

## اثربخشی گروه درمانی فراشناختی ولز بر کیفیت زندگی دانشجویان

### دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

سیما صفی‌خانی قلی‌زاده<sup>۱</sup>، آرمین محمودی<sup>۲\*</sup> و علیرضا ماردپور<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۹۶/۹/۲۵ تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۲/۱۰

### چکیده

این پژوهش، با هدف ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی ولز بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. طرح این پژوهش، شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون به همراه پیگیری با دو گروه آزمایش و شاهد بود. جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دختر دانشگاه‌های شهر گچساران بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰۰ نفر از آنان به کمک پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی کاتور بررسی شده و از بین کسانی که نمره اضطراب‌شان دو انحراف معیار بیشتر از میانگین بود، ۶۰ نفر بصورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و شاهد به شکل تصادفی توزیع شدند و پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش مورد درمان فراشناختی در طی ۱۰ جلسه قرار گرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان دادند، بین دو گروه در تمامی مولفه‌ها در پس‌آزمون تفاوتی معنادار وجود دارد ( $P < .05$ ) و نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهشی معنادار داشته است. این امر در مورد مولفه‌های پژوهش در مرحله پیگیری هم صدق می‌کرد. لذا، درمان فراشناختی به گونه‌ای معنادار باعث بهبود کیفیت زندگی دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون و پایداری نتایج درمان در مرحله پیگیری شده‌است.

**واژه‌های کلیدی:** درمان فراشناختی ولز، دانشجویان دختر، اختلال اضطراب اجتماعی، کیفیت زندگی.

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

۲- گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

\*- نویسنده مسئول مقاله: Dehlidena@yahoo.com

## پیشگفتار

اضطراب پدیده‌ای روان‌شناسی است که تقریباً همگان با آن آشنا هستند یا آنکه در طول عمر خود در موقعیت‌هایی به آن دچار شده‌اند. این تجربه روانی فیزیولوژیک در ابعاد آسیب‌شناسی روانی نیز شایع‌ترین اختلالات روانی را شامل می‌شوند. اختلال اضطراب اجتماعی<sup>1</sup> (SAD) که با نام هراس اجتماعی نیز شناخته می‌شود، یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی جامعه است. در دو دهه اخیر، حجم زیاد پژوهش‌های انجام گرفته منجر به ابداع راهبردهای درمانی مؤثری برای درمان این اختلال تضعیف‌کننده شده است (Chiniforoushan, 2011). اضطراب اجتماعی اضطرابی است که بویژه هنگام برخورد‌های اجتماعی متقابل افراد با یکدیگر بوجود می‌آید. افرادی که از اضطراب اجتماعی رنج می‌برند با افزایش مسایل روانی، ناتوانی در تمرکز حواس و حالت‌های عصبی روبرو هستند. این اشخاص دچار اضطراب اجتماعی به منبع ناراحتی خود که برخورد‌های اجتماعی است و اکنون یا بزودی با آن مواجه خواهند شد آگاه هستند (Mohammad khani & Ebrahimzadeh, 2006). افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از این‌که در معرض قضاوت دیگران قرار بگیرند واهمه دارند. این افراد از انجام کارهایی مثل سخنرانی در جمع دیگران، صحبت کردن با دیگران، مهمانی رفتن، معاشرت با غریبه‌ها و غذاخوردن در مکان‌های عمومی بیم دارند و از این‌که در چنین موقعیت‌هایی قرار بگیرند به شدت عذاب می‌کشند چرا که بیم آن دارند که در موقعیت‌های یاد شده در معرض قضاوت تحقیرآمیز و سرافکننده دیگران قرار بگیرند و فکر می‌کنند ذاتاً آدم‌هایی ناقص و بی‌کفایت‌اند (Smith & Elliot, 2015). اضطراب اجتماعی می‌تواند تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی<sup>2</sup> فرد داشته باشد و عملکرد او را در بسیاری از جنبه‌های زندگی از جمله شخصی یا اجتماعی مختل کرده و فرد را با مشکلات عدیده‌ای روبه‌رو کند تا جایی که نتواند از توانایی‌ها و مهارت‌های خود استفاده کند و همین امر او را از لذتی که می‌تواند از زندگی ببرد دور سازد. کیفیت زندگی مفهومی چند وجهی، نسبی، متأثر از زمان و مکان، ارزش‌های فردی و اجتماعی است و در سطح فردی به جهان‌بینی فرد و نگاه او به زندگی بستگی دارد. همه بحث کیفیت زندگی به فرد برمی‌گردد (Makvandi & Zamani, 2011).

هم‌چنین، پژوهشگران بر این باورند که بررسی کیفیت زندگی و تلاش در راه اعتلای آن نقش بسزایی در سلامت زندگی فردی و اجتماعی افراد دارد. استرس‌های گوناگون با تأثیر منفی‌ای که بر منابع مقابله فردی و اجتماعی شخصی اعمال می‌کنند، باعث کاهش مقاومت فرد می‌گردند و در دراز مدت اثراتی ناخوشایند بر بهداشت جسمی و روانی افراد می‌گذارند. مشخص شده‌است که

<sup>1</sup> - Social Anxiety Disorder

<sup>2</sup> - Quality of life

استرس می‌تواند منجر به بروز بیماری‌های جسمی و روانی، اختلال در عملکرد و قدرت سازگاری و در نهایت، پایین‌آمدن کیفیت زندگی افراد گردد. اختلال اضطراب اجتماعی بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارد از همین رو شناسایی و اهمیت‌دادن به نقشی که اضطراب اجتماعی در سلامت و بهداشت روانی و جسمی فرد دارد یکی از مؤلفه‌های نظام بهداشت و درمان پیشرفته بشمار می‌آید. از این‌رو، اختلال اضطراب اجتماعی در سال‌های اخیر به عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است (Hasheminia, 2016). برخلاف سایر اختلالات اضطرابی که در آن‌ها فرد قادر به اجتناب‌ورزیدن از موقعیت‌های اضطراب‌آور است، افراد دچار اضطراب اجتماعی به اجبار با موقعیت‌هایی اجتماعی مواجه می‌شوند که واکنش اضطرابی آنها را به طور روزمره تحریک می‌کنند و کیفیت زندگی‌شان را تحلیل می‌برند (Calvete, arue, Cámara & Hankin, 2013).

