بررسی و مقایسه درمان فراشناختی و درمان روانی–آموزشی خانواده بر عملکرد اجتماعی بیماران دو قطبی

آرزو لشنی [۱]، فاطمه بهرامی [۲]، مجید عیدی بایگی [۳]، منصور ترک [۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: ماهیت چند بعدی و پیچیده اختلال دو قطبی بررسی و به کارگیری درمان‌های جدید را ایجاب می‌کند. هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراشناختی در مقایسه با درمان روانی-آموزشی خانواده بر عملکرد اجتماعی بیماران دو قطبی بوده است.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش از نوع نیمه‌تجربی (پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه) بود. از بین تمام بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های روانپزشکی شهر اصفهان، ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه مساوی قرار گرفتند. گروه اول درمان فراشناختی همراه با دارو درمانی، گروه دوم درمان روانی– آموزشی خانواده همراه با دارو درمانی و گروه سوم فقط دارو درمانی دریافت کردند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل مصاحبه نیمه ساختاریافته بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-R و مقیاس عملکرد اجتماعی بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با کمک آمار توصیفی و استنباطی و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تفاوت بین میانگین‌های نمرات گروه درمان فراشناختی در مقایسه با گروه روانی-آموزشی خانواده معنی‌دار نبود ($p<۰/۰۵$)؛ هم‌چنین بین میانگین‌های نمرات گروه درمان فراشناختی و گروه روانی- آموزشی خانواده با دارو درمانی معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: استفاده از درمان فراشناختی و درمان روانی-آموزشی خانواده همراه با دارودرمانی اثربخشی درمان را افزایش می‌دهد. بنابراین پیشنهاد می‌شود درمانگران و خانواده‌ها در این زمینه آموزش ببینند.

واژه‌های کلیدی: درمان فراشناختی، درمان روانی–آموزشی خانواده، عملکرد اجتماعی، بیماران دو قطبی

ارجاع: لشنی آرزو، بهرامی فاطمه، عیدی بایگی مجید، ترک منصور. **بررسی و مقایسه درمان فراشناختی و درمان روانی-آموزشی خانواده بر عملکرد اجتماعی بیماران دو قطبی**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۲): ۲۱۴-۲۰۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۵/۱۳ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۴/۲۱

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد دورود، ایران

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، ایران

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: majid_eydi@yahoo.com

۴. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

مقدمه

بیماری دو قطبی منجر به اختلال در مسائل شغلی و ارتباطات اجتماعی می‌شود.کاهش عملکرد در این بیماران حتی در مرحله درمان نگه‌دارنده نه تنها به طور خاص به بیماری اصلی مربوط است بلکه به بیماری‌های همراه نیز مربوط می‌باشد (۱). تنها ۴۰٪ از مبتلایان به اختلال دو قطبی قادر هستند عملکرد اجتماعی خود را مشابه آن‌چه که قبل از شروع

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.3.0]

بیماری داشتند حفظ کنند، در حالی‌که ۲۵ تا ۳۵٪ از آن‌ها عملکرد اجتماعی بسیار پایین‌تری نسبت به قبل از بیماری از خود نشان می‌دهند (۲). درمان این اختلال به طور عمده با داروهای تثبیت‌کننده خلق، مداخلات روانی اجتماعی و در موارد شدید استفاده از شوک‌درمانی است (۳). الحاق روان‌درمانی به دارو موجب افزایش کارایی درمان می‌شود. بیشتر بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی با مواردی از قبیل: پیامدهای هیجانی ناشی از دوره‌های خلقی، مسائل و مشکلات ایجاد شده توسط دوره‌های قبلی، مشکلات بین فردی، ترس از عود بیماری، اختلال در عملکرد و ...دست و پنجه نرم می‌کنند که همگی آن‌ها نیاز به مداخلات روانی اجتماعی دارد (۴). یکی از درمان‌های که برای بیماری دو قطبی به کار می رود درمان فراشناختی است. این شیوه یکی از جدیدترین شیوه‌های درمان روان‌شناختی است که محدودیت درمان شناختی-رفتاری را ندارد. درمان فراشناختی بر این اصل استوار است که فراشناخت به طور حیاتی در فهم چگونگی پردازش شناخت و این که چگونه این پردازش، تجارب هوشیار را ایجاد می‌کند، اهمیت دارد (۵). فراشناخت به عنوان هرگونه دانش یا فرایند شناختی که در ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت مشارکت دارد تعریف می‌شود (۶). رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها در برابر پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی، به الگویی منجر می شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این افراد می‌گردد. این الگو سندروم شناختی-توجهی (Attention Syndrome Cognitive) خوانده می‌شود؛که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خود تنظیمی یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌باشد (۵). براساس نظریه‌پردازی‌های اخیر، فراشناخت یکی از عوامل مهم در توسعه و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی است. فراشناخت‌ها بر پردازش هیجانی و واکنش‌های مربوط به آسیب، از طریق تأثیر دانش و راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها و نیز تعبیر و تفسیر علائم خاص نظیر: افکار مزاحم اثر می‌گذارد. باورهای فراشناختی در سبب‌شناسی و پایداری اختلال اضطراب و افسردگی نقش مؤثری دارد (۸-۷).

