، افراد یاد می‌گیرند که نتایج ترسناکی که پیش‌بینی می‌کنند بعید است رخ دهد که منجر به کاهش اضطراب و رفتارهای اجتنابی می‌شود (شرفی و همکاران، ۱۴۰۱). درمانگر شناختی رفتاری در جلسات با آموزش مهارت‌ها افراد را با مکانیسم‌های مقابله‌ای برای مدیریت مؤثر علائم اضطراب و هراس مجهز کرده است. در طول دوره درمان، افراد درک جامعی از تعامل بین افکار، احساسات و رفتارهای خود ایجاد کردند. این افزایش خودآگاهی آن‌ها را قادر ساخت تا چرخه علائم پانیک را به‌طور مؤثرتری شناسایی و قطع کنند.

این پژوهش به‌مانند پژوهش‌های دیگر دارای محدودیت‌هایی می‌باشد. مهم‌ترین محدودیت پژوهش، استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی بود. با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی نمونه مبتلایان به اختلال پانیک مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر تهران انجام‌گرفته است بنابراین بهتر است در تعمیم‌یافته‌ها احتیاط لازم به عمل آید. نبود مرحله پیگیری نیز ازجمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش است که باید به آن توجه نمود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی به‌منظور دستیابی به اطلاعات دقیق‌تر، کامل‌تر و بررسی تداوم تأثیرات درمان شناختی رفتاری مرحله پیگیری نیز انجام گیرد. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های بیشتری در خصوص اثربخشی درمان شناختی رفتاری در جهت شفاف شدن اثرات این رویکرد به جهت افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها انجام پذیرد و همچنین با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاضر مبنی بر اثربخش بودن درمان شناختی رفتاری بر قدرت ایگو، انسجام روانی و غلائم پانیک پیشنهاد می‌گردد مشاوران و روانشناسان در جلسات مشاوره‌ای به‌منظور افزایش قدرت ایگو انسجام درونی و کاهش علائم پانیک از درمان شناختی رفتاری استفاده نمایند.

سپاسگزاری: بدین‌وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان که در انجام این مطالعه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

براتپور، ش و دشت‌بزرگی، ز. (۱۳۹۹). تأثیر توانبخشی شناختی بر کیفیت زندگی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نگرانی سلامتی در مبتلایان به اختلال پانیک. *نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری*. ۷ (۲)،۱۹-۱۰. http://ijrn.ir/article-1-610-fa.html

جمشیدزهی شه بخش، ع. ر.، اصغری ابراهیم آباد، م. ج. ، مشهدی، ع.، و دانش ثانی، ه. (۱۳۹۵). اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش نگرانی, اضطراب و حمله وحشت زدگی بیماران مبتلابه افتادگی دریچه میترال. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۴(۴)، ۳۴۰-۳۵۱. SID. https://sid.ir/paper/36010/fa

شرفی، م. ر؛ جعفری، د؛ بهرامی، م. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجانی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر. *رویش روان‌شناسی*. ۱۱ (۱۲)، ۱۸۳-۱۹۴. http://frooyesh.ir/article-۱-۴۳۵۱-fa.html

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.1.75]

قاسم نژاد م، حقایق، ع.، جهانیان، س.، رضایی جمالویی، ح.(۱۴۰۰). مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و آموزش تمرینات تنفسی دیافراگمی بر علائم پانیک زنان مبتلابه آسم. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۹ (۶)، ۱۹-۱۱. http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-7082-fa.html

مصباحی طاهری، ن. (۱۳۹۵). *اثربخشی آموزش ترکیبی دارودرمانی و نوروفیدبک بر کاهش علائم و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلابه پانیک*. پایان نامه کارشناسی ارشد. سنندج: دانشگاه کردستان. https://research.uok.ac.ir/_Pages/Research.aspx?Id=

Angriani, S., Jaya, N., Sukriyadi, R. M., Aminah, S., & Hasani, R. (2022). *The effectiveness of the ego competency model in improving students' ability to use coping mechanisms*. 16(02), 731–735. http://dx.doi.org/10.30574/wjarr.2022.16.2.1219

Baker, A. W., & Levine, D. S. (2023). Cognitive-Behavioral Therapy for Panic Disorder. In *the Massachusetts General Hospital Handbook of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 81-93). Cham: Springer International Publishing. http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.109395

Chang, G. C. (2023). Building Internal Coherence. In *Revolution and Witchcraft: The Code of Ideology in Unsettled Times* (pp. 65-92). Cham: Springer International Publishing. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-031-17682-1

Cherry K. (2022). *Characteristics of ego strength*.