(Sung, et al, 2012; Romm, Melle, Thoresen, Andreassen & Rossberg, 2012).

اضطراب اجتماعی یک اختلال بسیار ناتوان‌کننده است که می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را مختل کند و در موارد شدید می‌تواند کیفیت زندگی فرد را به شکلی چشمگیر کاهش دهد و از بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی مانند موقعیت‌های شغلی و تحصیلی خود صرف نظر کند. مطالعات پیوسته نشان داده‌اند که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی به گونه‌ای معنادار کاهش می‌یابد (Barrera, 2009). (Wong, Sarver & Beidel, 2012) اظهار می‌دارند که اضطراب اجتماعی اختلال در عملکرد شغلی، اجتماعی و تحصیلی، اختلال در روابط رمانتیک و عاشقانه، حمایت اجتماعی پایین و شبکه اجتماعی ضعیف، اختلال زناشویی بیشتر و افزایش خطر سوء مصرف مواد را به همراه دارد. همسو با این توصیفات این افراد کیفیت زندگی بسیار پایین‌تری را تجربه می‌کنند. همچنین افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی به واسطه استفاده نکردن از راهبردهای تنظیم هیجان و نقص در آن و در نتیجه باورهای منفی راجع به کارایی خود دارای کیفیت زندگی ضعیفی می‌باشند. (Romm, Melle, horsen, Andreassen & Rossberg, 2012) بیان می‌کنند که در پی تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی، برچسب ادراک‌شده، شرمساری، خجالت و به‌دنبال آن افت نقش اجتماعی در افراد مشاهده می‌شود که می‌توانند به رشد نشانه‌های اضطراب اجتماعی کمک‌کنند. فرض بر این است که بینش نسبت به بیماری بر عزت نفس بیماران تأثیر منفی می‌گذارد که همه این عوامل در مجموع با افسردگی و کیفیت پایین زندگی در ارتباط می‌باشند.

(Sung, Portera, Robinaugh, Marks, Marques, Otto & et al, 2012) در بررسی خود دریافتند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی به واسطه‌ی عدم استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان و نقص در آن و در نتیجه باورهای منفی راجع به کارایی خود دارای کیفیت زندگی ضعیفی

می‌باشند. (Watanabe, Furukawa, Chen, Kinoshita, Nakano, Ogawa & et al, 2010) در بررسی خود در مورد ۵۷ فرد دارای اختلال اضطراب اجتماعی مشاهده کردند که پس از درمان شناختی رفتاری گروهی و یک دوره پیگیری ۱۲ ماهه نشانه‌های اضطراب اجتماعی و کیفیت زندگی پس از درمان و در دوره پیگیری به میزان قابل ملاحظه‌ای بهبود یافت. (Barrera & Norton, 2009; Quilty, VanAmeringen, Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Müller & Liebowitz, 2000) نیز به گونه جداگانه در پژوهش‌های خود اظهار داشته‌اند که اختلال اضطراب اجتماعی اغلب جنبه‌های زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بنابراین بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر مخربی دارد. (Acarturk, de Graaf, van Straten, Have & Cuijpers, 2008) در یک بررسی بر روی ۷۰۷۶ نفر نمونه‌ی ۶۴-۱۸ ساله مبتلا به اضطراب اجتماعی دریافتند که تعداد ترس‌ها رابطه‌ای مثبت با کاهش کیفیت زندگی و با رفتار کمک‌جویانه‌تر دارد. (Stein & Kean, 2000) دریافتند که اضطراب اجتماعی با مشکل در فعالیت روزمره و روابط میان‌فردی و با کاهش بهره‌وری حداقل در یک روز ظرف ماه گذشته ارتباط دارد. به هنگام کنترل از نظر سن، جنسیت و رتبه اجتماعی این نتایج به قوت خود باقی بودند. اضطراب اجتماعی مادام‌العمر با درج‌ماندگی در یک پایه‌ی تحصیلی، ترک تحصیل زودهنگام و کمبود درآمد مرتبط بود. اضطراب اجتماعی افزون بر تأثیر منفی بر روی فعالیت، روابط و زندگی شغلی روزمره افراد، زندگی جنسی افراد را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این‌رو نشانه‌ای دال بر ریسک فاکتور بودن اضطراب اجتماعی برای مشکل در کارکرد جنسی وجود دارد. تأثیر اضطراب اجتماعی بر کیفیت زندگی با تأثیر سایر اختلالات قابل قیاس است. (Barrera & Norton, 2009) در یک مطالعه روان‌سنجی مقطعی که از ۱۷ فرد مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم‌یافته، ۲۳ فرد دچار اختلال هراس و ۲۷ فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی استفاده کرد، دریافتند که تمام گروه‌ها در مقایسه با نمونه اجتماعی غیرمضطرب ناراضی‌تری بیش‌تری از کیفیت زندگی خود دارند. مهم‌ترین مسئله‌ای که از مطالعات اضطراب اجتماعی برداشت می‌شود، اهمیت قابل توجه تشخیص و درمان زودهنگام است. در دو دهه اخیر حجم زیاد پژوهش‌های انجام گرفته منجر به ابداع راهبردهای درمانی مؤثری برای درمان این اختلال تضعیف‌کننده شده‌است. بنابراین، امروزه مطالعه کارایی و تداوم تأثیر درمان‌ها از اهمیتی بسزا برخوردار می‌باشد (Solgi, 2014). در حوزه درمان‌های جدیدتر روان‌شناختی، نخستین بار (Wells & Matthews, 1994) با ترکیب رویکرد طرحواره و پردازش داده‌ها، الگوی فراشناختی را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی<sup>۱</sup> (S-REF) برای تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی کردند. درمان فراشناختی که کم‌تر از دو دهه