ایجاد بی‌نظمی هیجانی ناشی از آسیب‌پذیری بیولوژیکی هیجان به اضافه عدم توانایی برای تنظیم هیجان است. بنابراین بیشتر بیماران دو قطبی احتیاج به تنظیم هیجان‌های خود از طریق درمان فراشناختی دارند (۹). از طرفی واضح است که نقش عمده و اصلی مراقبت از بیماران روان‌پزشکی، به خصوص پس از ترخیص از بیمارستان، بر عهده‌ی خانواده‌ی بیماران می‌باشد (۱۰). از سوی دیگر نوع مراقبت خانواده از بیمار روانپزشکی و میزان آمادگی و توانایی خانواده‌ی این بیماران تأثیر مستقیمی بر نتیجه‌ی درمان دارد (۱۱). تمایل روز افزون به استفاده و تحقیق در زمینه‌ی مداخلات آموزشی خانواده‌ی بیماران روان‌پزشکی ناشی از افزایش شناخت متخصصین نسبت به بار تحمیلی مراقبت از بیمار بر خانواده (۱۲) و از سوی دیگر ایجاد یک ساختار حمایتی درون خانواده جهت حمایت از بستگان می‌باشد.

در پژوهش‌های Gonzalez Pinto و همکاران (۱۳)، Miller و همکاران (۳) و بهرامی (۱۴) نشان داده است که ادغام درمان شناختی رفتاری و مداخله‌ی روانی آموزشی با درمان‌های دارویی به بهبود در درمان کمک می‌کند.

پژوهش‌های زیادی نیز اثربخشی مدل فراشناختی ولز (Wellse Metacognitive therapy) را بر روی اختلال وسواس (۱۵)، اختلال اضطراب فراگیر (۱۶)، اختلال استرس پس از سانحه (۱۷)، اختلال بدشکلی بدن (۱۸) و افسردگی (۱۹) گزارش کرده‌اند. تحقیقات ذکر شده یا تنها به یک درمان پرداختند و یا سایر اختلال‌های روانی را مورد توجه قرار دادند. از طرفی تاکنون درمانی فراشناختی بر روی بیماران دوقطبی انجام نگرفته است (محققان این پژوهش ، در این زمینه مطالعه‌ای یافت نکردند). هم‌چنین انجام پژوهشی که به مقایسه چند شیوه‌ی درمانی بپردازد ،امری ضروری است. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی و مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی توأم با دارو درمانی، با درمان روانی-آموزشی خانواده (توام با دارو دارو درمانی) بر عملکرد اجتماعی بیماران دو قطبی بود.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.3.0]

