



## The Effectiveness of Metacognitive Therapy Brain-Based Executive Functioning Training on Cognitive-Attention Syndrome in Students with Social Anxiety

Zohreh Hashemi<sup>\*1</sup>, Sanaz Eyni<sup>2</sup>, Taghi Shahjoe<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Department of psychology, University of Maragheh, Maragheh, Iran

<sup>2</sup> Department of psychology, Faculty of Humanities and social sciences, university of Kurdistan, Sanandaj, Iran

<sup>3</sup> Clinical Psychology, university of Tabriz, Tabriz, Iran

\*Corresponding author: Zohreh Hashemi, Department of psychology, University of Maragheh, Maragheh, Iran. Email zhashemi1320@gmail.com

### Article Info

#### Keywords:

Metacognitive therapy,  
Cognitive-Attention  
Syndrome, Executive  
function, and Social  
anxiety

### Abstract

**Introduction:** Social anxiety can have devastating effects on the daily activities of individuals, especially students, on their ability to work, pay attention, and their academic performance in assessment situations. As a result, the present study aimed to determine the effectiveness of metacognitive therapy based on executive brain training on cognitive-attention syndrome in students with social anxiety.

**Methods:** This was a quasi-experimental study with a pretest and posttest design with a control group. The statistical population of the study was 174 male students of the second secondary school of talented schools in Maragheh in the academic year of 2018. The sample consisted of 40 students with social anxiety who were selected using purposive sampling method and randomly assigned to experimental ( $n=20$ ) and control ( $n=20$ ) groups. The experimental group received 7 sessions of 45-60 minutes with metacognitive therapy method with emphasis on executive functions of the brain and homework through active memory-psycho-equipment improvement software (2010) and the control group did not receive treatment. Social Anxiety Questionnaire (SPIN), Cognitive-Attention Syndrome Scale (CAS-1) and Metacognition Questionnaire for Adolescents (MCQ-A) were used to collect data. For data analysis using SPSS software version 22 in the descriptive statistics section, the mean and standard deviation and in the inferential statistics section, multivariate analysis of covariance was used.

**Results:** The results showed that there was a significant difference ( $p < 0.01$ ) between the experimental and control groups in the variables of social anxiety, cognitive-attention syndrome and metacognitive beliefs. In other words, metacognitive intervention had a significant effect on students' social anxiety and led to a decrease in students' social anxiety.

**Conclusion:** The results showed the effectiveness of metacognitive therapy with emphasis on executive functions of the brain in improving cognitive-attention syndrome and social anxiety in students. Therefore, counselors and education specialists are recommended to use metacognitive therapy to improve cognitive-attention syndrome and reduce students' social anxiety.

## اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی برآموزش‌های کارکردهای اجرایی مغز بر سندروم شناختی- توجهی دانشآموزان مبتلا به اضطراب اجتماعی

زهره هاشمی<sup>۱\*</sup>، سانا ز عینی<sup>۲</sup>، تقی شاهجویی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران

<sup>۲</sup> گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

<sup>۳</sup> روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

\*نویسنده مسؤول: زهره هاشمی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران. ایمیل: zhashemi1320@gmail.com

### چکیده

**مقدمه:** اضطراب اجتماعی می‌تواند منجر به آثار مخربی بر فعالیت‌های روزمره افراد، بخصوص دانشآموزان در توانایی کار کردن، توجه و عملکرد تحصیلی در موقعیت‌های ارزیابی گردد. در نتیجه، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی برآموزش‌های کارکردهای اجرایی مغز بر سندروم شناختی- توجهی دانشآموزان مبتلا به اضطراب اجتماعی انجام شد.

**روش‌ها:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه دانشآموزان پسر مقطع متوسطه دوم مدارس استعداد درخشان شهر مراغه در سال ۱۳۹۷ به تعداد ۱۷۴ نفر بود. نمونه پژوهش شامل ۴۰ دانشآموز دارای اضطراب اجتماعی بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۷ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای با روش درمان فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرایی مغز و تکلیف منزل از طریق نرم افزار بهسازی حافظه فعال- روان تجهیز (۱۳۸۹) آموزش دید و گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SPIN)، مقیاس سندروم شناختی- توجهی (CAS-1) و پرسشنامه فراشناخت برای نوجوانان (MCQ-A) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده گردید.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای اضطراب اجتماعی، سندروم شناختی- توجهی و باورهای فراشناختی تفاوت معناداری ( $P < 0.01$ ) وجود دارد. به عبارت دیگر مداخله فراشناختی بر اضطراب اجتماعی دانشآموزان تأثیر معناداری داشت و منجر به کاهش اضطراب اجتماعی در دانشآموزان شد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی درمان فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرایی مغز، در بهبود سندروم شناختی- توجهی و اضطراب اجتماعی در دانشآموزان بود. بنابراین به مشاوران و متخصصان تعلیم و تربیت توصیه می‌شود که برای بهبود سندروم شناختی- توجهی و کاهش اضطراب اجتماعی دانشآموزان از روش درمان فراشناختی استفاده کنند.