<sup>۱</sup> - Self-Regulatory Executive Function Model

از عمر آن می‌گذرد، به انقلابی در درمان اختلالات هیجانی منجر شده‌است. در جریان رشد و بالندگی درمان‌های شناختی رفتاری، زمانی فرا رسید که پژوهش‌ها نشان داد در درمان باید به‌جای محتوا، به فراشناخت‌هایی پرداخت که پردازش محتوا را مدیریت می‌کنند. به این ترتیب فنون فراشناختی ابداع شد. این فنون در قالب ساختارها و فرایندهای درمان‌شناختی رفتاری کلاسیک اجرا می‌شوند ولی به‌جای تاکید بر تغییر محتوای شناخت‌ها به فراشناخت‌ها می‌پردازد (Wells, 2011).

(Wells, 2000) عنوان می‌کند افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دارای باورهای فراشناخت معیوب هستند که موجب بروز و تداوم اختلال می‌شود. باورهای فراشناختی پیش‌بینی‌کننده تجربه احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی هستند. درمان فراشناختی<sup>۱</sup> (MCT) پیشرفت جدیدی در درک علل مشکلات بهداشت روانی و درمان آن‌هاست. این رویکرد که بر اساس نظریه بنیادی "کارکرد اجرایی خود نظم‌بخش" استوار است، ابتدا در مورد اختلال اضطراب فراگیر به‌کار برده شد و سپس به عنوان یک رویکرد درمان کلی گسترش یافت. بر اساس مدل کارکرد اجرایی خود نظم‌بخش، دلیل اصلی آسیب‌پذیری به اختلالات هیجانی، نوعی الگوی توجه معطوف به خودافراطی، فعال‌شدن باورهای غیرمنطقی و فرایندهای بازتابی خاص است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند باورهای فراشناختی منفی در مورد کنترل ناپذیر بودن و خطر نگرانی به گونه‌ای معنادار ممکن است پیش‌بینی‌کننده افسردگی و اضطراب باشد که بهزیستی ذهنی و بهداشت روان را در معرض آسیب قرار می‌دهد. در واقع بین باورهای فراشناختی و علایم افسردگی، اضطراب و تنش رابطه‌ی مثبت و معنادار وجود دارد (Pournamdarian, 2012). مطالعات چندی کارایی درمان فراشناختی را بر نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی آزموده‌اند (Wells, 2007; Hartman, 1993). بنابر آنچه گفته شد از آنجا که یافتن شیوه‌های درمان کوتاه‌مدت مؤثر از جمله ضرورت‌های پژوهش می‌باشد و شیوه‌های درمانی مبتنی بر مدل فراشناخت نیز جزء درمان‌های کوتاه مدت بشمار می‌آیند، انجام پژوهشی برای بررسی اثربخشی و بویژه ماندگاری اثر این شیوه‌های درمانی دارای اهمیت است. بنابراین هدف اصلی این پژوهش بررسی تاثیر و تداوم تأثیر گروه درمانی فراشناختی بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دانشگاه‌های شهر گچساران بوده‌است. بنابراین با توجه به مطالب گفته شده این فرضیه مطرح می‌شود که:

- درمان فراشناختی ولز بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اثری معنی‌دار دارد.

## روش پژوهش

طرح این پژوهش، از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و کنترل با گمارش تصادفی بود. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بودند از: داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی، هم‌چنین، تکمیل پرسش‌نامه سنجش نشانه‌های اضطراب اجتماعی و شرط سنی (داشتن کمینه ۱۷ و بیشینه ۲۵ سال) و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: هر گونه درمان اعم از روان‌شناختی و دارویی (دست‌کم یک ماه پیش از انجام پژوهش) و وجود سایر اختلالات روانی، داشتن سوء مصرف مواد.

دیاگرام طرح پژوهشی به صورت زیر است:

پیگیری	پس‌آزمون	مداخله	پیش‌آزمون	شیوه گمارش	گروه‌ها
T3	T2	Ξ	T1	P	گروه آزمایش
T3	T2	-	T1	P	گروه گواه

