



The effectiveness of Meta Cognitive Interpersonal Therapy on Reduction of Perceived pain and Marital Conflict among Couples at Empty Nest Stage

Zahra Montajabian¹ , Sedigheh Rezai Dehnavi^{2*} 

1. M.A of Family Counseling, Department of Counseling and Guidance, Payame Noor University, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran

ABSTRACT

Aims and background: The aim of the present study was to evaluate the effectiveness of meta cognitive interpersonal therapy on reduction of perceived pain and marital conflict among couples at empty nest stage.

Materials and Methods: The present study was a quasi-experimental research method with pre-test and post-test, control. The statistical population consisted of couple experiencing empty nest stage in Isfahan in 2019. The sampling method was purposive and 16 couples were selected and randomly assigned into two groups (n=16). The experimental group participated in 8 sessions of metacognitive interpersonal therapy based training, once a week, for 120 minutes and the control group was on the waiting list. Research tools consisted of Perceived Pain Questionnaire of McGill of Melzack and Revised Marital Conflict Questionnaire (MCQ-R) of Bagher Sanaei & et al. Univariate analysis of covariance was used to analyze the data.

Results: The results showed that meta cognitive interpersonal therapy significantly improved the mean scores of perceived pain and marital conflict in the experimental group compared to the control group. Therefore, the results showed a reduction in perceived pain and marital conflict in couples in the empty nest stage.

Conclusion: The using of meta cognitive interpersonal therapy would be useful for reducing perceived pain and marital conflict.

Keywords: Empty Nest, Perceived Pain, Marital Conflict, Meta Cognitive, Meta Cognitive Interpersonal Therapy, Interpersonal Schema

► Please cite this paper as:

Montajabian Z, Rezai Dehnavi S [The effectiveness of Meta Cognitive Interpersonal Therapy on Reduction of Perceived Pain and Marital Conflict among Couples at Empty Nest Stage(Persian)]. J Anesth Pain 2021;12(3):91-103.

Corresponding Author: Sedigheh Rezai Dehnavi, Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran

Email: srezaidehnavi@pnu.ac.ir

فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد، دوره ۱۲، شماره ۳، پاییز ۱۴۰۰

اثربخشی درمان بین فردی فراشناختی بر کاهش ادراک درد و تعارض زناشویی زوج‌های در مرحله آشیانه خالی

زهرا منتجبیان^۱، صدیقه رضایی دهنوی^{۲*}

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره و راهنمایی، دانشگاه پیام نور، ایران.

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۱۰

تاریخ بازبینی:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۳/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان بین فردی فراشناختی بر کاهش ادراک درد و تعارض زناشویی زوج‌های در مرحله آشیانه خالی می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با گروه کنترل همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زوج‌های در مرحله آشیانه خالی در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند بود و با در نظر گرفتن معیارهای ورود به مطالعه، ۱۶ زوج در دو گروه ۱۶ نفری به صورت تصادفی گمارده شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه حضوری مداخله آموزشی مبتنی بر رویکرد بین فردی فراشناختی، هفته‌ای یکبار، به مدت ۱۲۰ دقیقه شرکت و گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفتند. شایان ذکر است که شرکت کنندگان به پرسشنامه درد مک گیل ساخته شده توسط ملزاک و مقیاس تجدید نظر شده تعارض زناشویی باقر ثنایی و همکاران به عنوان پیش‌آزمون و سپس پس‌آزمون پاسخ دادند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش درمان بین فردی فراشناختی موجب بهبود معنادار میانگین نمرات ادراک درد و تعارض زناشویی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است بنابراین نتایج حاکی از کاهش ادراک درد و تعارض زناشویی در زوج‌های در مرحله آشیانه خالی بود. **نتیجه‌گیری:** استفاده از رویکرد بین فردی فراشناختی در جهت کاهش ادراک درد و تعارض زناشویی مفید خواهد بود.

واژه‌های کلیدی: آشیانه خالی، ادراک درد، تعارض زناشویی، فراشناخت، درمان بین فردی فراشناختی، طرحواره‌های بین فردی

مقدمه

مطالعات علمی بوده است^(۱). یکی از مراحل چرخه زندگی خانواده مرحله آشیانه خالی است. در این مرحله که همزمان با دوران میانسالی است، برخی ناراحتی‌ها و استرس‌ها تجلی می‌کنند که تحت عنوان «سندرم آشیانه خالی» از آنها نام می‌برند^(۲). ترک خانه به‌وسیله فرزندان برای زن و شوهرهایی که

چرخه زندگی خانواده الگویی چند مرحله‌ای از عمر خانواده است که شامل مهمترین اتفاقاتی که در خانواده مانند، ازدواج، تولد، استقلال فرزندان و مرگ می‌شود. هدف اصلی از طراحی چرخه زندگی خانواده دستیابی به الگویی جهت انجام

نویسنده مسئول: صدیقه رضایی دهنوی، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

