

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی بر هراس اجتماعی کودکان شهرستان ساری

سیده علیا عمادیان^۱، شعبان حیدری^۲، یاسمین فیضی^۳

^۱ استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

^۲ استادیار و عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

چکیده

هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی بر هراس اجتماعی کودکان شهرستان ساری، انجام شد. این پژوهش از نوع کاربردی است و در زمره روش های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون به شمار می رود. جامعه آماری شامل کلیه کودکان (۳ تا ۵ سال) مهد کودکان شهرستان ساری در سال ۹۷-۱۳۹۶ به تعداد ۱۲۰ نفر بود. گروه نمونه به روش تصادفی ۳۰ نفر در دو گروه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر گواه) انتخاب شدند. ابزار اندازه گیری داده ها شامل پرسشنامه استاندارد هراس اجتماعی اسپنس و همکاران (۲۰۰۷) بود. روایی پرسشنامه توسط متخصصان از جمله استاد راهنما و مشاور تایید شد و با محاسبه آلفای کرونباخ، پایایی پرسشنامه هراس اجتماعی برابر ۰/۷۹ درصد محاسبه شد که نشان داد پرسشنامه از پایایی مناسب و مطلوبی برخوردار است. روش تجزیه و تحلیل داده ها استفاده از روش های آمار توصیفی (محاسبه میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (آزمون های کولموگروف- اسمیرنوف، واریانس، رگرسیون و کواریانس) از طریق برنامه نرم-افزاری SPSS۲۲ بود. یافته ها نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی بر هراس اجتماعی کودکان مهد کودک شهرستان ساری تاثیر دارد.

واژه های کلیدی: درمان شناختی، فن خودگویی، هراس اجتماعی، کودکان

مقدمه

درمان شناختی بیشتر بر افکار افراد تمرکز می کند تا بر رفتارهای آنها، زیرا معتقد است که نحوه فکر کردن باعث ایجاد رفتار و احساس می شود. مثلاً اگر من هم اکنون این فکر به ذهنم برسد که ممکن است که پشت سرم یک سارق در حال تعقیب من است، می ترسم و اگر فکر کنم که آن کسی که پشت سرم در حال حرکت است دزد نیست احساس ترس نخواهم کرد. بنابراین اگر افکار من غیرمنطقی و غلط باشند، رفتار و احساس من نیز غیر منطقی خواهد بود. درمان شناختی، بر پیدا کردن افکار غیرمنطقی تمرکز می کند (بهرامی زاده، ۱۳۹۶)

پاور بنیانگذار شناخت درمانی هیجان مدار دلیل ظهور این درمان را چنین توصیف می کند: در آغاز قرن بیستم، روان شناسی در پی یورش مشترک رفتارگرایی آمریکایی و روسی، روح خود را از دست داد. در دهه ۱۹۵۰ روان شناسی حداقل ظرفیت خود برای فکر کردن را به دست آورد و روان شناسی شناختی در سمپوزیومی در موسسه تکنولوژی ماساچوست، در ۱۱ سپتامبر ۱۹۵۶ متولد شد. رشد و توسعه بعدی علوم شناختی، روانشناسی و بسیاری از حیطه های نزدیک به آن مانند زبان شناسی، مردم شناسی، فلسفه و هوش مصنوعی را در بر گرفت. قطعاً، می توان به علم شناختی و درمان های شناختی- رفتاری به خاطر سودمندی هایی که برای حوزه های آکادمیک، درمانگران و مراجعان به ارمغان آورده اند، تبریک گفت؛ اما متأسفانه یک چیزی در این گام های بلند رو به جلو، از قلم افتاد و آن هیجان است (پاور، ۲۰۱۰^۱).

