# بررسی و مقایسه آموزش فراشناختی پردازش هیجانی توام با دارودرمانی با درمان استاندارد (دارودرمانی) در بهبود مهارت های عاطفی، شناختی و اجتماعی بیماران دوقطبی

فاطمه بهرامی[1]، سید کمال صولتی دهکردی[2]، علی فرهادی[3]

1- استاد یار، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان

2- استادیار، گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

3- مربی، گروه روان پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان - دانشجوی دوره دکتری تخصصی روانشناسی دانشگاه شهید بهشتی

یافته / دوره یازدهم / شماره 3 / پاییز 88 / مسلسل 41

## چکیده

دریافت مقاله: 88/4/31، پذیرش مقاله: 88/6/31

**Ø مقدمه:** درمان های روان شناختی اختلال دو قطبی به مقدار زیادی مورد غفلت قرار گرفته است. هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش فراشناختی پردازش هیجانی همراه با درمان دارویی در مقایسه با درمان استاندارد در افزایش مهارت های عاطفی، شناختی و اجتماعی(**MEPT**) بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی است.

**Ø مواد و روش ها:** پژوهش از نوع نیمه تجربی با گروه کنترل بوده و نمونه شامل 32 زن (40-16 سال) که بر اساس ملاکهای تشخیصی **DSM-IV-R** اختلال دو قطبی نوع اول در آنها تشخیص داده شده که به طور تصادفی از بین مراجعان بیمارستان ها و کلینیک های روانپزشکی شهر اصفهان انتخاب شدند. یکی از گروهها تنها دارو دریافت کرد و به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد و گروه دیگر آموزش فراشناختی پردازش هیجانی توام با دارو دریافت کرد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، مصاحبه نیمه ساختاری براساس معیارهای **DSM-IV-R** و پرسشنامه مانیا و مقیاس 17 آیتمی افسردگی برای استفاده مانیا و افسردگی استفاده شده است. برای اندازه گیری برخی مهارتهای عاطفی از برخی زیرمقیاس های هوش هیجانی و درمورد مهارت های شناختی از پرسشنامه و نگرش های بدکنشی، خودکنترلی و بینش (**David** و همکاران، 1992) استفاده شد. برای اندازه گیری عملکرد اجتماعی از پرسشنامه عملکرد اجتماعی، استفاده گردید. برای کنترل اثرمتغیر وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی آزمودنی ها بر متغیر مستقل از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد.

**Ø یافته ها:** شیوه **MEPT** برافزایش تمام زیرمقیاس های نمره کل مهارت های عاطفی موثر بوده ($p< 0/05$) و در مورد مهارت های شناختی این شیوه درکاهش افکار ناکارآمد ($p =0/001$) و افزایش بینش ($p< 0/05$) و خودکنترلی ($p =0/001$) موثر بوده است. در مورد مهارت های اجتماعی این شیوه در افزایش مهارت های اجتماعی اثربخش بوده است($p = 0/02$).

**Ø بحث و نتیجه گیری:** استفاده از شیوه آموزشی فراشناختی پردازش هیجانی به همراه شیوه درمان دارویی اثربخشی درمان را افزایش می دهد. بنابراین پیشنهاد می شود که درمانگران در این زمینه آموزش ببینند.

**Ø واژه های کلیدی:** بیماران دوقطبی، آموزش فراشناختی پردازش هیجانی، دارودرمانی

**آدرس مکاتبه:** اصفهان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان

**پست الکترونیک:** f-bahrami@edu.ui.ac.ir

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06 ]

**مقدمه**

اختلال دو قطبی (Bipolar) در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روانپزشکی امریکا در گروه اختلالات خلقی قرار می گیرد. بیماری دو قطبی با تجارب ناراحتی و خستگی، خوشحالی و افزایش انرژی، بیقراری، خشم مفرط، خلاقیت و حساسیت مشخص می شود. این اختلال یک بیماری متداولی است که عامل ژنتیکی قویاً در آن دخالت دارد. در سه دهه گذشته استفاده از درمان داروئی به عنوان شیوه درمانی غالب بیماران دو قطبی بوده است و روند درمانی این بیماران بطور قابل توجهی نادیده گرفته شده است (1).