پست الکترونیک: srezaeidehnavi@pnu.ac.ir

تجربه درد است^(۱۲). مسائل پیچیده متعددی می تواند تجربه هیجانی درد را تحت تأثیر قرار دهد، از جمله می توان به نزدیک شدن به مرگ، مسائل مرتبط با وابستگی به دیگران و حمایت خانواده اشاره کرد^(۱۳). درد ما را به این انگیزه وامی دارد که ۱- از شرایط بالقوه مخرب دور شویم، ۲- از بخش آسیب دیده شده ی بدن تا هنگام بهبود مراقبت می کند و ۳- از شرایط یادشده در آینده پیشگیری می کند^(۱۴). میزمانی، حلی ساز، سدی و صفری^(۱۵) گزارش داده اند که بخش معناداری از جمعیت مبتلا به درد مزمن از افسردگی و ناسازگاری و استرس های اجتماعی و محیط خانوادگی رنج می برند. به طور کلی، با این که فرض بر آن است که آستانه درد در افراد به نسبت ثابت است، اما تحمل درد تا حد زیادی تحت تأثیر عوامل روان شناختی و فیزیولوژیک قرار دارد. برای مثال، ادراک درد در ورزشکاران با ادراک درد در افراد غیرورزشکار متفاوت است و ورزشکاران از قدرت تحمل بیشتری در مقابل درد برخوردار هستند^(۱۶). پژوهش ها نشان داده اند که درد مزمن باعث کاهش تحرک، اجتناب از فعالیت، افسردگی، اضطراب، اختلالات خواب، انزوا و احساس تنهایی شده و متعاقب آن منجر به ناتوانی فرد می گردد^(۱۷-۱۹).

در سایر خانواده ها، اختلافات زناشویی که به خاطر پرورش فرزندان سرپوش گذاشته شده بودند، در نتیجه رفتن فرزندان از خانواده، مجدد سرباز می کنند. در چنین مواردی ممکن است غیبت فرزندان در خانه باعث افزایش تعارض های زناشویی شود^(۲۰). والدین باید با موضوع حرکت به یک رده ی تحولی بالاتر- یعنی پدربزرگ یا مادربزرگ شدن- کنار بیایند، در همان حال احتمال دارد که مسئولیت مراقبت از والدین نیازمند و وابسته ی خودشان، به ویژه در زنان، افزایش یابد. در برخی موارد، نوسازی ارتباط والد- پدربزرگ (مادربزرگ) فرصتی به دست می دهد تا شخص تعارض های قبلی را حل و فصل کند؛ در

جای خالی روابط خود را با فرزندان پر کرده بودند، وحشت آور است^(۲۱). زنان با احتمال بیشتری نسبت به مردان تحت تأثیر آشیانه خالی قرار می گیرند. به این علت که آنان زمان و تلاش بیشتری در پرورش فرزندان صرف می کنند و بنابراین پیوستگی بیشتری با فرزندان شان دارند. این امر بخصوص در مواردی صدق می کند که نقش عمده زن در زندگی، بزرگ کردن بچه ها و مادری کردن بوده و یا زن و شوهر به خاطر بچه ها زندگی مشترک ناگوارشان را تحمل کرده اند^(۲۲). با این حال، این بدان معنا نیست که مردان به طور کامل به سندرم آشیانه خالی ایمن می باشند^(۲۳).

انجمن بین المللی مطالعات درد، درد را به عنوان تجربه حسی و احساس نامطلوب که با آسیب بالقوه یا بالفعل بافتی مرتبط است تعریف کرده است^(۲۴). درد مزمن برای بیمار می تواند یک مشکل پیچیده و پرهزینه باشد^(۲۵). در مطالعات مختلف، درد بر اساس شدت^(۲۶)، مدت ماندگاری^(۲۷) یا رفتارهای ناسازگارانه درد^(۲۸) ارزیابی شده است. میزان شیوع درد مزمن به صورت معمول بین ۱۵ تا ۲۱ درصد از افراد بزرگسال را تشکیل می دهد، اگرچه در بعضی مطالعات میزان شیوع درد مزمن را حتی بیشتر ۴۶ درصد از افراد بزرگسال گزارش کرده اند^(۲۹). درد شامل یک بخش حسی و نیز یک بخش عاطفی است. عاطفه مرتبط با درد، تقریباً همیشه ناخوشایند بوده و شامل "عاطفه منفی" می شود. عاطفه منفی، ساختاری سه ضلعی از هیجانات منفی را تشکیل می دهد که اضلاع آن عبارتند از اضطراب، افسردگی و خشم^(۳۰). چگونگی بروز درد در افراد مختلف، متفاوت است و تفاوت های فردی، نژادی، فرهنگی، روان شناختی، محیطی و حتی باورهای دینی و مذهبی در آن دخیل هستند^(۳۱). تجربه درد از دو جنبه حسی و هیجانی تشکیل شده است. جنبه حسی درد، نشان دهنده شدت درد، و جنبه ی هیجانی آن، نشان دهنده میزان ناراضیتی فرد از

