MEJDS. 2020; 10:105.

Published online 2020 July. **Research Article**

Group Schema-Based Education on Anxiety Sensitivity in Married Women

Ashoori R[1], *Aghaei H[2], Noohi Sh[2]

Author Address
1. Ph.D. Student of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
***Corresponding Author Email:** ha.aghaee@gmail.com

Received: 2019 May 23 **Accepted:** 2019 June 30

Abstract

Background & Objectives: Anxiety disorders are highly prevalent. Anxiety sensitivity, recognized as fear from anxiety symptoms, such as increased heart rate, sweating, and dizziness is a risk factor for anxiety disorders. Patients with anxiety disorders obtain higher scores in anxiety sensitivity, compared to the healthy population. Anxiety sensitivity is defined as the fear of emotions associated with anxiety symptoms and signifies that these symptoms have potential biopsychosocial consequences. A person with high anxiety sensitivity is considered not only stressful, but also relatively catastrophic in ordinary events; however, a healthy individuals with low anxiety sensitivity regards these events as uncomfortable but not catastrophizing. Cognitive theories suggest that individuals with high anxiety sensitivity are biased toward information processing which plays an essential role in the development and persistence of anxiety. Researches have indicated that high anxiety sensitivity levels are predictors of the onset of other mental conditions, such as major depressive disorder, generalized anxiety disorder, and social anxiety disorder. In addition, anxiety sensitivity has a multidimensional nature, consisting of the fear of physical symptoms, fear of cognitive dyscontrol, and fear of publically observable symptoms. The anxiety sensitivity model indicates that the fear of physical concerns is predictive of panic disorder; the fear of publically observable symptoms is predictive of social anxiety disorder, and the fear of cognitive dyscontrol is predictive of generalized anxiety disorder and depression. Furthermore, the schema is an old construction in cognitive sciences. Jeffrey E. Young created a valuable therapeutic model by integrating cognitive behavior, Gestalt, attachment, object relationships, and psychoanalysis approaches. This therapeutic technique could help to change the early maladaptive schemas. Thus, the present research aimed to study the effects of group schema–based education on anxiety sensitivity in married women.
Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical society was family counseling centers' clients in the fifth district of Tehran City, Iran. The sample size was estimated using G*power software. Accordingly, 30 married women were selected through convenience sampling technique as per the study inclusion criteria. They were randomly assigned into the experimental and control groups. For evaluating anxiety sensitivity, the study groups completed The Anxiety Sensitivity Index (ASI) by Taylor and Cox (1998) with Cronbach's alpha coefficient of 0.86. The experimental group received 13 educational sessions based on schema therapy; however, the control group remained on the waiting list and received the educational sessions after the survey completion. Besides, after the training and one month later, all of the study participants re–completed the ASI. The obtained data were analyzed through repeated–measures Analysis of Variance (ANOVA) and Bonferroni post–hoc test.
Results: The mean±SD scores of anxiety sensitivity at pretest and posttest in experimental group were 4.6±0.7 and 3.3±0.8, respectively; in the same values for the control group were 4.1±1.4 and 4.3±1.5, respectively. with the data obtained from the repeated–measures ANOVA and Bonferroni post–hoc test suggested the significant improvement of anxiety sensitivity in the experimental group, compared control group (p<0.001). One month later, the mean±SD scores of the study variable were 3.2±0.6 and 4.01±0.8 in the test and control groups, respectively; it highlighted the persistence of study outcomes (p<0.001).
Conclusion: The current research results revealed that the anxiety sensitivity level declined after providing the schema–based education. Moreover, the effect of education persisted until the one–month follow–up phase. Thus, we recommend the application of this educational method to improve mental health in the general population.
Keywords: Schema therapy, Anxiety sensitivity, Married women.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.130.9]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوان ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۰۵.

انتشار برخط تیرماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی آموزش گروهی مبتنی‌بر طرحواره بر حساسیت اضطرابی در زنان متأهل

راضیه عاشوری[۱]، *حکیمه آقایی[۲]، شهناز نوحی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود، شاهرود، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** ha.aghaee@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲ خرداد ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۹ تیر ۱۳۹۸

چکیده

هدف: باتوجه به شیوع فراوان اختلالات اضطرابی و نقش حساسیت اضطرابی در شکل‌گیری این اختلالات، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی‌بر طرحواره بر حساسیت اضطرابی زنان متأهل انجام شد.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر، نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعهٔ آماری مراجعان زن متأهل مرکز مشاورهٔ منطقهٔ پنج تهران بودند. حجم نمونه با نرم‌افزار G*power سی نفر محاسبه شد. داوطلبان به‌شیوهٔ دردسترس با درنظرگرفتن معیارهای ورود و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. حساسیت اضطرابی دو گروه با پرسشنامهٔ تیلور و کاکس (۱۹۹۸) سنجیده شد. گروه آزمایش سیزده جلسه آموزش مبتنی‌بر طرحواره، دریافت کرد. شرکت‌کنندگان پس از آموزش و یک‌ماه بعد پرسشنامه را تکمیل نمودند. جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴، تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر، آزمون تعقیبی بونفرونی و سطح معناداری برابر با ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین حساسیت اضطرابی در گروه آزمایش پیش و پس از آموزش ۰/۸±۴/۶ و ۰/۷±۳/۳ و در گروه گواه ۱/۴±۴/۱ و ۱/۵±۴/۳ به‌دست آمد که بیانگر تغییر حساسیت اضطرابی در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه است ($p<۰/۰۰۱$). نتایج پیگیری یک‌ماه بعد در گروه آزمایش ۰/۶ ± ۳/۲ و در گروه گواه ۰/۸±۴/۰۱ بود که نشان‌دهندهٔ پایداری نتایج بود ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش مبتنی‌بر طرحواره به بهبود حساسیت اضطرابی می‌انجامد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌درمانی، حساسیت اضطرابی، زنان متأهل.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.130.9]

