

The Effectiveness of Meta-Cognitive Therapy on Cognitive Attention Syndrome in Female Students with Social Anxiety Disorder

Khodamorad Momeni. Ph.D

Associate professor Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.

Farnaz Radmehr. Ph.D student

Ph.D student in Psychology, Faculty of Social Sciences, Razi University, Kermanshah, Iran.

اثربخشی درمان فراشناختی بر سندرم شناختی / توجهی در دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

خدامراد مؤمنی*

دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

فرناز رادمهر

دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

Abstract

The aim of this study assessment the effectiveness of meta-cognitive therapy on cognitive attention syndrome in female students with social anxiety disorder. The statistical population of this study was all female students with social anxiety disorder at Kermanshah University of Medical Sciences 2018-19. The method of this research was quasi-experimental with pre-test, post-test and follow-up with the control group design. The research sample consisted of 30 individuals that were randomly assigned into two groups of 15 experimental and control groups. The tools used were the Social Anxiety (Connor et al., 2000), Back Depression-II (Beck et al., 1996) and Cognitive Attention Syndrome (Wells et al., 2009) questionnaires. The experimentation group was for 8 sessions, an hour, as a group, underwent meta-cognitive therapy intervention but the control group receive no any intervention. The crude data analysis using SPSS-21 software and descriptive and inferential tests, Univariate covariance analysis were performed. The findings showed that in the experimental group, a significant decrease in cognitive/ attention syndrome was observed after the intervention ($P < 0.001$). These results were maintained during the follow-up stage ($P < 0.01$). According to the results obtained, and the continuation of its effect, the use of meta-cognitive therapy is recommended to reduce the rate of cognitive / attention syndrome in patients with social anxiety disorder

Keywords: meta-cognitive therapy, cognitive attention syndrome, female students, social anxiety

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر سندرم شناختی/توجهی در دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. جامعه آماری پژوهش، دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر بود که به‌طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار مورد استفاده، پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی (Connor et al., 2000)، افسردگی بک ویرایش دوم (Beck et al., 1996) و سندرم شناختی/توجهی (Wells et al., 2009) بود. گروه آزمایش طی ۸ جلسه یک‌ساعته به‌صورت گروهی تحت مداخله درمان فراشناختی قرار گرفت ولی گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. در پایان مداخله، پس‌آزمون و سه ماه بعد از مداخله، پیگیری بر روی دو گروه آزمایش و گواه انجام شد. تحلیل داده‌های خام با استفاده از نرم‌افزار SPSS21 و اجرای آزمون‌های توصیفی و استنباطی، تحلیل کوواریانس تک متغیره صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد در گروه آزمایش کاهش معنی‌داری در سندرم شناختی/توجهی بعد از مداخله مشاهده شد ($P < 0.001$). این نتایج در مرحله پیگیری حفظ شد ($P < 0.01$). با توجه به نتایج حاصله و تداوم اثر آن، به‌کارگیری درمان فراشناختی برای کاهش میزان سندرم شناختی / توجهی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان فراشناختی، سندرم شناختی / توجهی، دانشجویان دختر، اضطراب اجتماعی

مقدمه

معطوف به تهدید و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد بروز می‌کند. این سندرم منجر به تداوم هیجان‌های منفی و تقویت افکار منفی می‌شود. همچنین سبب ماندگاری احساس تهدید، حفظ پردازش مبتنی بر تهدید، توجه به منابع تهدید می‌گردد (Babakhanzadeh, Ahteshamzadeh, Eftekharsaadi,) (bakhtiyarpor & Alipor, 2019). در واقع، این سندرم باعث حفظ پردازش مبتنی بر تهدید می‌شود. از آنجاکه نشخوارهای فکری و نگرانی‌ها، همواره دارای سوگیری هستند، توجه فرد را بر اطلاعات منفی متمرکز می‌کنند و بدین وسیله موجب ادراک تحریف‌شده‌ای از خود و جهان می‌گردند و یا موجب فعال‌سازی و تداوم احساس تهدید شده و از این رو اضطراب را برای مدت طولانی تداوم می‌بخشند (Sendi, Ehteshamzadeh, Asgari & Kafie, 2017). به طوری که مطابق الگوی فراشناختی (Wells & Matthews, 1994)، همه اختلالات روان‌شناختی افراد با سندرم شناختی/توجهی تشدید و پایدار می‌مانند (Nordahl & Wells, 2018). در این راستا، برای حل این مشکل، رویکردهای درمانی مختلفی ابداع شده است که از آن میان درمان فراشناختی (Meta-Cognitive Therapy) (MCT) است. درمان فراشناختی یکی از درمان‌های مؤثر و کوتاه‌مدتی که اخیراً مطرح شده و در چند مطالعه (Wells & Papageorgiou, 2001; Nordahl, Vogel, Morken, Stiles, Sandvik, & Wells, 2016) اثربخشی آن در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی تأیید گردیده است، می‌باشد (Nordahl & Wells, 2018). فراشناخت (metacognition) یک مفهوم چندوجهی است و به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آنها برای تنظیم و کنترل فرایندهای تفکر استفاده می‌کنند، اشاره دارد. سبک مورد توجه درمان فراشناختی، سندرم شناختی/ توجهی است که با درگیری افراطی در تفکر کلامی مداوم و مشغولیت ذهنی به شکل نگرانی و نشخوار فکری مشخص می‌شود (Haghi, 2014).

