

The effectiveness of metacognitive therapy on psychological distress and cognitive-attention syndrome in spouses of brain tumors patients

Hashemi, Z., Eyni, *S., Shahjoe, T.

Abstract

Introduction: Humans are faced with various physical disorders throughout their life, some of which lead to psychological problems for them and others around them. Therefore, the aim of this study was to determine the effectiveness of metacognitive therapy on psychological distress and cognitive-attention syndrome in the spouses of patients suffering from brain tumors.

Method: The present study was semi-experimental with a randomized controlled trial design. The study population consisted of the wives of patients with brain tumors living in Tabriz in 2020. The study sample of 30 individuals was randomly divided to experimental and control groups. The spouses of the experimental group received 8 sessions of 45 to 60 minutes of metacognitive therapy. Data were collected using the Cognitive-Attention Syndrome Scale (CAS-1) and Kessler Psychological Distress before and one week after the intervention, and analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results: The results showed significant differences ($p < 0.01$) between the experimental and control groups after the intervention for cognitive-attention syndrome with 0/97 effect size and psychological distress with 0/82 effect size.

Conclusion: Given the positive impacts of metacognitive therapy on cognitive-attention syndrome and psychological distress in the spouses of these patients, applying metacognitive interventions can provide a basis to enhance the psychological health of these individuals.

Keywords: Metacognitive therapy, Cognitive-attention syndrome, Psychological distress, Brain tumor.

اثربخشی درمان فراشناختی بر پریشانی روانشناختی و سندرم شناختی - توجهی همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی

زهرا هاشمی^۱، ساناز عینی^۲، تقی شاهجویی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۰۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۸

چکیده

مقدمه: انسان‌ها طی دوران زندگی با طیف گسترده‌ای از اختلالات جسمی روبرو هستند که برخی از این اختلالات جسمی، منجر به مشکلات روانشناختی در فرد و اطرافیان می‌گردد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر پریشانی روانشناختی و سندرم شناختی - توجهی همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح کاربندی کنترل شده تصادفی بود. جامعه پژوهش را همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی ساکن شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ تشکیل داد. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله جایگزین شدند. همسران گروه مداخله ۸ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای از درمان فراشناختی برخوردار گردیدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس سندرم شناختی - توجهی (CAS-1) و پریشانی روانشناختی کسسر، قبل و یک هفته بعد از مداخله جمع‌آوری و با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل بعد از مداخله در متغیرهای سندرم شناختی - توجهی با حجم اثر ۰/۹۷ و پریشانی روانشناختی با حجم اثر ۰/۸۲ تفاوت معناداری ($p < 0.01$) وجود دارد.

نتیجه‌گیری: با توجه به تأثیر درمان فراشناختی در بهبود سندرم شناختی - توجهی و پریشانی روانشناختی همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی، اجرای مداخلات فراشناختی می‌تواند زمینه را برای بهبود روانشناختی این افراد فراهم نماید.

واژه‌های کلیدی: درمان فراشناختی، سندرم شناختی - توجهی، پریشانی روانشناختی، تومور مغزی.

۱. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه مراغه، مراغه، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، کردستان، ایران

۳. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

انسان‌ها طی دوران زندگی خود با طیف گسترده‌ای از اختلالات جسمی و روانی روبرو هستند که برخی از این اختلالات جسمی، مشکلات روانشناختی را نیز به همراه دارند که به نوعی منجر به ناهنجاری در شیوه احساس، ادراک و رفتار فرد و اطرافیان می‌گردد. از جمله این اختلالات می‌توان انواع سرطان‌ها و تومورها را نام برد که هر کدام از تومورها سبب‌شناسی و برنامه درمانی ویژه خود را دارند(۱).

انسان موجود پیچیده‌ای است که مسئولیت تنظیم عملکردهای مختلف این سیستم پیچیده با سیستم عصبی مرکزی است و ضایعات درگیر کننده این سیستم می‌تواند اثرات بیولوژیک خود را بر کلیه عملکردهای فرد اعمال کند. این ضایعات هم در دسته بیماری‌های در زمینه رشد غیرطبیعی سلول‌ها یا تومور نئوپلاستیک^۱ و هم در گروه بیماری‌های تخریب‌کننده عصب^۲ پیشرونده طبقه‌بندی می‌شوند و با ایجاد اختلال در عملکرد مغزی، طیف وسیعی از علائم نورولوژیک، از جمله مشکلات حسی و حرکتی و نیز اختلالات رفتاری و روانشناختی را ظاهر می‌سازد(۲). همچنین ایجاد اختلال در عملکردهای مغزی بخصوص در ناحیه زیرقشری^۳ اختلالات شناختی و روانی متعددی را ایجاد می‌نماید؛ علاوه بر این ضایعات چه مستقیم از طریق اثر فشار بر سیستم هیپوتالاموس - هیپوفیز و چه غیرمستقیم از طریق استرس می‌توانند عملکرد این محور را مختل ساخته و با تغییرات هورمونی حاصله اختلالات متعدد رفتاری را موجب گردد. چرا که بسیاری از مشکلات اظهار شده توسط بیماران و همراهان آنان مربوط به واکنش روانی در پاسخ به اطلاع از بیماری است(۳ و ۴). از سایر عوامل مؤثر در بروز اختلالات روانی در این ضایعات وضعیت خانوادگی و روانی و تحصیلات و نحوه واکنش بیمار و اطرافیان به بیماری تشخیص داده شده می‌باشند(۲).

