

اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر باورهای فراشناختی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

سیما صفی‌خانی قلی‌زاده، آرمین محمودی*

گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۱۳

تاریخ وصول: ۱۳۹۶/۱۲/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: اضطراب اجتماعی که با نام هراس اجتماعی نیز شناخته می‌شود، یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی جامعه است که به دلیل ماهیت پیچیده و چند بعدی این اختلال، برنامه‌ریزی و به کارگیری درمان مناسب را ایجاب می‌کند. پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر باورهای فراشناختی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام گردید.

روش بررسی: این مطالعه از نوع نیمه تجربی و با بهره‌گیری از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه‌های آزاد، پیام نور و علمی کاربردی شهر گچساران بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰۰ نفر از دانشجویان به کمک پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SPI) بررسی شدند. نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۹ درصد، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی را از افراد غیرمبتلا متمایز کرده، سپس از بین کسانی که دارای اضطراب اجتماعی تشخیص داده شدند، ۶۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در گروه‌های ۳۰ نفری آزمایش و کنترل به شکل تصادفی قرار داده شدند. پرسشنامه باورهای فراشناختی MCQ-30 در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه برای گروه‌ها اجرا شد. گروه آزمایش در طی ده جلسه تحت درمان فراشناختی به شیوه گروهی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ نوع درمانی دریافت نکرد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون آماری کوواریانس چند متغیری (مانکوا) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین و انحراف استاندارد متغیر باورهای فراشناختی در مرحله پیش‌آزمون؛ گروه آزمایش ۰۸، ۸۹، ۲۶، ۶، گروه کنترل ۲۲، ۹۰، ۵۸، ۵، پس‌آزمون گروه آزمایشی ۰۴، ۷۰، ۶۶، ۴، گروه کنترل ۶۳، ۸۴، ۷۹، ۶ و هم‌چنین در مرحله پیگیری در گروه آزمایش ۲۸، ۷۱، ۷۹، ۶ و گروه کنترل ۷۴، ۸۵، ۹۴، ۶ به دست آمد. هم‌چنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، بین دو گروه در تمامی مؤلفه‌ها در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$). با توجه به شاخص‌های توصیفی، نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشته است. این امر در مورد مؤلفه‌های پژوهش در پیگیری هم صدق می‌کرد، لذا درمان فراشناختی به شیوه گروهی به صورت معنی‌داری باعث بهبود باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون و پایداری نتایج درمان در پیگیری شده است.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از بهبود علایم بیماران در پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه بود. با توجه به نتایج مرحله پس‌آزمون به نظر می‌رسد درمان فراشناختی به شیوه گروهی در بهبود باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مؤثر بوده است.

واژه‌های کلیدی: گروه درمانی، درمان فراشناختی، باورهای فراشناختی، اضطراب اجتماعی

نویسنده مسئول: آرمین محمودی، یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یاسوج، گروه روانشناسی

Email: dehlidena@yahoo.com

مقدمه

واکنش اضطرابی آنها را به طور روزمره تحریک می‌کنند و کیفیت زندگی آنها را تحلیل می‌برند (۸ و ۹)، (۵). هر فردی در برخورد با یک موقعیت فرضیه‌هایی درباره خود و محیط خود می‌سازد. این فرضیه‌ها معیارهایی کمال‌گرایانه و سوگیرانه درباره عملکرد است که می‌تواند منجر به شکل‌گیری نشانه‌های جسمی و روانشناختی شود (۱۰). فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است و به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آنها برای تنظیم و کنترل فرآیندهای تفکر استفاده می‌کنند، اشاره دارد (۱۱). کارترایت هاتن و ولز (۱۲) در پژوهشی نشان دادند که فراشناخت‌های غلط، به‌ویژه باورهای منفی به کنترل‌ناپذیری و خطر، بیشترین همبستگی را با مجموعه‌ای از مقیاس‌های مرتبط با آسیب‌پذیری دارند. این مدل درگیری باورهای فراشناختی را در آسیب‌پذیری روانی و تداوم آن مورد پیش‌بینی قرار می‌دهد. همچنین نتایج پژوهش شیرازی تهرانی و همکاران (۱۳) بیانگر آن است که درمان فراشناختی بر کاهش نشانه‌های اختلال هراس اجتماعی، اضطراب در تعاملات و ترس از ارزیابی منفی اثربخش بوده است. باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری نگرانی و باورهای منفی درباره پیامدهای نگرانی، شامل