35 ـ 5% بیماران دو قطبی بدلیل مصرف لیتیوم دچار کم کاری تیروئید می شوند و حدود 40 ـ 20% آنها به این دارو پاسخ نمی دهند و آنهائی هم که پاسخ می دهند مشکلات جدی اجتماعی، زناشوئی، خانوادگی و شغلی آنها با دارو حل نمی شود و از طرف دیگر 20 تا 50% بیماران تجویز داروئی خود را کاملاً بر اساس دستورات پزشک ادامه نمی دهند و این مسئله باعث عود بیماریشان می شود بنابراین اهمیت این مسئله که درمان دیگری در کنار درمان داروئی می تواند محدودیتهای مصرف دارو و پیامدهای منفی ناشی از عدم درمان یا درمان ناقص آنرا به حداقل برساند، آشکارتر می شود. بهمین دلیل ضرورت رواندرمانی همراه با دارو و درمان می تواند نتایج بالینی بهتری به همراه داشته باشد و کار ائی درمان را افزایش دهد. اما تحقیق در این رابطه بسیار اندک است (2،1).

یکی از درمانهای غیر داروئی بیماران دو قطبی آموزش فراشناختی پردازش هیجانی[1] است این شیوه درمانی یکی از جدیدترین درمانهای روانشناختی است که محدودیت های درمان شناختی ـ رفتاری را ندارد. به اعتقاد تیاسول و برنارد که از منتقدین اصلی دیدگاه شناختی ـ رفتاری هستند، افکار منفی ممکن است به جای اینکه به واسطه افسردگی به وجود آید قبل از افسردگی ایجاد شده و خلق افسرده را به وجود می آورند. همچنین آنها معتقدند افکار منفی ناکار آمد در طی افسردگی زیاد می شوند اما وقتی که افسردگی بهبود یابد بطور قابل توجهی کمتر می شوند. این مسئله نقش مستقیم شناخت را در بوجود آوردن افسردگی کم رنگ می کند. یکی از موضوعات مهم دیگری که مطرح می سازند این است که نظریه شناختی فقط به یک سطح شناخت توجه می کند و نمی تواند بین باورهای عقلی و احساسی تمایز قائل شود (3).

نظریه طرحواره (شناختی) روی محتویات باورها و ارزیابی آنها در اختلالات تمرکز دارد اما اصلاح این باورها به تنهایی باعث رفع اختلال نمی شود. یکی از بحثهای فرا شناخت این است که باید شروع به کشف راههای ارائه باورها و اثرات ارزیابی ها در اختلالات روانشناختی نمود این کار مستلزم توجه به توسعه روانشناختی و دیدن ذهن انسان به عنوان یک سیستم خود نظمی پویا است. برای اینکه بتوان به بر افراد کمک کرد تا ذهنشان را تغییر دهند باید به سطحی از پردازش های هیجانی توجه نمود که شامل کنترل، تصحیح ارزیابی و تنظیم افکار باشد (3).

بیماران دو قطبی همچون بیماران با اختلال شخصیت مرزی دچار بی نظمی هیجانی هستند. ایجاد بی نظمی ناشی از آسیب پذیری بیولوژیکی هیجان به اضافه عدم توانائی برای تنظیم هیجان است. بنابراین بیشتر بیماران احتیاج به تنظیم هیجان های خود دارند (4).

فرا شناخت به عنوان هر گونه دانش یا فرایند شناختی که در ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت مشارکت دارد تعریف می شود (5). به عنوان جنبه عمومی شناخت دیده می شود که شامل همه اطلاعات شناختی و برخی از جنبه های خاص فراشناختی است که با آشفتگی های روانشناختی مرتبط است.