یکی از مهم ترین خصیصه هایی که در ذهن بشر بازشناسی شده، خودگویی است. یکی از ویژگی های انسان برنامه ریزی گفتار است و انسان این توانایی را دارد که قبل از صحبت کردن برنامه ریزی کند. خودگویی از دوران کودکی شروع می شود و مهارت- های زبانی به آرامی در یک زنجیره از پیش تعیین شده گسترش می یابد. بچه ها هنگام بازی و هنگام یادگیری با خود صحبت می کنند و تک گویی آنها با تکرار لغات و عباراتی که هنگام حل مسأله به کار می برند شروع می شود و دامنه ای از توانایی های زبانی را به وجود می آورد. یک بچه دوساله بدون این که شنونده ای داشته باشد لغات و عبارات ساده ای را تکرار می کند و در ۴ سالگی بچه ها می توانند عبارات طولانی تری را هنگام بازی (مثلاً هنگام بازی با عروسک خود) به کار برند. هنگامی که بچه ها شروع به یادگیری مهارت های جدید می کنند و هنگامی که مشغول حل مسأله ای جدید هستند اغلب با صدای بلند با خودشان صحبت می کنند ولی هنگامی که بچه ها بالغ می شوند، این خودگویی ها خصوصی و بی صدا می شود. تحقیقاتی که لورا برک^۲ در مورد خودگویی بچه ها انجام داد نشان می دهد: بچه ها هنگام حل مسائلی که مشکل و گیج کننده هستند بیشتر از خودگویی استفاده می کنند تا در مورد مسائلی که قبلاً با آن روبرو شده اند (آیزنک و کین، ۲۰۱۰؛ ترجمه زارع و پسندی، ۱۳۹۳).

هراس اجتماعی یا اضطراب اجتماعی یکی از اختلالات اضطرابی است و با ترس بارز و پایدار از یک یا چند موقعیت یا عملکرد اجتماعی مشخص می شود که در آن شخص یا با افراد ناآشنا و غریبه مواجه است یا ممکن است مورد کنجکاوی آنها قرار گیرد. در چنین موقعیت هایی شخص می ترسد به گونه ای رفتار کند که موجب تحقیر و شرمندگی خود گردد. بیماران مبتلا به هراس اجتماعی قبل و بعد از مواجهه با موقعیت های اجتماعی به پردازش تحریف شده و سوگیرانه اطلاعات، فراخوان انتخابی اطلاعات منفی در مورد خود و عملکرد اجتماعی شان و استفاده از این اطلاعات برای ارزیابی منفی خود و پیش بینی های منفی در مورد عملکردشان در آینده مشغول هستند (مسیبی چنارین و همکاران، ۱۳۸۹).

^۱ - power

^۲ - Laura Burke

پایدار ماندن هراس اجتماعی یک معما محسوب می‌شود. افراد مبتلا به هراس‌های خاص مثل ترس از محیط بسته، ترس از ارتفاع و ترس از حیوانات کوچک، قادرند به طور موفقیت‌آمیزی از مواجه شدن با منبع ترس خود اجتناب کنند و تصور می‌شود این اجتناب، دلیل اصلی برای پایدار ماندن ترس باشد. در مقابل، ماهیت جامعه‌ی مدرن چنان است که بیماران مبتلا به هراس اجتماعی اغلب مجبورند وارد موقعیت‌های اجتماعی ترس آور شوند اما با وجود این رویارویی‌ها، اختلال هم چنان باقی می‌ماند (محمودی و همکاران، ۱۳۸۹).

فرد مبتلا به ترس اجتماعی بیشتر سعی می‌کند از موقعیت خاصی که در آن ممکن است از سوی دیگران مورد قضاوت قرار گیرد و نشانه‌هایی از اضطراب از خود بروز دهد یا با دستپاچگی رفتار کند، اجتناب ورزد. به طور معمول صحبت کردن، خوردن در جمع و هر نوع فعالیتی که باید در حضور دیگران انجام گیرد، چنین افرادی را به شدت مضطرب می‌سازد. یکی از شایع‌ترین علایم هراس اجتماعی، ترس از صحبت کردن در میان جمعیت می‌باشد. مطالعات نشان داده‌اند، ۸۹/۴ درصد افراد دارای هراس اجتماعی از صحبت کردن در میان جمع هراس دارند که شایع‌ترین نوع ترس در افراد مبتلا می‌باشد. ابتلا به هراس اجتماعی و ترس از صحبت کردن در میان جمع از دو جنبه می‌تواند بر عملکرد تحصیلی فرد تأثیر منفی داشته باشد: ۱- اجتناب از موقعیت‌های عملکردی و صحبت-کردن در میان جمع که از ملزومات سیستم‌های آموزشی می‌باشد و ۲- در صورت اجبار به قرار گرفتن در چنین-موقعیت‌هایی، فرد از برخی مانورهای اجتنابی با هدف کاهش ارزیابی منفی دیگران از خود استفاده می‌کند که از آن جمله می‌توان به سریع صحبت کردن و اجتناب از تماس چشمی اشاره کرد. این دو ویژگی هم در هنگام سخنرانی کردن و هم در هنگام ارزیابی‌ها و امتحانات شفاهی می‌تواند تأثیر منفی بر موفقیت تحصیلی فرد داشته باشد. مطالعه‌ای نشان داد، دانش‌آموزانی که دبیرستان را ناتمام گذاشته بودند ۵۰ درصد به اختلالات اضطرابی مبتلا بودند که شایع‌ترین آنها اضطراب اجتماعی بود و مشکلاتی مانند عدم توانایی در صحبت کردن جلوی دیگران و اضطراب عملکردی دو مشکل عمده منجر به ترک تحصیل بود (مظهری و همکاران، ۱۳۹۳).