سایر موارد، این امر فقط باعث وخامت تعارض حل نشده‌ای می‌گردد که ریشه در سال‌های قبل دارد^(۳۰). خیرالهی، جعفری، قمری و باباخانی^(۳۱) در پژوهشی نشان دادند عملکرد خانواده و سبک مقابله با تعارض زناشویی با ورود اولین فرزند کاهش می‌یابد و به طور معمول کمترین متغیر در دوره نوجوانی فرزند است و در مرحله آشیانه خالی دوباره افزایش می‌یابد. تعارض زناشویی و یا اختلافات بین آنها در واقع ترجیحات، خواسته‌ها، اهداف و یا نیازهای زوجها است که امری اجتناب‌ناپذیر است و این مسأله به عنوان یک پدیده طبیعی تلقی می‌شود که در همه روابط زناشویی رخ می‌دهد^(۳۲). از ابعاد و عوامل بروز تعارض زناشویی می‌توان به مسائل اقتصادی، روابط جنسی، روابط خویشاوندی، دوستان، فرزندان، نحوه صرف اوقات فراغت، خیانت، به پایان رسیدن عشق متقابل، مشکلات عاطفی، سوء استفاده جسمانی، ازدواج در سنین پایین، درگیری‌های شغلی اشاره کرد^(۳۳). در ارتباط با مشکلاتی که تعارض زناشویی ایجاد می‌کند یک‌ه‌فلاح و همکاران^(۳۴) در پژوهشی نشان دادند که تعارض مزمن نه تنها باعث ایجاد خشونت در رابطه‌ی بین زوجها شده، بلکه روابط جنسی را به سمت نارضایتی کشانده و در نتیجه نارضایتی جنسی باعث ایجاد تعارض می‌شود. و همچنین میلر و همکاران^(۳۵) نشان دادند که زوجها دارای تعارض زناشویی بالا، از نظر بهداشت روانی و سلامتی در سطح ضعیفی می‌باشند. تعارض زناشویی اغلب از فقدان درک و تفاهم زوجها در پس زمینه‌های مختلف تحول، ویژگی‌های متفاوت شخصیتی، ارزش‌ها، نگرش‌ها، سبک‌های تفکر و تفسیر متفاوت و شرایط متفاوت محیطی شکل می‌گیرد^(۳۶). رازقی و اسلامی^(۳۷) مهمترین دلایل تعارض میان زوجها را مداخله در زندگی زناشویی، تفاوت‌های فردی و اجتماعی زوجها، فقدان مهارت‌های ارتباطی و مسائل مالی دانسته، همچنین شرایط دیگری همچون فقدان رضایت عاطفی و جنسی در تعارض‌های زناشویی و خانواده را مؤثر می‌دانند. دل‌داده مقدم و

باقری^(۳۸) نشان دادند که هر دو بعد مشکلات بین فردی و مشکلات درون فردی، پیش‌بینی کننده تعارض‌های زناشویی می‌باشند. هراتیان، جان‌بزرگی، آگاهریس و ساری مطلق^(۳۹) دریافتند بین باورهای غیر منطقی و تعارض زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. شواهد تجربی نشان می‌دهند شناخت‌ها و رفتارهای مرتبط با درد نقش مهمی در شاخص‌های درد و انطباق بیماران با درد مزمن دارند^(۴۰). بلامفد و همکاران^(۴۱) در پژوهشی نشان دادند باورهای مرتبط با درد نقش کلیدی در عملکرد فیزیکی و روانشناختی دارند. از طرفی رویکرد فراشناختی باعث کاهش معنادار احساس تنهایی در سالمندان شده است^(۴۱). با توجه به موارد مطرح شده می‌توان اظهار داشت که شیوه تفسیر و برداشت زوجین از مشکلاتی که در زندگی با آنها روبرو هستند می‌تواند در ادراک درد و روابط زناشویی آنها نقش داشته باشند و اعضای خانواده پیش آمدهایی مانند ابراز هیجانات ناهماهنگ با روابط نامطلوب را با شیوه‌های ناهمسانی تعبیر و تفسیر کنند. از این رو در ظرفیت درک حالت‌های ذهنی، زاویه توانایی حالات دیگران محدود است و در نتیجه افراد تمایل ندارند درک کنند دیگران با لنزهای متفاوتی دنیا را می‌بینند در نتیجه این افراد ظرفیت محدودی برای درک دانش حالات ذهنی در حل مشکلات اجتماعی دارند^(۴۲). در واقع فراشناخت فکر کردن درباره فرآیند تفکر است^(۴۳). یکی از اهداف مهم درمان فراشناختی این است که افراد مشکل را به گونه‌ای دیگر ببینند، یعنی خود را از مشکل جدا دانسته و با فاصله گرفتن از افکار آزاددهنده، بهتر بتوانند افکار و اندیشه‌های خود را ارزیابی کنند^(۴۴). ارتقا فراشناخت یک عنصر کلیدی در تغییر رفتار در روان‌درمانی است و از این طریق به کاهش استرس و بهبود کیفیت روابط کمک می‌کند^(۴۵). و اما درمان بین فردی فراشناختی پا را فراتر گذاشته و یک روش درمانی یکپارچه‌ای است که در هر صورت با توجه به پیشینه آن، این

افراد و کاهش افسردگی و اضطراب دست یافتند. رابطه میان ناگویی هیجانی و شدت ادراک درد، یک رابطه خطی ساده نیست، بلکه باورهای فراشناختی می‌توانند این رابطه را تحت تاثیر قرار دهند^(۴۳). خرده مقیاس‌های باورهای فراشناختی شامل باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطر افکار، باورهای منفی درباره نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی، پیش‌بینی کننده معنادار علائم درد در زنان مبتلا به میگرن بودند^(۴۴). با توجه به موارد مطرح شده پژوهش حاضر با هدف اثربخشی MIT بر کاهش ادراک درد و تعارض زناشویی زوج‌های در مرحله آشیانه‌ی خالی انجام گرفت.