۱ مقدمه

یکی از سازه‌های اضطرابی که در ادبیات اختلالات اضطرابی بسیار به آن توجه شده، حساسیت اضطرابی است. ساختار اولیهٔ حساسیت اضطرابی توسط ریس و مک‌نالی در سال ۱۹۸۵ برای توضیح اختلالات اضطرابی مطرح شد (به نقل از ۱). حساسیت اضطرابی به ترس از احساسات مرتبط با اضطراب یا نشانه‌های اضطرابی اشاره می‌کند و از این تصور ناشی می‌شود که این نشانه‌ها دارای پیامدهای بالقوهٔ آسیب‌زای جسمانی و روان‌شناختی و اجتماعی هستند (۲). برخلاف صفت اضطرابی که بر تمایل به تجربهٔ نشانه‌های اضطرابی اشاره دارد، حساسیت اضطرابی شامل این اصل است که بزرگ‌نمایی پاسخ اضطرابی شرطی‌شدن ترس را به محرک آزارنده تسهیل کرده و این تفکر به‌عنوان عامل خطری برای اختلال‌های اضطرابی و اختلال وحشت‌زدگی ایفای نقش می‌کند (۲). حساسیت اضطرابی دارای سه بعد اساسی است: ۱. ترس از اینکه واکنش‌های اضطرابی در انظار عمومی مشهود باشند که با اختلال اضطراب اجتماعی مرتبط است؛ ۲. ترس از نبود کنترل شناختی که با اختلال افسردگی ارتباط دارد؛ ۳. ترس از احساس‌های بدنی که با اختلال وحشت‌زدگی مرتبط است (۳). فرد دارای حساسیت اضطرابی زیاد نه‌تنها رویدادهای استرس‌زا، بلکه وقایع نسبتاً عادی را فاجعه‌آمیز تلقی می‌کند؛ درحالی‌که فرد دارای حساسیت اضطرابی کم این رویدادها را نامطلوب می‌پندارد؛ ولی دربارهٔ آن‌ها دست به فاجعه‌سازی نمی‌زند؛ بنابراین ارزیابی فرد از موقعیتی استرس‌زا در پیامدهای بعدی آن نقشی تعیین‌کننده دارد. درواقع رویدادی خاص را دو فرد به‌صورت‌های متفاوتی ادراک می‌کنند. این امر بستگی به ارزیابی آن‌ها از موقعیت مدنظر دارد و به‌نظر می‌رسد که حساسیت اضطرابی این ارزیابی را تحت‌تأثیر خود قرار می‌دهد. بر همین اساس، بررسی‌ها نشان می‌دهند که حساسیت اضطرابی، عامل آسیب‌پذیری در ایجاد و تداوم اختلالات روانی است (۴). طبق نظریه‌های شناختی اضطراب، شیوه‌ای که به‌واسطهٔ آن فردی نشانه‌های هیجانی متعدد (به‌ویژه نشانه‌های انگیختگی جسمانی) را تفسیر می‌کند ممکن است او را برای واکنش‌های شدید اضطرابی آسیب‌پذیر سازد (۵). براساس نظریه‌های شناختی اضطراب، مفهوم‌سازی حساسیت اضطرابی نشان می‌دهد که ارزیابی شناختی منفی به‌عنوان عامل خطر در ایجاد و تداوم اضطراب نقش بازی می‌کند؛ مثلا ارزیابی منفی و فاجعه‌آمیز از احساسی بدنی، منجربه راه‌اندازی سریع اضطراب می‌شود که به‌نوبهٔ خود افزایش‌دهندهٔ حساسیت اضطرابی است (۴).