زمانی که افراد دچار تومور مغزی می‌شوند همسران این افراد فشار روانی را تجربه می‌کنند که در برخی از این افراد، این فشار روانی خود به خود از بین می‌رود و به مشکلات روانی دیرپا منجر نمی‌شود و می‌توان آن را به عنوان یک واکنش

سازگاری طبیعی در نظر گرفت، اما برخی از این افراد مشکلات و فشار روانی شدیدتری را تجربه می‌کنند که باعث کاهش کیفیت زندگی، عملکرد روزانه و بروز اختلالات انطباقی جسمی و خلقی و پریشانی روانشناختی^۴ می‌شود(۵). پریشانی روانشناختی مجموعه‌ای از علائم روانی، فیزیولوژیک و رفتاری مانند اضطراب، واکنش‌های افسردگی، بی‌قراری، کاهش توانایی هوشی و اختلالات خواب است که با علائمی مانند احساسات منفی و خسته‌کننده، تحریک پذیر و نگران‌کننده مشخص می‌شود(۶) که با علائم جسمی مانند بی‌خوابی، سردرد و کمبود انرژی ارتباط دارد(۷). پریشانی روانشناختی اصطلاحی است که در توصیف آسیب‌شناسی فردی به لحاظ روانشناختی به مجموعه‌ای از نشانه‌های افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده می‌پردازد(۸). پریشانی روانشناختی به مفهوم عمومی کنش‌وری روانشناختی غیرانطباقی در سطح رخدادهای تنش‌زای زندگی اشاره دارد، از این رو می‌توان گفت پریشانی روانشناختی یک وضعیت هیجانی منحصر به فرد و ناراحت‌کننده برای یک فرد در پاسخ به یک عامل تنش‌زا یا نیاز خاص است که به آسیب‌گذرا یا همیشگی برای وی منتهی می‌شود. پریشانی روانشناختی نسبت به اختلال روانشناختی که به طبقات تشخیصی بالینی باز می‌گردد، دلالت بر سطحی غیر اختصاصی از آسیب‌شناسی روانی دارد و به عنوان پاسخ هیجانی نابهنجار به عوامل تنش‌زا تعریف می‌شود. پریشانی روانشناختی به عنوان یکی از نشانه‌های تشخیصی، در صورت همراه شدن با سایر نشانه‌ها، معیارهای تشخیصی یک اختلال روانی را پوشش می‌دهند، از این جهت، با شدتی کمتر از یک اختلال روانشناختی، در حوزه‌های مختلف عملکرد فرد تداخل ایجاد می‌کند(۹). پریشانی روانشناختی می‌تواند روابط بین فردی را به شدت تخریب کند؛ زیرا چنین افرادی تنش بیشتری را در رابطه با همسر، فرزندان و دوستان خود ایجاد می‌کنند(۱۰). همچنین پریشانی روانشناختی سبب کاهش رضایت‌مندی زناشویی می‌شود و این افراد در صورت مواجهه با مشکل از راهبردهای ناسازگارانه جهت حل مسأله استفاده می‌کنند(۱۱).

یکی از مهم‌ترین عوامل پیدایش و تداوم پریشانی روانشناختی در افراد در معرض استرس، محتوا و سبک

1. neoplastic
2. Neurodegenerative Disease
3. sub-cortical

4. psychological distress

استاندارد درمان، چالش با افکار و باورها در مورد ضربه‌ی روانی و یا رویارویی مکرر و طولانی‌مدت با خاطرات مربوط به ضربه‌ی روانی باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد، می‌باشد. این رویکرد براساس نظریه‌ی بنیادی کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش استوار است که ابتدا در مورد اختلال اضطراب فراگیر به کار برده شد و بعد به عنوان یک رویکرد درمانی کلی گسترش یافت.

درمان فراشناختی رویکرد نوظهوری است که در نتیجه‌ی مدل سازی و فرضیه آزمایی نظام‌دار به وجود آمده و به فنون مختلفی منجر شده است. 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 (۲۲). درمان فراشناختی از جمله رویکردهایی است که درصدد به وجود آوردن یکپارچگی، ذهن‌آگاهی و انسجام درونی مراجع می‌باشد. رویکرد فراشناختی بر این اصل استوار است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها با الگو خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شوند که سبب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌گردند. این الگو سندرم شناختی - توجهی است که شامل پردازش‌های افراطی مفهومی به شکل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت‌شده و راهبردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شود (۲۳). براساس مدل فراشناختی در اختلال‌های روانشناختی، نگرانی مؤلفه اصلی سندرم شناختی - توجهی است که سهم عمده‌ای در آسیب‌شناسی همه اختلالات دارد؛ بنابراین، یکی از اهداف درمان فراشناختی، کاهش دادن و یا متوقف کردن افکار تداوم بخش هنگام بروز افکار مزاحم است (۲۴). در پژوهش سلمانی و همکاران 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 سندرم شناختی - توجهی می‌گردد (۲۵). خلیلی و همکاران در پژوهشی به بررسی تأثیر مداخله