روش‌ها

با توجه به موضوع پژوهش نوع مطالعه مداخله‌ای بوده و طرح کلی این پژوهش به صورت طرح نیمه آزمایشی با گروه کنترل همراه با پیش آزمون و پس آزمون بود. در این طرح دو گروهی، گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (مداخله) قرار گرفته و گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه زنان در مرحله آشیانه‌ی خالی شهر اصفهان که معیارهای ورود به پژوهش را داشته باشند تشکیل دادند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت از (۱) زندگی مشترک با همسر، (۲) ترک منزل توسط فرزندان به دلیل اشتغال، مهاجرت، تحصیل و یا ازدواج، (۳) رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش، (۴) داشتن سواد خواندن و نوشتن، (۵) عدم شرکت همزمان در برنامه دیگر (۶) دریافت حداکثر نمره برش از پرسشنامه درد مک گیل و پرسشنامه تجدیدنظر شده تعارض زناشویی ثنائی و همکاران بودند. ملاک‌های خروج شامل (۱) عدم تمایل به ادامه درمان، (۲) غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی (۳) عدم مشارکت و همکاری در فرآیند اجرای پژوهش می‌شدند. پژوهش از نوع نمونه‌گیری هدفمند بود. به این ترتیب که

رویکرد بخشی از خانواده درمانی رفتاری- شناختی است^(۳۶). رویکرد MIT فرضیه روان‌شناسی احساسات و هیجان مثبت^(۳۷) و درمان مبتنی بر هیجان را به اشتراک می‌گذارد^(۳۸). دیماجیو و همکاران MIT بر روی ۱- کژکاری‌های فراشناختی ۲- ارتقا تفکیک یا تمایزسازی ۳- سرشت، طبیعت و ویژگی‌های طحواه‌ها تأکید دارند. ۴- تخریب بخش‌های آسیب زا و در مقابل بازسازی بخش‌های سالم. ۵- به تصویر کشیدن افراد و مشکلاتشان در یک چرخه‌ی پیوسته ۶- استفاده از تکنیک‌هایی برای تغییر دادن افکار، خلق و خوی و رفتار، توجه دارد^(۳۶). محققین بر این باورند که طحواه‌ها موجب سوگیری در تفسیر ما از رویدادها می‌شوند و این سوگیری‌ها در آسیب‌شناسی روانی بین‌فردی (زوجها) به صورت سوءتفاهم، نگرش‌های تحریف شده، گمانه‌های نادرست، هدف‌ها و چشم داشت‌های غیر واقع‌بینانه خود را نشان می‌دهند^(۳۹). ساختارهای شناختی/عاطفی/ جسمانی که افراد به صورت آگاهانه و غیرارادی برای معنا بخشیدن به روابط اجتماعی ایجاد می‌کنند؛ طحواه‌های بین فردی نامیده می‌شوند^(۴۰). با توجه به اینکه تمرکز درمان MIT بر کژکاری‌های فراشناختی (باورها و انتظارات غیرمنطقی)، روابط بین فردی و طحواه‌های ناسازگار می‌باشد در نتیجه به فرد در داشتن دیدگاه منطقی نسبت به رویدادها و رفتار دیگران کمک کرده و برای دسترسی به حالت‌های مثبت ذهنی باعث قطع زنجیره‌های معیوب عاطفی/ شناختی و افزایش دسترسی به نظریه‌های خیرخواهانه خود و دیگران می‌شود، از طرفی دیماجیو، آتینا، پاپلو و سالواتوره^(۴۱)، مرادی اورگانی، فاتحی‌زاده، احمدی و اعتمادی^(۴۲) و پاپلو و همکاران^(۴۰) طی انجام مطالعه موردی با استفاده از رویکرد MIT به نتایجی از جمله بهبود روابط بین فردی، ایجاد رابطه علت و معلولی بین طحواه‌ها و مشکلات و در نهایت بهبود کیفیت زندگی مشترک

تعداد ۱۶ زوج، با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه گواه جایگزین شدند. سپس داده‌های جمع‌آوری شده از طریق روش آماری تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار جمع‌آوری داده پرسشنامه درد مک‌گیل

این پرسشنامه توسط ملزاک^(۴۵و۴۶) ساخته شد و شامل ۱۵ سؤال است که در یک طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (از ۰ صفر= بدون درد تا ۳= شدید) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره‌های این پرسشنامه صفر و ۴۵ است که نمره بیشتر نشان دهنده ادراک درد بیشتر است. این پرسشنامه شامل ۷۸ کلمه توصیفی در ۲۰ زیرگروه تشکیل دهنده سه بعد حسی، تاثیرگذار یا عاطفی، ارزیابی شناختی، گروه متفرقه و یک گروه پنج امتیازی نشان دهنده شدت درد است. این پرسشنامه در ایران توسط خسروی و همکاران (۱۳۹۲) ترجمه و هنجاریابی شده است. در تحقیق خسروی و همکاران^(۴۶) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۴ و ضریب پایایی در تمام حیطه‌ها (حسی، عاطفی ارزیابی و متفرقه) بالای ۰/۸ محاسبه شد. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ نمره کل این پرسشنامه ۰/۹۱۳ به دست آمد.

پرسشنامه تجدیدنظر شده تعارض زناشویی

این پرسشنامه توسط باقر ثنایی و همکاران در سال ۱۳۷۸ به منظور سنجیدن تعارض‌های زن و شوهری ساخته شده است^(۴۷)، ۵۴ سؤالی است و هشت بعد از تعارض‌های زناشویی را می‌سنجد که عبارتند از: کاهش همکاری کاهش رابطه جنسی؛ افزایش واکنش‌های هیجانی؛ افزایش جلب حمایت فرزند؛ افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود؛ کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر و کاهش ارتباط مؤثر. نمره‌گذاری گزینه‌ها به

این ترتیب است: هرگز^(۱)، بندرت^(۲)، گاهی^(۳)، اکثراً^(۴) و همیشه^(۵). حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۷۰ و حداقل ۵۴ می‌باشد. اما در مورد پایایی و روایی پرسشنامه‌ی فوق: این پرسشنامه روی یک گروه ۱۲۰ نفری متشکل از ۴۸ مرد و ۷۲ زن که برای رفع تعارض‌های زناشویی خود به مراکز مشاوره تهران مراجعه کرده بودند و نیز یک گروه گواه ۱۵۰ نفری زوج‌های عادی متشکل از ۶۸ مرد و ۸۲ زن اجرا گردید. هر دو گروه به صورت در دسترس انتخاب شدند. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۶ به دست آمده است این پرسشنامه از روایی محتوایی خوبی برخوردار است. مرحله تحلیل محتوای آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبه همبستگی هر سؤال با کل پرسشنامه و مقیاس‌های آن، به دلیل همبستگی مناسب تمام سؤالات، هیچ سؤالی حذف نشد^(۴۳).