درواقع افراد دارای حساسیت اضطرابی زیاد بیشتر احتمال دارد که نشانه‌های مرتبط با اضطراب را به‌عنوان نشانه‌ای از آسیب قریب‌الوقوع ارزیابی کنند؛ درحالی‌که اشخاص دارای حساسیت اضطرابی کم گرایش دارند که چنین احساساتی را به‌عنوان اموری ناخوشایند، اما نه تهدیدکننده در نظر بگیرند (۶)؛ بنابراین، افرادی که دارای حساسیت اضطرابی زیاد هستند، احساساتی مانند ضربان سریع قلب و عرق‌کردن و گیجی را به‌ترتیب به‌عنوان نشانه‌ای از حملات قلبی و شرمساری اجتماعی و بی‌ثباتی روانی تفسیر می‌کنند؛ بنابراین چرخه‌ای معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی‌ها، تفسیرهای منفی و اضطراب وجود دارد که به‌صورت مداوم و پایدار فرد را در حالت گوش‌به‌زنگی درقبال نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب قرار می‌دهد (۶). نظریه‌های شناختی پیشنهاد می‌کنند که در افراد دارای حساسیت اضطرابی زیاد، سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب وجود دارد که دارای نقش مهمی در ایجاد و تداوم اضطراب آسیب شناختی است (۲). از سوی دیگر طرحواره سازه‌ای قدیمی در حوزهٔ علوم شناختی است. در حوزهٔ شناخت‌درمانی آرون بک در ۱۹۶۳ «انقلاب شناختی» را آغاز و درمان شناختی‌ـرفتاری را برای درمان افسردگی و اختلالات روان‌شناختی به‌طور گسترده تحت پژوهش قرار داد. بک و راش در ۱۹۶۸ در اولین نوشته‌هایشان به مفهوم طرحواره‌ها اشاره کردند (به نقل از ۷). در حوزهٔ رشد شناختی، طرحواره را به‌صورت قالبی در نظر می‌گیرند که براساس واقعیت یا تجربه شکل گرفته تا به افراد کمک نماید تجارب خود را تبیین کنند. علاوه‌براین طرحواره، بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایزکنندهٔ واقعه‌ای است (۸). از نظر یانگ و کلوسکو و ویشار طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل باورها و الگوهای ثابتی است که از دوران کودکی و نوجوانی به‌وجود آمده و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. این باورها درمقابل تغییر مقاومت زیادی از خود نشان داده و فرد ازطریق باورهای مذکور به دنیای اطراف نگاه می‌کند. این باورهای بنیادین دربارهٔ خود و دیگران و محیط به‌طور معمول از ارضانشدن نیازهای اولیه به‌خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرد (۹). طرحواره‌های ناسازگار اولیه تا میزان زیادی ناکارآمد هستند؛ به‌عبارتی، الگوهای هیجانی و شناختی که در اوایل زندگی شکل گرفته و در سراسر طول زندگی تکرار می‌شوند (۸). جفری‌یانگ، هجده طرحوارهٔ ناسازگار اولیه را بیان می‌کند که عبارت است از: محرومیت هیجانی؛ رهاشدگی/بی‌ثباتی؛ بی‌اعتمادی/بدرفتاری؛ انزوای اجتماعی/بیگانگی؛ نقص/شرم؛ شکست؛ وابستگی/بی‌کفایتی؛ آسیب‌پذیری به ضرر یا بیماری؛ گرفتار/خویشتن تحول‌نیافته؛ اطاعت؛ ایثارگری؛ بازداری هیجانی؛ معیارهای سخت‌گیرانه؛ استحقاق/بزرگ‌منشی؛ خویشتن‌داری/خودانضباطی ناکافی؛ پذیرش‌جویی جلب توجه؛ منفی‌گرایی/بدبینی و تنبیه (۷). پس از آنکه درمان شناختی‌ـرفتاری در رابطه با درمان اختلال شخصیت مؤثر نبود، موج سوم رفتاردرمانی ازجمله طرحواره‌درمانی ایجاد شد (۹). جفری‌یانگ و همکاران با یکپارچه‌سازی اصول و مبانی رویکردهای شناختی، رفتاری، گشتالت و دل‌بستگی، سازنده‌گرایی و روابط شیئی مدل درمانی ارزش‌مندی ایجاد کرده که طرحواره‌درمانی گفته می‌شود؛ همچنین چهارچوب نظری استفاده‌شده در آن، برای درمان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت، مسائل شخصیت‌شناختی، اختلالات مزمن و انواع دیگر مشکلات فردی و زوج به‌کار می‌رود (۹). طرحواره‌درمانی برنامهٔ منسجمی برای ارزیابی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه فراهم می‌سازد. درمانگری که به‌روش طرحواره‌درمانی کار می‌کند معمولاً دو دسته فعالیت را در رأس کار قرار می‌دهد: ابتدا سنجش و آموزش است که به شناسایی طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای فرد و ریشه‌های تحولی این طرحواره‌ها در دوران کودکی پرداخته شده و مدل طرحواره‌ای به فرد آموزش داده می‌شود؛ دوم تغییر است که با استفاده از تکنیک‌های شناختی (آزمون واقعیت و باز تعبیر)، تکنیک‌های تجربی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.130.9]

(تصویرسازی، گفت‌وگو با والدین)، تکنیک‌های بین‌فردی (رابطهٔ درمانی برای میسرساختن باز والدینی حدومرزدار) و شکستن الگوهای رفتاری (برای تغییر الگوهای رفتاری) انجام می‌شود (۱۰). براساس برخی پژوهش‌های صورت‌گرفته طرحواره‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلالات روانی تأثیر دارد (۸ـ۱، ۱۰).