روابط اجتماعی یک عنصر حیاتی در زندگی انسان‌ها است. کمیت و کیفیت روابط اجتماعی ارتباط نزدیکی با مرگ و میر دارد و افزایش آن به‌عنوان یک مؤلفه کلیدی مرتبط با سلامتی می‌باشد (۱). نتیجه این که انسان‌ها به طور طبیعی از ارزشیابی منفی هموعان خود می‌هراسند. اضطراب به منزله بخشی از زندگی هر انسان، در همه افراد به حد اعتدال‌آمیز وجود دارد و این حد، به عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می‌شود، اما تا جایی که به اضطراب مرضی تبدیل نشود (۲). حالت غیرانطباقی این ترس و نگرانی تکاملی و انطباقی اختلال اضطراب اجتماعی (SAD)^(۱) است (۳). اضطراب اجتماعی که با نام هراس اجتماعی نیز شناخته می‌شود، یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی جامعه است. (۴). این اختلال که از طریق مشخصه ترس از مشاهده و ارزیابی به وسیله دیگران شناخته می‌شود (۵). شیوع کلی این اختلال تقریباً ۱۳ درصد است و در جایگاه سوم اختلال‌های روانپزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل قرار دارد (۶). شروع اختلال اضطراب اجتماعی به‌طور معمول در سن ۱۰ سالگی و حداکثر اوایل دهه بیست می‌باشد (۷). برخلاف سایر اختلالات اضطرابی که در آنها فرد قادر به اجتناب و رزیدن از موقعیت‌های اضطراب‌آور است، افراد دچار اضطراب اجتماعی به اجبار با موقعیت‌هایی اجتماعی مواجه می‌شوند که

1- Social Anxiety Disorder

مستعد شکل‌دهی الگوهای خاص پاسخ‌دهی به افکار و رویدادهای درونی می‌سازد که این الگوها با تمرکز افراطی بر خود، الگوهای بازگردانی تفکر، اجتناب، سرکوب افکار و نظارت بر تهدید (پایش تهدید) مشخص می‌شوند (۱۸). بر اساس مدل کارکرد اجرایی خودتنظیمی علت اصلی آسیب‌پذیری در برابر اختلالات هیجانی، توجه افراطی به خود، باورهای غیرمنطقی و فرآیندهای بازتابی خاص است (۱۲). درمان فراشناختی که کمتر از دو دهه از عمر آن می‌گذرد به انقلابی در درمان اختلالات هیجانی منجر شده است (۱۹): ولز (۱۱) 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.

شواهد پژوهشی نشان می‌دهند باورهای فراشناختی منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطر نگرانی به‌طور معنی‌داری ممکن است پیش‌بینی‌کننده افسردگی و اضطراب باشد که به‌زیستی ذهنی و بهداشت روان را در معرض آسیب قرار می‌دهد (۲۰). پژوهش‌های چندی کارایی درمان فراشناختی را بر

باورهایی هستند مبنی بر این که نگرانی می‌تواند به پیامدهای ناگوار جسمی (مانند حمله قلبی)، روانشناختی (مانند فروپاشی روانی) یا اجتماعی (مانند طرد شدن از سوی دیگران) منجر شود (۱۴). درمان هراس اجتماعی در دو طبقه درمان‌های دارویی و غیردارویی قرار می‌گیرد. درمان دارویی شامل: مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین^(۱)، مهارکننده‌های مونوآمینوآکسیداز^(۲) و بنزودیازپین‌ها^(۳) می‌باشد و درمان مطرح دیگر درمان‌های روان‌شناختی شامل: رفتاری-شناختی^(۴)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^(۵)، درمان مواجهه‌ای^(۶) و آموزش مهارت‌های اجتماعی^(۷) می‌باشد (۱۵). مهم‌ترین مسأله‌ای که از مطالعات اضطراب اجتماعی برداشت می‌شود اهمیت قابل توجه تشخیص و درمان زود هنگام است (۱۶). در حوزه درمان‌های جدیدتر روان‌شناختی، نخستین بار ولز و متیوس با ترکیب رویکرد طرح‌واره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی (S-REF)^(۸) جهت تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی کردند. مدل «کارکرد اجرایی خودتنظیمی (S-REF) یک عامل کلی آسیب‌پذیری در برابر آسیب‌شناسی روانی است. این مدل درباره نحوه درگیر شدن عوامل فراشناختی در پیشرفت و پایداری اختلالات روان‌شناختی، مفهوم‌سازی مفصلی ارائه می‌دهد (۱۷). بر اساس مدل کارکرد اجرایی خودتنظیمی، دانش فراشناختی افراد را

-
- 1-Serotonin
 - 2-Monoamine Oxidase Inhibitors
 - 3-Benzodiazepines
 - 4-Cognitive Behavioral Therapy
 - 5-Acceptance and Commitment Treatment
 - 6-Treatment of Confrontation
 - 7-Social Skills Training
 - 8- Self-Regulatory Executive Function Model

از جمله با صرفه‌تر بودن و پوشش جمعیتی بیشتر، هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی درمان فراسناختی به شیوه گروهی بر باورهای فراسناختی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام بود.

روش بررسی

طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه‌های شهر گچساران بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰۰ نفر از دانشجویان به کمک پرسشنامه باورهای فراسناختی بررسی شدند. سپس کسانی که نمره اضطراب آنها دو انحراف معیار 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. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بودند از؛ داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب هم‌چنین تکمیل پرسشنامه سنجش علائم اضطراب اجتماعی، عدم دریافت هیچ‌گونه درمان اعم از روان‌شناختی و دارویی (حداقل یک ماه قبل از انجام پژوهش)، عدم وجود سایر اختلالات روانی، نداشتن سوء‌مصرف مواد و شرط سنی (داشتن حداقل ۱۷ و حداکثر ۲۵ سال). پرسشنامه باورهای فراسناختی در