آدرین ولز (AdrinWells) نخستین بار درمان فراشناختی را معرفی نمود. این روش درمانی از درمان شناختی- رفتاری (Cognitive Behavior Therapy) (CBT) متفاوت است، زیرا به جای اینکه روش استاندارد درمان، چالش با افکار و باورها در مورد ضربه روانی و یا رویارویی‌های مکرر و طولانی مدت با خاطرات مربوط به ضربه روانی باشد، شامل

اختلال اضطراب اجتماعی (social anxiety disorder) که به‌عنوان فوبی اجتماعی هم شناخته شده است، ترس یا اضطراب شدید از موقعیت‌های اجتماعی‌ای که در آن فرد ممکن است تحت کانون توجه دیگران باشد (American Psychiatric Association, 2013). به طوری که شیوع این اختلال در دختران بیش از پسران است (Vaananem, Frojd,) (Ranta, Marttunen & Helminen et al., 2011) و یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت دانشجویی است (Zargar, Besaknezhad, AkhlaghiJami & Zemestani, 2014). چراکه ورود به دانشگاه مستلزم تغییرات زیادی در انتظارات و نقش‌های جدید در روابط اجتماعی جوانان است که غالباً با فشار و نگرانی همراه بوده و بر عملکرد و بازدهی افراد اثر می‌گذارد. از جمله عواملی که می‌تواند سلامت روانی دانشجویان را با اثرگذاری بر روابط اجتماعی و عملکرد تحصیلی به خطر بیندازد، اضطراب اجتماعی، به‌ویژه در دانشجویان دختران است (Ghayourkazemi, sepehri-shamloo, Mashhadi, ghanaei, pasalar, 2016). اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان با مشکلات خاص از قبیل اعتمادبه‌نفس پایین، احساس خجالت، مشکل رابطه با هم‌اتاقی، همسالان و احساس ناراحتی در دانشکده نیز دیده می‌شود و این اختلال به سبب زندگی اجتماعی، یک موضوع مهم در میان دانشجویان است (salajegheh, & bakhshani, 2014). در واقع؛ اختلال اضطراب اجتماعی یکی از تأثیرگذارترین اختلال‌ها بر زندگی روزمره در حوزه آسیب‌شناسی روانی است (Carleton, Collimore & Asmundson, 2010). به طوری که این اختلال در سال‌های اخیر، به‌عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است (Saffarinia, zare, Karami, & solgi, 2014).

تحقیقات سال‌های اخیر نشان داده است که سندرم شناختی/ توجهی (cognitive attentional syndrom)، نقش مهمی در سبب‌شناسی و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی ایفا می‌کند (Cowart, & Ollendick, 2011; Eldar, Ricon & Bar-Haim, 2008). ولز (Wells) سندرم شناختی/توجهی را سبک تفکر مشترک در همه اختلالات روانی می‌داند. سندرم شناختی/توجهی به شکل نگران‌اندیشی یا اندیشناکی، توجه

مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد و موجب کاهش سندرم شناختی/ توجهی گردید. درگاهیان، محمدخانی و حسنی (Dargahian, Mohammadkhani & Hasani, 2014) نیز در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان فراشناختی موجب کاهش سندرم شناختی/توجهی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی شد. لذا؛ این پژوهش به دنبال بررسی این فرضیه است:

درمان فراشناختی می‌تواند سندرم شناختی/ توجهی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را به‌طور معناداری کاهش دهد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: روش این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش، دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود. از آنجاکه مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند تعداد بیشتری از زنان ملاک‌های اختلال اضطراب اجتماعی (Rapee & Spence, 2004) را دارند، با عنایت به اینکه طرح این پژوهش نیمه‌آزمایشی است و با توجه به اینکه ادبیات بالینی تعداد مناسب اعضای یک مداخله گروه درمانی را بین ۷ تا ۱۰ عضو پیشنهاد می‌نماید (Biabangard, 2008) و تحقیقات آزمایشی معمولاً از نمونه‌های ۱۵ نفری برای هر گروه استفاده می‌کنند (Ballinger & Yalom, 1995) نمونه مورد نیاز برای این پژوهش شامل ۳۰ نفر از دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه بود. به‌منظور اجرای پژوهش، غربالگری انجام گرفت. ابتدا دانشکده‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و سپس دانشجویان دختر، پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور و همکاران (Connor et al., 2000) را تکمیل نمودند، سپس بین آن‌هایی که نمره بالاتر از ۱۹ (نقطه برش) را در این پرسشنامه کسب کرده بودند، مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس DSM-IV به عمل آمد که ۳۸ دانشجو تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را دریافت نمودند. سپس ۳۰ دانشجو که ملاک‌های لازم برای ورود به پژوهش را داشتند، به‌طور تصادفی انتخاب و در دو

ارتباط با افکار به طریقی که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد (Wells, 2009). این رویکرد بر اساس نظریه بنیادی کارکرد اجرایی خود نظم بخش استوار است که ابتدا در مورد اختلال اضطراب فراگیر به کار برده شد و بعد به عنوان یک رویکرد درمانی کلی گسترش یافت (Wells & Mathews, 1996; Wells, 2000).

درمان فراشناختی رویکرد نوظهوری است که در نتیجه مدل‌سازی و فرضیه آزمایشی نظام‌دار به وجود آمده و به فنون مختلفی منجر شده است. در درمان فراشناختی با افکار، باورها و آگاهی از افکار سروکار دارد، با تسهیل تغییر افکار باعث می‌شود که افراد نیاز به کنترل افکار را احساس نکنند و به تدریج این نیاز کاهش می‌یابد (Habibi, 2013). رویکرد فراشناختی بر این اصل استوار است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگو خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شوند که سبب تداوم هیجان منفی و تقویت باورها منفی می‌گردند. این الگو سندرم شناختی/ توجهی است که شامل پردازش‌های افراطی مفهومی به شکل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت‌شده و راهبردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شود (Shafie-Sang-Atash, 2011).