1. meta cognitive Emotional processing Training

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06 ]

پردازش هیجانی فرایندی است که به موجب آن آشفتگی های هیجانی رو به زوال می روند، تا رفتارها و تجربیات دیگر افزایش یابند و بدون مانع پیش روند (6).

در روش پردازش هیجانی فراشناخت بر مقابله باورهای فراشناختی زیر بنائی و بهبود راهبردهای مقابله ای و تغییر در سبک های توجهی - شناختی بیماران تاکید می شود. چون اختلال دو قطبی یک اختلال هیجانی است و تنظیم هیجان دراین اختلال نقش بسیار مهمی در بهبود بیماری دارد، این پژوهش در صدد است به آموزش پردازش هیجانی فرا شناختی همراه با دارو و مقایسه آن با درمان استاندارد دارو درمانی در افزایش مهارتهای عاطفی، شناختی و اجتماعی بیماران دو قطبی بپردازد. این پژوهش برای اولین بار است که باورهای فراشناختی پردازش هیجانی را روی بیماران دو قطبی مورد بررسی قرار می دهد. در مورد سایر مشکلات و اختلالات و ارتباط آن با باورهای فراشناختی می توان به پژوهش متیوز و همکاران در خصوص ارتباط بین باورهای فراشناختی و اضطراب امتحان (7)، ولز و پاپاجرجیو باورهای فراشناختی با نگرانی و علائم وسواس فکری عملی (8)، بومن و میجر باورهای فرا شناختی و علائم هیپوکندر یا (9)، رینولد و ولز باورهای فراشناختی و افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه اشاره کرد (10).

هدف کلی طرح تعیین و مقایسه اثربخشی آموزش پردازش هیجانی فراشناختی توام با دارو و دارو درمانی به تنهایی در افزایش مهارت های عاطفی، شناختی، اجتماعی بیماران دو قطبی بود.

## مواد و روشها

روش پژوهش از نوع نیمه تجربی (پیش آزمون ـ پس آزمون با گروه کنترل) است جامعه مورد مطالعه، بیماران دو قطبی نوع اول زن شهر اصفهان بودند که به بیمارستان ها و کلینیک های روانپزشکی مراجعه می کردند. برای کنترل اثر جنسیت، جنس زن انتخاب شده است و در شرایط ورودی آزمودنی ها در آزمایش موارد زیر مد نظر قرار گرفتند: دامنه سنی 40-18 سال، تحصیلات حداقل دیپلم، داشتن بینش نسبت به بیماری و توجه و تمرکز کافی نسبت به درمان، نبودن در فاز حاد بیماری، بیشترین شواهد در مورد اثربخشی روان درمانی، مربوط به زمانی است که بیمار در حالت حاد نبوده و نیاز به بستری شدن در بیمارستان نداشته باشد (1). نحوه انتخاب با مصاحبه و تائید روانپزشک برای تشخیص و تجویز دارویی بود. سعی شد برای دو گروه حتی الامکان از یک نوع باشد. علاوه برجنس، وضعیت اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی آزمودنی ها از طریق کواریانس بررسی و حذف شد. نمونه آماری 32 زن مبتلا به اختلال دو قطبی بودند که به طور تصادفی انتخاب و به طور تصادفی به 2 گروه 16 نفری اختصاص یافتند.

1- گروه اول: فقط دارو درمانی

2- گروه دوم: دارو درمانی + آموزش پردازش هیجانی فراشناختی، طول مدت 12 جلسه 2/5 ساعتی.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل مصاحبه نیمه ساختاری براساس معیارهای تشخیصی DSM-IV و پرسشنامه های ذیل می باشد. پرسشنامه ها توسط متخصصان روان شناس و روانپزشک مورد تایید قرار گرفت و پایایی آنها از طریق بازآزمایی برروی 30 آزمودنی بدست آمد.