جامعه آماری این پژوهش دانشجویان دانشگاه‌های شهر گچساران بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند<sup>۱</sup> استفاده شد. به این منظور، ۳۰۰ نفر از دانشجویان به کمک پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی<sup>۲</sup> (SPI) بررسی شدند و سپس کسانی که نمره اضطراب‌شان دو انحراف‌معیار بیش‌تر از میانگین بود، جدا شده و از بین آنان با در نظر گرفتن احتمال افت شرکت‌کننده‌ها، ۶۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در گروه‌های ۳۰ نفری آزمایش و شاهد به شکل تصادفی قرار داده شدند. سپس پرسش‌نامه کیفیت زندگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای گروه‌ها اجرا شد. پس‌از اجرای ملاحظات اخلاقی (رضایت آگاهانه، تمایل، رازداری)، گروه آزمایش مورد درمان فراشناختی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ نوع درمانی دریافت نکرد. کاربندی آزمایش در این پژوهش اعمال درمان فراشناختی بر گروه آزمایش بود. مداخله فراشناختی مورد استفاده در این پژوهش بر اساس مدل درمان فراشناختی (Wells, 2009) برای اختلالات اضطرابی و مشتمل بر ده جلسه ۲ ساعته بود. پس از ریزش نهایی در پس‌آزمون، در گروه آزمایش ۲۶ نفر و در گروه کنترل ۲۷ نفر باقی‌ماند. نتایج بدست‌آمده با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس و با بکارگیری نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. به لحاظ رعایت اصول اخلاقی پژوهش، گروه گواه

<sup>۱</sup>- purposeful sampling.

<sup>۲</sup>- Social Phobia Inventory.

نیز پس از پایان اجرای پس‌آزمون در مداخله وارد شدند. از تمامی آزمودنی‌ها رضایت آگاهانه دریافت شد. محتوای جلسه‌های درمان فراشناختی گروهی به شرح زیر بود:

**جدول ۱- خلاصه‌ای از جلسه‌های روان‌درمانی به شیوه فراشناخت.**

جلسات	خلاصه‌ای از شرح جلسات
جلسه اول	شامل معارفه، معرفی اختلال اضطراب اجتماعی، تفکیک اضطراب اجتماعی نرمال و مشکل آفرین و مسئله ساز برای بیماران، مشخص کردن نیاز و ضرورت به درمان در موقع لازم برای بیماران. بررسی علائم اضطراب در اختلال اضطراب اجتماعی، بررسی علل احتمالی مؤثر در سبب شناسی اختلال اضطراب اجتماعی.
جلسه دوم	بررسی درمان‌های مختلف برای اختلال اضطراب اجتماعی، ارائه توضیحاتی در مورد منطق درمان فراشناختی برای اختلال اضطراب اجتماعی. تدوین فرمول بندی درمان - معرفی درمان فراشناختی - معرفی مدل و آماده سازی - انجام پیش آزمون.
جلسه سوم	باورهای مثبت و منفی فراشناختی و راهبردهای کنترل فراشناختی در بیماران مورد شناسایی و بررسی و مزایا و معایب این باورها و راهبردهای کنترل فراشناختی مورد استفاده، مورد تحلیل قرار گرفته و در نهایت راهبردهای کنترل فراشناختی سودمندتر جایگزین شد.
جلسه چهارم	آشناسازی بیماران با سندرم توجهی - شناختی که نوعی سبک تفکر تکرار شونده به صورت نگرانی یا نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه (مانند سرکوب فکر، اجتناب، مصرف مواد) می باشد و پیامدهای آن و همچنین نقش آنها در تداوم اختلال‌های روانی صورت گرفت.
جلسه پنجم	تکنیک آموزش توجه، منطق تکنیک، ارزیابی اعتبار تکنیک، درجه بندی توجه معطوف به خود، رهنمودهای اساسی برای آموزش تکنیک توجه و دریافت بازخورد از بیماران صورت گرفت.
جلسه ششم	شامل کاربرد تکنیکهای ذهن آگاهی گسلیده (فاصله گرفتن از ذهن آگاهی) در برخورد با راهبردها و افکار ناکارآمد فراشناختی و همچنین هدفهای ذهن آگاهی گسلیده، عناصر آن، مدل پردازش اطلاعات ذهن آگاهی گسلیده است.
جلسه هفتم	چهارتا از ده تکنیک ذهن آگاهی (شامل هدایت فراشناختی، تکلیف تداعی آزاد، تکلیف تجسم پلنگ، آزمایش سرکوبی - عدم سرکوبی) به شرکت کنندگان آموزش داده شد.
جلسه هشتم	شامل آموزش سه تکنیک دیگر از ده تکنیک ذهن آگاهی گسلیده (شامل: استعاری ابرهای گذرا، استعاری کودک متمرّد، استعاری قطار مسافری) بوده است.
جلسه نهم	سه تکنیک باقیمانده (حلقه ی کلامی، گسستگی: مشاهده کردن خود و تکنیک خیالپردازی) به شرکت کنندگان آموزش داده شد.
جلسه دهم	شامل آماده کردن اعضا برای اختتامیه، شناسایی موانع موجود در به کارگیری روشها و تکنیکها، علت یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه گیری و انجام پس آزمون بوده است.

## ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی: پرسش‌نامه هراس اجتماعی در سال ۲۰۰۰ به وسیله کانور<sup>۱</sup> و همکارانش بمنظور ارزیابی اضطراب اجتماعی طراحی شد. پرسش‌نامه یاد شده سه حیطه بالینی هراس اجتماعی یعنی ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی این اختلال را می‌سنجد. از مزیت‌های این پرسش‌نامه کوتاه‌بودن و سادگی نمره‌گذاری آن است که سبب می‌شود بتوان از آن به سهولت و در مورد جمعیت‌های بزرگ همانند دانشجویان استفاده کرد. یکی از موارد استفاده این پرسش‌نامه آزمودن پاسخ به درمان در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی است. براساس نتایج بدست‌آمده برای تفسیر نمره‌ها، نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی ۸۹ درصد، افراد مبتلا به هراس اجتماعی را از افراد غیرمبتلا متمایز می‌کند (Antony, 2006). طهماسبی‌مرادی، در ایران برای بررسی مقدماتی پایایی این مقیاس بمنظور استفاده از آن در پژوهش خود، این مقیاس را روی ۱۲۳ نفر از دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی اجرا کرد و پایایی این ابزار با روش بازآزمایی ۰/۸۲ به‌دست‌آمد. همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ آن نیز برابر با ۰/۸۶ به‌دست‌آمد (Zanjani, 2009).

پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> (WHOQOL-۲۶): فرم کوتاه، شامل ۲۶ آیتم است که از نسخه ۱۰۰ آیتمی این پرسش‌نامه برگرفته شده‌است. این پرسش‌نامه ۴ حیطه گسترده را اندازه‌گیری می‌کند که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و محیط. افزون بر این موارد، این پرسش‌نامه سلامت عمومی را نیز می‌تواند ارزیابی کند. آیتم‌های پرسش‌نامه نیز روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. پژوهش‌های انجام‌شده در مورد مشخصات روان‌سنجی فرم کوتاه پرسش‌نامه WHOQOL نشان‌دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (آلفای کرونباخ؛ سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان‌شناختی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و محیط ۰/۸۰) پایایی test-retest مناسبی است (گروه WHOQOL، ۱۹۹۸؛ Solgi, 2014).

## یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش ۶۰ دختر دانشجوی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی با میانگین سنی ۲۱/۱۹ (۲/۴۲) بودند. کم‌سن‌ترین شرکت‌کننده ۱۷ و مسن‌ترین شرکت‌کننده ۲۵ ساله بودند. در بخش توصیفی آماره‌های گرایش مرکزی میانگین و انحراف‌معیار متغیرهای وابسته به تفکیک

<sup>۱</sup> - Connor

<sup>۲</sup> - World Health Organization Quality of Life



گروهها ارایه می‌شود: این بخش آماره‌های گرایش مرکزی مولفه‌های کیفیت زندگی را به تفکیک گروهها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار اضطراب اجتماعی و مولفه‌های آن به تفکیک گروهها و مراحل.

متغیرهای وابسته		گروه درمان فراشناختی			گروه کنترل		M	SD	میانگین
وابسته		پیش	پس	پیگیری	پیش	پس			
میانگین	اجتناب	۱۲/۹۲	۷/۶۹	۸/۰۷	۱۳/۷۴	۱۱/۷۰	۱۲/۱۱	۱۱/۷۰	۱۲/۱۱
		۲/۵۲	۱/۶۱	۱/۶۲	۲/۶۳	۴/۱۱	۲/۹۱	۴/۱۱	۲/۹۱
	ترس	۱۱/۴۲	۳/۹۶	۵/۵۰	۱۱/۱۸	۹/۰۷	۱۲/۰۱	۹/۰۷	۱۲/۰۱
		۳/۱۸	۱/۱۱	۱/۴۲	۲/۹۴	۴/۲۶	۳/۴۱	۴/۲۶	۳/۴۱
	ناراحتی	۸/۰۳	۴/۷۳	۵/۷۶	۸/۱۸	۶/۹۶	۷/۳۳	۶/۹۶	۷/۳۳
		۱/۶۸	۱/۰۱	۰/۹۵	۰/۸۷	۲/۳۶	۲/۰۵	۲/۳۶	۲/۰۵
	کل	۳۲/۳۸	۱۶/۳۸	۱۹/۳۴	۳۳/۱۱	۲۷/۷۴	۳۱/۴۴	۲۷/۷۴	۳۱/۴۴
		۴/۴۰	۲/۵۴	۲/۰۳	۳/۷۳	۹/۴۱	۶/۰۷	۹/۴۱	۶/۰۷

نتایج جدول توصیفی نشان می‌دهد که میانگین‌های دو گروه در تمام موارد و در پیش‌آزمون با یکدیگر اختلاف چندانی ندارند و در اکثر موارد اختلاف مشاهده‌شده ناچیز است، اما بررسی میانگین‌های سه گروه در تمام مولفه‌های کیفیت زندگی در پس‌آزمون و پیگیری بیانگر آن است که میانگین‌های گروه‌های آزمایشی کاهش داشته‌است.

پس از برقراری پیش‌فرض‌های آزمون نظیر نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها، تحلیل کواریانس چند متغیره برای مولفه‌های کیفیت زندگی و بمنظور مقایسه گروهها در پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد.

جدول ۳ - شاخص‌های آماری چند متغیره در تحلیل کوواریانس متغیرهای وابسته.

اثر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	p<
اثر پیلائی	۰/۸۴	۵۶/۴۷	۴/۰۰	۴۴/۰۰	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۶	۵۶/۴۷	۴/۰۰	۴۴/۰۰	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۵/۱۳	۵۶/۴۷	۴/۰۰	۴۴/۰۰	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۵/۱۳	۵۶/۴۷	۴/۰۰	۴۴/۰۰	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نیز در جدول‌های ۳ و ۴ ارایه شده است. بر اساس نتایج بدست آمده، شاخص لامبدای ویلکز که اثر نوع گروه بر ترکیب خطی متغیر وابسته (پس‌آزمون‌ها) را نشان می‌دهد، معنی‌دار است ( $F=56/47$ ,  $P<0/01$ ). آماره‌های تحلیل کوواریانس تک متغیره نیز در مورد هر متغیر وابسته به گونه جداگانه محاسبه شد تا منبع معنی‌داری آماری اثر چند متغیره، تعیین شود. نتایج در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴ - نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی متغیرهای وابسته.