**وازگان کلیدی:** اثربخشی، درمان فراشناختی، کارکردهای اجرایی مغز، سندروم شناختی- توجهی، اضطراب اجتماعی.

بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد، می‌باشد. درمان فراشناختی با افکار، باورها و آگاهی از افکار سروکار دارد و با تسهیل تغییر افکار باعث می‌شود که افراد نیاز به کنترل افکار را احساس نکنند و به تدریج این نیاز کاهش می‌یابد [۱۱]. براساس مدل فراشناختی در اختلال‌های روان شناختی، نگرانی مؤلفه اصلی سندروم شناختی - توجهی است که سهم عمدۀ ای در آسیب شناسی همه اختلالات دارد؛ بنابراین، یکی از اهداف درمان فراشناختی، کاهش دادن و یا متوقف کردن افکار تداوم بخش هنگام بروز افکار مزاحم است [۱۲ و ۱۳].

از دیگر عواملی که در اختلال اضطراب اجتماعی مختلف می‌گردد، کارکردهای اجرایی مغز می‌باشد. پژوهش‌ها نشان داده است که اختلالات خلقی، عاطفی و هیجانی بر کارکردهای اجرایی مغز تأثیر منفی می‌گذارد [۱۴]. کارکردهای اجرایی، مهارت‌های کنترل شناختی نامیده می‌شوند؛ این کارکردها بخشی از مکانیسم‌های خودتنظیمی هستند که فرآیندهایی مانند تغییر توجه، حل مسئله، برنامه‌ریزی، بازداری و حافظه کاری را در بر می‌گیرند [۱۵]. یافته‌های علم اعصاب شناختی نشان می‌دهد ساختارهایی مغزی پیشانی و آهيانه ای از رشد کارکردهای اجرایی حمایت می‌کنند. کارکردهای اجرایی به ما کمک می‌کند اطلاعات مربوط به یک مسئله خاص در حافظه کاری مان حفظ، اطلاعات نامربوط نادیده گرفته و پاسخ‌هایی که مانع رسیدن به هدف می‌شود بازداری شود. مطالعات طولی نشان می‌دهند این توانایی‌ها با موفقیت تحصیلی، سازگاری اجتماعی و موفقیت شغلی ارتباط دارند [۱۶]. نقص در کارکردهای اجرایی، موفقیت تحصیلی را کاهش و احتمال رفتارهای خطرآفرین را افزایش می‌دهد [۱۷]. مطالعات نشان می‌دهد افراد مضطرب، دارای تفکر منفی که منبع آن خود فرد است، می‌باشند و این تفکر با عملکرد فرد تداخل دارد [۱۸]. بنابراین، اختلال اضطراب اجتماعی دارای پایه‌های عصب روان شناختی است و لوب پیشانی را درگیر می‌کند که منجر به اختلال در مؤلفه‌های کارکردهای اجرایی می‌گردد و آثار مخربی بر فعالیت‌های روزمره افراد نظری توانایی کار کردن، توجه و عملکرد تحصیلی افراد بخصوص در موقعیت‌های ارزیابی دارد [۱۹].

در پژوهش سلمانی و همکاران [۲۰] نشان داده شده است که در درمان فراشناختی بیماران به خودآگاهی و خودتنظیمی دست می‌یابند که این امر منجر به کاهش توجه معطوف به خود، کاهش احساس تهدید و نشخوارهای فکری و در نتیجه کاهش سندروم شناختی - توجهی می‌گردد. در این روش به آرام بخشی فعالیت بادامه تأکید شده است [۲۱]. در پژوهشی شهیدی و همکاران [۲۲] نشان دادند آموزش کارکردهای اجرایی و داشن فراشناختی برای کاهش میزان نافرمانی مقابله‌ای کودکان موثر

اختلال اضطراب اجتماعی اختلال ناتوان کننده‌ای است که درصد بالایی از افراد جامعه را گرفتار می‌کند. Rapee & Spence [۱] معتقدند با وجود گام‌های بزرگی که در فهم عوامل نگهدارنده این اختلال و درمان آن برداشته شده است ولی "هنوز راه زیادی تا فهم اینکه چرا فردی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود در پیش داریم". Rapee [۲] معتقد است اختلال اضطراب اجتماعی در پیوستاری از شدت قرار می‌گیرد. این پیوستار به ترتیب شدت از نبود اضطراب اجتماعی تا اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر و اختلال شخصیت اجتنابی قرار دارد. شیوه اختلال اضطراب اجتماعی به طور متوسط بین ۷ تا ۱۳ درصد در مطالعات گزارش شده است [۳].

تحریف و سوگیری در پردازش اطلاعات اجتماعی و در افکار، نگرش‌ها و باورهای مرتبط با عملکردهای اجتماعی، توصیف کننده اضطراب اجتماعی است [۴]. بنابراین از مهم ترین عوامل پیدایش و تداوم نگرانی‌ها، سبک تفکری است که تحت عنوان سندروم شناختی - توجهی شناخته شده است. تحقیقات نشان داده است که سندروم شناختی - توجهی، نقش مهمی در سبب شناسی و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی ایفا می‌کند [۵]. این سندروم منجر به تداوم هیجان‌های منفی و تقویت افکار منفی می‌شود. همچنین سبب ماندگاری احساس تهدید، حفظ پردازش مبتنی بر تهدید و توجه به منابع تهدید می‌گردد [۶]. از آنجا که نشخوارهای فکری و نگرانی‌ها، همواره دارای سوگیری هستند، توجه فرد را بر اطلاعات منفی متمرکز می‌کنند و بدین وسیله موجب ادراک تحریف شده ای از خود و جهان می‌گردد و یا موجب فعل سازی و تداوم احساس تهدید شده و از این رو اضطراب را برای مدت طولانی تداوم می‌بخشند Wells [۷]. به طوری که مطابق الگوی فراشناختی & Matthews, 1994، همه اختلالات روان شناختی افراد با سندروم شناختی - توجهی تشدید و پایدار می‌مانند. در این راستا، برای حل این مشکل، رویکردهای درمانی مختلفی ابداع شده است که از آن میان درمان فراشناختی است. درمان فراشناختی یکی از درمان‌های مؤثری است که اخیراً مطرح شده و اثربخشی آن در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی تأیید گردیده است [۸]. سبک مورد توجه درمان فراشناختی، سندروم شناختی - توجهی است که با درگیری افراطی در تفكیر کلامی مداوم و مشغولیت ذهنی به شکل نگرانی و نشخوار فکری مشخص می‌شود [۹]. Wells [۱۰] نخستین بار درمان فراشناختی را معرفی نمود. این روش درمانی از درمان شناختی - رفتاری متفاوت است، زیرا به جای اینکه روش استاندارد درمان، چالش با افکار و باورها در مورد ضربه‌ی روانی و یا رویارویی مکرر و طولانی مدت با خاطرات مربوط به ضربه‌ی روانی باشد، شامل ارتباط با افکار به طرقی که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادارکی پیچیده شود و