1- مهارت های عاطفی کوپر، 1997 (11) با پایایی 0/98

2- مقیاس نگرش های بدکنشی یا معیوب[1] پاور و همکاران، 1994 (12) با پایایی 0/76

3- پرسشنامه خود ساخته وضعیت اقتصادی – اجتماعی – فرهنگی خانواده با پایایی 0/89

4- پرسشنامه خود کنترلی رزنبام، 1980(13) با پایایی 0/92

1. Dysfunctional attitude scale

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06 ]

5- برنامه عملکرد اجتماعی هری و همکاران، 1983 (14) با پایایی 0/78

6- مقیاس بینش دیوید و همکاران، 1992 (15) با پایایی 0/87

شیوه تجزیه و تحلیل آماری از طریق تحلیل واریانس انجام گرفت.

پس از انتخاب و توزیع آزمودنی ها ابتدا از تمام آزمودنی ها در شرایط یکسان پیش آزمون به عمل آمد و سپس فقط در گروه کنترل توسط روانپزشک دارو تجویز شد. این افراد هیچ گونه درمان غیر دارویی دریافت نکردند. در گروه آزمایشی، آزمودنی ها علاوه بر دارو در برنامه های آموزش فراشناختی پردازش هیجانی نیز شرکت داشتند. در پایان درمان نیز در شرایط یکسان از تمام آزمودنی ها پس آزمون به عمل آمد.

برنامه درمان شامل موضوعات اساسی ذیل بود:

1- جلسه اول: معرفی هیجانات و ابعاد آن

2- جلسه دوم: معرفی بیماری دو قطبی به عنوان بی نظمی هیجانی

3- جلسه سوم: آموزش خود – ارزیابی علائم بیماری دو قطبی و شدت آن

4- جلسه چهارم: تنظیم فعالیت های نباتی

5- جلسه پنجم: رابطه هیجان و هوش عاطفی

6- جلسه ششم: آگاهی هیجانی و ابراز سازگارانه آن

7- جلسه هفتم: تنظیم بعد جسمانی هیجان

8- جلسه هشتم: تنظیم بعد شناختی هیجان و خودتنظیمی هیجان براساس تعامل بین رفتار، شناخت و هیجان

9- جلسه نهم: بررسی طرحواره و فرضیات زیربنایی اختلال دو قطبی

10- جلسه دهم: استراتژی های تغییر باورها و کارآیی آن با تاکید برباورهای فراشناختی

11- جلسه یازدهم: کنترل خشم در بیماران دو قطبی

12- جلسه دوازدهم: بررسی استرس ها و راههای مقابله با آن

## یافته ها

نتایج مربوط به مهارت های مورد مطالعه به شرح زیر است:

الف) مهارت های عاطفی: منظور ازمهارت های عاطفی زیرمقیاس های نمرات هوش هیجانی و نمره کل آن است. نتایج بدست آمده نشان می دهد که ارتباط معنی داری بین دو گروه آزمایش و کنترل در مقیاسهای درک عاطفه دیگران، ابراز عاطفه، همدلی، خلاقیت، انعطاف پذیری، روابط بین فردی و آگاهی از عاطفه خود وجود دارد. ($p < 0/05$) (جدول 1)

روش آموزش فراشناختی پردازش هیجانی برافزایش مهارت های عاطفی تمام زیرمقیاس های مهارت های عاطفی بیماران موثر بوده است و بین مهارت های عاطفی گروه درمان استاندارد و روش آموزش پردازش هیجانی تفاوت معنی داری وجود دارد. ($p < 0/05$) (جدول 1).

ب) مهارت های شناختی:

منظور از مهارت های شناختی مهارت بیماران در کاهش افکارناکارآمد، افزایش خودکنترلی بر افکار و کسب بینش نسبت به بیماری و شرایط موجودشان است. یافته های این قسمت پژوهش نشان می دهد که بین دو گروه در مقیاسهای مهارتهای شناختی از جمله نگرشهای بد کنشی، خود کنترلی و بینش ارتباط معنی داری وجود دارد (جدول 2).