فکری افراد است. در دیدگاه فراشناختی اختلال روانی بر اثر فعال‌سازی سبک فکری خاص و زهرآگینی بوجود می‌آید که به آن سندرم شناختی - توجهی^۱ گفته می‌شود. سندرم شناختی - توجهی را می‌توان سبک فکری تکراری تعریف کرد که به شکل نگران اندیشی یا اندیشناکی توجه معطوف به تهدید و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد بروز می‌کند (۱۲). ممکن است افراد تحت تأثیر استرس دچار سندرم شناختی - توجهی گردند. این سندرم پیامدهایی دارد که منجر به تداوم هیجان‌های منفی و تقویت افکار منفی می‌شود. سندرم شناختی - توجهی باعث حفظ پردازش مبتنی بر تهدید یا همان قفل شدگی در رویداد آسیب‌زا می‌شود. 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 شده‌ای از خود و جهان می‌گردند و یا موجب فعال‌سازی و تداوم احساس تهدید شده و از این رو اضطراب را برای مدت طولانی‌تری تداوم می‌بخشند. نگرانی باعث فعال‌سازی و تداوم احساس تهدید می‌شوند و این کار اضطراب را به حالت‌های ماندگار تبدیل می‌کند، در صورتی که بدون نگرانی، اضطراب به حالت‌های گذرا تبدیل می‌شوند (۱۳). نتایج پژوهش‌های بسیاری بر نقش مؤلفه‌های سندرم شناختی - توجهی در ایجاد اختلال‌های روانشناختی صحه می‌گذارند (۱۸-۱۴). تکنیک‌های فراشناختی با هدف کنترل و تعدیل سندرم شناختی - توجهی می‌تواند به افراد کمک کند تا از نگرانی و در نتیجه تداوم اضطراب جلوگیری کرد.

در این راستا، برای حل این مشکل، رویکردهای درمانی مختلفی ابداع شده است که از آن میان می‌توان به درمان فراشناختی اشاره کرد. درمان فراشناختی یکی از درمان‌های مؤثر و کوتاه مدتی است که اخیراً مطرح شده و اثربخشی آن در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی تأیید گردیده است (۱۹). سبک مورد توجه درمان فراشناختی، سندرم شناختی - توجهی است که با درگیری افراطی در تفکر کلامی مداوم و مشغولیت ذهنی به شکل نگرانی و نشخوار فکری مشخص می‌شود (۲۰). ولز (۲۱) نخستین بار درمان فراشناختی را معرفی نمود. این روش درمانی از درمان شناختی - رفتاری متفاوت است، زیرا به جای اینکه روش

1. Cognitive-Attention Syndrome

راهبردهای درمانی فراشناختی مانند آموزش ذهن آگاهی، تکنیک آموزش توجه، بازسازی تصاویر ذهنی و... می‌تواند در تأمین بهداشت روانی و تأثیر بر کاهش پریشانی روانشناختی و بهبود سندرم شناختی - توجهی این همسران راه‌گشا باشد. از طرفی با توجه به محدودبودن پژوهش‌ها در این زمینه، به ویژه بررسی مشکلات همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی ضرورت انجام کار ایجاب می‌کند که تحقیقات بیشتری در این بستر انجام گیرد. در همین راستا، پژوهش حاضر در پی پاسخ به این سؤال است که آیا درمان فراشناختی بر پریشانی روانشناختی و سندرم شناختی - توجهی همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی تأثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و در قالب یک طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد.

آموزش حمایتی بر پریشانی روانشناختی زنان باردار تحت خشونت خانگی پرداختند؛ نتایج نشان داد نمره پریشانی روانشناختی بعد از درمان کاهش یافت و بین گروه درمان و لیست انتظار تفاوت معنادار وجود دارد (۲۶). همچنین شماره و همکاران در پژوهشی در خصوص مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی، درمان با فلووکسامین و درمان ترکیبی بر بهبود باورهای فراشناختی و پریشانی ذهنی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری نشان دادند که درمان فراشناختی و ترکیبی بیشتر از درمان با فلووکسامین باعث بهبود معنادار شدت پریشانی ذهنی، باورهای مثبت به نگرانی، باورهای منفی به نگرانی، اعتماد شناختی و نیاز به کنترل افکار می‌شوند (۲۷).

بنابراین با توجه به شیوع بالای پریشانی‌های روانشناختی و سندرم شناختی - توجهی در بین همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی و اثرات منفی آن بر عملکرد فردی و خانوادگی آن‌ها به نظر می‌رسد ارائه خدمات روانشناختی در قالب

جدول (۱) طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل

انتخاب تصادفی	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون	
R	T1	X	T2	گروه آزمایش
R	T1		T2	گروه کنترل

نبودن به حضور به موقع در جلسات درمان و عدم همکاری در انجام تکالیف منزل و تکمیل پرسشنامه بود.

ابزار

۱. مقیاس پریشانی روانشناختی: مقیاس پریشانی روانشناختی توسط کسلر و همکاران (۲۰۰۲) ویژه شناسایی اختلالات روانی برای غربالگری جمعیت عمومی ساخته شد. در مطالعات بعدی مشخص شد که فرم ۱۰ سؤالی (K-10) آن نسبت به فرم ۶ سؤالی (K-6)، برای شناسایی اختلالات خلقی و اختلالات اضطرابی نسبت به سایر ابزارها از کارایی بالاتری برخوردار است. همچنین این ابزار برای کنترل و سنجش تأثیر مداخله‌ها و درمان‌های روانشناختی هم مناسب است. این ابزار وضعیت روانی فرد را در طی هفته‌های گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. سؤالات به صورت لیکرتی از هیچ وقت (نمره صفر) تا همیشه (نمره ۴) است و از ۰ تا ۴۰ نمره‌گذاری می‌شود لذا دامنه نمره قابل قبول ۰-۴۰ است. نمره بالاتر نشان دهنده پریشانی روانشناختی بالاتر

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش را کلیه همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دولتی شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ تشکیل داد. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. نمونه مورد مطالعه شامل ۳۰ نفر از همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های دولتی تبریز بود که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن پریشانی روانشناختی بر اساس مصاحبه روانشناس بالینی، پر کردن رضایت‌نامه مبتنی بر رضایت آگاهانه، رضایت برای ادامه‌ی همکاری در پژوهش، برخورداری از سلامت جسمی، نداشتن سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی و دریافت مداخلات روانشناختی در ۶ ماه گذشته و معیارهای خروج تکمیل نکردن فرم رضایت آگاهانه، غیبت بیش از دو جلسه در فرآیند درمان، ابتلا به هر نوع بیماری طبی شدید که مانع از ادامه درمان شود، متعهد

حسنى مقدار آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند (۱۸). در پژوهش باباخانزاده و همکاران اعتبار مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۵۳ و با استفاده از تصنیف ۰/۴۵ محاسبه شده است (۳۲).