نمونه گیری هدفمند استفاده شد. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۰ دانش آموز بود که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن اختلال اضطراب بر مبنای ملاک های تشخیصی، پر کردن رضایت نامه مبتنی بر رضایت آگاهانه، متعهد بودن به حضور به موقع در جلسات درمان، برخورداری از سلامت جسمی و معیارهای خروج تکمیل نکردن فرم رضایت آگاهانه و عدم رضایت برای ادامه ای همکاری در پژوهش، غیبت پیش از دو جلسه در فرآیند درمان، سابقه مصرف داروهای روان پزشکی، سابقه دریافت مداخلات روان شناختی در ۶ ماه گذشته و عدم همکاری در انجام تکالیف منزل و تکمیل پرسشنامه بود. نحوه اجرای پژوهش این گونه بود که پس از بیان هدف، اهمیت و ضرورت پژوهش، موافقت مدیریت آموزش و پرورش و مدرسه پسرانه استعداد درخشنان شهرستان مراغه اخذ شد. سپس دانش آموزان متقارضی در پژوهش پس از بررسی ملاک های ورود به مطالعه، از نظر اختلال اضطراب اجتماعی براساس ملاک های تشخیصی و پرسشنامه مرتبط ارزیابی شدند و تعداد ۴۰ نفر از آنها که ملاک های اختلال اضطراب اجتماعی داشتند به عنوان نمونه انتخاب شدند. افراد منتخب با روش تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم و به روش تصادفی یکی از گروه ها به عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر به عنوان گروه کنترل انتخاب شد. گروه آزمایش ۷ جلسه ۴۵ دقیقه ای از درمان فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرایی مغز برخوردار گردیدند و گروه کنترل در طول این مدت هیچ مداخله روان شناختی دریافت نکرد. در پایان پژوهش به منظور رعایت اصول اخلاقی، یک دوره فشرده درمان فراشناختی برای افراد گروه کنترل اجرا گردید. محتوى درمان فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرایی مغز به طور خلاصه در جدول ۲ ارائه شده است.

بوده است. بنابراین عملکرد مناسب ناحیه پیش پیشانی و کارکردهای اجرایی مغز از ابزار مهم روان شناختی به شمار می آیند [۲۳]. با توجه به شیوع بالای اختلال اضطراب اجتماعی در جامعه، این اختلال سال های اخیر به عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته می شود. همچنین، افزون بر آنکه این اختلال بسیار شایع است، اغلب در سال های نخست دوران جوانی آغاز می شود، که به طور چشمگیری در شکل گیری طبیعی مهارت های سازگاری تأثیر گذارد است و منجر به آثار محرکی بر فعالیت های روزمره افراد بخصوص دانش آموزان در تولیایی کار کردن، توجه و عملکرد تحصیلی در موقعیت های ارزیابی می گردد [۲۴]. لذا هدف از انجام پژوهش حاضر پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان فراشناختی مبتنی بر آموزش های کارکردهای اجرایی مغز بر سندروم شناختی - توجهی دانش آموزان مبتلا به اضطراب اجتماعی تأثیر دارد؟

## روش بررسی

پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود که در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل

پس آزمون		متغیر مستقل			پیش آزمون		انتخاب تصادفی	
گروه آزمایش	گروه کنترل	R	T1	X	T2	R	T1	T2

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم مدارس استعداد درخشنان مراغه در سال ۱۳۹۷ به تعداد ۱۷۴ نفر تشکیل داد. برای نمونه گیری از روش

جدول ۲. محتوى مداخله فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرایی مغز به تفکیک جلسات