روند اجرای پژوهش

پس از اخذ مجوزهای لازم و انجام فرایند نمونه‌گیری (مطابق با آنچه ذکر گردید) شرکت‌کنندگان انتخاب گردیدند. پیش از انجام هرگونه مداخله درمانی، پیش‌آزمون انجام گرفت. ابتدا رضایت‌نامه‌ای برای شرکت‌کننده‌ها ارسال شد تا رضایت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کنند. اهداف پژوهشی به طور کامل برای آنها شرح داده شد و از محرمانه ماندن اطلاعات شخصی اطمینان حاصل می‌کردند. آنها برای شرکت در پژوهش آزاد بودند. تمام فرایند اجرایی مداخله نیز به شکل رایگان برای آنها ارائه داده شد. در نهایت، ۲ نفر از گروه مداخله، گروه را ترک کردند. در مداخله‌ی درمانی در پژوهش حاضر از اصول و فنون بازی نقش، صندل خالی، تصویرسازی ذهنی، تمرین توجه و استعاره استفاده گردید و پروتکل درمانی برگرفته از کتاب درمان بین فردی فراشناختی دیماجیو و همکاران (۲۰۱۵) می‌باشد، که خلاصه آن در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات مربوط به درمان بین فردی فراشناختی

جلسه	اهداف	خلاصه محتوای ارائه شده
اول	آگاهی از زندگی مشترک و ویژگی‌های خود و همسر	جلسه معارفه و توضیح در مورد فعالیت‌هایی که قرار است انجام گیرد، گرفتن شرح حال با جزئیات کامل توسط کلمات پرسشی (کی، کجا، چرا، چه چه کسی) بر اساس گفته‌های شرکت‌کنندگان. در واقع آشنا شدن با تمامی جنبه‌های زندگی زوجها نظیر فرزندان، همسر، تاریخچه شخصی، علایق و غیره. تکلیف: ثبت ویژگی‌های خود و همسر
دوم	بررسی باورهای غیرمنطقی و تأثیر آن بر ایجاد تعارض بین زوجها	بررسی تمرین جلسه گذشته؛ قوانین اولیه‌ی رابطه درمانی و شناسایی عناصر تجربه ذهنی و تم‌ها و چرخه‌های بین فردی ناسازگار، تا حد امکان بازسازی دوران کودکی، بیان روایت و تعارضی که اخیراً در روابط بین فردی به وجود آمده و هنوز هم پررنگ است و بررسی آن مشکل از طریق روش تصویرسازی ذهنی هدایت شده و بررسی احساسات، خود افشایی درمانگر به تناسب نیاز، شناسایی و نامگذاری احساسات. تکلیف: تهیه لیستی از باورهای غیرمنطقی خود
سوم	افزایش آگاهی فراشناختی	بررسی تمرین جلسه گذشته؛ استخراج شرح حال و دسترسی به حالات درونی و تجربه ذهنی. درمانگر منطق دسترسی به خاطرات به ظاهر بی ارزش زندگی را برای مراجع شرح داده و بیان می‌دارد که بررسی این خاطرات باعث می‌شود فرد بهتر به ظرافت‌های ذهن خود پی‌برد به کارگیری تکنیک هدایت فراشناختی و پرسیدن سؤالات ساخت یافته، بالا بردن تأمل فراشناختی مراجع، در مواجهه با محرک‌های مشکل آفرین با استفاده از تکنیک‌های فراشناختی برای افزایش آگاهی شناختی و استفاده از استعاره‌ها. تکلیف: تمرین تکنیک افزایش توجه
چهارم	آشنایی با طرحواره‌های خود و همسر	بررسی تمرین جلسه گذشته؛ درک علیت روانی، خلاصه‌سازی وقایع و فهم ذهن دیگران، پاسخگویی به پرسشنامه ۷۵ سوال کوتاه مدت طرحواره یانگ و شناسایی طرحواره‌ها و چرخه‌های بین فردی ناسازگار و آشنایی زوجین با طرحواره‌هایشان. بازسازی علیت‌های روانی (رابطه بین حلقه‌های علت و معلولی) از طریق ارتباط دادن مشکلات فعلی با طرحواره‌های زیر بنایی فرد. تکلیف: تمرین تکنیک بازی نقش در مقابل تعارض ایجاد شده اخیر بین زوجها
پنجم	درک تمایز بین واقعیت و دیدگاه‌های فرد و درک نگاه پدیدارشناسی	بررسی تمرین جلسه گذشته؛ درمانگر به مراجعین نشان می‌دهد که دیدگاه‌های آنها لزوماً بازتاب واقعیت نیستند و موقعیت‌ها از زوایای دیگر می‌توانند متفاوت درک شوند (تمایز سازی)، استخراج خاطرات مرتبط، دسترسی به بخش‌های سالم خود، ایجاد فهم بالغانه از ذهن دیگران، ارتباط بین هیجان تجربه شده و رفتارهای بروز داده شده (مانند خشم (هیجان) و خشونت (رفتار) برای مراجع بیان شد. تکلیف: از زوجین خواسته شد در یک تعارض با همسر تمام احتمالات اهداف و احساس همسر بر روی یک نمودار دایره‌ای ترسیم شود.
ششم	بهبود باورهای فراشناختی	بررسی تمرین جلسه گذشته؛ برانگیختن حسن انتقاد به طرحواره‌های قبلی و همزمان ساخت شیوه‌های جدید تفکر در مورد مشکلات و خزانه‌ی وسیع‌تری از بازنمایی‌های بین فردی. خودنمایان‌سازی یکپارچه. بازسازی طرحواره‌ها، چرخه‌های بین فردی ناکارآمد و نقش فرد در چرخه. در این مرحله با بهبود باورهای فراشناختی بر بهبود طرحواره‌های بین فردی ناکارآمد کار شد. تکلیف: تهیه لیستی از باورهای منطقی و غیرمنطقی و برقراری ارتباط آنها با طرحواره‌هایشان.
هفتم	حل مشکلات ارتباطی و کنترل خشم	بررسی تمرین جلسه گذشته؛ پرورش مهارت حل مشکلات ارتباطی و درمان نشانه. در تعارض و نوع ارتباط بین زوجین خشم خشونت به ویژه از طرف مردان نشانه مهمی است که در این جلسه به زوجها آموزش مهارت‌های ارتباطی و آموزش کنترل خشم داده شد. تکلیف: تمرین به کارگیری تکنیک صندلی خالی برای کنترل خشم
هشتم	درک دقیق‌تری از چگونگی تفکر، احساس و رفتار	بررسی تمرین جلسه گذشته؛ از زوجها خواسته شد با توجه به تغییرات و اطلاعات جدیدی که در درمان فراگرفتند روایت جدیدی از زندگی شان ارائه دهند و روایتی از ارتباط با همسر که خشونت در آن نباشد را بازسازی نماید، اجرای پس آزمون. تکلیف: گزارش اجرای الگوی ارتباطی جدید و نوع سازگاری افزایش یافته در خود.