محتوای درمان فراشناختی (۲۱) به طور خلاصه در جدول ۲ ارائه شده است.

روند اجرای پژوهش: نحوه‌ی اجرای پژوهش این‌گونه بود که ابتدا پژوهشگر پس از بیان هدف، اهمیت و ضرورت پژوهش، پریشانی روانشناختی افراد شرکت‌کننده در پژوهش را براساس ملاک‌های تشخیصی و پرسشنامه مرتبط مورد ارزیابی قرار داده و تعداد ۳۰ نفر از افرادی که ملاک‌های مرتبط با انجام پژوهش را داشتند به عنوان نمونه انتخاب شدند. افراد منتخب با روش تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم و به روش تصادفی یکی از گروه‌ها به عنوان گروه آزمایش و گروه دیگر به عنوان گروه کنترل انتخاب شد. گروه آزمایش ۸ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای از درمان فراشناختی برخوردار گردیدند و گروه کنترل در طول این مدت هیچ مداخله روانشناختی دریافت نکرد. در پایان پژوهش به منظور رعایت اصول اخلاقی، یک دوره فشرده درمان فراشناختی برای افراد گروه کنترل اجرا گردید. همچنین محرمانه بودن اطلاعات و عدم هرگونه آسیب و زیان برای افراد شرکت‌کننده توضیح داده شد.

برای جلوگیری از تأثیر عوامل مداخله‌گر از همگن‌سازی گروه‌ها و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده شد. همچنین برای کنترل خطر انتشار کاربندی، علاوه بر استفاده از گروه کنترل و گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل و مقایسه گروه‌ها، ارائه مداخله‌ها توسط شخص واحد صورت گرفت، هم ابزار سنجش و هم گردآوری کننده داده‌ها در مدت آزمایش و برای همه گروه‌ها ثابت ماند، مکان و شرایط محیطی ارائه مداخله و انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر نکرد و گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به طور همزمان ارزیابی شدند.

درمان فراشناختی به صورت هفته‌ای یک جلسه به مدت دو ماه انجام شد. شرکت‌کنندگان موظف بودند تا تکالیفی را که متخصص روانشناسی در هر جلسه ارائه می‌داد، انجام و در آغاز جلسه بعد گزارش دهند. شرکت‌کنندگان هر دو گروه

است. این ابزار اختلال روانشناختی خاصی را مدنظر قرار نمی‌دهد اما در مجموع سطح اضطراب (سؤالات ۲، ۳، ۵ و ۶) و علائم افسردگی (سؤالات ۱، ۴، ۷، ۸، ۹ و ۱۰) را که فرد طی چند هفته اخیر تجربه کرده، مشخص می‌نماید. کسلر و همکاران برای ساختن این مقیاس ابتدا ۵ هزار سؤال را از منابع مختلف گردآوری نموده و طبقه‌بندی کردند و پس از طبقه‌بندی آن‌ها براساس اختلالات روانی موج. د، تعداد سؤال‌ها را به ۴۵ و سپس ۳۲ سؤال کاهش دادند. با اجرای اولیه پرسشنامه به شکل تلفظی و انجام تحلیل‌های آماری توانستند نسخه ۱۰ و ۶ سؤالی را استخراج کنند (۲۸). روایی و پایایی این ابزار در ایران توسط یعقوبی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتیجه تحلیل عاملی وی تأیید کننده تک عاملی بودن پرسشنامه بود و با نمره ابزار سلامت عمومی رابطه مثبت و معناداری داشت. بهترین نقطه برش آن ۸ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۳ و ضریب پایایی از طریق نصف کردن سؤالات پرسشنامه (دو نیمه‌سازی) و تعیین ضریب همبستگی بین دو قسمت ۰/۹۱ به دست آمد (۲۹).

۲. مقیاس سندرم شناختی - توجهی CAS-1: پرسشنامه نشانگان شناختی - توجهی دارای ۱۶ آیتم است که که ولز و همکاران در سال ۲۰۰۹ به منظور ارزیابی فعال شدن نشانگان شناختی - توجهی طراحی کردند. دو سؤال به ترتیب میزان فراوانی 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 سندرم شناختی - توجهی را بر اساس مقیاس صفر تا ۱۰۰ درجه‌بندی می‌کند. نمرات کلی مقیاس سندرم 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 فعال‌سازی بیشتر نشانگان شناختی - توجهی است (۳۰). فرگوس و همکاران در پژوهشی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آوردند (۳۱). در ایران سلمانی و

1. Cognitive- attention Syndrome Scale

آزمایش و کنترل یک هفته قبل از شروع اولیه جلسه مداخله و یک هفته بعد از آخرین جلسه مداخله به پرسشنامه‌های مرتبط با پژوهش پاسخ دادند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده گردید.