استفاده از روش آموزش فراشناختی پردازش هیجانی برافزایش مهارت های شناختی نگرش های بدکنشی، خودکنترلی و بینش موثر بود. این اختلاف از نظر آماری معنی دار بود. ($p < 0/05$) (جدول 2).

ج) مهارت های اجتماعی: منظور از مهارت اجتماعی نمره کل آزمودنی ها در زیر مقیاس های مهارت های اجتماعی

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06 ]

(ارتباط با دوستان، ارتباطات اجتماعی، نگهداری از کودک، انجام فعالیت های روزمره، مدیریت پول و مقابله با شرایط اضطراری است) که نتایج بدست آمده نشان داد ارتباط معنی داری بین دو گروه در مهارتهای اجتماعی وجود دارد (جدول 3).

روش آموزش فراشناختی پردازش هیجانی با افزایش عملکرد اجتماعی بیماران موثر بوده است و توانسته عملکرد اجتماعی بیماران را نسبت به گروه کنترل افزایش دهد (جدول 3).

**جدول شماره 1- آزمون معنی داری اثرات بین آزمودنی ها در مقیاس مهارت های عاطفی**

| مقیاس | گروه | میانگین | انحراف استاندارد | تفاوت میانگین | خطای معیار | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| درک عاطفه دیگران | آزمایش | 31/87 | 4/7 | 9/75* | 2/27 | 0/004 |
| | کنترل | 25 | 11/22 | | | |
| ابراز عاطفه | آزمایش | 22/25 | 1/67 | 5/49* | 0/6* | 0/001 |
| | کنترل | 16/4 | 3/58 | | | |
| همدلی | آزمایش | 28/88 | 6/4 | 9/22* | 2/2* | 0/004 |
| | کنترل | 23/38 | 7/93 | | | |
| خلاقیت | آزمایش | 20 | 7/37 | 5/74* | 1/95 | 0/022 |
| | کنترل | 15/13 | 9/5 | | | |
| انعطاف پذیری | آزمایش | 30/13 | 5/54 | 14/48* | 3/61 | 0/005 |
| | کنترل | 17/63 | 8/84 | | | |
| روابط بین فردی | آزمایش | 25/88 | 4/1 | 5/86* | 1/67 | 0/01 |
| | کنترل | 16/38 | 3/02 | | | |
| آگاهی از عاطفه خود | آزمایش | 28/63 | 2/45 | 12/06* | 3/12 | 0/006 |
| | کنترل | 18/63 | 6/4 | | | |
| هوش عاطفی (کل) | آزمایش | 195/72 | 19 | 60/27* | 14/43 | 0/004 |
| | کنترل | 145/5 | 31/56 | | | |

**جدول شماره 2- آزمون معنی داری اثرات بین آزمودنی ها در مقیاس مهارت های شناختی**

| مقیاس | گروه | میانگین | انحراف استاندارد | تفاوت میانگین | خطای معیار | p |
|---|---|---|---|---|---|---|
| نگرش های بدکنشی | آزمایش | 69/52 | 26/1 | -57/35* | 10/8 | 0/001 |
| | کنترل | 126/87 | 27/5 | | | |
| خودکنترلی | آزمایش | 41/52 | 1/41 | 45/18* | 2/42 | 0/001 |
| | کنترل | -3/66 | 1/24 | | | |
| بینش | آزمایش | 17/37 | 1/31 | 6/62* | 2/1 | 0/015 |
| | کنترل | 9/75 | 1/81 | | | |