همان‌طورکه بیان شد حساسیت اضطرابی زیاد منجربه سوگیری در پردازش اطلاعات محرک‌های اضطراب‌زا شده و به این ترتیب باعث شکل‌گیری احساس اضطراب و بروز انواع اختلالات اضطرابی می‌شود. باتوجه به شیوع فراوان این اختلالات، مداخلات درمانی در این خصوص به ارتقای سلامت روان جامعه کمک می‌کند. براساس فرمول‌بندی‌های نظری، طرحواره‌درمانی به‌عنوان یکی از شیوه‌های نوینی است که با اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه به تغییر شیوهٔ پردازش اطلاعات و لذا کاهش اضطراب کمک می‌کند. باتوجه به تعداد اندک پژوهش‌ها در این زمینه پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی‌بر طرحواره بر حساسیت اضطرابی در زنان متاهل صورت گرفت.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر، از نوع نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه گواه با پیگیری یک‌ماهه بود. در این طرح، گروه آزمایش مداخلهٔ آموزشی مبتنی‌بر طرحواره را دریافت کرد و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت. پس از پایان مطالعه، دورهٔ آموزشی برای گروه گواه برگزار شد. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر، زنان متأهل مراجعه‌کننده با مشکلات خانوادگی به مرکز مشاورهٔ خانواده واقع در منطقهٔ پنج تهران بودند. حجم نمونه ازطریق نرم‌افزار G*power به‌گونه‌ای تعیین شد که مطالعه توان لازم را برای تشخیص اختلاف حداقل یک‌واحد از میزان حساسیت اضطرابی بین گروه آزمایش و گواه و مقایسه داشته باشد. با فرض احتمال خطای نوع اول پنج‌درصد و احتمال خطای نوع دوم بیست‌درصد و نیز با فرض انحراف معیار ۰/۹ تعداد حجم نمونه حدود پانزده نفر برای هر گروه به‌دست آمد. بر این اساس به‌شیوهٔ دردسترس از بین مراجعان دارای معیارهای ورود به طرح، سی زن که در مصاحبهٔ روان‌شناختی مبتنی‌بر معیارهای DSM–۵ مبتلا به یکی از اختلالات اضطرابی بوده، انتخاب شدند. معیار ورود به طرح پژوهشی حاضر عبارت بود از قرارداشتن در بازهٔ سنی ۲۰تا۴۵ سال؛ داشتن سطح تحصیلات حداقل دیپلم. معیار خروج از طرح پژوهشی شامل رعایت‌نکردن قوانین گروه درمانی مانند غیبت بیش از سه جلسه و نداشتن مشارکت فعال در گروه و ایجاد اختلال در روند برگزاری جلسات بود. پس از انتخاب نمونه براساس معیارهای تعیین‌شده، آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (پانزده نفر) و گواه (پانزده نفر) تخصیص یافتند. سپس هر دو گروه به پرسشنامهٔ حساسیت اضطرابی پاسخ دادند. گروه آزمایش طبق جدول ۱، برای سیزده جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای تحت آموزش مبتنی‌بر طرحواره قرار گرفت. پس از پایان دورهٔ آموزش، هر دو گروه مجدداً به پرسشنامهٔ حساسیت اضطرابی پاسخ دادند و اطلاعات به‌دست‌آمده تجزیه‌وتحلیل شد تا میزان تأثیرگذاری آموزش مشخص شود. یک‌ماه پس از پایان آموزش پرسشنامهٔ مذکور مجدداً جهت پیگیری ماندگاری تأثیر آموزش به زنان شرکت‌کننده داده شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌های حاصل از پژوهش ازطریق تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با اندازه‌های مکرر و سطح معناداری برابر با ۰/۰۵ صورت گرفت.

جهت بررسی میزان حساسیت اضطرابی از پرسشنامهٔ تجدیدنظرشدهٔ حساسیت اضطرابی تیلور و کاکس (۱۹۹۸) استفاده شد (۱۱). شاخص تجدیدنظرشدهٔ حساسیت اضطرابی، ساختار مرتبه‌ای چهارعاملی دارد. این عوامل عبارت است از:۱. ترس از نشانه‌های تنفسی؛ ۲. ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع؛ ۳. ترس از نشانه‌های قلبی‌عروقی؛ ۴. ترس از عدم مهار شناختی. پرسشنامه برمبنای مقیاس لیکرت (خیلی‌کم =۱ و خیلی زیاد=۵) پاسخ داده می‌شود. تیلور و کاکس ضریب همسانی درونی پرسشنامه را براساس آلفای کرونباخ برای عوامل ۱تا۴ به‌ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۶، ۰/۸۸، ۰/۸۹ و ضریب همبستگی را بین شاخص تجدیدنظرشدهٔ حساسیت اضطرابی و شاخص حساسیت اضطرابی اولیه ۰/۹۴ گزارش کردند. میزان همبستگی عوامل با یکدیگر در گسترهٔ بین ۰/۲۸ تا۰/۴۰ و با عامل کلی در گسترهٔ بین ۰/۶۶ تا۰/۷۷ به‌دست آمد. نتایج مطالعهٔ تیلور و کاکس نشان می‌دهد که شاخص تجدیدنظرشدهٔ حساسیت اضطرابی دارای روایی و اعتبار بسیار پذیرفتنی بوده و ابزاری مفید برای سنجش حساسیت اضطرابی است (۱۱). این پرسشنامه توسط مرادی‌منش در ایران هنجاریابی شد. همچنین، ضرایب اعتبار خرده‌مقیاس‌ها براساس روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی و تنصیفی محاسبه گردید که به‌ترتیب بین ۰/۸۲ تا۰/۹۱ و ۰/۹۲ تا۰/۹۶ و ۰/۷۶ تا۰/۹۰ به‌دست آمد. روایی شاخص تجدیدنظرشدهٔ حساسیت اضطرابی براساس سه روش روایی هم‌زمان و همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با مقیاس کل و با یکدیگر و تحلیل عوامل محاسبه شد. روایی هم‌زمان شاخص تجدیدنظرشدهٔ حساسیت اضطرابی ازطریق اجرای هم‌زمان با پرسشنامهٔ فهرست بازبینی‌شدهٔ تجدیدنظرشدهٔ نودنشانگانی انجام پذیرفت که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود (به نقل از ۱۲).

به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی برای توصیف متغیرهای جمعیت‌شناختی زنان متأهل، در سطح استنباطی از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر، آزمون تعقیبی بونفرونی و برای بررسی پیش‌فرض‌ها از آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف و آزمون لون به‌کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۴ استفاده گردید و مقادیر احتمال برابر با ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

در جدول ۱ شرح جلسات آموزشی مبتنی‌بر طرحواره براساس مبانی طرحواره‌درمانی جفری‌یانگ و همکاران (۹) و پروتکل یوسفی و همکاران (۱۳) ارائه شده است.

