

مداخله‌ی فراشناختی بر باورهای منفی فراشناختی افکار مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی

محمد حسین بهادری^{۱*}، مهرداد کلاتری^۲، حسین مولوی^۳، مرضیه جهان بخش^۱^۱ کارشناس ارشد روانشناسی دانشگاه اصفهان (mh_bahadori@yahoo.com)^۲ دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان^۳ استاد گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان

چکیده

اختلال هراس اجتماعی ترس مشخص و ثابت از شرم‌نشدن یا مورد ارزیابی قرار گرفتن در موقعیتهای اجتماعی است. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مداخله‌ی فراشناختی بر باورهای منفی فراشناختی افکار بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی انجام شد. این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد اجرا شد. از میان بیماران مبتلا به این اختلال مراجعه کننده به کلینیک‌های روانشناختی شهر شیراز، ۱۹ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد جایگزین شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون که بوسیله پرسشنامه سنجش علائم هراس اجتماعی و پرسشنامه فراشناخت به عمل آمد، گروه تجربی تحت ۸ جلسه درمان فراشناختی قرار گرفت، ولی گروه کنترل مداخله دریافت نکرد. پس از آزمون و پیگیری (سه ماه) با همان ابزار انجام گرفت. نتایج با تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان فراشناختی در مهار علائم باورهای منفی فراشناختی افکار در مبتلایان اختلال هراس اجتماعی تأثیر معناداری دارد ($P \leq 0.01$). به کارگیری الگوی فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی در کاهش علائم باورهای منفی فراشناختی افکار آنان مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: مداخله‌ی فراشناختی، اختلال هراس اجتماعی، باورهای منفی فراشناختی در مورد افکار.

روش

شرکت‌کنندگان و طرح پژوهش

نمونه پژوهش حاضر شام ۲۰ نفر از افرادیست که براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR تشخیص اختلال هراس اجتماعی را دریافت کرده‌اند. سپس این افراد به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. این پژوهش از دسته طرح‌های نیمه تجربی است که به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد به همراه پی‌گیری سه ماهه و با استفاده از گزینش تصادفی عضویت گروهی اجرا گردید. همچنین لازم به ذکر است شرکت‌کنندگان پیش از گزینش نهایی توسط روانشناس بالینی و بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR) مورد مصاحبه‌ی تشخیصی قرار گرفتند تا از دارا بودن ملاک‌های ابتلا به SPD اطمینان حاصل شود. سپس گروه آزمایش بعد از اجرای پیش‌آزمون، طی ۸ جلسه ۱ ساعته در هفته به مدت ۸ هفته، تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند. در حالی که افراد گروه شاهد مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند ولی هیچ مداخله‌ی دریافت نکردند. در پایان مداخله پس از آزمون و بعد از ۳ ماه پی‌گیری از هر دو گروه به عمل آمد. (ضمناً قابل ذکر است که در پایان مداخله یک نفر از گروه شاهد حاضر به انجام پس‌آزمون نشد و به همین علت تعداد نمونه ما ۱۹ نفر شد). شرکت‌کنندگان در این پژوهش در دامنه سنی ۱۷ تا ۳۳ سال بودند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه شاهد به ترتیب ۲۳/۴ و ۵/۲۷ و گروه آزمون ۲۳/۲ و ۴/۳۴ بود و ۱۱ نفر از ۱۹ شرکت‌کننده را جنس مونث تشکیل می‌دادند. همه شرکت‌کننده‌ها تحصیلات دیپلم و دانشگاهی داشتند. طول بیماری آنها از یک سال تا ۵ سال بود و ۶ نفر از بیماران هم به طور متوسط یک سال سابقه مصرف دارو داشتند. با استفاده از آزمون‌های پارامتریک و ناپارامتریک نشان داده شد که شرکت‌کننده‌ها در گروه آزمایش و گواه از لحاظ ویژگی‌های جمعیتی شناختی ذکر شده تفاوت معناداری ندارند ($P > 0.05$).