علایم اختلال اضطراب اجتماعی آزموده‌اند (۲۱ و ۱۴). ولز و پاپاجورجیو درمان فراسناختی را که بیشتر بر S-REF متمرکز بود، در ۶ فرد دارای اختلال اضطراب اجتماعی با نتایج امیدبخش آزمایش کردند. نتایج حاکی از آن بود که این نوع درمان در کاهش معیارهای خودگزارش شده اضطراب اجتماعی، سطح باورها، خودآگاهی و افسردگی مؤثر بود (۲۲). در پژوهشی وندرهیدن و ملکیور و استیگر به بررسی تأثیر درمان فراسناختی و درمان عدم تحمل ابهام در اختلال اضطراب منتشر پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که هم درمان تحمل ابهام و هم درمان فراسناختی به میزان زیادی اضطراب منتشر گروه آزمایش را کاهش داد، ولی از میان این دو درمان، درمان فراسناختی، در کاهش علائم اختلال اضطراب منتشر مؤثرتر بود (۲۳). دو پژوهش داخلی نیز اثربخشی الگوی ولز بر برخی علائم اختلال اضطراب اجتماعی را تأیید کرده‌اند (۲۴ و ۲۵). هم‌چنین می‌توان مطالعاتی را نام برد که از روش فراسناختی برای درمان افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر سود جسته‌اند (۲۶ و ۲۷). این پژوهش‌ها از روش‌هایی از قبیل طرح‌های تک موردی استفاده نموده‌اند. اثرات درمانی درمورد طیف وسیعی از اختلال‌ها مشاهده شده است. اندازه‌های اثر به دست آمده بسیار بزرگ هستند و نتایج حاصل شده در طول ۶ تا ۱۲ ماه پس از درمان همچنان پایدار مانده‌اند. در نهایت، با توجه به فواید درمان گروهی و کوتاه مدت

سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای گروه‌ها اجرا شد. پس از اجرای ملاحظات اخلاقی (رضایت آگاهانه، تمایل، رازداری)، گروه آزمایش تحت درمان فراشناختی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ نوع درمانی دریافت نکرد. طرح آزمایش در این تحقیق اعمال درمان فراشناختی بر گروه آزمایش بود. مداخله فراشناختی مورد استفاده در این پژوهش بر اساس مدل درمان فراشناختی ولز برای اختلالات اضطرابی و مشتمل بر ده جلسه ۲ ساعته بود. پس از افت آزمودنی در پس‌آزمون، در گروه آزمایش ۲۶ نفر و در گروه کنترل ۲۷ نفر باقی ماند.

خلاصه‌ای از جلسات روان‌درمانی به‌شیوه فراشناخت؛ جلسه اول: شامل معارفه، معرفی اختلال اضطراب اجتماعی، نیاز و ضرورت به درمان در مواقع لازم برای بیماران. بررسی علایم اضطراب در اختلال اضطراب اجتماعی، بررسی علل احتمالی مؤثر در سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی، جلسه دوم: ارایه توضیحاتی در مورد منطق درمان فراشناختی برای اختلال اضطراب اجتماعی. تدوین فرمول‌بندی درمان، معرفی درمان فراشناختی، معرفی مدل و آماده‌سازی و انجام پیش‌آزمون، جلسه سوم: باورهای مثبت و منفی فراشناختی و راهبردهای کنترل فراشناختی در بیماران مورد شناسایی 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 به‌صورت نگرانی یا نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه (مانند سرکوب فکر) می‌باشد و نقش آنها در تداوم اختلال‌های روانی، جلسه پنجم: تکنیک آموزش توجه، منطق تکنیک، ارزیابی اعتبار تکنیک، درجه‌بندی 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: آموزش چهار تا از ده تکنیک ذهن آگاهی (هدایت فراشناختی، تکلیف تداعی آزاد، تکلیف تجسم پلنگ، آزمایش سرکوبی - عدم سرکوبی)، جلسه هشتم: آموزش سه تکنیک دیگر (استعاره‌ی ابرهای گذرا، استعاره کودک متمرّد، استعاره قطار مسافری)، جلسه نهم: آموزش سه تکنیک باقیمانده (حلقه‌ی کلامی، گسستگی: مشاهده کردن خود و تکنیک خیال‌پردازی) و جلسه دهم: آماده کردن اعضا برای اختتامیه، شناسایی موانع موجود در به کارگیری روش‌ها و تکنیک‌ها، علت‌یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه‌گیری و انجام پس‌آزمون بوده است (۱۹).

پرسشنامه فراشناخت (MCQ-30)^(۱)؛ این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی که برخی از

1- Metacognition Questionnaire

مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس؛ فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است و در آن هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای درجه‌بندی می‌شود. بر اساس نتایج آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۹ درصد، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی را از افراد غیرمبتلا متمایز می‌کند (۲۸). این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی سازه در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روانپزشکی بررسی شد که تفاوت معنی‌داری با هم نشان دادند که این خود حاکی از اعتبار سازه بالا است (۲۹).

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون آماری کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند.