رعایت اصول اخلاقی این مطالعه با کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و محرمانه‌نگاه‌داشتن اطلاعات آزمودنی‌ها صورت گرفت.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.130.9]

جدول ۱. محتوای آموزشی جلسات طرحواره‌درمانی

جلسات	سرفصل مطالب
اول	ارتباط، آشنایی و همدلی، معرفی مربی و افراد گروه، اهمیت روابط بین‌فردی و نقش آن در اضطراب، بیان طرح کلی جلسات و اجرای پرسشنامه‌های حساسیت اضطرابی.
دوم	آموزش نیازهای مرکزی و ریشهٔ تحولی طرحواره‌ها، پنج نیاز دل‌بستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، هویت و کفایت، آزادی در بیان نیازها وهیجانات سالم، خودانگیختگی و تفریح، محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویشتن‌داری و آموزش چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌ها.
سوم	آموزش پنج حوزهٔ طرحواره برمبنای پنج نیاز اساسی و طرحواره‌های ایجادشده، بیان پنج حوزهٔ طرحواره و هجده طرحوارهٔ ناسازگار تأثیرگذار بر شاخص‌های سلامت و بالینی. توضیح طرحواره‌های دو حوزهٔ بریدگی و طرد و خودگردانی در این جلسه.
چهارم	ادامهٔ آموزش حوزه‌های طرحواره‌ها و ویژگی آن‌ها، طرحواره‌های سه حوزهٔ عملکرد مختل، دیگرجهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری افراطی.
پنجم	آموزش طرحواره‌های شرطی و غیرشرطی، توصیف و توضیح طرحواره‌های شرطی و غیرشرطی و شناسایی طرحوارهٔ غالب در زنان شرکت‌کننده.
ششم	آموزش چگونگی تداوم‌یافتن طرحواره‌ها، آموزش شیوهٔ عملکرد طرحواره‌ها و هر کار (درونی و رفتاری) حفظ‌کنندهٔ وضعیت فعلی طرحواره و آموزش سبک‌های مقابله‌ای.
هفتم	آموزش انواع پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد در جریان روابط با دیگران، بیان‌کردن یازده پاسخ مقابله‌ای ناکارآمد نمایش‌داده‌شده در جریان فعال‌شدن طرحواره‌ها.
هشتم	آشنایی با تقابل طرحواره‌ها در روابط، آموزش باورها و طرحواره‌های مربوط به رابطه و فرض‌ها و استانداردهای مرتبط با رابطه که می‌توانند غیرواقع‌بینانه باشند.
نهم	آموزش به‌منظور تعدیل طرحواره، اعتباریابی طرحواره‌ای ناکارآمد، ارزیابی مزایا و معایب سبک مقابله‌ای، برقراری گفت‌وگو بین جنبهٔ سالم و جنبهٔ طرحواره به‌منظور روشن‌شدن خواستهٔ طرحواره.
دهم	ادامهٔ آموزش به‌منظور تعدیل طرحواره، تدوین کارت آموزشی، نوشتن نامه و گفت‌وگوی خیالی با والدین.
یازدهم	الگوشکنی رفتاری، تمرین رفتار سالم با استفاده از تصویرسازی ذهنی و انجام آن در واقعیت و انتخاب رفتار مشکل‌ساز جهت تغییر در واقعیت.
دوازدهم	آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری کلاسیک به‌منظور تغییر سبک‌های مقابله‌ای، آموزش آرامش‌آموزی، جرئت‌ورزی و کنترل خشم.
سیزدهم	جمع‌بندی نهایی، تأکید بر تمرین دستاوردها و تشخیص افراد نیازمند به مداخلهٔ انفرادی و اجرای مجدد پرسشنامه‌ها.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش درمجموع سی آزمودنی (پانزده نفر گروه آزمایش و پانزده نفر گروه گواه) شرکت کردند. وضعیت سن و تحصیلات براساس جداول ۲ و ۳ است.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی سن آزمودنی‌ها

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	مقدار t	مقدار *p*
آزمایش	پانزده	۴۰/۷	۴/۶	۳۳	۴۸	۰/۲۸۰	۰/۲۱۳
گواه	پانزده	۴۰/۳	۳/۷	۳۸	۴۸	۰/۳۲۲	۰/۱۹۱

جدول ۳. ویژگی‌های توصیفی تحصیلات آزمودنی‌ها

متغیر	میزان تحصیلات	تعداد	درصد	مقدار کای	مقدار*p*
آزمایش	دیپلم	دو	۱۳/۳	۰/۲۳۵	۰/۴۲۳
	کارشناسی	شش	۴۰	۰/۳۲۶	۰/۲۱۱
	کارشناسی‌ارشد	چهار	۲۶/۶	۰/۴۴۷	۰/۲۵۳
	دکتری	سه	۲۰	۰/۴۳۸	۰/۳۲۴
گواه	دیپلم	سه	۲۰	۰/۲۲۲	۰/۳۴۳
	کارشناسی	هفت	۴۶/۶	۰/۲۳۳	۰/۵۳۰
	کارشناسی‌ارشد	پنج	۳۳/۳	۰/۴۷۵	۰/۶۷۷

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.130.9]

همان‌گونه که در جدول‌های ۲ و ۳ ملاحظه می‌شود، آزمودنی‌های دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن و سطح تحصیلات) قبل از ارائهٔ برنامهٔ مداخله‌ای همسان بوده و تفاوت معناداری ندارند.
شاخص‌های توصیفی نمرات حساسیت اضطرابی در دو گروه آزمون و گواه، پیش و پس از مداخله در جدول ۴ آمده است؛ همان‌طورکه ملاحظه می‌شود میانگین نمرهٔ حساسیت اضطرابی پس از مداخله در گروه آزمون کاهش یافته و در پیگیری تقریباً ثابت مانده است؛ درحالی‌که در گروه گواه نمرات حساسیت اضطرابی افزایش داشته و در پیگیری تغییر چندانی نشان نمی‌دهد.