مواد و روش‌ها

روش پژوهش از نوع نیمه‌تجربی (پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه) است. جامعه پژوهش حاضر، بیماران دو قطبی زن شهر اصفهان است که به بیمارستان شهید رجایی و الزهرا مراجعه می‌کنند. ۲۴ نفر از زنان پس از مصاحبه توسط روان‌پزشک، تشخیص به عنوان بیمار دو قطبی و داشتن معیارهای ورودی (دامنه سنی ۱۸-۴۰ سال، داشتن حداقل دیپلم، داشتن بینش نسبت به بیماری و توجه و تمرکز کافی نسبت به درمان و نبودن در فاز حاد بیماری) به عنوان آزمودنی انتخاب و در سه گروه قرار گرفتند. سعی شد در صورت عدم لطمه به سلامت بیمار و با در نظر گرفتن اصول اخلاقی، نوع داروها برای سه گروه تا حد امکان از یک نوع باشد. دکتر بهرامی با همکاری دکتر احمد اعتمادی به بیماران آموزش دادند. گروه اول درمان فراشناختی توأم با دارو درمانی را در ۱۲ جلسه دو نیم ساعته ساعته و گروه دوم درمان روانی –آموزشی خانواده توأم با دارو درمانی را در ۸ جلسه دو ساعته دریافت کردند. و گروه سوم فقط دارو دریافت نمودند. داده‌ها به کمک ابزار ذیل جمع‌آوری گردید:۱ –مصاحبه نیمه ساختاریافته بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-R ۲- برنامه عملکرد اجتماعی (Hrry و همکاران). این برنامه یک مقیاس درجه‌بندی است که در طی یک مصاحبه نیمه‌ساختاری تکمیل می‌شود و منظور عملکرد اجتماعی بیمار در ماه‌های اخیر است. در این مقیاس بالاترین نمره (۳)، و پایین‌ترین (۰) می‌باشد که نمره‌ی صفر به معنی نداشتن مشکل در عملکرد اجتماعی است. Lam & Wong ، از این مقیاس برای یک گروه از بیماران دو قطبی استفاده کرده و پایایی و روایی خوبی را گزارش کرده‌اند (۲۰). پایایی این ابزار در پژوهش حاضر توسط باز آزمایی و روی ۳۰ بیماری صورت گرفت که ضریب پایای ۰/۷۸ به دست آمد. به منظور بررسی روایی این مقیاس توسط همخوانی بین نتایج حاصله با مصاحبه روان‌پزشک، حساسیت این آزمون در تشخیص بدکنشی اجتماعی ۸۶ ٪ است که نشان‌دهنده توان پیش‌بینی مناسب است.

داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS و با کمک آمار توصیفی و استنباطی و تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پس از انتخاب و توزیع آزمودنی‌ها ابتدا از تمام آزمودنی‌ها در شرایط یکسان پیش‌آزمون به عمل آمد و سپس مداخلات درمانی به صورت گروهی هر دو گروه ۱۲ نفره اجرا شد.در پایان درمان نیز در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد. قابل ذکر است هیچ ریزشی در گروه ها وجود نداشت.

برنامه درمان گروه فراشناختی که بر بیماران انجام شد، شامل موضوعات اساسی زیر بود:

جلسه اول: معرفی هیجانات و ابعاد آن. **جلسه دوم:** معرفی بیماری دو قطبی به عنوان بی‌نظم هیجانی، **جلسه سوم:** آموزش خود ارزیابی علائم بیماری دو قطبی و شدت آن. **جلسه چهارم:**تنظیم فعالیت‌های نباتی. **جلسه پنجم:** رابطه هوش هیجانی و هوش عاطفی. **جلسه ششم:** آگاهی هیجانی و ابراز سازگارانه آن. **جلسه هفتم:** تنظیم بعد جسمانی هیجان. **جلسه هشتم:** تنظیم بعد شناختی هیجان و خود تنظیمی هیجان بر اساس تعامل بین رفتار، شناخت و هیجان. **جلسه نهم:** بررسی طرحواره و فرضیات زیر بنایی اختلال دو قطبی. **جلسه دهم:** استراتژی‌های تغییر باورها و کارآیی آن با تاکید بر باورهای فراشناختی.جلسه یازدهم:کنترل خشم در بیماران دو قطبی.جلسه دوازدهم: بررسی استرس ها و راه‌های مقابله با آن (۷).

برنامه درمان روانی-آموزشی خانواده شامل موضوعات زیر بود:

جلسه اول: شناخت و بیماری دو قطبی.**جلسه دوم:** بررسی انواع درمان‌های اختلال دو قطبی.**جلسه سوم:** نقش استرس در محیط خانواده و راه‌های کاهش آن. **جلسه چهارم:** بررسی ارتباط و قدرت در خانواده و جایگاه بیمار در این ارتباط. **جلسه پنجم:** درک ارزش خود و ارتباط آن با اختلال دو قطبی و نقش خانواده در این درک. **جلسه ششم:** ارتباط و شناخت خانواده و تاثیر آن بر اختلال دو قطبی. **جلسه هفتم:** ارتباط و احساس در خانواده و تأثیر آن

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.3.0]

بر اختلال دو قطبی. **جلسه هشتم:** وجود تعارضات در روابط بین فردی و چگونگی حل آن (۱۴).