بر اساس مدل فراشناختی اختلال‌های روان‌شناختی، نگرانی مؤلفه اصلی سندرم شناختی/ توجهی است که سهم عمده‌ای در آسیب‌شناسی همه اختلالات دارد؛ بنابراین، یکی از اهداف درمان فراشناختی، کاهش دادن و یا متوقف کردن افکار تداوم‌بخش (نگرانی) هنگام بروز افکار مزاحم است. لذا؛ هدف اصلی درمانگر این است که به بیمار آموزش دهد افکار مزاحم را که برانگیزاننده نگرانی هستند، کنترل و یا سرکوب نکنند (Sadeghi-Balajorshari, 2013).

با توجه به مرور پیشینه، تاکنون مطالعه‌ای که مستقیماً با ترکیب چنین متغیرهایی در دانشجویان صورت گرفته باشد، یافت نشد. لذا به مطالعات مشابهی اشاره شد از جمله سلمانی، حسنی، کرمی و محمدخانی (Salmani, Hasani, Karami, MohammadKhani, 2013) در مطالعه خود نشان دادند که درمان فراشناختی بر سندرم شناختی/ توجهی

بالینی SCID-I، SCID-CV (Severe Combined Immunodeficiency-Clinician Version) برای استاندارد کردن فرآیند سنجش در موقعیت بالینی بهره گرفته می‌شود. این ابزار تنها شامل تشخیص‌هایی از DSM-IV است که در کار بالینی دیده می‌شود و شامل خرده‌گروه‌ها و اختلال‌ها نمی‌شود. نسخه بالینی و پژوهشی SCID توسط فرست، اسپیتزر، گیبون، ویلیامز (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) برای تشخیص‌های DSM-IV تهیه شده است. شریفی، اسعدی، محمدی، امینی، کاویانی و همکاران (Sharifi, Asadi, Mohammadi, Amini, Kaviani, & et al., 2004) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز رضایت‌بخش است. بختیاری (Bakhtiari, 2000) روایی این ابزار را به کمک متخصصان روان‌شناسی بالینی بررسی و تأیید نمود و پایایی آن را به روش بازآزمایی با فاصله یک هفته ۹۵٪ گزارش نمود.

پرسشنامه اضطراب اجتماعی (Social Phobia Inventory)

(SPIN) پرسشنامه اضطراب اجتماعی توسط کانور، دویدسون، چرچیل، شرود و فوا (Connor, Kanor, Davidson, Churchill, Sherweed, & Foa, 2000) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای، به هیچ‌وجه (نمره صفر)، کم (نمره ۱)، به شکل معمول (نمره ۲)، خیلی زیاد (نمره ۳)، بی‌نهایت (نمره ۴)، نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار با داشتن ویژگی‌های با ثبات روان‌سنجی به‌عنوان یک ابزار معتبر برای سنجش شدت علائم اضطراب اجتماعی به کار می‌رود. به‌علاوه به‌عنوان یک ابزار غربالگری و برای آزمودن پاسخ به درمان در اختلال اضطراب اجتماعی کاربرد دارد و در نهایت این مقیاس می‌تواند درمان‌های با کارایی متفاوت را از هم تمیز دهد. کانور و همکاران (Connor et al., 2000) پایایی این پرسشنامه را به روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی، برابر ۷۸٪ تا ۸۹٪، همسانی درونی با ضریب آلفا در افراد به‌نحار برای مقیاس برابر ۹۴٪ نمودند.

گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد.

ملاک‌های ورود:

۱. دانشجویان دختر

۲. رضایت آگاهانه

۳. داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی

بر مبنای ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR

۴. تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی بایستی تشخیص اصلی و اولیه آنها بوده و نه ثانویه بر یک اختلال دیگر باشد.

۵. داشتن سن حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۰ سال

۶. توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی

۷. عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر

به‌طور همزمان

۸. آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخگویی به

سوالات

ملاک‌های خروج:

۱. وجود علائم افسردگی

۲. ابتلا به اختلالات عمده روان‌پزشکی

۳. ابتلا به هر نوع بیماری طبی شدید که مانع از ادامه

درمان شود

۴. مبتلا به اختلال‌های اضطرابی ناشی از شرایط طبی

عمومی.

ابزار سنجش

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال اضطراب

اجتماعی بر پایه ملاک‌های تشخیصی (Diagnostic and

Statistical Manual of Mental Disorders Fourth

Edition, Text Revision) (DSM-IV-TR): این ابزار بر

پایه ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR برای اختلال

اضطراب اجتماعی که خود مبتنی بر (structured clinical

interview for DSM-IV-TR axis disorder) (SCID-I)

است که توسط داداش‌زاده، یزداندوست، غرابی و

اصغرنژادفرید در سال ۱۳۹۱ (Dadashzadeh,

Yazdandoost, Gharraee & Asgharnejadfarid, 2012)

ساخته شده است.

SCID-I به‌عنوان ابزاری برای تشخیص‌های DSM-III-

TR ساخته شده است (Sadock & Sadock, 2005). از نسخه

افسردگی شدید: «۲۹» تا «۶۳» است. نتایج پژوهش بک، استیر و براون (Beak, steer & Brown, 1996) نشان داد که این پرسشنامه، ثبات درونی بالایی دارد، همچنین، مطالعه دیگری همبستگی درونی این مقیاس را با آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی آن را، ۰/۹۳ گزارش داد (Hashemi, Mahmood-Alilou, & Hashemi-Nosrat-abad, 2010). میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۷۸ به دست آمد.

دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه عبارت است از:

"۱- احساسات مربوط به مجازات؛ ۲- بیزاری از خویشتن"

پرسشنامه سندرم شناختی/توجهی (CAS-1):

پرسشنامه سندرم شناختی/توجهی (CAS-1)، مقیاسی ۱۶ ماده‌ای که به منظور ارزیابی فعال شدن سندرم شناختی/توجهی توسط ولز (Wells, 2009) ایجاد شده است (Fergus, Bardeen & Orcutt, 2012)، دو سؤال اول آن به ترتیب میزان فراوانی نگرانی بیمار و توجه وی را بر موارد تهدیدکننده می‌سنجد. شش ماده بعدی با فراوانی راهبردهای که افراد برای مقابله با احساسات و افکار منفی به کار می‌برند، ارتباط دارد. پاسخ به این ۸ ماده بر اساس مقیاس ۸ درجه‌ای لیکرتی از ۰ تا ۸ صورت می‌گیرد. هشت ماده بعدی میزان اعتقاد فرد به هر یک از باورهای فراشناختی درباره سندرم شناختی/توجهی را بر اساس مقیاس ۰ تا ۱۰۰ درجه‌بندی می‌کند. نمرات کلی مقیاس سندرم شناختی/توجهی از مجموع تمام ۱۶ ماده به دست می‌آید. به نحوی که کمترین نمره صفر و بیشترین ۱۲۸ خواهد بود. این پرسشنامه تنها ابزار شناخته‌شده‌ای است تاکنون به منظور ارزیابی سندرم شناختی/توجهی ساخته شده است و به همین دلیل در پژوهش حاضر از آن استفاده شده است. کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه نشانه فعال‌سازی بیشتر سندرم شناختی/توجهی است. فرگوس، باردن و اورکوت (۲۰۱۲) در پژوهش خود مقدار آلفای کرونباخ را ۰/۷۸ به دست آوردند. در ایران سلمانی و همکاران (Salmani et al., 2013) مقدار آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۵ گزارش نمودند.

دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه عبارت است از:

"۱- در هفته گذشته چه مدت زمان صرف نگرانی یا تفکر

روایی همگرا برای این پرسشنامه در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در مقایسه با نمرات مقیاس هراس اجتماعی فرم کوتاه (Davidson, Miner, De Veugh-Geiss, Tupler, Colket, & Potts, 1997) ضرایب همبستگی ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ را به دست داد که ضریب همبستگی معنادار و بالایی به شمار می‌رود و روایی همگرای بالای این پرسشنامه را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج به دست آمده برای تفسیر نمرات، در این پرسشنامه، (نقطه برش ۱۹ با کارایی یا دقت تشخیصی ۷۹ درصد) افراد با اختلال اضطراب اجتماعی و بدون این اختلال را از هم تشخیص می‌دهد. نقطه برش ۱۵ با کارایی ۷۸ درصد و نقطه برش ۱۶ با کارایی ۸۰ درصد، آزمودنی‌های با تشخیص اضطراب اجتماعی را از گروه کنترل غیر روان‌پزشکی یا افراد روان‌پزشکی غیر اضطراب اجتماعی جدا می‌کند (Connor et al., 2000). عبدی، بیرشک، محمودعلیلو و اصغرنژادفرید (Abdi, Birashk, Mahmood-Alilou, & Asgharnezhad-Faried, 2007) همسانی درونی کل مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ گزارش کرده است. همچنین در پژوهش عبدی و همکاران (Abdi et al., 2007)، اعتبار محتوایی این مقیاس توسط سه نفر از اساتید روان‌شناسی تأیید شده است. میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ به دست آمد.

دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه عبارت است از:

"۱- من از صحبت کردن در حضور جمع، اجتناب می‌کنم؛

۲- از فعالیت‌هایی که در آنها مرکز توجه باشم، اجتناب می‌کنم."

پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (Beck

Depression Instrument-II) (BDI-II): این پرسشنامه

شکل بازنگری‌شده پرسشنامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (Beak, steer & Brown, 1996). این پرسشنامه ۲۱ سؤالی است که بر روی یک پیوستار ۴ درجه‌ای، از «صفر» (فقدان افسردگی یا افسردگی خفیف) تا «۳» (افسردگی شدید) درجه‌بندی می‌شود و نمره کلی بین صفر تا ۶۳، متغیر است. نمرات برش این پرسشنامه در غیر افسرده‌ها: «۰» تا «۱۳»؛ افسردگی خفیف: «۱۴» تا «۱۹»؛ افسردگی متوسط: «۲۰» تا «۲۸»؛

بعد از پایان مداخلات آموزشی و جمع‌آوری داده‌های آماری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS (statistical package for the social sciences) نسخه ۲۱ داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار و برای استنباط آماری داده‌ها، تحلیل کوواریانس تک متغیره محاسبه گردید.

مداخله فراشناختی مورد استفاده در این پژوهش بر اساس درمان فراشناختی ولز (Wells, 2009) است که به صورت گروهی در ۸ جلسه یک‌ساعته بر روی گروه آزمایش اعمال گردید.