جلسات درمان	اهداف	محتوی	تکالیف
جلسه اول	تعیین مشکل اصلی	تحصیلی، مشخص کردن مشکل اصلی و آموزش مفهوم فراشناخت	دانش آموز افکار نگران کننده
جلسه دوم	آموزش مفهوم توجه معطوف به خود	پرداختن به مشکلات دانش آموز و افکار نگران کننده از طریق فراشناختی	آموزش توجه معطوف به خود و تعیین میزان آن در نمودار
جلسه سوم	بهسازی حافظه فعال	آموزش عملی بهسازی حافظه	تمرین روزانه بهسازی حافظه
جلسه چهارم	آشنا کردن دانش آموز با تکنیک آموزش	تحویل فرم ثبت دفات انجام تکنیک آموزش	انجام تکنیک آموزش توجه دوبار در روز
جلسه پنجم	آموزش مفهوم ذهن آگاهی	استفاده از مثال های ایستگاه قطار، ابرها، اجازه دادن به افکار که بیانند و بروند	تمرین ذهن آگاهی، آموزش توجه و بهسازی حافظه
جلسه ششم	آموزش و آشنایی با تکنیک بازسازی تصاویر ذهنی	پیگیری انجام تکلیف داده شده در جلسات قبلی، بررسی تغییرات به وجود آمده	انجام و تمرین تکنیک بازسازی تصاویر ذهنی در جلسه و توصیه به دانش آموز برای انجام تکنیک بازسازی تصاویر ذهنی در خانه
جلسه هفتم	آشنایی با خود شفقت ورزی	بررسی و گفتگو پیرامون نامه دلسویزی به خود و شفقت و مهربانی	نوشتن نامه دلسویزی به خود با شفقت و مهربانی

برای عامل کلی ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ ذکر کرده اند [۲۸]. در نسخه اصلی پرسشنامه همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای زیر مقیاس‌های مهار ناپذیری و خطر ۰/۹۱، باورهای مثبت درباره نگرانی ۰/۹۱، و اطمینان شناختی ۰/۹۳ و نیاز به کنترل افکار ۰/۷۲ به دست آمد [۲۹]. نتایج تحلیل پایایی خرم دل و همکاران [۳۰] به روش آزمون-بازآزمون و در فاصله دو هفته برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۴۴ تا ۰/۹۰ و برای عامل کلی ۰/۳۵ به دست آمد. در این پژوهش پایایی پرسشنامه فراشناخت برای نوجوانان به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

مقیاس سندروم شناختی-توجهی-1 (CAS-1): پرسشنامه نشانگان شناختی-توجهی دارای ۱۶ آیتم است که که و همکاران در سال ۲۰۰۹ به منظور ارزیابی فال شدن نشانگان شناختی-توجهی طراحی کردند. دو سوال به ترتیب میزان فراولنی نگرانی و توجه آزمودنی را بر موارد تهدید کننده می‌سنجد. شش ماده‌ی بعدی با فراوانی راهبردهایی که افراد برای مقابله با احساسات و افکار منفی به کار می‌روند ارتباط دارد. پاسخ‌ها به این هشت ماده بر اساس مقیاس لیکرت هشت درجه‌ای از صفر تا ۸ سنجیده می‌شود. هشت ماده‌ی بعدی میزان اعتقاد به هر یک از باورهای فراشناختی درباره نشانگان سندروم شناختی-توجهی را بر اساس مقیاس صفر تا ۱۰۰ درجه بندی می‌کند. نمرات کلی مقیاس سندروم شناختی-توجهی از مجموع تمام ۱۶ ماده یکدیگر به دست می‌آید به نحوی که کمترین نمره صفر و بیشترین ۱۲۸ خواهد بود. کسب نمرات بالاتر در این مقیاس نشانه فعال سازی بیشتر نشانگان شناختی-توجهی است [۳۱]. Fergus و همکاران [۳۲] در پژوهشی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آوردند. در ایران سلمانی و حسني [۳۳] مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۵، گزارش کرده اند. در پژوهش باباخان زاده و همکاران اعتبار مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۵۳ و با استفاده از تنصیف ۰/۴۵ محاسبه شده است [۶]. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ مقیاس سندروم شناختی-توجهی ۰/۷۳ بود.

## یافته‌ها

نتایج شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون متغیر سندروم شناختی-توجهی، اضطراب اجتماعی و باورهای فراشناختی داشت آموزان در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳، میانگین نمرات داشت آموزان در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون در متغیرهای سندروم شناختی-توجهی، اضطراب اجتماعی و باورهای فراشناختی کاهش یافته است.

درمان فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرایی برای گروه آزمایش در یکی از کلاس‌های مدرسه پسرانه استعداد درخشناد هفته‌ای یک جلسه به مدت دو ماه انجام شد. شرکت کنندگان موظف بودند تا تکالیفی را که متخصص روان‌شناسی در هر جلسه ارائه می‌داد، انجام و در آغاز جلسه بعد گزارش دهند. شرکت کنندگان هر دو گروه آزمایش و کنترل در یک بازه زمانی از آبان تا بهمن ۱۳۹۶، یک هفته قبل از شروع اولیه جلسه مداخله و یک هفته پیش از آخرین جلسه مداخله به پرسشنامه‌های مرتبط با پژوهش پاسخ دادند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) استفاده گردید. جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه اضطراب اجتماعی SPIN: پرسشنامه اضطراب اجتماعی در سال ۲۰۰۰ توسط Connor و همکارانش به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی طراحی شد. این مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) را می‌سنجد. پاسخ‌های آزمودنی‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (=۰ به هیچ وجه، =۱ کم، =۲ تا لندازهای، =۳ زیاد و =۴ خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود [۲۵]. اعتبار این پرسشنامه با روش بازآزمایی در گروه هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۸۷ تا ۰/۸۹ و بوده و ضریب همسانی درونی آنها در یک گروه بهتچار ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین برای مقیاس‌های فرعی ترس اجتناب ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک ۰/۸۰ گزارش شده است [۲۶]. در نمونه غیربالینی در ایران ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در نیمه اول آزمون برابر ۰/۸۲ و برای نیمه دوم آزمون برابر ۰/۷۶ گزارش شده است. همیستگی دو نیمه آزمون برابر آزمون ۰/۸۴ و شاخص اسپیرمن-براؤن برابر ۰/۹۱ گزارش شده است و آلفای کرونباخ مربوط به کل آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی برای اجتناب ۰/۷۵ بوده است [۲۷]. در این پژوهش پایایی پرسشنامه اضطراب اجتماعی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