در مطالعه آهنگری و همکاران (۱۳۹۵) درباره اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر خودگویی در کاهش اضطراب امتحان دانشجویان پرستاری کاشمر به این نتیجه رسیدند که اضطراب امتحان در گروه آزمایش و گروه کنترل پس از مداخله آزمایشی (آموزش راهبردهای خودگویی) در سطح معناداری تفاوت معناداری وجود دارد (میانگین نمره اضطراب امتحان در دو گروه آزمایش و شاهد به ترتیب ۰۳/۵۳ و ۴۶/۹۶ و خطای استاندارد هم به ترتیب ۷۸/۶ و ۲۵/۱۰ می‌باشد). می‌توان نتیجه گرفت دانشجویانی که تحت آموزش راهبردهای خودگویی قرار گرفتند نسبت به دانشجویانی که تحت چنین آموزش‌هایی قرار نگرفتند از اضطراب امتحان کمتری برخوردار خواهند بود.

مسیبی چناربن و همکاران در سال (۱۳۸۹) مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی در کاهش میزان هراس اجتماعی و تصحیح تعابیر مربوط به خود و دیگران انجام دادند. نتایج نشان داد که اگر چه درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی بر کاهش میزان هراس اجتماعی مؤثر است اما در تصحیح تعبیر رویدادهای مربوط به خود و دی‌گران اثر معنادار نداشته است.

و کاظمیان در سال (۱۳۸۹) پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی در کاهش هراس اجتماعی انجام داد. نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی بر کاهش هراس اجتماعی مؤثر است.

در مطالعه کندال و کیمبرلی^۳ (۲۰۰۷) درباره فن خودگویی در درمان نوجوانان با اختلالات اضطرابی به این نتیجه رسیدند که تغییر در خودگویی های منفی و جایگزین کردن خودگویی های مثبت تأثیر زیادی بر سازگاری و درمان نوجوانان داشت. اصل اساسی در پیشگیری و درمان هر اختلالی این است که با شناسایی عوامل ایجاد کننده و تداوم بخش می توان آن اختلال را به صورت موثرتر و کارآمدتری کنترل نمود. نظریه پردازان شناختی هیجانی معتقدند که سوگیری های پردازش اطلاعات، نقش تعیین کننده ای در تداوم و احتمالاً رشد اختلالات اضطرابی و خلقی دارند. در میان این عوامل، خودگویی را می توان به عنوان عامل کلیدی در ایجاد و تداوم مشکلات عاطفی مورد توجه قرار داد، به طوری که مایکنام به نقل از کالوت و کاردنوسو، نقش و تاثیر خودگویی های شخصی را غیر قابل انکار می داند و معتقد است شناخت های ما همان گفتگوهای درونی هستند که می توانند ما را در معرض اضطراب شدید قرار دهند (علوی و همکاران، ۱۳۹۲).

و هاردی در سال (۲۰۰۴) نیز با در نظر گرفتن تفاوت های کارکردی بین موارد مورد استفاده خودگویی، برای خودگویی جنبه هایی را مطرح می کند. این جنبه ها شامل نحوه ای است که افراد (۱) خود را آرام می کنند و عصبانیتشان را کنترل می کنند، (۲) با موقعیت های دشوار مقابله می کنند، (۳) تمرکز خود را حفظ می کنند و یا آن را باز می یابند، (۴) از لحاظ روانی آماده می شوند، (۵) تلاش هایی که به منظور حفظ انگیزه هایشان انجام می دهند را کنترل می کنند، (۶) اهدافشان را به یاد می آورند، (۷) برنامه ها و مهارت ها فردی خود را اجرا می کنند، و (۸) از لحاظ روانی رشد می یابند و اعتماد به نفس خود را حفظ می کنند (مسیبی چنارین و همکاران، ۱۳۸۹). با توجه به موارد فوق پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی در کاهش میزان هراس اجتماعی کودکان مهدکودک شهرستان ساری تاثیر دارد؟ در این راستا فرضیه پژوهش به شرح ذیل بوده است.