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مربعات	F	p<
گروه	پس‌آزمون جسمی	۱۳۷/۴۷	۱/۰۰	۱۳۷/۴۷	۱۱/۷۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون روان‌شناختی	۳۹۲/۶۷	۱/۰۰	۳۹۲/۶۷	۴۲/۶۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون اجتماعی	۲۷/۸۰	۱/۰۰	۲۷/۸۰	۶۱/۶۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون محیطی	۱۱۵۱/۹۸	۱/۰۰	۱۱۵۱/۹۸	۱۱۳/۵۵	۰/۰۰۱

داده‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، اثر گروهی در همه پس‌آزمون‌ها معنی‌دار شده است. با مراجعه به جدول ۲ مشخص می‌شود که نمره افراد در همه متغیرها، در گروه آزمایشی به گونه‌ای معنی‌دار متفاوت از گروه کنترل است که نشان‌دهنده تاثیر معنی‌دار مداخله آزمایشی بر بهبود متغیرهای وابسته دارد.

جدول ۵- شاخص‌های آماری چند متغیره در تحلیل کوواریانس متغیرهای وابسته.

اثر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	p<
اثر پیلایی	۰/۸۵	۶۰/۶۴	۴/۰۰	۴۴/۰۰	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۵	۶۰/۶۴	۴/۰۰	۴۴/۰۰	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۵/۵۱	۶۰/۶۴	۴/۰۰	۴۴/۰۰	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۵/۵۱	۶۰/۶۴	۴/۰۰	۴۴/۰۰	۰/۰۰۱

بر اساس نتایج بدست آمده، شاخص لامبدای ویلکز که اثر نوع گروه بر ترکیب خطی متغیر وابسته (پیگیری‌ها) را نشان می‌دهد، معنی‌دار است ( $F=60/64$ ,  $p<0/01$ ). آماره‌های تحلیل کواریانس تک‌متغیری نیز در مورد هر متغیر وابسته به صورت جداگانه محاسبه شد تا منبع معنی‌داری آماری اثر چند متغیره، تعیین شود. نتایج در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی متغیرهای وابسته.

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مربعات	F	p<
پیگیری جسمی	۱۳۸/۴۰	۱/۰۰	۱۳۸/۴۰	۲۴/۳۹	۰/۰۰۱	
پیگیری روان‌شناختی	۳۸۵/۴۳	۱/۰۰	۳۸۵/۴۳	۳۷/۲۵	۰/۰۰۱	
پیگیری اجتماعی	۲۵۴/۷۵	۱/۰۰	۲۵۴/۷۵	۶۲/۰۷	۰/۰۰۱	
پیگیری محیطی	۱۵۲۹/۸۱	۱/۰۰	۱۵۲۹/۸۱	۱۴۵/۳۱	۰/۰۰۱	

داده‌های جدول ۶ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، اثر گروهی در همه پس‌آزمون‌ها معنی‌دار شده‌است. با مراجعه به جدول ۲ مشخص می‌شود که نمره افراد در همه متغیرها، در گروه آزمایشی به گونه‌ای معنی‌دار متفاوت از گروه کنترل است که نشان‌دهنده تاثیر معنی‌دار مداخله آزمایشی بر بهبود متغیرهای وابسته است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان گروهی فراشناختی ولز بر کیفیت زندگی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شهر گچساران بود. نتایج پژوهش نشان دادند که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، اثر گروهی در همه پس‌آزمون‌ها معنی‌دار شد. با مراجعه به جدول ۲ مشخص می‌شود که نمره افراد در همه متغیرها، در گروه آزمایشی به گونه‌ای معنی‌دار متفاوت از گروه کنترل است که نشان‌دهنده تاثیر معنی‌دار مداخله آزمایشی فراشناخت بر بهبود کیفیت زندگی است. این یافته همسو با یافته بدست آمده از پژوهش Watanabe & et al, (2010); Wong, Sarver & Beidel, 2012; Keller, 2003; Bruch, Fallon & Heimberg, 2003; Sarvghad & Olatunji, Cisler & Tolin, 2007; Sung & et al, 2012; Kessler, 2003; daneshpour, 2010; Behzadi & et al, 2013; Mohioddin & et al, 2013 می‌باشد.

یکی از پیامدهای ناخوشایند اضطراب اجتماعی کاهش کیفیت زندگی است. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در حوزه‌هایی گوناگون مانند سلامت جسمی، احساسات، عملکرد شغلی، اجتماعی، تحصیلی و فعالیت‌های اوقات فراغت اختلال نشان می‌دهند. تقریباً نیمی از افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی حداقل یک محدودیت عملکردی معنادار را در دوره‌هایی از زندگی خود گزارش کرده‌اند. اضطراب اجتماعی هم‌چنین، با حمایت اجتماعی کم، شبکه اجتماعی ضعیف و اختلال در روابط با دیگران همراه می‌باشد (Wong, Sarver & Beidel, 2012). در مقایسه با افراد سالم، افراد دارای SAD پیشرفت شغلی کم و درآمد پایین، روابط اجتماعی محدود، اختلاف زناشویی بیش‌تر و افزایش خطر سوء مصرف مواد را گزارش می‌کنند (Bruch, Fallon & Heimberg, 2003; Keller, 2003; Kessler, 2003). بنابراین، هماهنگ با این توصیفات بدیهی است که بیماران دارای اختلال اضطراب اجتماعی کیفیت زندگی بسیار پایین‌تری را در مقایسه با دیگر افراد به‌نچار تجربه کنند.