ابزار

پرسشنامه سنجش علائم هراس اجتماعی (SPSAQ): برای اندازه‌گیری میزان اضطراب اجتماعی افراد مورد آزمون از پرسشنامه هراس اجتماعی استفاده شد. این پرسشنامه ۳۸ سوال دارد که توسط مشاوره ساخته شده است. قسمتی از سوالات آن با استفاده از ملاک‌های تشخیصی معتبر و مطالعه ادبیات مربوط به هراس اجتماعی ساخته شده‌اند. قسمت دیگری از سوالات این پرسشنامه (۱۵ سوال) نیز با استفاده از پرسشنامه هراس اجتماعی دیویدسون ساخته شده‌اند. پایایی آزمون سنجش علائم هراس اجتماعی با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ تعیین گردیده است (مشاوره، ۱۳۸۱). گزینه‌های به کار رفته در این پرسشنامه عبارتند از: «اصلاً»، «کمی»، «تاحدی»، «زیاد»، «خیلی زیاد» که به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ برای آنها در نظر گرفته شده است.

پرسشنامه فراشناخت (MCQ): پرسشنامه فراشناخت توسط کارت رایت‌هاوتون و ولز (۱۹۹۷) به منظور اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی افراد در باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی و افکار مزاحم ناخوانده، بازبینی و نظارت فراشناختی و قضاوت در مورد کارآمدی شناختی طراحی شده است. این پرسشنامه ۶۵ سوال و ۵ خرده‌مقیاس دارد. شیوه نمره گذاری سوالات در مقیاس لیکرت و با ۴ گزینه از موافق نیستم تا کاملاً موافقم در نظر گرفته شده است. رویایی و پایایی این پرسشنامه بررسی گردیده و با پرسشنامه اضطراب خصلتی اسپیلبرگر همبستگی مثبت و معناداری دارد

اختلال هراس اجتماعی (اضطراب اجتماعی) از طریق مشخصه ترس از مشاهده و ارزیابی توسط دیگران شناخته می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). در موقعیتهای اجتماعی افراد مبتلا به هراس اجتماعی از اینکه چیزی بگویند یا عملی انجام دهند که توجه منفی دیگران را به خود جلب کند بیمناکند. این بیماری می‌تواند باعث ایجاد محدودیت در شیوه زندگی شده و به طور معناداری تصمیمات مهم زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد و در اغلب موارد باعث از دست رفتن بسیاری از فرصت‌های مهم برای بیمار گردد. شیوع ۱۳ درصدی این اختلال در جامعه، آن را در جایگاه سومین اختلال روان‌پزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل قرار داده است (کسلر، برگلوند و دملر، ۲۰۰۵). از این رو این اختلال در سال‌های اخیر، به عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است.

ظهور نظریه‌های شناختی در آسیب‌شناسی روانی به افزایش علاقه به ویژگیهای شناخت و تنظیم آن منجر گردیده است. 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 خود تنظیمی (S-REF)، جهت تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی کردند. اصطلاح فراشناخت عبارت است از هر نوع دانش یا فرایند شناختی که در آن ارزیابی یا کنترل شناختی وجود داشته باشد (موسیس و بیرد، ۲۰۰۲). برای فهم فرایندهای تفکر لازم است که بر باورهای فرد درباره‌ی تفکر، راهبردهای فردی در مورد کنترل توجه و هم چنین نوع باورهای فراشناختی او تأکید نماییم. آنچه در درمان فراشناختی مورد تأکید قرار می‌گیرد عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد نه چالش با افکار و خطاهای شناختی یا مواجه طولانی مدت و مکرر با باورها در مورد تروما یا نشانه‌های بدنی (ولز، ۲۰۰۱). در بیشتر درمان‌های صورت گرفته برای اختلال هراس اجتماعی بیشتر به محتوای فکر و رفتارهای اجتنابی توجه شده است (مانند، درمان رفتاری شناختی، شناخت درمانی) در حالی که بیشتر اختلالات اضطرابی (اضطراب اجتماعی) علاوه بر موارد ذکر شده در فرایند پردازش اطلاعات مانند راهبردهای کنترل شناختی و باورهای مثبت و منفی فراشناختی نیز اختلال دارند (ولز، ۲۰۰۹). باورهای منفی در مورد افکار اشاره به باورهایی در مورد خرافات، تنبیه، مسئولیت پذیری و نیاز برای کنترل افکار دارد که فرد عدم توانایی خود در کنترل افکار را نشانه ضعف خود می‌داند و عدم کنترل آنها را به کوتاهی خود نسبت می‌دهد و خود را به خاطر این کوتاهی مستحق تنبیه می‌داند (ولز، ۲۰۰۱). تحقیقات مختلف نشان دادند که بین جنبه‌های خاصی از فراشناخت با اختلالات روان‌شناختی رابطه وجود دارد. ایس وهادسون نشان دادند که نگرانی یکی از مولفه‌های اساسی اختلالات اضطرابی مانند اختلال اضطراب فراگیر، اضطراب اجتماعی می‌باشد که به ویژه با باورهای مثبت و منفی فراشناختی مرتبط می‌باشند. با توجه به این ارتباط می‌توان احتمال بر این داد که یکی از علت‌های اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلالات اضطرابی اثربخشی درمان فراشناختی بر روی این باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی و افکار باشد (الیس وهادسون، ۲۰۱۰). علی‌رغم شیوع گسترده اختلال هراس اجتماعی به صورت خالص یا به صورت همزمان با سایر اختلالات روانی و تأثیر منفی که افکار ناکارآمد مبتلایان بر تداوم و شدت این اختلال می‌تواند داشته باشد تاکنون پژوهشی در زمینه اثر بخشی درمان فراشناختی بر افراد مبتلا به هراس اجتماعی صورت نگرفته است. با توجه به آنچه گذشت مطالعه حاضر کوشیده است اثر بخشی درمان فراشناختی را بر علائم باورهای منفی فراشناختی در مورد افکار بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مورد بررسی قرار دهد.