جدول ۲) خلاصه برنامه آموزش تکنیک‌های فراشناختی

جلسات	محتوای جلسه
اول	تدوین فرمول‌بندی موردی، مرور ماهیت مسأله بیمار، تأکید بر نقش مشکل در کنترل پردازش خود در تداوم مسأله. ارائه‌ی منطق تکنیک آموزش توجه بر اساس مشکل ویژه هر فرد. آشنا کردن با تکنیک با استفاده از تصریح نقش تمرکز بر خود در شکل‌گیری نگرانی و خود‌بازنگری. در صورت امکان استفاده از یک نمونه آزمایش توجه به خود برای آشناسازی. بررسی اعتبار منطق در صورت لزوم.
دوم	درجه‌بندی سطح فعلی تمرکز بر خود. اجرای تکنیک آموزش توجه با کمک درمانگر. درجه‌بندی مجدد سطح تمرکز به خود و گرفتن فیدبک از بیمار. مرور برگه‌ی خلاصه‌ی تکنیک آموزش توجه با بیمار و تکمیل فهرست صداها. ارائه‌ی تکلیف منزل. گرفتن فیدبک از بیمار و درخواست از بیمار برای خلاصه کردن جلسه.
سوم	مرور تکلیف خانگی، اجرای تکنیک آموزش توجه در جلسه. جلسات پیگیری با مرور تکالیفی که بر روی برگه‌های خلاصه تکنیک آموزش توجه ثبت می‌شود، آغاز می‌شوند. هرگونه مشکل احتمالی مورد بحث قرار گرفته و حل می‌شود. سپس جلسات با تمرین هدایت شده توسط درمانگر ادامه می‌یابد.
چهارم	درمانگر اثرات منفی استفاده‌ی نادرست از تکنیک آموزش توجه، مثل واریسی خود، نگرانی، اندیشناکی و هرگونه تلاش برای بازبینی و کنترل تجربه‌های درونی را جستجو می‌کند. درمانگر ناهمسازی این فرایندها را با اثرات آموزش توجه یادآور می‌شود و از بیمار می‌خواهد که آن‌ها را متوقف کند. برای مثال، درمانگر این مسأله را مطرح می‌کند که واریسی بدن و نگرانی به دلیل قفل کردن توجه به الگوهای پاسخ گذشته و آشنا با ایجاد کنترل ذهنی تداخل می‌کند و به جای فراهم کردن امکانی برای کنترل بر توجه باعث برجسته شدن تهدید می‌شوند.
پنجم	مرور تکلیف خانگی، معرفی ذهن‌آگاهی گسلیده، تمرین آموزش توجه. ارائه تکلیف خانه
ششم	مرور تکلیف خانگی، تمرین آموزش توجه، تمرین ذهن‌آگاهی انفصالی. ارائه تکلیف خانه
هفتم و هشتم	مرور تکلیف خانگی؛ بررسی مواردی که انجام تکنیک‌ها با موفقیت انجام نشده است. تمرین ذهن‌آگاهی انفصالی، پیشگیری از عود، برنامه‌ریزی جلسات بعدی برای بهبودی بیشتر.

یافته‌ها

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳، میانگین نمرات همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای سندرم شناختی - توجهی و پریشانی روانشناختی کاهش یافته است.

برای بررسی فرضیه پژوهش، تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شد؛ پیش از تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف، نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نبود ($p > 0/01$). لذا به این ترتیب فرض‌های نرمال بودن برابری ماتریس‌های واریانس - کوواریانس و برابری واریانس‌ها تأیید شد و پیش‌فرض‌های انجام روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری برقرار بودند. همچنین جهت بررسی پیش‌فرض

بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد که ۴۰ درصد نمونه دارای تحصیلات دیپلم و ۶۰ درصد کارشناسی و بالاتر از کارشناسی بودند. ۲۰ درصد از افراد نمونه در دامنه سنی ۳۰-۴۰ سال، ۳۰ درصد نمونه دامنه سنی ۴۰-۵۰ سال و ۵۰ درصد نمونه در دامنه سنی ۶۰-۵۰ سال قرار داشتند. همچنین افراد با کمترین فراوانی شاغل و بیشترین فراوانی افراد غیرشاغل بودند. کمترین فراوانی دارای مدت ازدواج ۵-۱ سال و بیشترین فراوانی دارای مدت ازدواج بیشتر از ۵ سال بودند.

نتایج شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) پیش آزمون و پس‌آزمون متغیر سندرم شناختی - توجهی و پریشانی روانشناختی همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی در گروه‌های آزمایش و کنترل در جدول ۳ ارائه شده است.

نرمال بودن داده‌های پژوهش از آزمون شاپیرو - ویلک استفاده شد. در جدول ۴، نتایج آزمون شاپیرو - ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پس‌آزمون نمایش داده شده است.