۱- درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی بر میزان هراس اجتماعی کودکان مهدکودک شهرستان ساری تاثیر دارد.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل قرار دارد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه کودکان (۳ تا ۵ سال) مهدکودکان شهرستان ساری در سال ۹۷-۱۳۹۶ به تعداد ۱۲۰ نفر می باشد. نمونه مورد استفاده در این پژوهش از ۱۲۰ کودک (۳ تا ۵ سال) مهدکودک شهر ساری که به روش غیرتصادفی انتخاب شدند، که پس از انجام هماهنگی های لازم از بین ۱۲۰ کودک ۳۰ کودک انتخاب شدند. تعداد نمونه در هر گروه ۱۵ نفر برآورد شد. که مداخله، درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی برای گروه آزمایش آغاز شد. مصاحبه از والدین آنها در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای بود که هفته ای دو جلسه برگزار شد. که موضوعات جلسه به شرح زیر می باشد:

^۳ - Kendall & Kimberli

جدول ۱: موضوعات جلسه

جلسه	محتوی
اول	خوش آورگویی و معارفه، برقراری ارتباط با کودکان، تعیین اهداف و مقررات جلسات، شناسایی موقعیت‌های اضطراب زا
دوم	آموزش فن خودگویی به کودکان، نخواستهای درونی خود را شناسایی کنند، آنها را تغییر دهند و به هنگام روبرو شدن با فشار روانی نخواستهای درونی مثبت را تکرار کنند.
سوم	آموزش توجه به رفتارهای خود و فکر کردن به آنها، تحلیل نتایج هر عملکرد و تقویت شدن برای مقابله مؤثر با کشمکش‌های زندگی
چهارم	بررسی رابطه احساسات با افکار و تحلیل خودگویی‌های کودکان در برخورد با موقعیت‌های اجتماعی و تقویت خودگویی‌های مثبت اجتماعی
پنجم	معرفی ویژگی‌های افراد دارای عزت نفس و شناسایی آن ویژگی‌ها در آزمودنی‌ها
ششم	آشنایی کودکان با موانع رشد عزت نفس که ناشی از افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی کودک هستند.
هفتم	آموزش شیوه‌های مقابله کارآمد با هراس اجتماعی و با موانع رشد عزت نفس
هشتم	جمع‌بندی مطالب گذشته، تاکید بر استفاده از خودگویی‌های مثبت و جایگزینی افکار معتدل و واقع-گرایانه به جای خود شکست دهنده

برای جمع آوری اطلاعات از روش کتابخانه ای و میدانی استفاده شده است ابزار اندازه گیری در این پژوهش از مقیاس هراس اجتماعی اسپنس و همکاران در سال (۲۰۰۷) استفاده شد. داده های گردآوری شده از ۳۰ نفر از اعضای نمونه آماری در بخش آمار توصیفی آزمون میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تحلیل کولموگروف- اسمیرنوف، واریانس، رگرسیون و کواریانس استفاده گردیده است. سپس کلیه داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد نمونه مورد مطالعه را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون هراس اجتماعی

گروه	متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
هراس اجتماعی	آزمایش	۵۰,۳۳	۳,۸۷	۴۰,۹۳	۵,۶۲
	کنترل	۴۷,۰۷	۴,۴۹	۴۶,۲۰	۴,۶۸

جدول شماره ۲ نشان می دهد که میانگین نمره هراس اجتماعی گروه آزمایش در پیش آزمون ۵۰,۳۳ و در گروه کنترل برابر ۴۷,۰۷ می باشد. در مورد میانگین نمره هراس اجتماعی افراد گروه آزمایش در پس آزمون یعنی پس از درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی به ۴۰,۹۳ کاهش قابل توجهی نموده است و این نمره از ۵۰,۳۳ در پیش آزمون به ۴۰,۹۳ در پس آزمون رسیده است. که می توان نتیجه موثر بودن مداخله دانست اما میانگین این نمره در گروه کنترل از ۴۷,۰۷ پیش آزمون به ۴۶,۲۰ پس آزمون رسیده است که نسبت به نمرات پس آزمون کاهش کمی داشته است.