**جدول شماره 3- آزمون معنیداری اثرات بین آزمودنی ها در مقیاس مهارت های اجتماعی**

| مقیاس | گروه | میانگین | انحراف استاندارد | تفاوت میانگین | خطای معیار | sig |
|---|---|---|---|---|---|---|
| عملکرد اجتماعی | آزمایش | 0/51 | 0/19 | -1/34* | 0/45 | 0/02 |
| | کنترل | 1/85 | 0/74 | | | |

[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06 ]

## بحث و نتیجه گیری

همانطور که نتایج نشان داد، آموزش فراشناختی پردازش هیجانی روی مهارتهای عاطفی، شناختی و عملکرد اجتماعی بیماران دو قطبی موثر بوده است و بین دو گروه آزمایش و کنترل در زیر مقیاسهای این سه مهارت، ارتباط معنی داری بدست آمد. بیماران دو قطبی به دلیل بی نظمی هیجانی، نیاز به یک برنامه مبتنی بر افزایش خود کنترلی بر هیجانات خود هستند که این روش درمانی در این پژوهش منجر به افزایش آگاهی نسبت به احساسات و هیجانات و کنترل آنها شد این نتیجه با یافته های لام و وانگ که طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند هر چقدر میزان خود کنترلی و سازگاری بیماری با علائم بیشتر باشد، عود بیماری کاهش می یابد، مطابقت دارد (16).

دیگر نتایج پژوهش نشان داد که آموزش فراشناختی پردازش هیجانی مشکلات عملکردی فرد را در زمینه های مختلف شغلی، ارتباطی و... کاهش می دهد که با نتایج پژوهش لام و وانگ که با انجام پژوهشی نتیجه گرفته اند، سازگاری بیماران با علائم، موجب بهبود عملکرد آنها شده است، همخوان می باشد (16). در پژوهش دیگری اسلایف و ویور نشان دادند افراد افسرده نقص فراشناختی بیشتری نسبت به افراد شاد از خود نشان می دهند. همچنین افراد دارای افسردگی شدید نقص فراشناختی بیشتری نسبت به افراد با افسردگی کمتر از خود نشان دادند که با نتایج بدست آمده در این پژوهش همخوان است(17).

موراو و همکاران در یک پیمایش دریافتند که بیماران روان پریش علاقه شدیدی به یاد گیری نشانه های اولیه بیماری خود دارند و این علاقه ناشی از نیاز شدید آنها به کنترل بیماری است (18). بنابراین نتایج پژوهش مبنی بر افزایش میزان خود کنترلی با نتایج بیرکو و همکاران (به نقل از لام، 1999) همخوان است که احساس کنترل بر بیماری متغیری است که ارتباط نزدیکی با افسردگی دارد.

شیوه آموزش پردازش هیجانی در افزایش تمام ابعاد مهارت های ارتباطی و عاطفی (زیر مقیاس های هوش عاطفی) موثر بوده است. چون بیماری دو قطبی نوعی بی نظمی هیجانی است که تحت تاثیر عوامل بیولوژیکی می باشد لذا تقویت مهارت های مربوط به مرکز آمیگدال که مرکز کنترل هیجانات است می تواند بیمار را در افزایش مهارت برای مدیریت هیجاناتش کمک کند. در این شیوه از راهبردهایی برای افزایش مهارت های هوش عاطفی و تقویت مسیرفرعی بین آمیگدال و تئوکورتکس استفاده شده است. در اینجا اعتقاد به تقدم احساس به اندیشه است. اینکه احساسات می توانند اندیشه و باورها را تحت تاثیر قرار بدهند. به آزمودنی ها آموزش داده شد که از خودشان فاصله بگیرند و به هیجانات و احساسات خود توجه کنند، از آنها آگاه شوند و به تاثیر آنها بر افکار و رفتار خود توجه کنند. همچنین یاد بگیرند که هیجانات خود را تعدیل نمایند.