یافته‌ها

نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

مندرجات جدول ۱، نشان می‌دهد مفروضه‌ی برابری واریانس‌ها بر قرار نمی‌باشد، اما از آن‌جا که تعداد آزمودنی‌های مساوی می‌باشد و انتخاب و توزیع آن‌ها تصادفی می‌باشد می‌توان گفت که عدم برابری واریانس‌ها تأثیری در نتایج ایجاد نمی‌کند.

مندرجات جدول ۲، نشان می‌دهد که میانگین عملکرد اجتماعی در ۳ گروه درمان فراشناختی، روانی– آموزشی خانواده و دارودرمانی به ترتیب ۰/۵۱، ۰/۹ و ۱/۸۵ می‌باشد. همان‌گونه که مشاهده می‌گردد بهترین بهبود عملکرد در گروه درمان فراشناختی می‌باشد.

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه‌ها معنی‌دار است (p=۰/۰۵). به عبارت دیگر این تفاوت‌های فردی در عملکرد اجتماعی بیماران به دلیل تفاوت در شیوه‌های درمانی می‌باشد و سه روش درمانی در زمینه تأثیر بر عملکرد اجتماعی بیماران با یکدیگر متفاوت هستند.

جدول ۴ به مقایسه میانگین‌های نمرات عملکرد اجتماعی در گروه‌ها می‌پردازد.

مندرجات جدول ۴، نشان می‌دهد که بین درمان فراشناختی و درمان روانی آموزش خانواده تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p=۰/۳) یعنی کارایی درمان فراشناختی و درمان روانی آموزش خانواده در بهبود عملکرد اجتماعی بیماران به یک میزان می‌باشد. اما بین درمان فراشناختی و دارودرمانی (p=۰/۰۲) و درمان روانی آموزشی خانواده و دارودرمانی (p=۰/۰۵) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. یعنی درمان فراشناختی و درمان روانی– آموزشی خانواده در بهبود عملکرد اجتماعی بیماران مؤثرتر از دارودرمانی می‌باشد.

جدول ۱. آزمون لوین در مورد برابری واریانس‌های مقیاس عملکرد اجتماعی

متغیر	F	فرضیه df	خطا df	Sig
عملکرد اجتماعی	۵/۴۱	۲	۲۱	۰۳۱/۰

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات عملکرد اجتماعی به تفکیک گروه‌ها

متغیر وابسته		پیش آزمون		پس آزمون	
	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
عملکرد اجتماعی	فراشناختی	۲/۳۵	۰/۸۵	۰/۵۱	۰/۱۹
	روانی– آموزشی خانواده	۲/۳۱	۰/۹۵	۰/۹	۰/۷۷
	دارو درمانی	۲/۴۷	۱/۲	۱/۸۵	۰/۷۲

جدول ۳.آزمون معنی‌داری اثرات بین آزمودنی‌ها در مغیر وابسته

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	Sig	مجذور Eta	قدرت مشاهده شده
گروه	عملکرد اجتماعی	۱/۹۸۷	۰/۹۹٤	٤/۳۸	۰/۰۵	۰/۵۵٦	۰/۵۵٦

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.3.0]

جدول ٤. مقایسه زوجی متغیر عملکرد اجتماعی به تفکیک گروه‌ها

متغیر وابسته	گروه	گروه	تفاوت میانگین ها	خطای معیار	Sig
عملکرد اجتماعی	درمان فراشناختی	درمان روانی-آموزشی خانواده	-۰/۳۹۴	۰/۳۶۴	۰/۳
		دارودرمانی	-۱/۳۴	۰/۴۵۸	۰/۰۲
	درمان روانی- آموزشی خانواده	دارو درمانی	-۰/۹۴۷	۰/۳۱۹	۰/۰۵