- نرمال بودن

جدول ۳: بررسی نرمالیتت متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف (k-s)

متغیرها	Z	سطح معناداری
پیش آزمون	۰,۱۶۱	۰,۲۰
پس آزمون	۰,۱۷۱	۰,۰۵۳

جدول شماره ۳ نشان می دهد که توزیع متغیرهای پژوهش نرمال می باشد. با توجه به اینکه توزیع متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون نرمال بوده و مقیاس اندازه گیری متغیرها فاصله ای بوده است، از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس جهت تحلیل داده ها استفاده شد.

- همگنی واریانس ها

جدول ۴: نتایج آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس ها

آزمون لون متغیر	مقدار F	df _۱	df _۲	سطح معنی داری
هراس اجتماعی	۲,۱۴۰	۱	۲۸	۰,۱۵۵

جدول شماره ۴ نشان می دهد، میزان F - لوین برای برابری واریانس های متغیرهای پژوهش در پس آزمون در گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد که این مقدار در بین گروه ها معنادار نیست. یعنی نمرات گروه های پژوهش در پس آزمون نمرات هراس اجتماعی دارای واریانس برابری هستند. به این ترتیب شرط دیگر اجرای آزمون کوواریانس برقرار می باشد.

- همگنی شیب خط رگرسیون

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس برای بررسی همگنی رگرسیون

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
هراس اجتماعی	پیش آزمون * گروه	۱۸۷,۵۵۷	۲	۹۳,۷۷۹	۳,۲۸۹	۰,۰۵۳

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که بر اساس نتایج حاصل از آزمون تاثیرات بین آزمودنی‌ها، فرضیه همگنی شیب رگرسیون معنی‌دار نیست ($P > ۰,۰۵$). یا به عبارتی شیب خط رگرسیون بین متغیر همپراش و متغیر وابسته در سطوح مختلف متغیر مستقل (گروه کنترل و آزمایش) یکسان است. بنابراین مجوز استفاده از مدل تحلیل کوواریانس برای داده‌های تحقیق وجود دارد.

فرضیه: درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی بر میزان هراس اجتماعی کودکان شهرستان ساری تاثیر دارد.

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA)

منبع	مجموع مجزورات (SS)	درجه آزادی (df)	میانگین مجزورات (MS)	F	سطح معناداری	توان
پیش آزمون	۱,۱۸۸	۱	۱,۱۸۸	۰,۰۴۳	۰,۸۳۸	۰,۰۰۲
گروه	۲۰۵,۳۹۸	۱	۲۰۵,۳۹۸	۷,۴۱۳	۰,۰۱۱	۰,۲۱۵
خطا	۷۴۸,۱۴۶	۲۷	۲۷,۷۰۹			
مجموع	۵۷۸۹۹,۰۰۰	۳۰				

جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که اثر درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی بر میزان هراس اجتماعی کودکان ($P < ۰/۰۵$) و جهت تفاوت بین گروه‌ها (کنترل و آزمایش) پس از تعدیل میانگین‌های دو گروه بر اساس نمره پیش آزمون، از لحاظ آماری معنادار می‌باشد. از این رو می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی بر میزان هراس اجتماعی کودکان تاثیر دارد. ملاحظه میانگین‌های دو گروه در جدول نشان می‌دهد که نمره آزمودنی‌های گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت آموزش درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی باعث کاهش میزان هراس اجتماعی کودکان شده است. مقدار مجذور انا برابر ۰,۲۲ می‌باشد. بدین معنا که ۲۲٪ از تغییرات نمرات هراس اجتماعی ناشی از اجرای درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی می‌باشد به بیان دیگر درمان شناختی مبتنی بر فن- خودگویی باعث ۲۲ درصد تغییر نمره‌های هراس اجتماعی گردیده است.

بحث و نتیجه گیری

در بررسی فرضیه ۱، یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی بر میزان هراس اجتماعی کودکان شهرستان ساری تاثیر دارد. در واقع آموزش مهارت‌های خودگویی مثبت با توقف چرخه‌ی تقویت کننده هیجانات منفی ناشی از خودگویی منفی، رفتارهای نشأت گرفته از آن را تحت تاثیر قرار داده است. هر چند این مداخله‌ها در تصحیح تعابیر رویدادهای مربوط به خود و دیگران در افراد مبتلا به هراس اجتماعی تاثیر معناداری نداشته است. نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهش‌های آهنگری و همکاران (۱۳۹۵)، مقیمیان و کریمی (۱۳۹۲)، مسیبی چنارین و همکاران (۱۳۸۹)، کاظمیان (۱۳۸۹)، نورد و همکاران (۲۰۱۷) و فلیپ و همکاران (۲۰۱۵) هم سو است.