جدول ۴. ویژگی‌های توصیفی تفاوت تغییر نمرات حساسیت اضطرابی به‌تفکیک دو گروه

متغیر	آزمایش						گواه					
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S
حساسیت اضطرابی	۴/۶	۰/۸	۳/۳	۰/۷	۳/۲	۰/۶	۴/۱	۱/۴	۴/۳	۱/۵	۴/۰۱	۰/۸

جهت انجام آنالیز واریانس برای اندازه‌های تکراری به بررسی مفروضات این آزمون اقدام گردید. برای بررسی نرمال‌بودن نمرات از آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف استفاده شد. نتایج نشان داد که توزیع داده‌ها نرمال است؛ همچنین یافته‌های آزمون لوین مشخص کرد که مفروضهٔ همگنی کوواریانس داده‌ها و شیب رگرسیون برقرار است. نتایج آزمون موچلی نیز نشان داد که مفروضهٔ کرویت برقرار نیست و به همین دلیل از نتیجهٔ آزمون‌های درون‌گروهی با تعدیل درجات آزادی و تصحیح هوین‌ـ‌فلت استفاده شد.

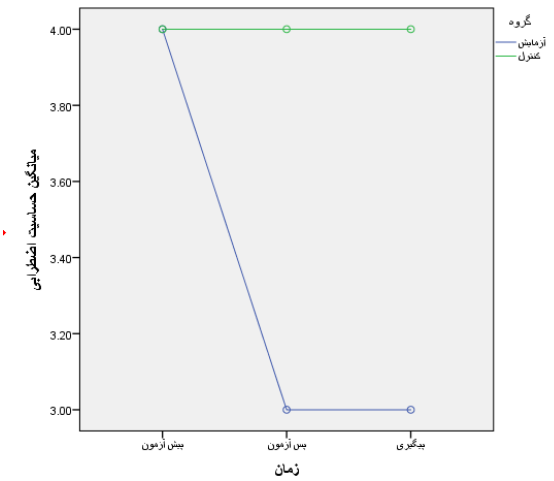
جدول ۵. آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف جهت بررسی نرمال‌بودن توزیع نمرات

متغیر	کولموگروف‌اسمیرنوف	مقدار p
حساسیت اضطرابی	۰/۷۳۰	۰/۶۶۵

جدول ۶. نتایج تحلیل اندازه‌گیری مکرر در سه مرحلهٔ اندازه‌گیری برای متغیرهای پژوهش

متغیر	منابع تغییر	F	مقدارp	اتا
حساسیت اضطرابی	اثرزمان	۲۵/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	اثر متقابل زمان و گروه	۲۱/۴۵	۰/۰۰۶	۰/۳۳
	اثر گروه	۱۸/۶۶	۰/۰۳۷	۰/۴۲

باتوجه به جدول ۶ نتایج نشان می‌دهد که در متغیر حساسیت اضطرابی، اثر اصلی زمان و اثر اصلی گروه و اثر متقابل زمان و گروه به‌لحاظ آماری معنادار است. معناداربودن اثر گروه به‌معنای وجود تفاوت کلی متغیر حساسیت اضطرابی در بین دو گروه است. اندازهٔ اثر اصلی گروه ۰/۴۲ بوده که نشان داد ۰/۴۲ درصد از تغییرهای متغیر حساسیت اضطرابی، ناشی‌از تغییرهای گروهی و ۳۱درصد از تغییرهای این متغیر، ناشی‌از اثرات زمان است. در نهایت، ۳۳درصد از تغییرهای متغیر حساسیت اضطرابی، ناشی‌از تعامل زمان و گروه است؛ به این معنا که تغییرات در زمان و نیز در گروه‌ها رخ داده و این تغییرات به‌صورت مشترک، معنادار شده‌اند.



نمودار ۱. پروفایل مربوط به تغییرات اثر تعاملی گروه و زمان در متغیر حساسیت اضطرابی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.130.9]

جدول ۷. آزمون تعقیبی بونفرونی دربارهٔ نتایج تحلیل اندازه‌های مکرر تأثیر آموزش مبتنی‌بر طرحواره بر حساسیت اضطرابی گروه آزمایش

		اختلاف میانگین	انحراف معیار	مقدارp
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱/۳	۰/۳۳	<۰/۰۰۱
	پیگیری	۱/۴	۰/۲۵	<۰/۰۰۱
پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۳	۰/۳۳	<۰/۰۰۱
	پیگیری	-۰/۱	۰	۰/۳۲۴
پیگیری	پیش‌آزمون	-۱/۴	۰/۲۵	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	-۰/۱	۰	۰/۳۲۴