زیاد درباره مشکلاتتان کردید؟ ۲- در هفته گذشته، برای مقابله با احساسات و افکار منفی‌تان، از اجتناب از موقعیت‌ها به چه میزان استفاده کردید؟"

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

گروه آزمایش به صورت گروهی طی ۸ جلسه یک‌ساعته، تحت مداخله درمان فراشناختی قرار گرفت و گروه گواه در طی این مدت هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و گواه پس از آزمون و مجدداً سه ماه بعد، پیگیری به عمل آمد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله پیگیری، گروه گواه به مدت ۴ جلسه نیز تحت مداخله درمان فراشناختی قرار گرفت.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان فراشناختی

جلسه	ساختار جلسات
اول	معارفه، ارزیابی علائم و معرفی اختلال اضطراب اجتماعی، تفکیک اضطراب اجتماعی عادی و مشکل‌آفرین و مسئله‌ساز برای مبتلایان، مشخص کردن نیاز و ضرورت درمان، تعیین تکلیف خانگی.
دوم	مرور تکلیف خانگی، ارائه منطق درمان فراشناختی برای اختلال اضطراب اجتماعی، بررسی علل احتمالی مؤثر در سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی، بررسی درمان‌های مختلف برای اختلال اضطراب اجتماعی، ارائه توضیحاتی در مورد منطق درمان فراشناختی برای اختلال اضطراب اجتماعی، تعیین تکلیف خانگی.
سوم	مرور تکلیف خانگی، ارزیابی و شناسایی باورهای مثبت و منفی فراشناختی در مبتلایان و تحلیل مزایا و معایب این باورها.
چهارم	مرور تکلیف خانگی، شناسایی راهبردهای کنترل فراشناختی بیماران، تحلیل مزایا و معایب راهبردهای کنترل فراشناختی مورد استفاده، جایگزین کردن راهبردهای کنترل فراشناختی سودمندتر، تعیین تکلیف خانگی.
پنجم	مرور تکلیف خانگی، کاربرد شیوه فاصله گرفتن از ذهن آگاهی در برخورد با راهبردها و افکار ناکارآمد فراشناختی.
ششم	مرور تکلیف خانگی، آشنا کردن بیماران با دو راهبرد نگرانی و نشخوار فکری به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تحلیل سود و زیان نگرانی و نشخوار ذهنی، تحلیل فرایند سرکوب افکار به عنوان یک فرایند ناکارآمد و آشناسازی با پیامدهای درگیری با علائم، آموزش شیوه به تعویق انداختن نگرانی، تعیین تکلیف خانگی.
هفتم	مرور تکلیف خانگی، آشناسازی مبتلایان با نشانگان سندرم شناختی/توجهی در تداوم اختلال‌های روانی، آموزش تکنیک اصلاح توجه ^۱ (ATT) به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای کارآمد، تعیین تکلیف خانگی.
هشتم	مرور تکلیف خانگی، آموزش شیوه متمرکز کردن توجه بر موقعیت به عنوان یک راهبرد فراشناختی کارآمد و آماده کردن اعضا برای اختتامیه، شناسایی موانع موجود در به کارگیری روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه‌گیری.

یافته‌ها

که نتایج غربال در تحلیل وارد نشده‌اند چراکه هدف از اجرای غربال، همگن‌سازی شرکت‌کنندگان بود.

جدول ۲ نتایج مربوط به آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و گواه در شرایط پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است، باید توجه داشت

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سندرم شناختی/توجهی به تفکیک گروه‌ها

گروه	آزمایش		گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پس‌آزمون	۶۱/۷۹	۶/۰۸	۶۸/۰۴	۴/۶۵
پیگیری	۶۲/۵۵	۶/۰۳	۷۱/۰۸	۳/۴۴

بررسی همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که معناداری آزمون لوین در نمره سندرم شناختی/توجهی در هر سه زمان اندازه‌گیری پیش‌آزمون (۰/۶۷)، پس‌آزمون (۰/۴۸) و پیگیری (۰/۳۸) بیشتر از ۰/۰۵ است، با توجه به این امر دلیلی برای ناهمگن فرض کردن واریانس‌ها وجود ندارد. درنهایت، آخرین پیش‌فرض مهم تحلیل کوواریانس، همگنی شیب رگرسیون یا در واقع عدم تعامل متغیر هم‌پراش با متغیر مستقل است. برای این منظور، تعامل میان متغیر هم‌پراش و گروه نباید معنادار باشد. لذا؛ در زیر مقیاس تعامل میان متغیر هم‌پراش و گروه معنادار نبود. با توجه به برقرار بودن پیش‌فرض‌ها، بنابراین از تحلیل کوواریانس برای تحلیل آماری استفاده شد. جدول ۳ نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس تک متغیره یافته‌های پژوهش را نشان می‌دهد.

همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمرات گروه مداخله در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه کاهش معناداری دارد. به‌علاوه بعد از گذشت سه ماه از اجرای مداخله و پس از انجام آزمون پیگیری، مشخص شد که کاهش این متغیر در اعضای گروه آزمایش در مرحله پیگیری نیز به‌صورت معنی‌داری ادامه داشته است.

برای مشخص کردن معناداری تفاوت بین متغیر سندرم شناختی/توجهی از تحلیل کوواریانس استفاده شد و برای بررسی تفاوت‌های مشاهده‌شده در سندرم شناختی/توجهی، ابتدا مفروضه‌های لازم برای انجام تحلیل کوواریانس بررسی شد. برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیر شناختی/توجهی از آزمون کالموگروف اسمیرنف استفاده شد که نتایج نشان داد، متغیر وابسته دارای توزیع نرمال است. به‌منظور همگنی واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره عضویت گروهی بر میزان سندرم شناختی/توجهی در مبتلایان به اختلال

اضطراب اجتماعی

متغیر	مراحل پژوهش	متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات	توان آماری
سندرم شناختی/توجهی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱۵۸/۴۶	۱	۱۵۸/۴۶	۶/۵۲	۰/۰۱	۰/۴۴۵	۰/۸۹۶
		عضویت گروهی	۲۵۱/۸۶	۱	۲۵۱/۸۶	۱۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸۹	۰/۹۱۵
	پیگیری	پیش‌آزمون	۳۸/۵۶	۱	۳۸/۵۶	۱/۰۳	۰/۲۹	۰/۹۰۲	۰/۳۱۲
		عضویت گروهی	۴۱۸/۸۶	۱	۴۱۸/۸۶	۱۰/۰۹	۰/۰۱	۰/۲۷۳	۰/۸۸۳

دست یافتند که درمان فراشناختی موجب کاهش سندرم شناختی/توجهی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی شد، هماهنگ و همسو است.