منابع

۱. آهنگری، الهه؛ یوسف پور، نرگس، عباسی، احمد، باب الحکمی، مجتبی. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر خودگویی در کاهش اضطراب امتحان دانشجویان پرستاری کاشمر. دومین همایش ملی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی ایران.
۲. آیزنک، مایکل؛ کین، مارک. (۱۳۹۴). زبان و تفکر. ترجمه حسین زارع و مهدی باقرپسندی، تهران: نشر ارجمند، (نشر به زبان اصلی ۲۰۱۰).
۳. بهرامی‌زاده، حمید. (۱۳۹۶). نظریه‌های روان‌درمانی: رویکردهای اصلی و طبقه‌بندی آنها. قابل دسترس در سایت [Different approaches to psychotherapy](http://www.differentapproaches.com)
۴. پاور، مایک. (۲۰۱۰). شناخت درمانی هیجان‌مدار. ترجمه شهرام محمدخانی و محمد در هرج ۱۳۹۲، انتشارات وراي دانش.
۵. علوی، خدیجه؛ امیرپور، لیلا؛ مدرس غروی، مرتضی. (۱۳۹۲). رابطه سبک خودگویی و مشکلات عاطفی در دانشجویان. مجله اصول بهداشت روانی، سال ۱۵، شماره ۲، صص: ۱۱۸-۱۲۶.
۶. کاظمیان، سمیه. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی در کاهش هراس اجتماعی. فصلنامه سلامت فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال ۴، شماره ۱، صص: ۲۹-۱۳.
۷. محمودی، محمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ تقوی، سیدمحمدرضا؛ رحیمی، چنگیز. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی درمان کوتاه مدت متمرکز بر فراشناخت بر علائم اختلال هراس اجتماعی، بررسی تک آزمودنی. مجله اصول بهداشت روانی، سال ۱۲، شماره ۳، صص: ۶۳۰-۴۱.
۸. مسیبی چنارین، حسین؛ اسماعیلی، معصومه؛ فلسفی نژاد، محمدرضا. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی در کاهش میزان هراس اجتماعی و تصحیح تعابیر مربوط به خود و دیگران. مطالعات تربیتی روان‌شناسی، سال ۱۱، شماره ۲، صص: ۸۷-۱۰۲.
۹. مظهری، شهرزاد؛ اخلاص‌پور، مریم؛ بنازاده، نبی. (۱۳۹۴). هراس اجتماعی و ارتباط آن با وضعیت تحصیلی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان. مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دوره ۱۱، شماره ۲، صص: ۲۳۵-۲۲۷.

۱۰. مقیمیان، مریم؛ کریمی، طیبه. (۱۳۹۱). تاثیر آموزش گروهی تکنیک های خودگویی مثبت و تن آرامی و ترکیب آنها بر هراس اجتماعی دانشجویان پرستاری. مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران (نشریه پرستاری ایران)، دوره ۲۶، شماره ۸۵، صص: ۶۶-۷۵.

۱۱. Kendall, Ph.; Kimberli, R. (۲۰۰۷). *The role self-talk as a mediator in Treatment for youth with Anxiety Disorders*. Journal of consulting and clinical psychology. Vol. ۷۵.
۱۲. Nordh, M.; Vigerland, S.; Lars-Göran, Ö.; Ljótsson, B.; Mataix-Cols, D.; Serlachius, E. (۲۰۱۷). *Therapist-guided internet-delivered cognitive-behavioural therapy supplemented with group exposure sessions for adolescents with social anxiety disorder: a feasibility trial*. journal ListBMJ Open, ۷(۱۲): e۰۱۸۳۴۵.
۱۳. Philippe, R.; Goldin, M. Z.; Jazaieri, H.; Weeks, J.; Richard, G.; James J.; (۲۰۱۵). *Impact of Cognitive-Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder on the Neural Bases of Emotional Reactivity to and Regulation of Social Evaluation*. Behav Res Ther. Author manuscript; available in PMC, Nov ۱. Published in final edited form as: Nov; ۶۲: ۹۷-۱۰۶.