پرسشنامه فراشناخت برای نوجوانان MCQ-A: پرسشنامه فراشناخت برای نوجوانان (MCQ-A) یک پرسشنامه ۳۰ سوالی است که Cartwright-Hatton و همکاران در سال ۲۰۰۴ به منظور سنجش ابعاد باورهای فراشناختی در نوجوانان طراحی نمودند. این پرسشنامه مشتمل بر ۵ خرده مقیاس باورهایی مثبت، باورهای منفی، اطمینان شناختی، خرافات و تنبیه، و خودآگاهی شناختی است. از شرکت کننده خواسته می‌شود میزان موافقت خود را با هر آیتم بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای از "موافقت نیستم" تا "کاملاً موافقم" گزارش دهد. نمره کل پرسشنامه فراشناختی از جمع کل نمرات خرده مقیاس‌ها حاصل می‌شود.

است ( $P < 0.01$ ). خلاصه تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر آموزش های کارکردهای اجرایی مغز بر سندرم شناختی- توجهی دانش آموزان مبتلا به اضطراب اجتماعی در جدول ۵ ارائه شد.

همانطور که در جدول ۵ مشاهده می شود تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل برای هر سه متغیر سندرم شناختی- توجهی، اضطراب اجتماعی و باورهای فراشناختی معنادار است ( $p < 0.01$ )؛ این نتیجه نشان می دهد که مداخله فراشناختی بر سندرم شناختی- توجهی، اضطراب اجتماعی و باورهای فراشناختی دانش آموزان تأثیر معناداری داشته است. بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر آموزش های کارکردهای اجرایی مغز بر سندرم شناختی- توجهی دانش آموزان مبتلا به اضطراب اجتماعی و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان سندرم شناختی- توجهی، اضطراب اجتماعی و باورهای فراشناختی در پس آزمون مورد تأیید قرار می گیرد.

برای بررسی فرضیه پژوهش، تحلیل کوواریانس چند متغیری انجام شد؛ پیش از تحلیل داده ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش فرض های آن بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف، نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین، در مراحل پیش آزمون و پس آزمون معنادار نبود ( $P > 0.05$ ). لذا به این ترتیب فرض های نرمال بودن برای ماتریس های واریانس- کوواریانس و برابری واریانس ها تأیید شد و پیش فرض های انجام روش تحلیل کوواریانس چند متغیری برقرار بودند. خلاصه تحلیل کوواریانس چندمتغیری اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر آموزش های کارکردهای اجرایی مغز بر سندرم شناختی- توجهی دانش آموزان مبتلا به اضطراب اجتماعی در جدول ۴ ارائه شده است.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می شود، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که درمان فراشناختی حداقل باعث بهبود معنادار یکی از متغیرهای سندرم شناختی- توجهی، اضطراب اجتماعی و باورهای فراشناختی در دانش آموزان شده

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون سندرم شناختی- توجهی، اضطراب اجتماعی و باورهای فراشناختی

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
سندرم شناختی- توجهی	کنترل	پیش آزمون	۱۰۴/۴۵	۹/۷۷
		پس آزمون	۱۰۳/۵۰	۹/۳۲
	آزمایش	پیش آزمون	۱۰۱/۹۰	۱۲/۷۲
		پس آزمون	۵۲/۱۵	۹/۲۲
اضطراب اجتماعی	کنترل	پیش آزمون	۴۸/۳۵	۳/۴۸
		پس آزمون	۴۸/۴۵	۳/۸۳
	آزمایش	پیش آزمون	۴۷/۰۰	۵/۰۱
		پس آزمون	۳۱/۶۰	۴/۰۰
باورهای فراشناختی	کنترل	پیش آزمون	۹۱/۸۵	۱۱/۷۰
		پس آزمون	۹۳/۴۵	۱۲/۶۱
	آزمایش	پیش آزمون	۸۸/۲۵	۱۲/۱۷
		پس آزمون	۴۳/۷۵	۷/۷۵

جدول ۴. تجربه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین نمره های سندرم شناختی- توجهی، اضطراب اجتماعی و باورهای فراشناختی دانش آموزان گروه آزمایش و کنترل

آزمون ها	مقدار	F	مقدار	فرضیه DF	خطا DF	معناداری	اندازه اثر
اثر پیلابی	۰/۹۸۶	۷۵۰/۵۵	۰/۰۰۱	۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸
لامبدای ویلکز	۰/۰۱۴	۷۵۰/۵۵	۰/۰۰۱	۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸
اثر هاتلینگ	۶۸/۲۳	۷۵۰/۵۵	۰/۰۰۱	۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸
بزرگترین ریشه روی	۶۸/۲۳	۷۵۰/۵۵	۰/۰۰۱	۳	۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای متغیر سندرم شناختی- توجهی، اضطراب اجتماعی و باورهای فراشناختی در دانش آموزان