نتایج پژوهش نشان داد که این شیوه در افزایش آگاهی از عاطفه خود، آگاهی از عاطفه دیگران، همدلی، انعطاف پذیری، خلاقیت، ابراز عاطفی، ارتباط با دیگران و مقیاس کلی هوش عاطفی، موثر بوده است. شاد و سرخوش بودن در حد متعادل موجب افزایش خلاقیت می شود و جریان تفکر تسهیل می گردد و فرد تمرکز و انرژی لازم برای کار و فعالیت را دارد. این نتایج با یافته های گلمن (1379) همخوان است او معتقد است روحیه خوب، توانایی تفکر انعطاف پذیر و پیچیده را تقویت می کند. بنابراین دست یابی به راه حل های خلاقانه حل مسئله بیشتر است. بنابراین نتیجه گیری می شود که استفاده از مداخلات روانشناختی جدید همچون آموزش فراشناختی پردازش هیجانی توام با درمانهای داروئی می تواند تا حد زیادی به بیماران دو قطبی جهت تنظیم افکار و هیجاناتشان کمک کرده و از اتلاف وقت و صرف هزینه های بالای درمانهای تک بعدی جلوگیری نماید.



[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06 ]

## References


1. Lam, D. H. Joles, S. H., Hayward, P. & Bright, J. A. Congitve therapy for bipolar disorder. New York: Wiley. 1999
2. Kaplan, N. I., Sadock, B. J., & Crebb, J. A. Synopsis of prychiatry behavioral sciences, clinical psychiatry. Baltimor: Williams and Wikins. 2003
3. Wells, A. Emotinal Disoders: Metacognition (Innovative Cognitive Therapy). New York: Wiley. 2000
4. Gunderson, J. G. Borderline Personaliy disorder. Washington Dc. American Psychiatric press. 1984
5. Flavell, J. H. Metacognition and metacognitive monitoring: a new area of cognitive- developmental inquiry. American Psychologist. 1979; 34: 906-911.
6. Wells, A. & Mattews, G. Attention and Emotion. A Clinical Perspective. Hove: Erlbaum. 1994
7. Matthews G, Hillyard, EJ & compbell, SE. Metacognition and maladaptive coping as components of test anxiety. Clin psychol and psychotherapy. 1999; 6: 111-125
8. Wells A, &. papageorgiou, C. Sociad phobia: effects of exterral attention on anxiety, negative beliefs, and Perspective beharior therapy. 1998b; 29: 357 – 370
9. Bouman TK, & meijor kJ. A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. clin psychol and psychotherapy. 1999; 6: 96-102
10. Reynolds M & Wells, A. The thought control Questionnaire psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. psychol Med. 1999; 29: 1086 – 1099
11. Cooper, p., osborn. M., Goth, D, & Feggetter, G. Evaluation of a modified self – report measure of sociad adjustment. Br J psychiatry. 1982; 141: 68 – 75
12. power. M J, Katz R, McGffin, P. The dysfunctional Attitude scale (DAS): A comparision of forms A and B and proposal for a new sub – scale version. J Res personality. 1994; 28: 263 – 276
13. Rosenbaum, M. A Schedude for assessing self – control behaviors: preliminary findings. Behav Ther. 1980; 11: 109 – 121
14. Hrry J, Sturt E, Bebbington P & Tonnant C. Socio – demographic associations with social disablement in a community sample. social psychiatry. 1983; 18: 113. 121
15. David, A S., Buchanan, A., Reed, A. &. Almeida, O. The assessment of insight in psychosis. B J of psychiatry. 1992; 161: 599 – 602
16. Lam, N. H. Wong, G. Prodromes, coping strategies insight and sccial functioning in bipolar affective disorder. Psychol Med. 1997; 27: 1091-1100
17. Slife, B. D. & Weaver, C. A. Depression, cognitive skill, and metacognitive skill in problem solving. Cognitiong and Emotion 1992; 6: 1 – 22
18. Morrow Y, & Nolen - Hoeksema S. Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. J person soci psychology. 1990; 58: 519 – 527


[ Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-06 ]