در خصوص اثربخشی درمان فراشناختی، می‌توان چنین تبیین کرد؛ با توجه به اینکه درمان فراشناختی روی میزان درگیر شدن در نگرانی، پایش تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه، یعنی مؤلفه‌های سندرم شناختی/ توجهی تأثیر می‌گذارد، منطقی است که فرض کرد با اجرای این درمان روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، علاوه بر کاهش فعالیت این سندرم، بتوان استفاده از راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه را در این بیماران معکوس کرد (Salmani et al., 2013). در واقع؛ برخی از انواع راهبردهای مقابله‌ای که نیاز به تخصیص توجه دارند مانند بیشتر اشکال فعالانه هیجان‌مدار، در افرادی که مستعد توجه بیش‌ازحد معطوف به خود هستند (به‌عنوان یکی از مفروضه‌های اصلی در اختلال اضطراب اجتماعی) آسیب ایجاد می‌کنند. افراد با استفاده از راهکارهای درمانی این روش، می‌آموزند در مقابل افکار، باورها، هیجان‌های منفی و کنترل آن‌ها، چگونه عمل نمایند تا دچار دور باطل نشوند (Soltani, & Mikaeilimane, 2012). از سویی دیگر، فنونی که در این درمان مورد استفاده قرار می‌گیرند (برای مثال، تکنیک آموزش توجه، ذهن‌آگاهی گسلیده، به تأخیر انداختن نگرانی و خنثی کردن باورهای مثبت و منفی)، مؤلفه‌های سندرم شناختی/توجهی را مورد هدف قرار می‌دهند که این یافته با مبانی نظری درمان فراشناختی و لزوماً هماهنگ است (Babakhanzadeh et al., 2019). این درمان، سندرم شناختی/توجهی و نشخوار فکری فرد را مورد توجه قرار می‌دهد و با تکنیک‌های مختلف، به جای درگیری با افکار، فرد به مشاهده و مدیریت افکار می‌پردازد (Ghayourkazemi et al., 2016).

درمان فراشناختی از این رو مؤثر واقع می‌شود که موجب آگاهی بیماران از فرایند سیستم پردازش فراشناختی‌شان می‌شود و کمک می‌کند به شیوه پردازش فراشناختی بیندیشند (Safaei-Rad, Ahmadi, Rabi'I, & Najafi, 2012). چراکه؛ در درمان فراشناختی با افکار، باورها و آگاهی از افکار سروکار دارد، با تسهیل تغییر افکار باعث می‌شود که افراد نیاز به کنترل افکار را احساس نمی‌کنند و به تدریج این نیاز

همان‌طور که نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، نتایج تحلیل کوواریانس حاکی از این است که با کنترل اثر پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه، نمره F برای سندرم شناختی/توجهی معنادار بوده است و نشان‌دهنده اثربخشی مداخله در گروه آزمایش هم در مرحله پس‌آزمون ($P < 0/001$) و هم مرحله پیگیری ($P < 0/01$) است. به‌طوری‌که میزان تأثیر درمان فراشناختی بر سندرم شناختی/توجهی در مرحله پس‌آزمون ۳۸/۹ درصد و در مرحله پیگیری نیز میزان تأثیر ۲۷ درصد بوده است. در نتیجه با توجه به یافته‌های پژوهش، فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه درمان فراشناختی می‌تواند سندرم شناختی/توجهی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را به‌طور معناداری کاهش دهد، تأیید شد. این موضوع نشان می‌دهد که درمان فراشناختی باعث کاهش میزان سندرم شناختی/توجهی در دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود و این تأثیر بعد از گذشت سه ماه، نیز معنادار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر سندرم شناختی/توجهی در دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. یافته‌های این پژوهش حاکی از این است که درمان فراشناختی از میزان متغیر سندرم شناختی/توجهی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در دوره مداخله توانسته است به‌طور قابل‌توجهی بکاهد، به‌گونه‌ای که این کاهش در دو مقطع زمانی پس از مداخله و سه ماه بعد از پایان مداخله، قابل مشاهده است.

تاکنون پیشینه پژوهشی که مستقیماً تأثیر درمان فراشناختی بر متغیر سندرم شناختی/توجهی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را بررسی نماید، یافت نشده است لذا، به مطالعات مشابهی با این پژوهش اشاره شده است. این یافته پژوهشی با یافته‌های سلمانی و همکاران (Salmani et al., 2013) که در مطالعه خود نشان دادند درمان فراشناختی بر سندرم شناختی/توجهی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد و موجب کاهش سندرم شناختی/ توجهی گردید؛ و درگاهیان و همکاران (Dargahian et al., 2014) نیز در پژوهش خود به این نتیجه