آنها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روان‌شناختی دارند، طراحی شده است. این پرسشنامه، شامل ۳۰ گویه است؛ پرسشنامه فراشناختی (MCQ) حیطه‌های فراشناختی زیر را در پنج مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌کند؛ باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی (مانند: «نگرانی به من کمک می‌کند تا با مسایل مقابله کنم»)، باورهای منفی درباره‌ی نگرانی که با کنترل‌ناپذیری و خطر در ارتباط هستند (برای مثال «وقتی نگرانی‌ام شروع می‌شود، نمی‌توانم جلوی آن را بگیرم»)، اطمینان شناختی ضعیف (برای مثال «حافظه‌ی ضعیفی دارم»)، نیاز به کنترل افکار (مثلاً «ناتوانی در کنترل افکارم نشانه‌ی ضعف من است») و خودآگاهی شناختی (برای مثال «به نحوه‌ی کارکرد ذهنم زیاد توجه می‌کنم»). ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های پرسشنامه فراشناختی (MCQ-30) از ۰/۷۱ تا ۰/۸۸ به‌دست آمده است. در ایران نیز ضریب همسانی درونی کل مقیاس ۰/۹۲ و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۰ حاکی از اعتبار مطلوب کل خرده مقیاس‌های آن می‌باشد (۲۵).

پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SPI)^(۱)؛ این پرسشنامه نخستین بار به وسیله کانور و همکاران به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. تلویحات بالینی این پرسشنامه بیانگر آن است که در سه حیطه؛ علایم بالینی ترس، اجتناب و علایم فیزیولوژیک اطلاعاتی را ارائه می‌کند و دارای مزیت‌های عملی کوتاه بودن، سادگی و آسانی نمره‌گذاری می‌باشد. پرسشنامه اضطراب اجتماعی یک

1-Social Phobia Inventory

یافته‌ها

قبل از انجام تحلیل کوواریانس چند متغیری، لازم بود نسبت به عدم نقض پیش فرض‌های انجام آن، اطمینان حاصل شود. بدین منظور، مفروضه‌های خطی بودن، همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس و همگنی شیب‌های رگرسیون، مورد بررسی قرار گرفت. البته از آنجا که حجم نمونه در دو گروه آزمایشی و کنترل تقریباً برابر است، پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس (آزمون M-BOX) اثر چندانی بر روی نتایج نداشت، لذا از بررسی آن صرف‌نظر شد.

از مهم‌ترین مفروضه‌ها برای تحلیل کوواریانس، خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته مورد بررسی و متغیر کمکی (کوواریت) در گروه آزمایشی و کنترل است. برای بررسی خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته و کمکی (کوواریت‌ها)، از نمودار پراکنش داده‌ها استفاده شد. بر اساس این نمودارها، رابطه بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون و پیگیری) در گروه آزمایشی و کنترل، تقریباً خطی است. بنابراین، مفروضه خطی بودن رابطه بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و نیز، پیش‌آزمون و پیگیری، تأیید گردید.

برای بررسی مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون از آزمون F استفاده گردید. جدول ۱ مقادیر آماره‌ی F و معنی‌داری آن را گزارش می‌دهد.

همان‌طور که ملاحظه می‌شود، در مورد هیچ‌کدام از متغیرهای پژوهش، F معنی‌دار نشده است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که شیب‌های رگرسیون، در مورد مؤلفه‌های باورهای فراشناختی در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری، همگن یا موازی هستند. بنابراین، این پیش فرض تأیید گردید.

با توجه به این که هیچ‌کدام از مفروضه‌های آماری نقض نشده است می‌توان از آزمون مانکوا استفاده کرد.

نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در جداول ۲ و ۳ ارائه شده است. بر طبق نتایج به دست آمده، شاخص لامبدای ویلکز که اثر نوع گروه بر ترکیب خطی متغیر وابسته (پس‌آزمون‌ها) را نشان می‌دهد، معنی‌دار است ($P < 0/001$ و $F = 27/87$). همچنین اثر نوع گروه بر ترکیب خطی متغیر وابسته (پیگیری‌ها) نیز، معنی‌دار است ($P < 0/001$ و $F = 14/71$). همچنین آماره‌های تحلیل کوواریانس تک متغیری نیز در مورد هر متغیر وابسته به صورت جداگانه محاسبه گردید تا منبع معنی‌داری آماری اثر چند متغیره، تعیین شود. نتایج در جدول ۳ آورده شده است.

آماره‌های تحلیل کوواریانس تک متغیری نیز در مورد هر متغیر وابسته به صورت جداگانه محاسبه گردید تا منبع معنی‌داری آماری اثر چند متغیره، تعیین شود (جدول ۳).

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد که بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، اثر گروهی در همه

کنترل است که نشان‌دهنده تأثیر معنی‌دار مداخله آزمایشی بر بهبود متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون و پیگیری است.