در جدول ۷ ازطریق آزمون تعقیبی بونفرونی به بررسی اختلاف بین میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری پرداخته شده است؛ همچنان‌که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، میانگین متغیر حساسیت اضطرابی گروه آزمایش در مرحلهٔ پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری دارای تفاوت معنادار است. نتایج حاکی‌از آن است که آموزش مبتنی‌بر طرحواره بر حساسیت اضطرابی در زنان متاهل تأثیر دارد و باعث کاهش آن شده و اثر آن پس از یک‌ماه تداوم داشته است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مبتنی‌بر طرحواره بر حساسیت اضطرابی در زنان متأهل انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش نشان‌دهندهٔ بهبود درخورتوجه آزمودنی‌ها در نمرات حساسیت اضطرابی زنان متأهل، درمقایسه با ابتدای مطالعه و یک‌ماه پس از مداخله بود. باوجود پژوهش‌های متعددی که در سال‌های اخیر در ارتباط با تأثیر طرحواره‌درمانی بر اختلالات روان‌شناختی انجام شده، پژوهش‌ها در زمینهٔ تأثیر طرحواره‌درمانی بر اختلالات اضطرابی اندک است. در این بین نتایج تحقیق حاضر با پژوهش‌های قنبرپور و همکاران مبنی‌بر اثر طرحواره‌درمانی هیجانی بر حساسیت اضطرابی (۱۴) و رهبر طامسری و همکاران مبنی‌بر تأثیر طرحواره‌درمانی بر تنظیم هیجان دانش‌آموزان با نشانه‌های اضطرابی (۱۵) و رابینسون و همکاران مبنی‌بر تأثیر تنظیم هیجان بر حساسیت اضطرابی (۱۶)، همسوست. پژوهشی که توسط حمیدپور و همکاران بر سه زن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد نیز نشان‌دهندهٔ تاثیر طرحواره‌درمانی است (۱۷). پژوهش ناهمسو در این زمینه یافت نشد؛ اما مطالعات همسو نشان دادند که در بعضی از پژوهش‌ها اندازهٔ اثر بیشتر از برخی دیگر است. پاسخ اندک در این‌ها را می‌توان به عواملی همچون سیر مزمن اختلالات اضطرابی، همراه‌بودن با اختلالات دیگر نظیر افسردگی و افسرده‌خویی، کم‌بودن سطح تحصیلات و نداشتن انگیزهٔ کافی به‌عنوان عوامل مداخله‌گر و مانع‌ساز درمان نسبت داد (۱۷)؛ اما پاسخ‌دهی مطلوب در اکثر پژوهش‌ها و پژوهش حاضر به این صورت تبیین‌شدنی است که حساسیت اضطرابی زیاد باعث می‌شود افراد نشانه‌های مرتبط با اضطراب را به‌عنوان نشانه‌ای از آسیب قریب‌الوقوع ارزیابی کنند؛ بنابراین احساساتی مانند ضربان سریع قلب و گیجی و عرق‌کردن را به‌عنوان نشانه‌ای از حملهٔ قلبی و بی‌ثباتی روانی و شرمساری اجتماعی تفسیر می‌کنند. به این ترتیب چرخه‌ای معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی‌ها، تفسیرهای منفی و اضطراب وجود دارد که به‌صورت مداوم و پایدار فرد را در حالت گوش‌به‌زنگی درقبال نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب نگه می‌دارد (۱۸). پژوهشگران مدعی هستند که در نهایت آنچه باعث می‌شود حساسیت اضطرابی به‌سمت آسیب‌شناسی روانی اضطراب سوق پیدا کند، تا حدودی بستگی به این دارد که افراد چگونه نشانه‌های فیزیکی و شناختی و رفتاری اضطراب آن‌ها را نظارت و مدیریت می‌کنند. به عبارت دیگر تا زمانی‌که اشخاص بتوانند شناخت‌ها و حالت‌های عاطفی منفی را تحمل کنند (بدون نیاز به اجتناب از آن‌ها)، وجود حساسیت اضطرابی زیاد به‌تنهایی نمی‌تواند چندان مشکل‌آفرین باشد (۱۹)؛ لذا به‌نظر می‌رسد آنچه در حساسیت اضطرابی آسیب‌زا بوده ارزیابی فرد از نشانه‌های جسمی و نبود کنترل شناختی است؛ بنابراین با تغییر نگرش و نحوهٔ ارزیابی فرد از این نشانه‌ها می‌توان به کاهش حساسیت اضطرابی کمک کرد. طرحواره‌ها مجموعه‌ای از باورها، خاطرات، احساس‌های بدنی و احساس‌های عاطفی دربارهٔ موضوعی هستند و به‌دلیل ارضانشدن یا بیش‌ازحد ارضاشدن نیازها در کودکی شکل گرفته و ناسازگارند؛ به‌عنوان مثال در شخصی که طرحوارهٔ آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری در او شکل گرفته است ترس افراطی از این موضوع وجود دارد که فاجعه‌ای در هر لحظه اتفاق خواهد افتاد و فرد نمی‌تواند جلوی آن را بگیرد. این ترس‌ها بر چند جنبه متمرکز است: حوادث پزشکی مثل حملهٔ قلبی؛ وقایع هیجانی مثل ترس از دیوانه‌شدن؛ سوانح محیطی مثل گیرافتادن در آسانسور (۹)؛ بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد آموزش مبتنی‌بر طرحواره با تغییر در طرحواره‌های ناسازگار اولیه نظیر طرحوارهٔ آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری موجب تغییر در باور افراد شده و بر ارزیابی اشخاص از خود و دنیا و دیگران تأثیر می‌گذارد؛ درنتیجه با تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه ترس فرد دربارهٔ نشانه‌های تنفسی، واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع، نشانه‌های قلبی‌عروقی و عدم مهار شناختی کاهش یافته و به این دلیل نمرهٔ فرد در میزان حساسیت اضطرابی تقلیل می‌یابد. این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود که باید در تعمیم نتایج به آن‌ها توجه شود. از محدودیت‌های پژوهش انتخاب نمونه به‌صورت دردسترس و همگن‌بودن نمونه از نظر سطح تحصیلات و طبقهٔ اجتماعی ـ اقتصادی بود که در تعمیم نتایج محدودیت ایجاد می‌کند؛ لذا پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در حجم وسیع‌تر و نیز در بین سایر اقشار جامعه و نواحی دیگر با فرهنگ‌های متفاوت تکرار شود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.130.9]

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به یافته‌های این پژوهش، آموزش مبتنی‌بر طرحواره بر کاهش حساسیت اضطرابی زنان متأهل مؤثر است؛ لذا مشاوران و روان‌درمانگران می‌توانند از یافته‌های این پژوهش، در راستای مداخلات بالینی و آموزشی استفاده کنند و از این رویکرد درجهت کاهش نشانه‌های حساسیت اضطرابی و مشکلات روان‌شناختی ناشی‌از آن بهره برند.