باورهای فراشناختی	گروه	ضریب ایتا	سطح معناداری	F	درجه آزادی	میانگین مجذورها	مجموع مجذورها	منبع تغییرات	متغیرهای وابسته
سندرم شناختی- توجهی	گروه	۰/۹۵	۰/۰۰۱	۷۴۳/۷۳	۲۴۱۹۳/۱۳	۱	۲۴۱۹۳/۱۳		
اضطراب اجتماعی	گروه	۰/۸۸	۰/۰۰۱	۲۵۶/۶۹	۲۳۹۰/۸۷	۱	۲۳۹۰/۸۷		
باورهای فراشناختی	گروه	۰/۹۴	۰/۰۰۱	۶۱۴/۶۱	۲۰۵۱۲/۱۳	۱	۲۰۵۱۲/۱۳		

## بحث

قبل و بعد از ترک محیط وقوع می یابد، تمایز قائل می شود. آنها مطرح می کنند که وقتی این افراد وارد محیطی می شوند یک تعییر توجه به سمت خود شامل مشاهده جزئیات و مراقبت از خود به خاطر مدیریت ابزار وجود در موقعیت تهدید برانگیز ایجاد می شود. آنها مطرح می کنند اطلاعات درونی برای شکل دادن برداشت هایی از خودشان به عنوان یک موضوع اجتماعی استفاده می شود. این اطلاعات برای شکل دادن برداشت هایی شامل احساس اضطراب که افراد فکر می کنند به وسیله دیگران قابل مشاهده است استفاده می شود. افراد مبتلا به فوبی اجتماعی واقعاً معتقدند که افراد دیگر این برداشت های تحریف شده را می بینند و همین مسئله نقش مهمی در حفظ این اختلال دارد. وقتی افراد تصاویر خودبخودی از خودشان در موقعیت های اجتماعی تجربه می کنند، این تصاویر مبتنی بر اطلاعاتی از حواس درونی مثل عالیم جسمانی (مثل ضربان قلب با احساس گرما)، افکار و احساسات در مورد خود (غلب منفی) است.

مهم ترین محدودیت های از این پژوهش استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، عدم پیگیری نتایج، حجم نسبتاً کوچک نمونه و استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی بود. براساس محدودیت ها، پیشنهاد می شود که پژوهشگران در پژوهش های آتی از روش های نمونه گیری احتمالی استفاده کنند، نتایج را بعد از چند ماه پس از اتمام مداخله پیگیری نمایند، نمونه های بزرگ تری برای انجام پژوهش انتخاب کنند و از مصاحبه های ساختاریافته یا نیمه ساختاریافته برای جمع آوری داده ها استفاده نمایند. همچنین پیشنهاد می شود اثربخشی درمان فراشناختی بر سندروم شناختی - توجهی، اضطراب اجتماعی و باورهای فراشناختی با سایر روش های درمانی موج سوم از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتار درمانی دیالکتیکی، درمان فراتشیصی، درمان ذهن آگاهی و غیره مقایسه گردد. انجام این پژوهش بر روی سایر دانش آموزان از جمله دانش آموزان مدارس عادی و مقایسه نتایج آنها با نتایج پژوهش حاضر از دیگر پیشنهادات این پژوهش می باشد.

## نتیجه گیری

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی مبتنی بر آموزش های کارکردهای اجرایی مغز نقش مؤثری بر سندروم شناختی - توجهی، اضطراب اجتماعی و باورهای فراشناختی دانش آموزان ایفا می کند. بنابراین می توان نتیجه - گیری کرد با تکنیک های درمان فراشناختی و کار بر سوگیری توجه می توان به دانش آموزان دارای مشکل اضطراب اجتماعی کمک کرد. لذا می توان از روش درمان سایر رویکردهای درمانی مربوط به بهبود عملکرد تحصیلی در کنار سایر رویکردهای درمانی استفاده کرد. در نتیجه روانشناسان تربیتی، مشاوران تحصیلی و متخصصان تعلیم و تربیت می توانند از روش درمان فراشناختی