پس‌آزمون‌ها معنی‌دار شده است. با مراجعه به جدول ۴ مشخص می‌شود که نمره افراد در همه متغیرها، در گروه آزمایشی به‌طور معنی‌داری متفاوت از گروه

جدول ۱: نتایج آزمون همگنی شیب‌های رگرسیون

متغیر	F	همگنی شیب‌های رگرسیون
		سطح معنی‌داری
پس‌آزمون باور مثبت	۱/۱۳	۰/۳۶۰
پس‌آزمون باور منفی	۰/۳۹۱	۰/۸۵۲
پس‌آزمون اطمینان	۱/۶۸	۰/۱۶
پس‌آزمون کنترل	۰/۵۶	۰/۷۳
پس‌آزمون خودآگاهی	۱/۰۹	۰/۳۸
پیگیری باور مثبت	۱/۱۹	۰/۳۳۵
پیگیری باور منفی	۱/۹۱	۰/۱۱۶
پیگیری اطمینان	۱/۶۹	۰/۱۶۱
پیگیری کنترل	۱/۵۱	۰/۲۱۱
پیگیری خودآگاهی	۲/۷۴	۰/۰۳۴

جدول ۲: شاخص‌های آماری چند متغیره در تحلیل کوواریانس متغیرهای وابسته

اثر	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلایی	۰/۷۷	۲۷/۸۷	۵	۴۲	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۳	۲۷/۸۷	۵	۴۲	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۳/۳۲	۲۷/۸۷	۵	۴۲	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۳/۳۲	۲۷/۸۷	۵	۴۲	۰/۰۰۱
اثر پیلایی	۰/۶۴	۱۴/۷۱	۵	۴۲	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۶	۱۴/۷۱	۵	۴۲	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱/۷۵	۱۴/۷۱	۵	۴۲	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۱/۷۵	۱۴/۷۱	۵	۴۲	۰/۰۰۱

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی متغیرهای وابسته

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری
پس‌آزمون باور مثبت	۲۲۰/۶۲۰	۲۲۰/۶۲۰	۱	۲۲۰/۶۲۰	۳۰/۴۲۰	۰/۰۰۱
پس‌آزمون باور منفی	۴۰/۰۶۹	۴۰/۰۶۹	۱	۴۰/۰۶۹	۴/۲۷۸	۰/۰۴۴
پس‌آزمون اطمینان	۷۸/۵۹۶	۷۸/۵۹۶	۱	۷۸/۵۹۶	۱۵/۵۶۸	۰/۰۰۱
پس‌آزمون کنترل	۱۵۴/۰۴۳	۱۵۴/۰۴۳	۱	۱۵۴/۰۴۳	۲۸/۲۰۲	۰/۰۰۱
پس‌آزمون خودآگاهی	۱۴۴/۴۶۱	۱۴۴/۴۶۱	۱	۱۴۴/۴۶۱	۳۱/۳۹۹	۰/۰۰۱
پیگیری باور مثبت	۲۱۷/۶۷۶	۲۱۷/۶۷۶	۱	۲۱۷/۶۷۶	۲۲/۰۵۰	۰/۰۰۱
پیگیری باور منفی	۸۴/۰۸۷	۸۴/۰۸۷	۱	۸۴/۰۸۷	۸/۵۰۱	۰/۰۰۵
پیگیری اطمینان	۸۱/۱۶۲	۸۱/۱۶۲	۱	۸۱/۱۶۲	۱۶/۷۴۲	۰/۰۰۱
پیگیری کنترل	۱۸۱/۲۶۲	۱۸۱/۲۶۲	۱	۱۸۱/۲۶۲	۱۹/۸۲۶	۰/۰۰۱
پیگیری خودآگاهی	۶۶/۳۵۹	۶۶/۳۵۹	۱	۶۶/۳۵۹	۹/۱۸۵	۰/۰۰۴

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد متغیرها به تفکیک گروه

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	گروه
۲۶	۳/۳۸	۲۰/۴۶	آزمایشی
۲۷	۴/۰۷	۱۹/۹۲	کنترل
۲۶	۲/۶۶	۱۳/۷۷	آزمایشی
۲۷	۲/۸۳	۱۷/۴۸	کنترل
۲۶	۱/۳۷	۱۸/۹۶	آزمایشی
۲۷	۱/۸۵	۱۸/۴۸	کنترل
۲۶	۲/۳۲	۱۵/۰۰	آزمایشی
۲۷	۳/۷۹	۱۵/۹۳	کنترل
۲۶	۲/۹۸	۱۴/۴۲	آزمایشی
۲۷	۲/۹۴	۱۴/۴۷	کنترل
۲۶	۱/۸۳	۱۱/۱۹	آزمایشی
۲۷	۲/۵۳	۱۴/۰۰	کنترل
۲۶	۲/۶۳	۱۶/۹۶	آزمایشی
۲۷	۲/۷۳	۱۸/۰۷	کنترل
۲۶	۱/۷۶	۱۴/۱۵	آزمایشی
۲۷	۲۷	۱۷/۵۹	کنترل
۲۶	۱/۹۳	۱۸/۲۷	آزمایشی
۲۷	۱/۳۹	۱۹/۳۷	کنترل
۲۶	۳/۷۴	۱۶/۱۵	آزمایشی
۲۷	۳/۲۲	۲۰/۰۴	کنترل
۲۶	۲/۱۲	۱۴/۳۵	آزمایشی
۲۷	۴/۰۳	۱۶/۷۰	کنترل
۲۶	۲/۱۳	۱۲/۲۷	آزمایشی
۲۷	۲/۴۷	۱۴/۳۳	کنترل
۲۶	۱/۹۷	۱۳/۱۲	آزمایشی
۲۷	۳/۶۰	۱۶/۸۵	کنترل
۲۶	۲/۳۰	۱۵/۵۰	آزمایشی
۲۷	۲/۹۰	۱۷/۸۱	کنترل

بحث

تعیین و بررسی اثربخشی درمان فراشناختی و لزوم

باورهای فراشناختی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود.