در تبیین این یافته می‌توان اظهار کرد که مداخله فراشناختی با افزایش کیفیت زندگی مرتبط بوده، با این وجود بر اساس مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی (S-REF) (Wells & Matthews, 1996) تغییر در روش فراشناختی باید تأثیر مستقیمی بر مختل سازی سندرم توجه

شناختی<sup>۱</sup> (CAS) داشته باشد و لذا خروج از عملکرد ناسازگارانه و غیرتطبیقی S-REF و کاهش اضطراب را ممکن سازد. به پیروی از این رویکرد، افراد گروه درمان فراشناختی با طی نمودن فرآیند بهبود و کاهش نشانه‌های و نشانه‌های اضطراب اجتماعی، افزون بر افزایش خلق‌وخو توانستند روابط اجتماعی بهتری داشته باشند، در نتیجه، کیفیت زندگی در آن‌ها افزایشی بیش‌تر یافت. به بیان دیگر، می‌توان گفت درمان فراشناختی با تغییر وضعیت فراشناختی و تغییر باورهای مثبت و منفی فراشناختی و همچنین، تأثیر بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی توانسته‌است کیفیت زندگی بیماران را افزایش دهد. این یافته با مفروضات نظریه عملکرد اجرایی خود تنظیمی (S-REF) همخوانی دارد. فرضیه بنیادی در نظریه S-REF این است که فراشناخت‌ها نقشی مهم در انتخاب و تداوم راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد بازی می‌کنند و در حقیقت، استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد باعث شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که باورهای مثبت و منفی فراشناختی باعث می‌شوند که افراد دچار احساس کنترل‌ناپذیری، تنش عاطفی و اضطراب بیشتری شوند و در مورد توانایی‌ها و شایستگی‌های خود تردید بیش‌تری داشته باشند، که مجموعه این عوامل تأثیر بسزایی در کاهش کیفیت زندگی آنان دارد. در همین راستا (Sung, et al, 2012) بیان می‌کنند که جنبه‌های مشخصی از اختلال در تنظیم هیجان، بویژه اجتناب تجربی می‌تواند به کیفیت زندگی ضعیف در افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی کمک کند. اجتناب تجربی به عنوان تمایل به واکنش منفی نسبت به افکار و احساسات ناخواسته یا اجتناب از این تجربه‌های درونی و پریشانی‌های همراه آن‌ها تعریف شده است. این یافته‌ها، از سنجش کیفیت زندگی بیماران به‌عنوان بخشی از ارزیابی و درمان اختلال اضطراب اجتماعی نیز حمایت می‌کنند. همچنین، یافته‌ها نشان دادند که در کل مراحل پس‌آزمون و با توجه به معنادار شدن آزمون طرح اندازه‌گیری مکرر، می‌توان نتیجه گرفت که تداوم اثر درمان فراشناختی بر افزایش کیفیت زندگی بیش‌تر بوده‌است.

این یافته را می‌توان چنین تبیین کرد که از آنجایی که درمان فراشناختی به گونه غیر مستقیم موجب کاهش راهبردهای ناکارآمد می‌شود، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی در تمام جوانب کمک کند. در واقع فراشناخت درمانگران، با قطع مکانیسم‌های تداوم‌بخش راهبردهای ناکارآمد، توجه بیمار را از درگیر شدن مکرر با رویدادهای ناخوشایند گذشته خلاص می‌کند و به فرد این توانایی را می‌دهد که توجه و تمرکز خود را از دام حلقه‌های معیوب شناختی، هیجانی و رفتاری نجات دهد تا بتواند بر سایر جوانب زندگی معطوف شود. روی هم رفته، می‌توان گفت که پایایی نسبی نتایج درمان طی دوره پیگیری در درمان فراشناختی، به کاربرد فعالانه روش‌های درمانی آرایه شده به

<sup>1</sup> Cognitive Attentional Syndrome (CAS).

وسیله بیماران مرتبط است. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به گروه بهنجار احتمال خیلی کمی را می‌دهند که راهبردهای شناختی- رفتاری می‌توانند در کاهش خلق منفی آنها مؤثر باشند و بر این باورند که این مسئله نقشی مهم در کیفیت زندگی ضعیف آنها بازی می‌کند. نتایج بدست آمده از بررسی‌های فراتحلیل (Olatunji, Cisler & Tolin, 2007) در رابطه با کیفیت زندگی در اختلالات اضطرابی نیز نشان داده‌اند که حتی پس از درمان اختلالات اضطرابی، سطح کیفیت زندگی بیماران پایین‌تر از افراد بهنجار باقی می‌ماند. بنابراین کیفیت زندگی پایین به عنوان یک عامل خطر برای عود اختلال پس از درمان موفق در میان بیماران دارای اختلالات اضطرابی می‌باشد. لذا توجه ویژه به سطح کیفیت زندگی بیماران دارای اختلالات اضطرابی و روش درمانی موفق برای ارتقاء آن از اهمیت بسزایی برخوردار است. اندازه‌گیری کیفیت زندگی بیماران به بهبود مراقبت از بیماران و طرح درمان کمک می‌کند زیرا داده‌های مهمی در مورد تجربه‌های ذهنی مراجع از عملکرد شخصی‌اش فراهم می‌کند.