Fernandes, D., Pivec, T., Dost-Gözkan, A., Uka, F., Gaspar de Matos, M., and Wiium, N. (2021). Global overview of youth development: comparison of the 5 Cs and developmental assets across six countries. *Front. Psychol*. 12:685316. http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2021.685316

Kelly, W. E. (2020). Nightmares and ego strength revisited: Ego strength predicts nightmares above neuroticism and general psychological distress. *Dreaming*, *30*(1), 29. https://doi.org/10.1037/drm0000118

Kim, B. H., Kim, S. H., Han, C., Jeong, H. G., Lee, M. S., & Kim, J. (2023). Antidepressant-induced mania in panic disorder: a single-case study of clinical and functional connectivity characteristics. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1205126. https://doi.org/10.3389%2Ffpsyt.2023.1205126

Kyriakoulis, P., & Kyrios, M. (2023). Biological and cognitive theories explaining panic disorder: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 957515. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.957515

Leung, A. Y. M., Parial, L. L., Tolabing, M. C., Sim, T., Mo, P., Okan, O., & Dadaczynski, K. (2021). Sense of coherence mediates the relationship between digital health literacy and anxiety about the future in aging population during the COVID-19 pandemic: a path analysis. *Aging & Mental Health*, 1–10. https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1870206

Lukaschek, K., Lezius, S., van den Akker, M., Hanf, M., Zapf, A., Heider, D., ... & PREMA-study group. (2023). CBT-Based and eHealth-Supported Case Management for Patients with Panic Disorder or Depression in Primary Care: Results of a Proof of Concept. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1-19. https://drks.de/search/de/trial/DRKS00016622.

Malhotra, A., Kumari, S., & Koderma, J. (2023). A Comparative Study of Ego Strength and Anxiety between Government and Private School Students of Ranchi Town. *International Journal of Innovative Science and Research Technology*, *8*(7), 401-405. https://doi.org/10.5281/zenodo.8186432

Manrique-Millones, D. L., Pineda-Marin, C. P., Millones-Rivalles, R. B., and Dimitrova, R. (2021). "The 7Cs of positive youth development in Colombia and Peru: A promising model for reduction of risky behaviors among youth and emerging adults" in Handbook of Positive Youth Development (Cham: Springer), 35–48. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-70262-5_3

Marchand, A., & Letarte, A. (2004). *La peur d'avoir peur. Montréal, Quebec, Canada: Stanké*. https://doi.org/10.1007/s10880-022-09876-7

Messina I, Scottà F, Marchi A, Benelli E, Grecucci A and Sambin M (2021) Case Report: Individualization of Intensive Transactional Analysis Psychotherapy on the Basis of Ego Strength. *Front. Psychol*. 12:618762. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.618762

Miqdadi, A. I., Chong, M. C., Yoong, T. L., Koh, O. H., & Alhadidi, M. (2024). Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Individuals Experiencing Panic Attacks: A Scoping Literature Review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, *62*(4), 9-15. https://doi.org/10.3928/02793695-20230919-02

Moksnes, U. K., & Espnes, G. A. (2020). Sense of coherence in association with stress experience and health in adolescents. *International journal of environmental research and public health*, *17*(9), 3003. https://doi.org/10.3390/ijerph17093003

Olthuis, J. V., Kaltenbach, E., Giberson, E., Saryeddine, T., Asmundson, G. J., Carleton, R. N., ... & McGrath, P. J. (2023). Paraprofessional delivery of online narrative exposure therapy for firefighters. *Journal of Traumatic Stress*. https://doi.org/10.1002/jts.22941

Oussi, A., & Bouvet, C. (2022). *Current theoretical models of panic disorder: Conceptual review and clinical implications*. Medico-Psychological Annals. https://doi.org/10.1007/s12144-023-05163-2

Papola, D., Ostuzzi, G., Tedeschi, F., Gastaldon, C., Purgato, M., Del Giovane, C., ... & Barbui, C. (2023). CBT treatment delivery formats for panic disorder: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. *Psychological medicine*, 1-11. https://doi.org/10.1017/s0033291722003683

Shin, B., Oh, J., Kim, B. H., Kim, H. E., Kim, H., Kim, S., & Kim, J. J. (2021). Effectiveness of self-guided virtual reality–based cognitive behavioral therapy for panic disorder: randomized controlled trial. *JMIR Mental Health*, *8*(11), e30590.https://doi.org/10.2196/30590

Stech, E. P., Lim, J., Upton, E. L., & Newby, J. M. (2020). Internet-delivered cognitive behavioral therapy for panic disorder with or without agoraphobia: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 49(4), 270-293. https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1628808

Uka F, Gashi S, Gashi A, Gllogu D, Musliu A, Krasniqi A, Statovci A, Sopjani V, Perçuku V, Sadikovic I and Wiium N (2022) The effectiveness of internal cohesion psychotherapy in treating young clients with depression and anxiety disorders: The role of developmental assets in Kosovo context. *Front. Psychol*. 13:1005709. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1005709

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.1.75]