نتایج حاکی از بهبود باورهای فراشناختی

بیماران در پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه بود. با توجه

درمان فراشناختی پیشرفت جدیدی در درک

مشکلات بهداشت روانی و درمان آنها است. این

رویکرد که اساس نظریه‌ی بنیادی «کارکرد اجرایی

خودنظم بخش» استوار است. هدف پژوهش حاضر

هراس‌انگیز اجتماعی در جریان رویارویی و حتی پس از رویارویی به نشخوار فکری پیرامون عدم موفقیت خود و چگونه دیده شدن از دید دیگران پرداخته و همین نشخوارهای فکری باعث تداوم اضطراب در آن‌ها می‌گردد. ضمن این که اجتناب از موقعیت‌های ترسناک در اختلالات اضطرابی، منجر به شکست در کشف مواردی می‌شود که خطرناک نیستند. همچنین، شکل‌های ظریف‌تر رفتارهای حفاظتی در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی از قبیل اجتناب از خودافشاسازی در برابر طرف مقابل به‌طور منفی باعث سوگیری واکنش دیگران شده و همین امر منجر به تسلسل‌های منفی واکنش اجتماعی می‌شود (۲۲). در این پژوهش مانند پژوهش‌های دیگر در حوزه درمان فراشناختی سعی شد از طریق شناسایی فراپاورهای مثبت و منفی فرد در مورد نظارت همیشگی و نشخوار گونه بر علایم طبیعی برانگیختگی و آموزش‌های رفتاری، ارایه اسنادها و تصحیح شیوه توجهی، باورهای ناکارآمد فرد در مورد اضطراب مبتلایان در موقعیت‌های اجتماعی کاهش یابد. ولز معتقد است این شیوه درمانی از طریق رفع نگرانی و نشخوار فکری و ایجاد شیوه فراشناختی انعطاف‌پذیر، مسیر پردازش طبیعی را که در اکثر اختلالات روانی مخدوش شده است، هموار می‌سازد (۱۳). مؤلفه مهم اجتناب و دوری کردن نیز با درمان فراشناختی کاهش یافت. در تبیین این یافته باید گفت که افراد مبتلا به اختلال اضطراب

به نتایج مرحله پس‌آزمون به‌نظر می‌رسد الگوی فراشناختی ولز در کاهش باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مؤثر است. از دیگر یافته‌های مهم نتایج مرحله‌ی پیگیری می‌توان به این مطلب اشاره کرد که درمان فراشناختی موجب تعمیق و پایداری تأثیرات درمان شده است. این نتایج با یافته‌های پژوهش مشابه خارجی (۲۳ و ۲۱، ۱۴) و نمونه‌های داخلی (۲۵) همسو بود. همان‌طور که پیشتر اشاره شد، هدف از درمان فراشناختی افزایش نظارت و کنترل فرد بر پردازش اطلاعات و جریان پویای فکر خویش به‌خصوص در موقعیت‌های اضطراب‌آور است. با توجه به ماهیت اختلال هراس اجتماعی که با درگیری شناختی هیجانی فرد مبتلا همراه است، برنامه‌ریزی درمانی که ابتدا پردازش هیجانی را متوقف کرده و سپس به چالش فراشناختی بپردازد، می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. روش‌های درمان فراشناختی در واقع این اهداف را دنبال می‌کنند (۳۰).

تلوایحات بالینی از یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد، درمان فراشناختی با ایجاد زمینه برای قطع سبک‌های ناسازگار تفکر و رفع فراشناخت‌های مثبت بیماران در مورد توجه متمرکز روی علایم طبیعی برانگیختگی، به آنها این فرصت را می‌دهد که به گونه مؤثر و در عین حال متفاوت از شیوه‌های شناختی صرف با باورهای ناکارآمد خود در حوزه اختلال هراس اجتماعی رو به رو شوند. مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی، اغلب قبل از رویارویی با موقعیت

اجتماعی تمایل دارند قضاوت دیگران را تهدیدآمیز، افراطی و به سبک فاجعه‌آمیز تعبیر کنند و به همین خاطر در صورت قرار گرفتن در موقعیت اجتماعی، از این که به وسیله دیگران به صورت منفی مورد ارزیابی قرار گیرند وحشت دارند، لذا اجتناب می‌کنند. آن‌ها از دید یک مشاهده‌گر بیرونی به خود نگاه کرده و از اطلاعات درونی برای تعبیر افراطی این موضوع که از دید دیگران چگونه به نظر می‌رسند، استفاده می‌کنند(۳۱). در درمان متمرکز بر فراشناخت، ابتدا سعی می‌شود با آموزش روش باز متمرکزسازی توجه موقعیتی، تمرکز فرد بر نشانه‌های منفی موجود در خود و دیگران کاهش یافته و سپس با کمک روش چالش با خویشتن، تفسیرهای منفی فرد در لحظه‌ای که دچار ترس می‌شود، مورد چالش قرار گیرند. در واقع، استفاده از روش چالش با خود، قبل از برخورد با موقعیت و پس از آن انجام می‌گیرد و در حین رویارویی فرد با موقعیت، از روش انتخاب احتمالات مثبت‌تر و خودگویی کلامی مثبت استفاده می‌شود. استفاده از این روش فقط یک تلقین مثبت نیست زیرا فرد قبلاً با خود در مورد آن‌ها به صورت مفصل چالش کرده و آن‌ها را به صورت منطقی پذیرفته است. اعتباریابی مدل فراشناختی در تعدادی از مطالعات به صورت فردی(۱۳) یا گروهی به اثبات رسیده است، اما پژوهش‌هایی که به منظور اثربخشی درمانی برخاسته از این مدل انجام شده، همچنان اندک است. محدود