تلویحات بالینی از یافته‌های پژوهش حاضر به ما نشان می‌دهد که شیوه درمان فراشناختی می‌تواند به عنوان یکی از درمان‌های خط اول برای اختلال اضطراب اجتماعی مطرح شود که می‌توان از آن نه تنها برای حل مشکلات بالینی، بلکه برای بهبود کیفیت زندگی و بهزیستی کلی این بیماران سود جست و در راستای تأمین بهداشت روانی افراد از آن بهره برد. هم‌چنین، در این مطالعه اثر جنسیت و سن ثابت نگه‌داشته‌شده و تنها دانشجویان دختر و در محدوده سنی خاص (۲۵-۱۷ سال) در این مطالعه شرکت کردند که این موضوع می‌تواند تعمیم نتایج را با دشواری همراه سازد. اگرچه مطالعات قبلی نشان داده‌است که میزان اضطراب اجتماعی در دختران بیشتر است، اما پیشنهاد می‌گردد در مطالعات آینده مقایسه جنسیتی پیرامون این موضوع و هم‌چنین، مقایسه درمان فراشناختی با سایر شیوه‌های درمانی نیز در درمان اختلال اضطراب اجتماعی مورد توجه قرار گیرد.

## References

- Acarturk, C., de Graaf, R., van Straten, A., Have, M., & Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 273-279.
- Antony, M.M. Coons, M.J. McCabe, R.E. Ashbaugh, A. & Swinson, R.P. (2006). Psychometric properties of the social phobia inventory: Further evaluation. *Behav Res Ther*; 44, 1177-85..
- Barrera, T. L., & Norton, P. J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1086-1090.

- Behzadipour, S. Sepah M. Mozghan Keshavarzi Arshad, F. Vali, F. Naziri, Gh. & Zamani, S. (2013). The effect of cognitive behavioral stress management on quality of life and coping strategies in cancer women breast, *Journal of Psychological Methods and Models*, 3, 12, 29-46.
- Bruch, M. A., Fallon, M, & Heimberg, R. G. (2003). Social phobia and difficulties in occupational adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 50,10.
- Calvete, E., Orue, I., Cámara, M., & Hankin, B. L. (2013). A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents, Submitted for publication.
- Chiniforoushan, A. (2011). Construction and validation for test anxiety in third-level students of Ahvaz, *Journal of Educational Sciences and Psychology*, Shahid Chamran university of Ahvaz, 3, 3 & 4, 74-61.
- Hasheminia, F. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the symptoms of social anxiety and quality of life among students of Shahid Chamran university, Master's degree, psychology, Islamic Azad university, Ahvaz branch.
- Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavia Suppl*, (417), 85-94.
- Kessler, R. C. (2003). The impairments cause by social phobia in the general population: Implications for intervention. *Act Psychiatric Scandinavia*, 108(417),19 –27.
- Makvandi, S. & Zamani, M. (2011). *Jenta Shaper Journal of Research*. 2, 4.
- Mohioddin, H. Cheraghi, S.& Zare, R. (2013). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on family process improvement in addicted people families, *Journal of Methods and Psychological Models*, 3, 12, 29-46 .
- Olatunji, B. O., Cisler, L. M., & Tolin, D. F. (2007). Quality of life in anxiety disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27, 572-581.
- Pournamdarian, S. (2012), Explaining the metacognitive beliefs in detection, anxiety, and stress symptoms in nurses, *Knowledge and Research in Applied Psychology*, 13, 3.
- Quilty, L.C., Van Ameringen, M., Mancini, C., Oakman, J., & Farvolden, P. (2003). Quality of life and the anxiety disorders. *Anxiety Disorders*, 17, 405-426.
- Romm, K.L., Melle, I., Thorsen, C., Andreassen, O.A., & Rossberg, J. I.(2012). Severe social anxiety in early psychosis in associated with poor premorbid functioning, depression, and reduced quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 434-440
- Sarvghad, Siroos; Daneshpour, Aida (2010), The relationship between metacognitive strategies and aggression and stress coping methods of pre-

university students in Shiraz, *Journal of Psychological Methods and Models*, 1, 2, 1-9.

- Smith, L. & Elliott, Ch. (2015). *Anxiety and Depression*, translated by Maryam Hedayati, Awand Danesh publishing, Tehran, first edition.

- Solgi, Z. (2014). Comparison of the effectiveness and continuity of the effect of metacognitive therapy and schema therapy in group method on reducing symptoms, quality of life and social health in students with social anxiety disorder. Ph.D., Public Psychology, Payam Noor university.

- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiologic findings. *Am J Psychiatry*, 157(10), 1606-1613.

- Sung, S. C., Portera, E., Robinaugh, D. J., Marks, E. H., Marques, L.M., & Otto, M. W., et al. (2012). Mood regulation and quality of life in social anxiety disorder: An examination of generalized expectancies for negative mood regulation. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 435–441.

- Watanabe, N., Furukawa, T. A., Chen, J., Kinoshita, Y., Nakano, Y., & Ogawa, S., et al. (2010). Change in quality of life and their predictors in the long-term follow-up after group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: A prospective cohort study. *BMC Psychiatry*, 10, 81–91. Doi:10.1186/1471-244X-10-81.

- Wells, A. (2011). *A practical guide to metacognitive therapy for anxiety and depression*, Translated by Shahram Mohammad Khani (2013), Second edition, Tehran, Varaye Danesh publishing.

- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and meta cognition: Innovative cognitive therapy*, Chichester: Wiley and Sons, 13-85.

- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 18-25.

- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York; London: Guilford.

- Wells, A. Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model, *Behav Res Ther*, 34, 881-888.

- Wong, N., Sarver, D. E., & Beidel, D. C. (2012). Quality of life impairments among adults with social phobia: The impact of subtype. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 50-57.

- Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 15(1), 46-58.

- Zanjani, Z. Goudarzi, M.A. Taghavi, M.R.& Molazadeh, J. (2009). Comparing the body ensation and social skills of shyness, social phobia and normal individuals. *Psychological Studies*; 16: 27-44.