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار سندرم شناختی - توجهی و پریشانی روانشناختی در دو گروه

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
سندرم شناختی - توجهی	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۰۵/۵۳	۱۰/۲۲
		پس‌آزمون	۴۹/۱۳	۵/۸۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۰۶/۵۳	۱۰/۲۸
		پس‌آزمون	۱۰۴/۸۰	۱۰/۹۲
پریشانی روانشناختی	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۲/۶۶	۴/۴۳
		پس‌آزمون	۱۷/۴۰	۴/۱۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۳۲/۷۳	۳/۴۳
		پس‌آزمون	۳۲/۶۶	۴/۰۸

جدول ۴) نتایج آزمون شاپیرو - ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پس‌آزمون متغیرها

متغیرها	گروه	شاپیرو - ویلک		
		آماره	درجه‌آزادی	سطح معناداری
سندرم شناختی - توجهی	آزمایش	۰/۹۵۰	۱۵	۰/۵۲۳
	کنترل	۰/۹۱۸	۱۵	۰/۱۸۰
پریشانی روانشناختی	آزمایش	۰/۸۷۷	۱۵	۰/۰۶۲
	کنترل	۰/۹۶۳	۱۵	۰/۷۴۷

توجهی و پریشانی روانشناختی در همسران مبتلا به تومور مغزی در جدول ۶ ارائه شد. همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل برای هر دو متغیر سندرم شناختی - توجهی و پریشانی روانشناختی معنادار است ($p < ۰/۰۱$)؛ این نتیجه نشان می‌دهد که مداخله فراشناختی بر سندرم شناختی - توجهی و پریشانی روانشناختی همسران مبتلا به تومور مغزی تأثیر معناداری داشته است. بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان فراشناختی بر سندرم شناختی - توجهی و پریشانی روانشناختی همسران مبتلا به تومور مغزی و تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ میزان سندرم شناختی - توجهی و پریشانی روانشناختی در پس‌آزمون مورد تأیید قرار می‌گیرد.

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد، نتایج آزمون شاپیرو - ویلک در مورد نمرات متغیرهای پژوهش معنی‌دار نبوده و مفروضه‌های نرمال بودن توزیع نمرات برقرار است. در ادامه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری اثربخشی درمان فراشناختی بر سندرم شناختی - توجهی و پریشانی روانشناختی همسران مبتلا به تومور مغزی در جدول ۵ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p > ۰/۰۱$). در ادامه جهت تعیین اینکه این تأثیر کلی در کدام گروه‌ها و کدام متغیرها وجود دارد، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر سندرم شناختی -

جدول ۵) نتایج آزمون لامبدای ویلکز برای تعیین اثر متغیر گروه

آزمون‌ها	مقدار	مقدار F	DF فرضیه	DF خطا	معناداری	اندازه اثر
لامبدای ویلکز	۰/۰۲۲	۵۵۵/۸۳	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۷

جدول ۶) خلاصه تحلیل کواریانس چند متغیری برای متغیر سندرم شناختی - توجهی و پریشانی روانشناختی در همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی

متغیرهای وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	ضریب F	سطح معناداری	ضریب ایستا
سندرم شناختی - توجهی	گروه	۲۲۵۶۷/۲۹	۱	۲۲۵۶۷/۲۹	۱۰۴۴/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۹۷
	خطا	۵۶۱/۷۵	۲۶	۲۱/۶۰	-	-	-
	کل	۲۰۳۱۰۵/۰۰	۳۰	-	-	-	-
پریشانی روانشناختی	گروه	۱۷۳۳/۸۴	۱	۱۲۵/۹۰	۲۵۶/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	خطا	۳۵۸/۰۵	۲۶	۱۳/۷۷	-	-	-
	کل	۲۱۰۲۳/۰۰	۳۰	-	-	-	-

بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر پریشانی روانشناختی و سندرم شناختی - توجهی همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی بود. همانطور که در بخش یافته‌ها مطرح شد داده‌های حاصل از پژوهش نشان دهنده اثربخشی این درمان می‌باشد. به طوری که در نمرات پس آزمون نمرات پریشانی روانشناختی و سندرم شناختی - توجهی کاهش معناداری را نشان داد. این یافته‌ها با سایر پژوهش‌ها که از کارایی درمان فراشناختی در درمان اختلالات حمایت کرده‌اند، از جمله تحقیقات سلمانی و حسنی (۱۸)، سلمانی و همکاران (۲۵)، خلیلی و همکاران (۲۶)، شاره و همکاران (۲۷)، باباخانزاده و همکاران (۳۲)، فیشر و ولز (۳۳)، لیناردون و همکاران (۳۴) همسو می‌باشد. یافته‌ها نشان می‌دهد مداخله توانسته است سندرم شناختی - توجهی همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی را بهبود بخشد. در تبیین نتایج می‌توان مطرح کرد فونونی که در این درمان مورد استفاده قرار می‌گیرند (به عنوان مثال تکنیک آموزش توجه، ذهن آگاهی گسلیده، به تأخیر انداختن نگرانی و خنثی کردن باورهای مثبت و باورهای منفی)، مؤلفه‌های سندرم شناختی - توجهی را مورد هدف قرار می‌دهند که با مبانی نظری درمان فراشناختی ولز هماهنگ است (۳۵). در سندرم شناختی - توجهی، توجه به سوی خود معطوف می‌شود و ظرفیت شناختی و توجهی کاهش می‌یابد؛ اثر توجه افراطی معطوف به خود، محروم شدن افراد از توجه به سایر منابع اطلاعاتی که موجب تسهیل باورهای تعدیل‌کننده و مقابله سازگاران با مشکل می‌گردند، می‌باشد که این امر سبب تداوم و باقی ماندن آشفتگی‌های روانی می‌شود (۳۶). تکنیک‌های آموزش توجه از طریق: ۱) تضعیف توجه معطوف به خود (۲) رفع

نشخوارهای پردازشی مبتنی بر نگرانی، ۳) افزایش کنترل بر توجه و ۴) تقویت مدل فراشناختی پردازش اطلاعات؛ کاهش سندرم شناختی - توجهی را در پی دارد (۳۵). عادت‌های پردازش ناکارآمد با استفاده از تمرین‌های کنترل توجه غیرفعال شده و برنامه‌های جدید برای پردازش جایگزین آن‌ها می‌شود. این تمرین‌ها تمرکز بر خود را کاهش داده، فرانگرانی‌ها را برطرف کرده و کنترل منعطف پردازش را بالا می‌برد (۳۷).

نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش پریشانی روانشناختی همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی مؤثر است. پریشانی روانشناختی در این افراد با کاهش خودمراقبتی، کیفیت زندگی و افزایش خستگی روانی همراه است، عواملی که می‌توانند زندگی فرد را به شدت مختل نمایند (۳۸). درمان فراشناختی به این افراد کمک می‌کند تا تجربه‌های درونی خود را به عنوان یک فکر تجربه کنند و به جای پاسخ به آن‌ها به ارزش‌های زندگی و اموری که برایشان با اهمیت است، بپردازند. این درمان از مهارت‌های آموزش توجه، ذهن آگاهی انفصالی و ذهن آگاهی گسلیده برای افزایش انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند که می‌تواند با کاهش نشخوار فکری، افزایش انعطاف‌پذیری در نحوه پاسخ‌دهی به مشکلات و کاهش اجتناب شناختی در کاهش پریشانی روانشناختی مؤثر باشد (۳۹). پریشانی روانشناختی در همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی ممکن است منجر به علائم و مشکلاتی مانند افسردگی، اضطراب، مشکلات روابط اجتماعی و خواب گردد. درمان فراشناختی از طریق ذهن آگاهی با پذیرشی که برای فرد به بار می‌آورد می‌تواند چالش‌های ذهنی فرد برای پاسخگویی به سؤالاتی مانند چرا من؟ را از بین می‌برد و فرد مدام در حال جستجو

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از کلیه‌ی مسئولان بیمارستان های تبریز به دلیل همکاری و همچنین از کلیه همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی به دلیل شرکت در پژوهش تقدیر و تشکر می‌شود.

منابع

1. Feldman G. Cognitive and behavioral therapies for depression: overview, new directions, and practical recommendations for dissemination. *Psychiatr Clin North Am.* 2007; 30(1): 39-50.
2. Passik SD, Malkin MG, Breitbart WS, Horowitz S. Psychiatric and Psychosocial aspects of neurooncology. *J Psychosoc Oncol.* 1994; 12: 101-122.
3. Horrobin DF, Bennet CN. Depression and bipolar disorder: relationships to impaired fatty acid and phospholipid metabolism and to diabetes, cardiovascular disease, immunological abnormalities, cancer, ageing and osteoporosis. *Prostaglandins Leukotri Essent Fatty Acids.* 1999; 60: 217-234.
4. Salander P, Bergenheim T, Henriksson R. The creation of protection and hope in patients with malignant brain tumours. *Soc Sci Med.* 1996; 42:985-996.
5. Moshtagh Z. Translation of Medical- Surgical Nursing Brain and Nervous System. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing (Author). 3th edition. Tehran: Salemi Publication; 2012, 35-37. (Persian)
6. Kawa MH, Shafi H. Evaluation of Internet Addiction, Impulsivity and Psychological Distress among University Students. *International Journal Clinical Therapy Diagnostige.* 2015; 3(1): 70-76.
7. Drapeau A, Beaulieu-Prévost D, Marchand A, Boyer R, Préville M, Kairouz S. A life-course and time perspective on the construct validity of psychological distress in women and men. Measurement invariance of the K6 across gender. *BMC Medicine Research Methodology.* 2010; 10(1): 68-74.
8. Ohayashi H, Yamada S. Psychological distress: symptoms, causes, and coping. Nova Science Publishers; 2012.
9. Abeloff M, Armitage J, Lichter A, Niederhuber J. *Clinical Oncology.* New York, NY: Churchill Livingstone. Inc; 2013.
10. Keough ME, Riccardi CJ, Timpano, KR, Mitchell MA, Schmidt NB. Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy.* 2010; 41(4): 567-574.
11. Khajeh A, Goodarzi M, Soleimani F. The relation of psychological wellbeing and marital quality and the dimensions of the married students. *Indian Journal Science Research.* 2014; 7(1): 534-538.

برای دلایل مشکل خود نمی‌شود و فرد بدون تلاش برای حذف، تغییر و سرکوب این سوالات و هیجانات، آن‌ها را می‌پذیرد و به آرامشی دست می‌یابد که قبلاً نداشته است. این عامل می‌تواند به صورت مستقیمی منجر به کاهش پریشانی روانشناختی گردد (۴۰).

از نقاط قوت پژوهش حاضر استفاده از درمان فراشناختی برای همسران بیماران دارای تومور مغزی می‌باشد که مطالعه کمی در این خصوص انجام گرفته است و همچنین با توجه به اثربخشی این درمان بر روی این افراد منجر به بهبود وضعیت روانشناختی آنان گردید. از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، عدم پیگیری نتایج، حجم نسبتاً کوچک نمونه و استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی بود. براساس محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی استفاده کنند، نتایج را بعد از چند ماه پس از اتمام مداخله پیگیری نمایند، نمونه‌های بزرگ‌تری برای انجام پژوهش انتخاب کنند و از مصاحبه‌های ساختاریافته یا نیمه ساختاریافته برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان فراشناختی بر سندرم شناختی - توجهی و پریشانی روانشناختی با سایر روش‌های درمانی موج سوم از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتار درمانی دیالکتیکی، درمان فراتشخیصی، درمان ذهن‌آگاهی و غیره مقایسه گردد. به طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی نقش مؤثری بر سندرم شناختی - توجهی و پریشانی روانشناختی همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی ایفا می‌کند. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد با تکنیک‌های درمان فراشناختی و کار بر سوگیری توجه می‌توان به همسران بیماران مبتلا به تومور مغزی کمک کرد. لذا می‌توان از روش درمان فراشناختی در کنار سایر رویکردهای درمانی استفاده کرد. در نتیجه به نظر می‌رسد ارائه خدمات روانشناختی در قالب راهبردهای درمان فراشناختی مانند آموزش ذهن‌آگاهی، تکنیک آموزش توجه، بازسازی تصاویر ذهنی و... می‌تواند در تأمین بهداشت روانی و تأثیر بر کاهش پریشانی روانشناختی و بهبود سندرم شناختی - توجهی این همسران راهگشا باشد.