مجموعه مقالات سومین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تاثیر عضویت گروهی بر میزان باورهای فراشناختی منفی در مورد افکار

نتایج نشان می‌دهند که دو گروه بعد از کنترل اثر پیش آزمون از لحاظ متغیر علائم باورهای فراشناختی منفی در مورد افکار تفاوت معناداری دارند ($P < 0.01$). عضویت گروهی 0.64 درصد از تغییرات مربوط به نمره مولفه باورهای فراشناختی منفی در مورد افکار را در مرحله پس آزمون و همین مقدار را یعنی 0.64 را نیز در مرحله پی‌گیری تبیین می‌کند.

بحث

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است که با طرح پژوهشی پیش آزمون- پس آزمون با گروه شاهد و با هدف آزمون اثربخشی درمان فراشناختی ولز بر کاهش علائم کلی باورهای فراشناختی منفی در مورد افکار در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره جهت کنترل متغیرهای همگام، نشان داد که گروه آزمون پس از تعدیل میانگین‌ها و کنترل متغیرهای مداخله‌گر در مجموع کاهش معنی‌داری را در نمرات باورهای فراشناختی منفی در مورد افکار نسبت به گروه شاهد به دست آورد. با توجه به نتایج مرحله‌ی پس آزمون به نظر می‌رسد الگوی فراشناختی ولز در بهبود علائم باورهای فراشناختی منفی در مورد افکار در اختلال هراس اجتماعی موثر می‌باشد. از دیگر یافته‌های مهم نتایج مرحله پی‌گیری را می‌توان موید این مطلب دانست که درمان فراشناختی موجب تمهید و پایداری اثرات درمان می‌شود.

درمان فراشناختی بر مبنای مدل فراشناختی ولز، از شیوه‌های نوین درمان‌های غیر دارویی است که جهت تبدیل و برطرف کردن خلأهای نظریه‌ی شناختی شکل گرفته است و به بیان واضح‌تر، باورها و طرح‌واره‌هایی که ایس و بک در نظریه‌ی شناختی‌شان بر آنها تأکید کرده‌اند، می‌تواند عامل فراشناخت‌های باشند که توجه به شیوه‌ی ارزیابی و پاسخ‌های مقابله‌ای را شکل می‌دهند و این عوامل خود باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌گردند. این رویکرد بالینی موجب تعمیق درمان شده و به متخصصان بالینی کمک می‌کند تا به بیماران آموزش دهند که بتوانند با شیوه‌ی متفاوت افکارشان را شکل دهند و به جای چالش با باورهای ناکارآمد منفی افکار خود، فراشناخت‌های ناسازگار را که باعث افزایش این باورهای منفی می‌شود را تغییر دهند (ولز، ۲۰۰۹).

نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های ولز و گینگ، راس و کونسولد همچنین ولز و سمی که به ترتیب اثربخشی این درمان را بر اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی- اجباری و اختلال استرس پس از سانحه به عنوان اختلال‌های اضطرابی نشان داده‌اند، همخوانی دارد (ولز و گینگ، ۲۰۰۶؛ رییس و کویسولد، ۲۰۰۸؛ ولز و سمی، ۲۰۰۴) و نتیجه یافته‌های فیشر و ولز (۲۰۰۸) مبنی بر کارایی الگوی فراشناختی در درمان اختلالات هیجانی را تأیید می‌کند. برای نمونه نتایج پژوهش ولز بر روی ۱۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد وضعیت بیماران بعد از اجرای این درمان به نحو معنی‌داری بهبود یافت. میزان بهبودی بعد از اجرای این نوع درمان $87/5$ درصد بود (ولز و گینگ، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر همانند پژوهش‌های گذشته در حوزه درمان فراشناختی سعی شد از طریق شناسایی فراابورهای مثبت و منفی فرد در مورد نظارت همیشگی و نشخوارگونه بر علائم طبیعی برانگیختگی و آموزش‌های رفتاری ارایه اسنادها و تصحیح شیوه توجهی، باورهای فراشناختی ناکارآمد افراد در مورد افکار خود کاهش یابد.

به نظر می‌رسد از دیگر دلایل در تبیین اثربخشی الگوی فراشناختی این است که در این رویکرد به جای اینکه درمان شامل چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. آنچه مهم‌تر است ذکر این نکته می‌باشد که وجود باورهای منفی به طور مشخص نمی‌تواند درباره‌ی الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند. آنچه در اینجا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند که مهم‌ترین وجه تمایز درمان فراشناختی با مدل طرحواره است (ولز، ۲۰۰۱). از آنجا که نتایج درمان در پی‌گیری نیز پایدار بود می‌توان احتمال داد که افزایش کنترل فراشناختی به بیماران کمک کرده است رابطه‌ی جدیدی با افکار و باورهای خود شکل دهند و آنها را قادر نموده تا فراشناخت‌هایی را که شیوه‌ی ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را فرونی می‌بخشند و یا باعث افزایش باورهای عمومی منفی می‌گردند را تغییر دهند.

با توجه به محدودیت‌هایی که پژوهشگر با آن مواجه شده است؛ پیشنهاد می‌شود:

۱- درمان فراشناختی در مقایسه با دیگر درمان‌های رایج (به ویژه دارو درمانی و رفتاری شناختی) در مورد علائم باورهای منفی فراشناختی در مورد افکار در مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی آزمون شود.

متغیر	گروه آزمایش (n=10)		گروه کنترل (n=9)		F	مطابق معناداری	اندازه اثر	توان آمار ی
	مراحل	میانگین	انحراف معیار	میانگین				
متغیر کنترل شده	۲۶/۲	۸/۰۱	۲۲/۵	۷/۴	۳۹/۵۷	۰/۰۱	۰/۶۴	۰/۹۹
باورها	۲۶/۲	۸/۰۱	۲۲/۷	۷/۴	۳۹/۱۲	۰/۰۱	۰/۶۴	۰/۹۹

(کارت رایت هاوتون و ولز، ۱۹۹۷). در ایران نیز ضریب همسانی درونی کل مقیاس 0.92 و خرده مقیاس‌های آن بین 0.73 تا 0.90 حاکی از پایایی مطلوب کل خرده مقیاس‌های آن می‌باشد.

مراحل اجرای آزمایش

مداخله فراشناختی مورد استفاده در این پژوهش براساس درمان فراشناختی ولز برای اختلال‌های اضطرابی نظیر اختلال اضطراب فراگیر، وسواس فکری عملی و استرس پس از سانحه طراحی گردیده و در دسترس می‌باشد (ولز، ۲۰۰۱). البته قابل ذکر است که تاکنون هیچ مداخله‌ی فراشناختی بر روی علائم باورهای منفی فراشناختی در مورد افکار در مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی انجام نشده است و این مداخله اولین مداخله‌ی فراشناختی است که بر روی علائم صورت می‌گیرد و با توجه به شرایط و ماهیت بیماری هراس اجتماعی و نتایج حاصل از مطالعه کیفی (مصاحبه با بیماران) در تکنیک‌های این شیوه‌ی درمانی تغییراتی داده شد تا قابل اجرا بر روی اختلال هراس اجتماعی باشد. البته تمام تغییرات مورد تأیید متخصصین در این حوزه بوده است. در زیر نتوس تکنیک‌های الگوی فراشناختی در ۸ جلسه ارائه شده است.