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراشناختی در مقایسه با درمان روانی- آموزشی خانواده بر عملکرد اجتماعی بیماران دو قطبی می‌باشد. نتایج پژوهش نشان داد که بین درمان فراشناختی و درمان روانی آموزش خانواده تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p=۰/۳). اما، تفاوت بین گروه‌های درمان ترکیبی فراشناختی و دارو درمانی و هم‌چنین درمان ترکیبی روانی آموزشی خانواده و دارو درمانی با گروهی که فقط دارو درمانی دریافت نمودند معنی‌دار می‌باشد. این نتایج با پژوهش شاهد مسعودی و همکاران ، Lam و همکاران ، Gonzalez Pinto و همکاران مختلف همسو می‌باشد (۲۲-۲۱، ۱۳). درتبیین این نتایج باید عنوان کرد که رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها در برابر پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی، به الگویی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این افراد می‌گردد. فراشناخت یکی از عوامل مهم در توسعه و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی است. فراشناخت‌ها بر پردازش هیجانی و واکنش‌های مربوط به آسیب، از طریق تأثیر دانش و راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها و نیز تعبیر و تفسیر علائم خاص نظیر اثر می‌گذارد. بنابراین فراشناخت‌ها از طریق تغییر باورهای منفی سبب می‌شوند تا این افراد نگرشی مثبت در ارتباط با خود و دیگران داشته باشند و همین امر سبب بهبود عملکرد اجتماعی آن‌ها می‌گردد. واضح است که نقش عمده و اصلی مراقبت از این بیماران بر عهده‌ی خانواده‌ی بیماران می‌باشد و نوع مراقبت خانواده از بیماران و میزان آمادگی و توانایی خانواده‌ی این بیماران تأثیر مستقیمی بر نتیجه‌ی درمان دارد. خانواده به عنوان یک مکان اجتماعی و مراکز بهداشتی درمانی به عنوان مکان اجتماعی دیگر می‌توانند جهت آموزش برای تغییر رفتار افراد جامعه در نظر گرفته شوند. آموزش بیمار در کنار اعضای خانواده و دخالت دادن خانواده در برنامه‌های آموزشی توانایی افراد را جهت ایجاد و حفظ تغییرات سبک زندگی افزایش می‌دهد. از سویی دیگر مصرف درست دارو در بیماران دو قطبی امری ضروری است و باید زیر نظر پزشک صورت گیرد. چون در درمان فراشناخت با اصلاح ارزیابی‌های منفی و اصلاح نگرش‌ها و در درمان روانی آموزش خانواده از طریق حمایت اجتماعی سبب اثرات دیرپاتری در عملکرد اجتماعی این بیماران می‌شوند. بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود آموزش‌های سیستماتیک برای خانواده‌ها در امر اختلالات روانی امری ضروری است و به روند بهبود درمان کمک می‌کند. هم‌چنین استفاده از مداخلات روان‌شناختی هم‌چون درمان فراشناختی توأم با دارو درمانی تا حد زیادی به سازگاری و افزایش عملکرد بیماران دو قطبی می‌شود و از اتلاف وقت و صرف هزینه‌های بالای درمان‌های تک بعدی جلوگیری می‌کند. بنابراین پیشنهاد می‌گردد که در درمان بیماران از درمان‌های چند بعدی در کنار دارو درمانی استفاده شود تا اثرات درمانی افزایش یابد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب قداردانی خود را از کلیه‌ی عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، اعلام می‌دارند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.3.0]