یافته‌ها

سال و حداکثر مدت ازدواج ۴۸ سال بود. میانگین تعداد فرزندان شرکت‌کنندگان ۳ و حداقل تعداد فرزند ۱ نفر و حداکثر تعداد فرزند ۵ نفر بود. میانگین تحصیلات دیپلم و حداقل تحصیلات ششم ابتدایی و حداکثر تحصیلات دکترا بود.

شرکت‌کنندگان در پژوهش ۱۶ نفر زن و ۱۶ نفر مرد در مرحله آشنایی خالی با میانگین سنی ۵۸ سال و حداقل سن ۴۵ سال و حداکثر سن ۶۸ سال بودند. میانگین مدت ازدواج شرکت‌کنندگان ۳۲ سال و حداقل مدت ازدواج ۲۵

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرهای وابسته	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
ادراک درد	میانگین	۱۱/۸	۶/۰۶	۱۳/۰۶
	انحراف معیار	۲/۰۸	۱/۲۲	۱/۵۳
تعارض زناشویی	میانگین	۱۵۴/۰۶	۱۳۵/۲۵	۱۱۳/۰۶
	انحراف معیار	۸/۰۹	۱۳/۳۶	۱۰/۷۶

واریانس‌ها در پیش‌آزمون ادراک درد و تعارض زناشویی از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد فرض صفر برای تساوی واریانس دو گروه در پیش‌آزمون ادراک درد و تعارض زناشویی تأیید می‌گردد. در تحلیل واریانس‌های دو گروه در پس‌آزمون به دلیل همگنی واریانس‌های گروه‌ها در پیش‌آزمون، این تأثیر متغیر مستقل (درمان بین‌فردی فراشناختی) خواهد بود که در تفاوت احتمالی نمرات دو گروه نقش دارد.

چنانکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین ادراک درد در پیش‌آزمون در گروه آزمایش کاهش و در گروه کنترل افزایش می‌باشد. میانگین عارض زناشویی گروه آزمایش در پس‌آزمون کاهش و در پس‌آزمون گروه کنترل افزایش داشته است. برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از تحلیل کواریانس یک‌راهه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. برای رعایت پیش‌فرض تساوی

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس میانگین نمرات پس‌آزمون ادراک درد و تعارض زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	F مقدار	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
ادراک درد	۱۱/۳۶۷	۱	۹/۳۱۵	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱۸	۰/۹۹
تعارض زناشویی	۵۴۳	۱	۱۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۲۷	۰/۹۶

پژوهشی با ۹۵٪ اطمینان تأیید می‌شود. از سوی دیگر، روش درمان بین‌فردی فراشناختی با توجه به میانگین تعارض زناشویی گروه آزمایش نسبت به میانگین تعارض زناشویی گروه کنترل موجب کاهش معنادار تعارض زناشویی در گروه آزمایش شده است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که درمان بین‌فردی فراشناختی به طور معناداری باعث کاهش تعارض زناشویی زوجین در مرحله آشیانه خالی می‌شود. یعنی فرض صفر رد و فرض پژوهشی با ۹۵٪ اطمینان تأیید می‌شود.

اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد روش درمان بین‌فردی فراشناختی با توجه به میانگین ادراک درد گروه آزمایش نسبت به میانگین ادراک درد گروه کنترل موجب کاهش معنادار ادراک درد در گروه آزمایش شده است ۲۱۳٪ تفاوت‌های فردی در نمرات ادراک درد حاکی از تأثیر روش درمان بین‌فردی فراشناختی است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که درمان بین‌فردی فراشناختی به طور معناداری باعث کاهش ادراک درد در زوجین در مرحله آشیانه خالی می‌شود. یعنی فرض صفر رد و فرض

بحث و نتیجه گیری

نتایج در مورد تأثیر درمان بین فردی فراشناختی بر کاهش ادراک درد و تعارض زناشویی زوجین در مرحله آشیانه خالی نشان داد، تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس آزمون متغیرهای ادراک درد و تعارض زناشویی گروه آزمایش و کنترل وجود داشت.

بنابراین می توان نتیجه گرفت، ۱- درمان بین فردی فراشناختی بر کاهش ادراک درد در زوجین در مرحله آشیانه خالی تأثیر داشته است. از این رو می توان اظهار داشت که پژوهش حاضر با پژوهش های شوترز، رییز، اساتر، اسمیت و سولیوان^(۴۸)، پهلوان، بشارت، برجعلی و فراهانی^(۴۳)، جوهری فرد، برومند، ادوارد شایت و مهرابی زاده هنرمند^(۴۹)، گلابی، عبداللهی شاهقلیان^(۵۰) و بلامنفلد و همکاران^(۳۰) همسو می باشد. در تبیین نتایج به دست آمده می توان بیان داشت که مقابله با درد مزمن بر بهزیستی روان شناختی و فیزیکی افراد تأثیر منفی می گذارد. مشکل درد مزمن یک مشکل رایج و دشوار است که با داروهای مسکن کنونی به خوبی مدیریت نمی شود. به همین علت، مداخلات روان شناختی، درمان فیزیکی، طب سوزنی و سایر رویکردهای معاصر به منظور کمک به کاهش رنج بیماران دچار درد مزمن مورد بررسی و استفاده قرار گرفته اند. درمان بین فردی فراشناختی با انجام تکالیف که هدف آن ها بهبود رفتار، هیجان ها و شناخت های افراد است به آن ها کمک می کند تا به طور مناسب تری با درد مزمن خود سازگار شوند. ما از طریق شناسایی و درک احساس مان و آنچه که ما را برای انجام عمل سوق می دهند و با تشکیل یک دیدگاه یکپارچه از خودمان علیرغم حالت های ذهنی مختلف که پیوسته در ذهنمان تغییر می کند، فعالیت فراشناختی انجام می دهیم برای مثال ما قادر خواهیم بود حالت هیجانی خود را از طریق تمرکز بر احساسات جسمانی شناسایی کنیم: به طور مثال درد معده نشان می دهد که در مورد نتیجه امتحان

نگران هستیم. از مهارت های فراشناختی زمانی استفاده می شود که برای درک نحوه ی احساس و نیت دیگران که هدایت کننده رفتار هستند، بهره بریم. ما می توانیم هیجان های دیگران را از طریق مشاهده حالت های چهره، حالت های بدن تن و ریتم صدا تشخیص دهیم. در نهایت فراشناخت توانایی استفاده و درک حالت های ذهنی برای دستکاری و تسلط بر آنها گفته می شود. تسلط ممکن است از طریق دستکاری شرایطی به دست آید که در آن ما به آرامش، تمرکز و لذت برسیم. دانستن حالت های ذهنی علاوه بر اینکه در حفظ و نگهداری روابط سودمند است، به ما کمک می کند تا در هنگام تعامل بر دیگران رویدادهای احتمالی را پیش بینی کنیم، تعارض های ارتباطی را که رخ می دهد حل کرده و به اهداف ارتباطی متقابل دست یابیم^(۴۰). نقص در توانایی و یا بکارگیری فراشناخت ها منجر به بروز اختلال های هیجانی و در نهایت افزایش دردهای مزمن می شود^(۴۳).

۲- درمان بین فردی فراشناختی بر کاهش تعارض زناشویی در زوجین در مرحله آشیانه خالی تأثیر داشته است. از این رو می توان اظهار داشت که پژوهش حاضر با پژوهش های دیماجیو و همکاران^(۴۱)، مرادی اورگانی و همکاران^(۴۲) و پاپلو و همکاران^(۳۵) از این جهت که این پژوهشگران با استفاده از این رویکرد توانسته اند تأثیر مثبت بر کیفیت زندگی مشترک و مشکلات شناختی و فراشناختی افراد داشته باشند به گونه ای همسو بوده و همچنین با پژوهش خیرالهی و همکاران^(۳۱)، همسو می باشد. در تبیین نتایج به دست آمده می توان اظهار داشت که با توجه به اینکه MIT ریشه در رویکرد شناختی- رفتاری دارد در واقع در این روش، درمانگرها به دنبال دلایل عینی، واقعی و ملموس هستند که در آن نحوه فکر و احساس فرد (مراحل روایت در موقعیت های خاص و تعامل با دیگران) ماهیت رفتار شخص را نشان می دهد^(۴۰) و اینکه چگونه این رفتار بر آرامش و