بودن دامنه تحصیلی شرکت‌کنندگان پژوهش و همچنین دامنه سنی ۱۷ تا ۲۵ سال در این پژوهش، می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌های تحقیق را به نمونه‌های خارج از این دامنه محدود سازد. همچنین وجود مرحله پیگیری کوتاه مدت می‌تواند از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر باشد و در نهایت به دلیل کمی تعداد پژوهش‌های مرتبط، امکان مقایسه با سایر پژوهش‌ها کمتر بود.

نتیجه‌گیری

درمان فراشناختی باعث کاهش شدت ترس از ارزیابی منفی دیگران در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی می‌شود و میزان اجتناب و آشفتگی آنها را نیز کاهش می‌دهد. نکته دیگری که از نتایج به چشم می‌خورد ثبات بهبودی در مرحله پیگیری درمان است. از آنجا که نتایج درمان در پیگیری نیز بر قوت خود پایدار بود می‌توان احتمال داد که افزایش کنترل فراشناختی، به بیماران کمک کرده است که رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و آن‌ها را قادر نموده تا فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرارشونده را فزونی می‌بخشد و یا باعث افزایش باورهای عمومی منفی می‌گردد را تغییر دهند. ضمن این که به بیماران تکنیک‌هایی یاد داده شد که در آینده و در صورت هجوم ترس‌ها و ناراحتی‌ها با به کارگیری این تکنیک‌ها با آن‌ها مقابله کنند.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان نامه مقطع دکترای رشته روانشناسی با کد ۲/۱۰۹۰ دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج می باشد، که با حمایت این دانشگاه انجام شد، بدین وسیله بر خود لازم می دانیم از مسئولین آموزش دانشگاه های شهر گچساران و همه دانشجویانی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند تقدیر نماییم.

REFERENCES:

1. Teo AR, Lerrigo R, Rogers MAM. The role of social isolation in social anxiety disorder. A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 2013; 27(4): 353-64.
2. Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *Eur Neuropsychopharmacol* 2005; 15: 445-52.
3. Hedman E, Strom P, Stunkel A, Mortberg E. Shame and guilt in social anxiety and association with social anxiety and depressive symptoms. *Plos one* 2013; 8(4): e 61713.
4. Chiniforoushan A. Construction and validation for test anxiety in third-level students of Ahvaz, *journal of educational sciences and psychology. Shahid Chamran University of Ahvaz* 2011; 3(3 & 4): 74-61.
5. Sung SC, Portera E, Robinaugh DJ, Marks EH, Marques LM, Otto MW, et al. Mood regulation and quality of life in social anxiety disorder: An examination of generalized expectancies for negative mood regulation. *Journal of Anxiety Disorders* 2012; 26: 435– 41.
6. Nicholson C. What to do about social anxiety disorder. *Harverd Women's Health Watch* 2008; 16: 4.
7. Rapee RM, Macleod C, Carpenter L, Gaston JE, Frei J, Peters L, et al. Integrating cognitive bias modification into a standard cognitive behavioral treatment package for social phobia: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy* 2013; 51: 207-15.
8. Calvete E, Orue I, Hankin BL. A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2015; 37(1): 85-99.
9. Romm KL, Melle I, Thorsen C, Andreassen OA, Rossberg JI. Severe social anxiety in early psychosis is associated with poor premorbid functioning, depression, and reduced quality of life. *Comprehensive Psychiatry* 2012; 53: 434-40.
10. Dannahy L, Stopa L. Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy* 2007; 45(6): 1207-19.
11. Bahadori MH, Jahanbakhsh M, Kalantari M, Molavi H. Effects of Meta-Cognitive Therapy on Symptoms of Social Phobia Patients. *Armaghan Danesh* 2011; 16(1): 61.
12. Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *J Anxiety Disorder* 1997; 11: 279-96.
13. Shirazi Tehrani A, Mir Derekvand F, Sehavandi M. Comparison of the effectiveness of interpersonal and metacognitive therapy on the reduction of symptoms of social phobia. *Armaghan Danesh* 2011; 20(10): 105.
14. Wells A. Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice* 2007; 14(1): 18-25.
15. Shaygan Manesh Z, Sobhi Gharamaleki N, Narimani M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy of leahy and schema therapy of young on social anxiety disorder and specific symptoms related to it. *Middle Eastern Journal of Disability Studies* 2018; 8(0): 80-4.
16. Ghaderi F, Kalantari M, Mehrabi H. Effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas modification and reduce of social anxiety disorder symptoms. *Clinical Psychology Studies* 2016; 6(24): 1-28.
17. Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder The S-REF model. *Behavres Ther* 1996; 34: 881-8.
18. Spada MM, Nikcevic AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences* 2008; 44: 1172–81.
19. Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders; A practice manual and conceptual guide*. New York: Chichester; 1997; 20.
20. Pournamdarian S. Explaining the metacognitive beliefs in detection, anxiety, and stress symptoms in nurses. *Knowledge and Research in Applied Psychology* 2012; 13: 3.
21. Hartman LM. A metacognitive model of social anxiety: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review* 1993; 3(4): 435-6.
22. Wells A, Papageorgiou C. Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behav Res Ther* 2001; 39: 713-20.