جلسه‌ی اول: معارفه، ارزیابی علائم و معرفی اختلال هراس اجتماعی، تفکیک اضطراب اجتماعی نرمال و مشکل آفرین و مسئله ساز برای بیماران، مشخص کردن نیاز و ضرورت به درمان در موقع لازم برای بیماران (چه زمانی درمان ضرورت می‌یابد؟)

جلسه‌ی دوم: ارائه منطق درمان فراشناختی برای اختلال هراس اجتماعی، بررسی علائم اضطراب در اختلال هراس اجتماعی، بررسی علل احتمالی مؤثر در سبب شناسی اختلال هراس اجتماعی، بررسی درمان‌های مختلف برای اختلال هراس اجتماعی، ارائه توضیحاتی در مورد منطق درمان فراشناختی برای اختلال هراس اجتماعی

جلسه‌ی سوم: ارزیابی و شناسایی باورهای مثبت و منفی فراشناختی در بیماران و تحلیل مزایا و معایب این باورها

جلسه‌ی چهارم: شناسایی راهبردهای کنترل فراشناختی بیماران و تحلیل مزایا و معایب این راهبردها و جایگزین کردن راهبردهای کنترل فراشناختی سودمندتر

جلسه‌ی پنجم: کاربرد تکنیک فاصله گرفتن از ذهن آگاهی در برخورد با راهبردها و افکار ناکارآمد فراشناختی

جلسه‌ی ششم: آشنا کردن بیماران با دو راهبرد نگرانی و نشخوار فکری به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، آموزش تکنیک به تعویق انداختن نگرانی

جلسه‌ی هفتم: آشناسازی بیماران با سندرم توجهی-شناختی در تلاطم اختلال‌های روانی، ارائه منطق فنون آموزش توجه (ATT) به بیماران و آموزش این تکنیک به بیماران

جلسه‌ی هشتم: آموزش تکنیک متمرکز کردن توجه بر موقعیت به عنوان یک راهبرد فراشناختی کارآمد و آماده کردن اعضا برای اختتامیه، شناسایی موانع موجود در به کارگیری روش‌ها، علت یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه‌گیری. در هر جلسه علاوه بر مرور جلسه و تمرینات جلسه قبل تکالیف خانگی نیز داده شد.

نتایج

مقادیر آماری شاپیرویک جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع این متغیر در گروه شاهد (آماری شاپیرویک = 0.94 ، $P = 0.64$) و گروه آزمایش (آماری شاپیرویک = 0.84 ، $P = 0.10$) بود. هم چنین مقادیر آماری لوین نشان داد که فرضیه‌ی تساوی واریانس‌های نمرات هراس اجتماعی در دو گروه و در مراحل پس آزمون (آماری لوین = 0.52 ، $P = 0.47$) و پی‌گیری (آماری لوین = 0.59 ، $P = 0.75$) رد نمی‌شود و بدین ترتیب پیش فرض‌های آزمون پارامتریک رعایت شده است.

یافته‌های پژوهش حاضر در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱

۲- گروه‌های مختلف اختلالات اضطرابی تحت درمان فراشناختی قرار گیرند و میزان اثربخشی درمان بر هر یک مشخص شود.

۳- از آنجا که در این پژوهش، از روش آموزش گروهی استفاده شد، توصیه می‌شود این شیوه درمانی به صورت فردی نیز مورد بررسی واقع گردد و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند.

منابع

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰). متن تجدید نظرشده‌ی چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، چاپ سوم. ترجمه محمد رضا نیکخو وهامایاک آوادیس یانس، (۱۳۸۶). تهران: سخن.

مشاوره‌ی، امیرحسین (۱۳۸۱). بررسی تأثیر درمان گروهی شناختی- رفتاری بر علائم هراس اجتماعی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه اصفهان. کارشناسی ارشد مشاوره. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه اصفهان.

Cartwright- Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The metacognitions questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 11: 297-315.

Ellis, D. M., & Hudson, J. L. (2010). The Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Clinical Child Family Psychology Review*, 13: 151-163.

Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43: 117-132.

Kessler, R. C., Berglund, P., & Demler, O. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62: 593-602.

Moses, L. J., & Baird, J. A. (2002). *Metacognition*. In R. A. Wilson & F. C. Keil (Eds.). *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. Cambridge, MA: MIT Press.

Rees, C. S., & van Koesveld, K. E. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4): 451-8.

Wells, A. (2009). *Metcognitive therapy for anxiety and depression*. London: the guild fords press.

Wells, A. (2001). *Emotional disorder and metacognition: innovative cognitive therapy*. UK: Wiley pulication.

Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalize anxiety disorder: an open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3): 206-12.

Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35: 307-18.