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر آموزش های کارکردهای اجرایی مغز بر سندروم شناختی - توجهی دانش آموزان مبتلا به اضطراب اجتماعی بود. همانطور که در بخش یافته ها مطرح شد داده های حاصل از پژوهش نشان دهنده اثربخشی این درمان می باشد. به طوری که در نمرات پس آزمون نمرات باورهای فراشناختی و سندروم شناختی - توجهی کاهش معناداری را نشان داد، همچنین دانش آموزان در پس آزمون اضطراب اجتماعی کمتری را گزارش کردند. این یافته ها با سایر پژوهش ها از جمله [۳۴]، [۳۵] و [۳۶] همسو می باشد. در تبیین نتایج می توان مطرح کرد به دلیل سوگیری توجه در اختلال اضطراب اجتماعی می توان با به کارگیری تکنیک هایی از جمله تکنیک آموزش توجه در سندروم شناختی - توجهی و قفعه ایجاد کرد و عالائم بیماران کاهش یابد، زیرا تحریف و سوگیری در پذیرش اطلاعات اجتماعی و در افکار و نگرش ها و باورهای مرتبط با عملکردهای اجتماعی توصیف کننده اضطراب اجتماعی است [۳۶]. همانطور که مطرح شد مدل های شناختی افزایش توجه به اطلاعات منفی دریافت شده را در اضطراب اجتماعی مؤثر می دانند و پژوهش های انجام شده در این حوزه نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بیشتر به اطلاعات منفی یا تهدیدآمیز توجه می کنند. همچنین توجه آن ها بیشتر مت مرکز بر خود است. آن ها کمتر به اطلاعات خنثی، اطلاعات مثبت و اطلاعاتی که سوگیری های منفی آنها را رد می کند توجه می کنند. همچنین اغلب اطلاعات اجتماعی مبهم هستند. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اطلاعات مبهم را منفی و خطناک تعبیر می کنند. علاوه بر این، آن ها قضاویت دیگران را تهدیدآمیز، افراطی و به سبک فاجعه آمیز تعبیر می کنند. همچنین آن ها سوگیری مثبت کمتری نسبت به افراد غیر مضطرب دارند [۳۶]. از طرفی همانطور که یافته های پژوهش نشان می دهد به کارگیری بهسازی حافظه در دانش آموزان مبتلا به اضطراب اجتماعی می تواند نقش مهمی داشته باشد زیرا اطلاعات مرتبط با ارزیابی منفی در این افراد ساده تر از اطلاعات مثبت و اطلاعات خنثی به خاطر سپرده می شود، اطلاعات منفی مرتبط با آنها در موقعیت های اجتماعی راحت تر به یاد آورده می شوند و یادآوری آنها اغلب تحت تأثیر اضطراب قرار می گیرد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تصویر خود منفی را در موقعیت های اجتماعی تجربه می کنند. تصاویر ذهنی منفی در موقعیت های اجتماعی اضطراب بیشتری را ایجاد می کند و باعث تضعیف عملکرد اجتماعی فرد می شود. این افراد معمولاً خود را از نظرگاه دیگران نگاه می کنند و نه از نظرگاه شخصی خودشان [۳۶].

همانطور که مطرح شد Clark & Wells [۳۷] یک تمایز بین فرایندهایی که وقوع می یابند، قائل هستند؛ به عنوان مثال وقتی یک فرد فوبیک وارد محیط می شود بین فرایندهایی که

برای کاهش اضطراب اجتماعی و بهبود سندروم شناختی- توجهی  
دانش آموزان استفاده نمایند.

## تضاد منافع

بين نويسندگان مقاله حاضر هيچگونه تعارضي در منافع وجود  
ندارد.

## منابع مالی

از پژوهش حاضر هيچ حمایت مالي صورت نگرفته و همه  
هزینه ها بر عهده نويسنده اول مقاله بوده است.

## سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه مسئولان مدرسه پسرانه استعداد  
درخشنان مراغه به دلیل همکاری و از دانش آموزان به دلیل شرکت  
در پژوهش تقدير و تشکر می شود.

## منابع

1. Rapee R. M, Spence S. H. The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*. 2004; 24:737-767.
2. Rapee R. M. Descriptive psychopathology of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, New York: Guilford Press; 1995. p. 41-66.
3. Furmark T. Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002; 105:84-93.
4. Spokas M. E, Rodebaugh T. L, Heimberg R. G. Cognitive biases in social phobia. *Psychiatry*. 2007; 6(5):204-210.
5. Cowart M.J, Ollendick T.H. Attention training in socially anxious children: a multiple baseline design analysis. *Journal Anxiety Disorder*. 2011; 25(7):972- 977.
6. Babakhanzadeh S, Ahteshamzadeh P, Eftekharasaadi Z, bakhtiarypor S, Alipor A. [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*. 2019; 10(38):195-220.[Persian].
7. Sendi F, Ehteshamzadeh P, Asgari P, Kafie M. [The relationship cognitive attention syndrome (CAS), with anxiety and depression in burned patients: the mediating role of coping styles]. *Journal of Health Psychology*. 2017; 6(3):74-91.[Persian].
8. Nordahl H, Wells A. Metacognitive therapy for social anxiety disorder: An A-B replication series across social anxiety subtypes. *Journal of Frontiers in Psychology*. 2018; 9:1-7.
9. Hagh A. [The effectiveness of group metacognitive therapy on social anxiety and cognitive flexibility in adolescents]. Master Thesis in Clinical Psychology, Mashhad Ferdowsi University, International Pardis; 2014. [Persian].
10. Wells A. [A practical guide to metacognitive therapy for anxiety and depression]. Translated by Mohammadkhani, Sh., Farasouli Daneh; 2009. [Persian].
11. Habibi Z. [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; 2013. [Persian].
12. Shafie-Sang-Atash S. [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; 2011. [Persian].
13. Sadeghi-Balajorshari S. [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; 2013.[Persian].
14. Micco J, Henin A, Biederman J, Petty C, Beker D. Executive function in patients with depression and anxiety. *Journal of Depress Anxiety*. 2009; 26:780-790.
15. Sosic-Vasic Z, Kröner J, Schneider S, Vasic N, Spitzer M, Streb J. The association between parenting behavior and executive functioning in children and young adolescents. *Frontiers in Psychology*. 2017; 8:472.
16. Munro BA, Weyandt LL, Marraccini ME, Oster DR. The relationship between nonmedical use of prescription stimulants, executive functioning and academic outcomes. *Addictive Behaviors*. 2017; 65:250-7.
17. Amani M, Asady Gandomani R, Nesayan A. [The reliability and validity of behavior rating inventory of executive functions tool teacher's form among Iranian primary school students]. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2018; 16(1):25-34.[Persian].