23. Vander Heiden C, Muris P, Vander Molen HT. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy* 2012; 50(2):100-9.
24. Farahmand V, Hassanzadeh R, Mirzaian B, Fayyazi Bordbar MR, Feizi J. The efficacy of group metacognitive therapy on self-esteem and mental health of patients suffering from major depressive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2014; 8(2): 4–10.
25. Bahadori M, Jahanbakhsh M, Jamshidi A, Askari K. The effect of metacognitive therapy on anxiety symptoms in patients with social phobia disorders. *Knowledge and Research in Applied Psychology* 2011; 12(4): 46.
26. Wells A, Welford M, King P, Papageorgiou C, Wisely J, Mendel E. A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *J Behavres Therapy* 2010; 48: 429-34.
27. Heiden CV, Muris P, Molen V. Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *J Behav Res Therapy* 2012; 50: 100-9.
28. Connor KM, Davidson JK, Churchill LE, Sherweed A, Foa EB. Psychometric properties of the social phobia Inventory (SPIN). *The British Journal of Psychiatry* 2000; 176: 379-86.
29. Fazli M. Comparison of the defense styles and mechanisms of people with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and social phobia. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 1(1): 79-93.
30. Wells A. Anxiety disorders, metacognition and change. *Roadblocks in Cognitive-Behavioral Therapy: transforming challenges into opportunities for change*; 2003; 69-88.
31. Yalom ID, Crouch EC. The theory and practice of group psychotherapy. *The British Journal of Psychiatry* 1990; 157(2): 304-6.

The Effectiveness of Metacognitive Therapy in a Group Method on Metacognitive Beliefs in Female Students with Social Anxiety Disorder

Safikhani Gholizadeh S, Mahmoudi A*

Department of Psychology, Yasuj Branch, Islamic Azad University, Yasuj, Iran

Received: 19 Mar 2018

Accepted: 03 Jun 2019

Abstract

Background & aim: Social anxiety, also known as social phobia, is one of the most common psychiatric disorders in the society, which, due to the complex and multidimensional nature of this disorder, requires the planning and implementation of appropriate treatment. The aim of this study was to determine the effectiveness of Wells meta-cognitive therapy in group therapy on meta-cognitive beliefs of female students with social anxiety disorder.

Methods: the present quasi-experimental study was carried out using a pre-test one-month post-test and control group. The statistical population of the present study were female undergraduate students of Azad University, Payam Noor University, and Applied Sciences University in Gachsaran, Iran. The study was conducted on 300 students using Social Anxiety Inventory(SPI). The cut point was 40 with the accuracy of 80% and cut point of 50 with the accuracy of 89%, distinguished people with social anxiety from non-specific individuals. At that point, sixty participants were randomly selected and randomly assigned to experimental and control groups of 30 participants each. The MCQ-30 metacognitive beliefs questionnaire was performed in three stages: pre-test, post-test and one-month follow up for the groups. After carrying out ethical considerations(informed consent, willingness, secrecy), the experimental group received metacognitive therapy during the ten sessions and the control group received no treatment. The obtained results were analyzed using descriptive statistics and multivariate covariance analysis(MANCOVA) using SPSS software version 21.

Result: Mean and standard deviation of metacognitive beliefs in pretest; experimental group 08, 89, 26, 6, control group 90.22, 5.58, posttest 70.04, 4.66, control group 84.63, 6.79 and follow-up in experimental group 71.38, 6.79 and control group 85.74, 6.94. Furthermore, the results of analysis of covariance indicated that there was a significant difference between the two groups in all post-tests($p < 0.05$). According to the descriptive indices, the experimental group's post-test scores were significantly lower than the control group. This was also the case for the components of follow-up research, therefore group metacognitive therapy significantly improved the metacognitive beliefs of patients with social anxiety at post-test and the consistency of treatment outcomes at follow-up.

Conclusion: Results showed improvement in patients' symptoms after one month post-test and follow-up. According to the post-test results, it appeared that meta-cognitive group therapy was effective in improving metacognitive beliefs in patients with social phobia disorder.

Keywords: Group Therapy, Meta-Cognitive Therapy, Meta-Cognitive Beliefs, Social Anxiety

*Corresponding Author: Mahmoudi A, Department of Psychology, Yasuj Branch, Islamic Azad University, Yasuj, Iran

Email: dehlidena@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Safikhani Gholizadeh S, Mahmoudi A. The Effectiveness of Metacognitive Therapy in a Group Method on Metacognitive Beliefs in Female Students with Social Anxiety Disorder. *Armaghane-danesh* 2019; 24(3)(1): 540-554