جنس مذکر؛ همچنین عدم به‌کارگیری یک شیوهٔ مداخله روان‌شناختی دیگر در کنار درمان فراشناختی بود. لذا پیشنهاد می‌شود؛ در پژوهش‌های آتی، مداخلهٔ فراشناختی بر روی هر دو جنس دختر و پسر و در سایر دانشگاه‌های دیگر انجام شود که می‌تواند زمینه‌ساز بستری مناسب برای مقایسهٔ بهتر و افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج شود؛ همچنین به‌کارگیری یک شیوهٔ مداخلهٔ روان‌شناختی دیگر در کنار درمان فراشناختی، به‌منظور مقایسه اثربخشی دو روش و در نهایت توصیه به انتخاب و اولویت‌بندی شیوهٔ مداخله.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه عوامل و دست‌اندرکارانی که تمهیدات لازم را به‌منظور اجرای این پژوهش فراهم نمودند و دانشجویان عزیزی که صمیمانه همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- Abdi, R., Birashk, B., Mahmood-Aliloo, M., & Asgharnezhad-Faried, A. (2007). Interpretation bias in social phobia disorder. *Modern psychological research*, 1(4), 117-159 [Persian].
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorder. DSM-5, 5th Translated Hamayak, A., et al (2015). Tehran: Roshd. [Persian].
- Babakhanzadeh, S., Ahteshamzadeh, P., Eftekharsaadi, Z., bakhtiyarpor, S., & Alipor, A. (2019). The effectiveness of metacognitive therapy with emphasis for brain executive functions on cognitive- attentional syndrom and sense of coherence in anxious persons. *Quarterly Journal of Counseling and Psychotherapy Culture*, 10(38), 195-220. [Persian].
- Bakhtiari, M. (2000). *Mental disorders in patients with body dysmorphic disorder*. Clinical Psychology MA degree thesis, Tehran Psychiatric Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran [Persian].
- Ballinger, B., Yalom I. (1995). *Group therapy in practice*. (In Bongar B and Beutler L. E (Eds). *Comprehensive text book of psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Beak, A.T, steer, R.A, Brown, G.k. (1996). Beck Depression Inventory for measuring depression. *Journal Archives General psychiatry*. (4), 561-571.
- Biabangard A. (2008). *Research methods in psychology and educational sciences*, Tehran [Persian].
- Carleton, R.N., Collimore, K.C., & Asmundson, J.C. (2010). It's Not Just the Judgement. It's That I don't Know, Intolerance of Uncertainty as a

کاهش می‌یابد (Haghi, 2014). درواقع، هدف اصلی درمان فراشناختی توانا کردن بیماران به گونه‌ای است که با افکارشان به صورت متفاوت ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به‌صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید، جلوگیری نمایند. یا به‌عبارتی دیگر، رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به بیمار می‌دهد تا خودش را از مکانیزم‌هایی که موجب قفل شدن در پردازش به‌صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می‌شود، رها کند و با آموزش پردازش انعطاف‌پذیر هیجانی طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب‌پذیری کند (Safaei-Rad et al., 2012).

به‌طوری‌که؛ بر اساس مدل فراشناختی اختلال‌های روان‌شناختی، نگرانی مؤلفه اصلی سندرم شناختی/ توجهی است که سهم عمده‌ای در آسیب‌شناسی همه اختلالات دارد؛ بنابراین، یکی از اهداف درمان فراشناختی، کاهش دادن و یا متوقف کردن افکار تداوم‌بخش (نگرانی) هنگام بروز افکار مزاحم است. لذا؛ هدف اصلی درمانگر این است که به بیمار آموزش دهد افکار مزاحم را که برانگیزاننده نگرانی هستند، کنترل و یا سرکوب نکنند (Sadeghi-Balajorshari, 2013). درواقع؛ همان‌طور که می‌دانیم وقتی اضطراب اجتماعی ایجاد می‌شود، سامانه شناختی را با خود همسو می‌کند و افکار و قضاوت‌های مطابق با اضطراب اجتماعی، برانگیخته می‌شوند. هر فرد، ارزیابی‌ها و قضاوت‌هایی را دربارهٔ کنترل‌پذیری، میزان خطر، مفید بودن، مدت ادامه و توان مقابله خود با اضطراب دارد (Mathews & Wells, 2005). وقتی این ارزیابی‌ها منفی باشند و قضاوت فرد دربارهٔ کنترل‌پذیری یا توان مقابله خود، کم برآورد شود، به ایجاد اضطراب اجتماعی و نگرانی افزون بر اضطراب اجتماعی اولیه منجر خواهد شد (Wells, 2009). لذا؛ درمان فراشناختی با تغییر در سبک شناختی زمینه‌ای (مانند نگرانی و توجه معطوف به خود) و باورهای فراشناختی که مطابق مدل فراشناختی در ایجاد و حفظ اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارند، همراه است (Nordahl & Wells, 2018).

محدودیت‌هایی در مطالعهٔ حاضر وجود داشت که شامل، نبود دو گروه جنسی متفاوت؛ تعمیم‌ناپذیری نتایج به افراد خارج از پژوهش و سایر دانشجویان دانشگاه‌های دیگر و