## ملاحظات اخلاقی

در پژوهش حاضر کدهای رایج اخلاق در پژوهش‌های پژوهشی شامل ۲، ۱۴، ۱۳ (منافع حاصل از یافته ها در جهت پیشرفت دانش بشری)، کد ۲۰ (همانگی پژوهش بیل موازین دینی و فرهنگی) و کدهای ۳، ۱ و ۲۴ (رضایت آزمودنی خها و نماینده قانونی او) در این پژوهش رعایت شده است. این پژوهش بر اساس مجوز کسب شده برای نویسنده اول از آموزش و پرورش شهرستان مراغه بر اساس بخشنامه شماره ۸-۸ در سال ۹۷-۹۸ برای انجام مشاوره، درمان و پژوهش انجام شد. مجوز کسب شده در تاریخ ۹۸/۰۹/۱ به شماره نامه ۸۱ صادر گردید.

همچنین به آزمودنی‌ها اصول رازداری، حفظ حریم شرکت کنندگان، آزاد بودن جهت شرکت در پژوهش، بدون نام بودن پرسشنامه‌ها و انجام تحلیل به صورت گروهی بیان شد.

18. Fujii Y, Kitagawa K, Shimizu Y, Shimizu N, Toyomaki A, Hashimoto N, Et al. Severity of generalized social anxiety disorder correlates with low executive. *Severity of generalized social anxiety disorder correlates with low executive*. Journal of Neuroscience Letters. 2013; 543:42-46.
19. Barabassy A, Beinhoff U, Riepe MW. Cognitive estimation in mild Alzheimer's Disease. *J Neural Transmission*. 2007; 114:1479-1484.
20. Salmani B, Hassani J, Karami G, Mohammadkhani S. [Effectiveness of Metacognitive Therapy in Cognitive-Attention Syndrome] CAS (and Cognitive Emotion Regulation Strategies) CER (Patients with Generalized Anxiety Disorder). *Journal of Science*. 2013; 9(1):112. [Persian].
21. Hashemi Z, Alilu M, Hashemi T. [Effectiveness of metacognitive therapy in MDD]. *Journal of medical science Tabriz University*. 2011; 6:44-89. [Persian].
22. Shahidi L, Granvand P, Ghasemi Siani, M. [Research article: Effectiveness of executive functions and metacognitive knowledge on coping disobedience in boy children with coping disorder in primary school]. *Disability Studies Journal*. 2015; 11:49-57. [Persian].
23. Grove K. [Neuroscience Psychotherapy: How the Neuroscience Affirms Effective Psychotherapy]. Abolqasim translators Zahra Hazrat. Ind ed. Avai Noor: Tehran; 2017. [Persian].
24. Furmark T. Social phobia: Overview of community surveys. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002; 105(42):84-93.
25. Connor K. M, Davidson J. R, Churchill L. E, Sherweed A, Foa E. B. Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *Br J Psychiatry*. 2000; 176(4):379-386.
26. Salajegah S, Bakhshani, N. M. [The Effectiveness of Combined Group Exposure Therapy and Stress Coping Skills Training on Students' Social Anxiety]. *Student Research in Applied Psychology*. 2014; 15(2):96-94. [Persian].
27. Hasanvand Amozade M, Bagheri A, Shairi M. R. [Investigating Psychometric Properties of the Social Anxiety scale in non-Clinical samples. The 5Symposia of Iran Students Health Psychology]. *Research*. 2010; 30:202-313. [Persian].
28. Cartwright-Hatton S, Mather A, Illingworth JB, et al. Development and preliminary validation of the meta-cognitions questionnaire-adolescent version. *J Anxiety Disord* 2004; 18(3): 411-422.
29. Wells A, Cartwright – Hatton S. A short form of metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-32. *Behaviour Research and Therapy*. 2010; 391-379.
30. KhorramDell K, Sajadian P, Bahrami F, Zanganeh S. [Validation of Modified Metacognition Scale for Adolescents]. *Zahedan Journal of Medical Sciences Research*. 2011; 14 (1):34-47. [Persian].
31. Wells A, Welford M, King P, Papageorgiou C, Wisley J, Mendel E. A Pilot Randomized Trial of Metacognitive Therapy vs Applied Relaxation in the Treatment of Adults with Generalized Anxiety Disorder. *Behav Res Ther*. 2010;48(5):429-34.
32. Fergus TA, Bardeen JR, Orcutt, HK. Attentional Control Moderates the Relationship between Activation of the Cognitive Attentional Syndrome and Symptoms of Psychopathology. *Personality Individual Differences*. 2012; 53(2):213-217.
33. Salmani B, Hasani J. [Significance Cognitive Symptoms and Emotional Cognitive Ordering Strategies: Inferiority-Detection or Detection Processes in Mood & Anxiety Disorders]. *J Clin Psychol*. 2013; 3(4):104-91. [Persian].
34. Fisher P, Wells A. [The Metacognitive Therapy Tutorial]. Translated by Mojgan Agha Harris, Masoud Jan Bozorgi.; First Edition. Tehran; 2015. [Persian].
35. Abedi A, Taher M, Jafari B, Singh A. [Effect of attention control training on attention bias and anxiety sensitivity in students with social anxiety disorder]. *Journal of Child Mental Health*. 2017; 4 (1): 3-12. [Persian].
36. Thomas A. F, Joseph R. B, H. K. Orcutt. Attentional control moderates the relationship between activation of the cognitive attentional syndrome and symptoms of psychopathology. *Personality and Individual Differences*. 2010; 13:153-159.
37. Clark D. M, Wells A. Cognitive model of social phobia. In M. R. Liebowitz (Ed.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press; 1995. p. 69–93.