۶ تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری مراکز مشاورهٔ خانواده و عزیزان شرکت‌کننده در طرح پژوهشی و همهٔ افرادی که ما را در به‌انجام‌رساندن این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

۷ بیانیه

در این پژوهش راضیه عاشوری به‌عنوان مجری و حکیمه آقایی و شهناز نوحی به‌عنوان استادان راهنما همکاری کردند.

تمامی نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ تضاد منافعی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

References

1. Morvaridi M, Mashhadi A, Sepehri Shamloo Z. The effectiveness of group therapy based on emotional schema therapy on decrease of anxiety sensitivity in woman with social anxiety disorder. J Neyshabur Univ Med Sci. 2019;7(1):26–35. [Persian] http://journal.nums.ac.ir/article-1-624-en.pdf
2. Taylor S, editor. Anxiety Sensitivity: theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety. Mahwah, N.J: Routledge; 2014, pp: xi–12.
3. Noël VA, Lewis K, Francis SE, Mezo PG. Relationships between the multiple dimensions of anxiety sensitivity and symptoms of anxiety and depression in men and women. Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies. 2013;13(2):333–53.
4. Moradimanesh F, Mirjafari A. Hassasiat ezterabi: Mafahim va didgah'ha [Anxiety sensitivity: Concepts and perspectives]. Journal of Psychotherapical Novelties. 2006;(39–40):28–42. [Persian]
5. Carter MM, Miller O, Sbrocco T, Suchday S, Lewis EL. Factor structure of the Anxiety Sensitivity Index among African American college students. Psychological Assessment. 1999;11(4):525–33. doi: 10.1037/1040-3590.11.4.525
6. Cox BJ, Enns MW, Freeman P, Walker JR. Anxiety sensitivity and major depression: examination of affective state dependence. Behav Res Ther. 2001;39(11):1349–56. doi: 10.1016/s0005-7967(00)00106-6
7. Simeone-DiFrancesco C, Roediger E, Stevens B. Schema Therapy with Couples: A Practitioner's Guide to Healing Relationships. Malden: Wiley–Blackwell; 2015, pp:1–5.
8. Zerehpoush A, Neshatdoust Hamed T, Asgari K, Abedi M, Sadeghi Hosnije Amir H. The effect of schema therapy on chronic depression in students. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2012;10(4):285–91. [Persian]
9. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. Hamidpour H, Andooz Z. (Persian translator). 6th ed. Tehran: Arjmand Publication, pp:23–45.
10. Jafari A, Pouyamanesh J, Ghorbanian N, Kabiri M. The effectiveness of schema therapy on moderating early maladaptive schemas and reducing students' anxiety sensitivity. Journal of Instruction and Evaluation. 2013;6(24):79–91. [Persian] http://jinev.iaut.ac.ir/article_521486_dae018f193d9339be9a3bd0bfe243ca3.pdf
11. Taylor S, Cox BJ. An expanded anxiety sensitivity index: evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. J Anxiety Disord. 1998;12(5):463–83. doi: 10.1016/s0887-6185(98)00028-0
12. Mashhadi A, Ghasempour A, Akbari E, Ilbaygi R, Hassanzadeh S. The role of anxiety sensitivity and emotion regulation in prediction of social anxiety disorder in students. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2017;14(52):89–99. [Persian] http://jsr-p.khuisf.ac.ir/article_533873_367fc5f2d8d8c2da5b5c68e1c346746c.pdf
13. Yousefi R, Abedin A, Tirgeri A, Fathabadi J. The effectiveness of training intervention based on a schemas model on marital satisfaction enhancement. Journal of Clinical Psychology. 2010;2(3):25–38. [Persian] doi: 10.22075/jcp.2017.2027
14. Ghadampour E, Hosseini Ramaghani NA, Moradiani Gizeh Rod Sk. Effectiveness of emotional schema therapy on anxiety sensitivity and emotion regulation strategies in socially anxious students. Armaghane Danesh. 2018;23(5):591–607. [Persian] http://armaghanj.yums.ac.ir/article-1-1626-en.pdf
15. Rahbar Taramsari M, Keshavarz P, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi E, Rahbar Karbasdehi F. The effectiveness of group schema therapy on behavioral activation/ inhibition systems and cognitive emotion regulation in female students with anxiety symptoms. J Guilan Uni Med Sci. 2019;27(108):62–70. [Persian] http://journal.gums.ac.ir/article-1-1758-en.pdf
16. Robinson LJ, Freeston MH. Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. Clin Psychol Rev. 2014;34(3):256–71. doi: 10.1016/j.cpr.2014.03.003
17. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour Shahbaz A, Dadkhah A. The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011;16(4):420–31. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1207-en.pdf
18. Wheaton MG, Deacon BJ, McGrath PB, Berman NC, Abramowitz JS. Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: evaluation of the ASI-3. J Anxiety Disord. 2012;26(3):401–8. doi: 10.1016/j.janxdis.2012.01.002
19. Roemer L, Williston SK, Eustis EH, Orsillo SM. Mindfulness and acceptance-based behavioral therapies for anxiety disorders. Curr Psychiatry Rep. 2013;15(11):410. doi: 10.1007/s11920-013-0410-3

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.130.9]