- predictor of social anxiety, *Journal of Anxiety Disorder*, 24, 189-195.
- Connor, K.M., Davidson, J.R., Churchill, L.E., Sherweed, A., & Foa, E.B. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN), *British Journal Psychiatry*, 176, 379-386.
- Cowart MJ, & Ollendick TH. (2011). Attention training in socially anxious children: a multiple baseline desing analysis. *Journal Anxiety Disorder*; 25(7), 972- 977.
- Dadashzadeh, H., Yazdandoost, R., Gharraee, B., & Asgharnejadfarid, A. (2012). The effectiveness of cognitive - behavioral group therapy and exposure therapy on interpretation bias and fear of negative evaluation in social anxiety disorder. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 18 (1), 40-51 [Persian].
- Dargahian, R., Mohammadkhani, Sh., & Hasani, J. (2014). The efficacy of metacognitive therapy on depression symptoms reduction, cognitive attention syndrome components and maladaptive coping styles in patients with major depression. *Shefaye Khatam*, 2(3), 45-52 [Persian].
- Davidson, J. R., Miner, C. M., De Veauugh-Geiss, J., Tupler, L. A., Colket, J. T., & Potts, N. L. S. (1997). The Brief Social Phobia Scale: a psychometric evaluation. *Journal Psychological Medicine*, 27(1), 161-166.
- Eldar, S., Ricon, T., & Bar-Haim, Y. (2008). Plasticity in attention: implications for stress response in children. *Journal Behaviour Research and therapy*, 46(4), 450- 61.
- Fergus, T.A., Bardeen, J.R., Orcutt, H.K. (2012). Attention control moderates the relationship between activation of the cognitive intentional syndrome and symptoms of psychopathology. *Press Individual Different*, 53(3), 213-217.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J.B. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (clinician version) SCID-I administration booklet*. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Ghayourkazemi, F., sepehri-shamloo, Z., Mashhadi, A., ghanaei, A., pasalar, F. (2016). A comparative study of the effectiveness of metacognitive therapy with neurofeedback training on metacognitive beliefs and anxiety symptoms in female students with social anxiety disorder (single subject). *Journal of Cognitive Psychology*, 4(1 and 2), 19-30 [Persian].
- Habibi, Z. (2013). *The effectiveness of metacognitive group therapy on anxiety and depression in women with breast cancer in Dezful City*. Master Thesis in Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz. Faculty of Education and Psychology [Persian].
- Haghi, A. (2014). *The effectiveness of group metacognitive therapy on social anxiety and cognitive flexibility in adolescents*. Master Thesis in Clinical Psychology, Mashhad Ferdowsi University, International Pardis [Persian].
- Hashemi, Z., Mahmood-Alilou, M., & Hashemi-Nosrat-abad, T. (2010). The effectiveness of meta cognitive therapy on major depression disorder: A case report. *Journal of Clinical Psychology*. 2(3): 85-97 [Persian].
- Nordahl, H. M., Vogel, P. A., Morken, G., Stiles, T. C., Sandvik, P., & Wells, A. (2016). Paroxetine, cognitive therapy or their combination in the treatment of social anxiety disorder with and without avoidant personality disorder: a randomized clinical trial. *Journal Psychotherapy and Psychosomatics*. 85(6), 346–356.
- Nordahl, H., Wells, A. (2018). Metacognitive therapy for social anxiety disorder: An A–B replication series across social anxiety subtypes. *Journal of Frontiers in Psychology*, 9: 1-7.
- Papageorgiou C, Wells A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Journal Cognitive Behave Pract*; 8(2): 160- 164.
- Rapee, R.M. & Spence, S. H. (2004). *The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model*. *Journal Clinical Psychology Reviw*; 24, 737–767.
- Sadeghi-Balajorshari, S. (2013). *Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy with drug therapy on the symptoms of anxiety and depression in patients with multiple sclerosis (MS)*. Master Thesis in Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Shahroud [Persian].
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry (8th ed.)*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Safaei-Rad, I., Ahmadi, M., Rabi'I, M., & Najafi, M. (2012). A comparison of the impact of cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on social phobia disorder symptoms. *Clinical Psychology Studies*. 3(9), 60-75 [Persian].
- Saffarinia, M., zare, H., Karami, J., & solgi, Z. (2014). The effectiveness and continuity of the effect of group schema therapy on the treatment of students with social anxiety disorder. *Pejouhandeh (Shahid Beheshti University of Medical Sciences)*. 19(4), 211-218 [Persian].
- Salajegheh, S., & bakhshani, N.M. (2014). The effectiveness of combined group exposure therapy and coping with stress skills training on social anxiety rate of university students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 15(2), 96-104 [Persian].
- Salmani, B., Hasani, J., Karami, Gh.R., MohammadKhani, Sh. (2013). Effectiveness of meta-cognitive therapy on cognitive attention syndrome and cognitive emotion regulation strategies of patients suffering from Generalized Anxiety Disorder (GAD). *Journal of Behavioral Sciences*, 7(3), 245-254 [Persian].
- Sendi, F., Ehteshamzadeh, P., Asgari, P., Kafie, M. (2017). The relationship cognitive attention syndrome (CAS), with anxiety and depression in burned patients: the mediating role of coping styles. *Journal of Health Psychology*, 6(3), 74-91 [Persian].
- Shafie-Sang-Atash, S. (2011). *The efficacy of metacognitive therapy on anxiety and metacognitive components in individuals with*

- generalized anxiety disorder*. Master Thesis in Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University [Persian].
- Sharifi, V., Asadi, S.M., Mohammadi, M.R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., & et al. (2004). Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Advances in Cognitive Sciences*, 6(1 and 2), 10-22 [Persian].
- Soltani, S., & Mikaeilimane, F. (2012). Compare effectiveness metacognitive therapy and problem solving therapy for decrease of girl education social anxiety of Urmia City. *Journal of Modern Psychological Research*, 7(28), 84-104 [Persian].
- Vaananam JM, Frojd S, Ranta K, Marttunen M., Helmine M, Kaltiala-Heino R. (2011). Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescen, *Journal of Affective Disorder*. 133, 97-104.
- Wells A. (2009). *Met cognitive therapy for anxiety and depression*. New York. The Guilford press.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and meta-cognition*, Chic ester, UK: John Wiley & Sons, LTD.
- Wells, A. (2009). *A practical guide to metacognitive therapy for anxiety and depression*. Translated by Mohammadkhani, Sh., Farasoui Daneh [Persian].
- Wells, A., & Mathews, G. (1996). Modeling cognitive in emotional. *Journal Behavior Research and Therapy*, 34, 881- 888.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Journal Behavior Research Therapy*, 39(6), 713-720.
- Zargar, Y., Besaknezhad, S., Akhlaghi Jami, L., & Zemestani, M. (2014). The Comparison of the effectiveness of group training of social skills and group cognitive-behavior therapy in reducing social anxiety among students. *Studies in Medical Sciences*, 25 (3), 172-181 [Persian].