References

1. Hajek T, Slaney C ,Garnham J ,Ruzickova M ,Passmore M, Alda M. Clinical correlates of current level of functioning in primary care – treated bipolar patients. Bipolar Disord 2005; 7(3):286-91.
2. Denis de Andrés R, Aillon N, Bardiot MC, Bourgeois P, Mertel S, Nerfin F, et al. Impact of the life goals group therapy program for bipolar patients: An open study. J Affect Disord 2006; 93: 253-7.
3. Sadock BJ ,Sadock VA. Synopsis of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2007.
4. Goodwin F, Jamison K. Manic depressive illness. 1st ed. New York: Oxford University; 1990.
5. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford; 2009.
6. Flavell JH. Metacognition and Metacognitive monitoring: a new area of cognitive-developmental inquiry.American Psychologist 1979; 34:906-11.
7. Wells A. Emotional disorders and Metacognition :Innovative Cognitive Therapy. Baffins Lane: John Wiley & Sons LTD; 2000.
8. Corcoran KM, Segal ZV. Metacognition in depressive and anxiety disorder: Current directions. Inter. J of Cogn Ther 2008, 1(1): 33-44.
9. Gunderson JG. Borderline Personality disorder. Washington Dc; American Psychiatric press; 1984.
10. Solomon P. Moving from psycho education to family education for families of adults with serious mental illness. Psychiatry Serve 1996; 47(12): 1364-70.
11. Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, Raue P, Sirey J. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. Journal Nerv Ment Dis 2001; 189(1): 31-7.
12. Katschnig H, Konieczna T. What works in work with relatives? A hypothesis. Br Journal Psychiatry Suppl 1989; 5: 144-50.
13. Gonzalez Pinto A, Gonzalez C, Enjuto S, Fernandez de Corres B, Lopez P, Palomo J, et al. Psychoeducation and cognitive behavioral therapy in bipolar disorder. Acta Psychiatry Scand 2004; 109(2): 83-90.
14. Bahrami F, Solati-dehkordi S, Farhadi A. Study and comparison of the meta cognitive-emotional processing and drug therapy in modifying emotional, cognitive and social skills in bipolar disorders. Yafteh 2009; 11:85-91. [In Persian].
15. Rees CS, Van Koesveld KE. An open trail of group metacognitive therapy for Obsessive compulsive disorder. Journal Behav Ther Exper Psychiatry 2008; 39(4): 451-8.
16. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. Behav Ther Exper Psychiatr 2006; 37(3): 206-12.
17. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary intervention of new brief treatment. Journal Behav Ther Exper Psychiatr 2004; 35:307-18.
18. Rabiee M, Kalantari M, Molavi H. Effectiveness meta cognitive behavioral therapy on reduction of symptoms whit body dysmorphic disorder. MA. Dissertation. Isfahan: Isahan University, College of psychology and educational sciences 2009; 112-40. [In Persian]
19. Wells A, Fisher P, Samuel M. Trishna patel, Chris R . Brewin. Meta-cognitive therapy in Recurrent and persistent Depression. Cogn Ther Res; 2007.
20. Lam NH, Wong G. Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorder. Psychol Med 1997; 27:1091-100.
21. Lam DH, Bright J, Jones S, Hayward P, Schuck N. Cognitive therapy for bipolar illness: A pilot study of relapse prevention. Cognit Ther Res 2000; 24: 503-20.
22. Masoudi Sh, Tabatabaie M, Modrres- Gharavi M, Ghanbari-Hashemabadi A. Effect group cognitive-behavioral treatment on the outcome of bipolar disorder I. Journal of Fundamentals of Mental Health Journal 2009; 10 (4): 289-98. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.3.0]

Investigation and comparison meta-cognitive therapy (MCT) and psycho – educational family therapy on social performance in bipolar patients

Arezoo Lashani [1], Fateme Bahrami [2], Majid Eydi Baygi [3], Mansour Tork [4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Multidimensional and complex nature of bipolar disorder requires assessment and usage of modern treatments. The aim of this study was to investigate the efficacy of meta-cognitive therapy (MCT) compare to psycho – educational family therapy on Social performance in bipolar patients.

Methods and Materials: This was a semi-empirical research with pretest-posttest design, using control group. From among the bipolar woman who had referred to psychological hospitals and clinics in Isfahan city in Iran, 24 patients were selected by purposeful sampling and were divided into three equal groups randomly. The first group received meta-cognitive therapy, second group received psycho-educational family therapy and the third group received drug therapy. The data were gathered using semi-structured interview based on diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition) criteria and dysfunctional attitudes scale. The data were analyzed by descriptive statistics and covariance with SPSS 16 software.

Findings: There wasn't difference significant between the mean scores of meta-cognitive therapy groups compared with psycho – educational family therapy ($p<0.05$). Also, there was difference significant between the mean scores of both group meta-cognitive therapy and psycho – educational family therapy compared with drug therapy.

Conclusions: using meta-cognitive therapy and psycho – educational family therapy with the drug increases Social performance in bipolar patients. Therefore it is recommended family and therapists trained in this field.

Keywords: Bipolar patient, Meta-cognitive therapy, Psycho– educational family therapy, Social performance, Bipolar disorders

Citation: Lashani A, Bahrami F, Eydi Baygi M, Tork M. **Investigation and comparison meta-cognitive therapy (MCT) and psycho – educational family therapy on social performance in bipolar patients**. J Res Behave Sci 2015; 13(2): 208-214

Received: 04.08.2013 Accepted: 12.07.2015

1. Master of Family Counseling, Young Researchers and Elite Club, Doroud Branch, Islamic Azad University, Doroud, Iran
2. Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan University, Esfahan, Iran
3. PhD Student in Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran (Corresponding Author) Email: majid_eydi@yahoo.com
4. Master of Family Counseling,Young Researchers and Elite Club, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-09]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.3.0]