- Dissertation, Humanities Faculty of Islamic Azad University Branch Shahroud, 2013. (Persian)
25. 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)
 26. Khalili Z, Navaee M, Shakiba M, Navidian A. The effect of supportive-educational intervention on psychological distress in pregnant women subjected to domestic violence: A randomized controlled trial. *Hayat*. 2019; 25(2):151-167. (Persian)
 27. Sharreh H, Gharai B, Aatef Vahid M K. Comparison of Metacognitive Therapy, Fluvoxamine and Combined treatment in Improving Metacognitive Beliefs and Subjective Distress of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Advances in Cognitive Sciences*. 2011; 12(4):45-59. (Persian)
 28. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological medicine*. 2002; 32(6): 959-976.
 29. Yaghubi H. Psychometric Properties of the 10 Questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10). *Applied Psychological Research Quarterly*. 2016; 6(4):45-57. (Persian)
 30. 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.
 31. 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.
 32. Babakhanzadeh S, Ahteshamzadeh P, Eftekharsaadi Z, bakhtiyarpor S, Alipor A. The effectiveness of metacognitive therapy with emphasis for brain executive functions on cognitive-attentional syndrome and sense of coherence in anxious persons. *Quarterly Journal of Counseling and Psychotherapy Culture*. 2019; 10(38):195-220. (Persian)
 33. Agha Harris M, Jan Bozorgi M. Translation of The Metacognitive Therapy Tutorial. Fisher P, Wells A (Author). First Edition. Tehran: 2015. (Persian)
 34. Linardon J, Susanto L, Tepper H, Fuller-Tyszkiewicz M. Self-compassion as a moderator of the relationships between shape and weight overvaluation and eating disorder psychopathology, psychosocial impairment, and psychological distress. *Body Image*. 2020; 33:183-9.
 35. Wells A. Meta cognitive therapy for anxiety and depression. New York: The Guilford Press; 2009.
 12. Wells A. Attention and the Control of Worry. In G.C.L. Davey & F. Tallis (Eds), *Worrying: Perspectives on Theory, Assessment and Treatment*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2007. P. 91.
 13. Wells A, King P. Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: An Open Trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2006; 37(3):206-12.
 14. Fergus TA, Valentiner DP, McGrath PB, Gier-Lonsway S, Jencius S. The cognitive attentional syndrome: Examining relations with mood and anxiety symptoms and distinctiveness from psychological inflexibility in a clinical sample. *Psychiatry Res* 2013; 210(1): 215-9.
 15. Olatunji BO, Wolitzky-Talor, KB, Sawchuk CN, Ciesielski BG. Worry and the anxiety disorders: metaanalytic synthesis of specificity to GAD. *Appl Prev Psychol*. 2011; 14: 1-24.
 16. Khawaja NG, McMahon J. The relationship of meta-worry and intolerance of uncertainty with pathological worry, anxiety and depression. 2011; 28, 165-80.
 17. Yilmaz EA, Gencoze T, Wells A. The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorder*. 2011; 25: 389-396.
 18. 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)
 19. 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.
 20. Haghi A. The effectiveness of group metacognitive therapy on social anxiety and cognitive flexibility in adolescents. MD Dissertation, Mashhad Ferdowsi University, International Pardis, 2014. (Persian)
 21. Mohammadkhani SH. Translation of A practical guide to metacognitive therapy for anxiety and depression. Wells A (Author). Tehran: Farasoui Daneh; 2009. (Persian)
 22. Habibi Z. The effectiveness of metacognitive group therapy on anxiety and depression in women with breast cancer in Dezful City. MD Dissertation, Education and Psychology Faculty of Shahid Chamran University of Ahvaz, 2013. (Persian)
 23. Shafie-Sang-Atash S. The efficacy of metacognitive therapy on anxiety and metacognitive components in individuals with generalized anxiety disorder. MD Dissertation, Psychology and Educational Sciences Faculty of Semnan University, 2011. (Persian)
 24. 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) MD

36. McEvoy PM, Perini SJ. Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: A controlled trial. *Journal of Anxiety Disorder*. 2009; 23:519-528.
37. Wells A, White J, Carter K. Attention Training: Effects on Anxiety and Beliefs in Panic and Social Phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1997; 4:226-232.
38. Roppolo M, Mulasso A, Gollin M, Bertolotto A, Ciairano S. The role of fatigue in the associations between exercise and psychological health in Multiple Sclerosis: Direct and indirect effects. *Mental Health and Physical Activity*. 2013; 6(2):87-94.
39. Forman EM & Herbert JD. New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in wo'donohue, je. Fisher, (eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken: Wiley; 2008. P. 263-265.
40. Hamill TS, Pickett SM, Amsbaugh HM, Aho KM. Mindfulness and acceptance in relation to Behavioral Inhibition System sensitivity and psychological distress. *Personality and Individual Differences*. 2015; 72:24-29.