پژوهش بر روی زوجین دارای تحصیلات حداقل دیپلم انجام گرفت که می‌توان بیان داشت موارد ذکر شده از محدودیت‌های پژوهش می‌باشد. با توجه به اینکه این پژوهش - بر روی زوج‌های در مرحله آشنانه خالی انجام شده در تعمیم دادن نتایج به سایر افراد و گروه‌ها بایستی جانب احتیاط رعایت شود. در این پژوهش تفاوت جنسیت مورد بررسی قرار نگرفته و همچنین از روش خودسنجی استفاده شده و سوگیری مطلوب نمایی اجتماعی به طور ناخواسته دخالت نموده، امکان تحریف پاسخ‌ها وجود داشته است که می‌توان بیان داشت موارد ذکر شده از محدودیت‌های پژوهش می‌باشد. بر پایه یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر بر روی کیفیت زندگی زناشویی، رضایتمندی، سازگاری زناشویی و ... مورد بررسی قرار بگیرد، نتایج این پژوهش با سایر روش‌ها مقایسه شود و همچنین تفاوت در جنسیت هم مورد بررسی قرار بگیرد و نتایج آن با زوجین مورد مقایسه قرار بگیرد. در نهایت لازم است پژوهشگران آتی در استفاده از این رویکرد در حد لازم با فراشناخت و طرحواره‌ها آشنایی داشته باشند.

تشکر و قدردانی

از کلیه‌ی شرکت‌کنندگان و عزیزانی که در اجرای این پژوهش یاری رساندند صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد. این مقاله برگرفته از نتایج پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده نویسنده اول با کد اخلاق IR.PNU.REC.1398. ۰۳۲ از کمیته اخلاق دانشگاه پیام‌نور مرکز اصفهان می‌باشد.

تداوم رابطه افراد با یکدیگر تأثیر می‌گذارد را در برمی‌گیرد. به طور مثال وقتی که در این رویکرد از مراجع می‌خواهیم آخرین تعارض و مشاجره با همسر و همکارش و ... را روایت کند در واقع با آموزش به فرد برای آشنایی با نحوه فکر و احساسش، آشنایی با سبک مقابله‌ای طرحواره‌اش و سبک الگوی ارتباطی فرد در مقابل مشکل پیش آمده می‌توان به ماهیت رفتارش پی برد. فرد به برقراری رابطه علت و معلولی بین مشکلاتش با طرحواره‌هایش پی برده و با استفاده از تکنیک بازی نقش با حالت ذهنی خود و همسرش آشنا شده و این امر باعث ایجاد یک رابطه صمیمی با همسر و کاهش تعارض زناشویی از نبود فرزند (فرزندخواندگی) می‌شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، رویکرد MIT با تکیه بر جنبه‌های روابط بین فردی افراد، از جمله مهارت‌های سازنده‌ای است که می‌تواند مسائل و مشکلات روان‌شناختی را کاهش دهد، از این رو این رویکرد می‌تواند خدمت ارزشمندی برای بهبود روابط بین فردی محسوب گردد. از طرفی افزایش خودآگاهی که کلید اصلی درمان MIT است به افراد کمک می‌کند تا به دیدگاه یکپارچه‌ای از خودشان دست پیدا کرده و بتوانند بخش‌های جدید خود را با یکدیگر ادغام کنند و از این طریق باعث تغییر در خود و روابطشان (در حالی که حس هویت و وحدت در آنها حفظ شده) شوند^(۴۰).

این پژوهش هم مانند هر پژوهشی دارای مشکلات و محدودیت‌هایی بوده است که به چند نمونه از آن اشاره می‌شود با توجه به اینکه این رویکرد طرحواره‌ها را هم مورد بررسی قرار می‌داد برای بررسی به زمان زیادی تری نیاز بود، جدید بودن این رویکرد و اینکه تا به حال به گونه‌ای روشن و مستقیم بر روی مسائل و مشکلات زوج‌ها بررسی نشده بود از مشکلات این پژوهش بوده و بیان مطالب فراشناختی به زبان ساده و قابل فهم برای عموم از دیگر مشکلات آن بود. از طرفی انجام

References

1. Duvall EM. Family Development (4th ed). Philadelphia: J.B. Lippincott Company. (1971).
2. Oliver R. Empty nest syndrome as a focus of depression: A cognitive treatment model, based on rational emotive therapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 14, 87-94. Pascal, A., Christine, A., Jean, L. (2008). Development and validation of the cognitive inventory of subjective distress. *International Journal of geriatric psychiatry*. (1997);23: 1175 – 1182.
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Wolters Kluwer. 2015.
4. Hiedemann B, Suhomlinova O, O'Rand AM. Economic independence, economic status, and empty nest in midlife marital disruption. *Journal of Marriage and the Family*. 1998; 60(1): 219-231.
5. Duckworth MP, Iezzi T, Carlson GC. Chronic Pain. In Principle-based stepped care and brief psychotherapy for integrated care settings. Springer, Cham. 2018; 129-142.
6. Carleton RN, Afifi TO, Taillieu T, Turner S, El-Gabalawy R, Sareen J, Asmundson GJ. Anxiety related psychopathology and chronic pain comorbidity among public safety personnel. *Journal of anxiety disorders*. 2018; 55:48-55.
7. Todd J, van Ryckeghem DM, Sharpe L, Crombez G. Attentional Bias to Pain-Related Information: A metaanalysis of dot-probe studies. *Health psychology review*. 2018; 12(4):419-36.
8. Noel M, McMurtry CM, Pavlova M, Taddio A. Brief Clinical Report: A Systematic Review and Meta analysis of pain memory reframing interventions for children's needle procedures. *Pain practice*. 2018;18(1):123-9.
9. Lear MK, Stacy SE, Pepper CM. Interpersonal needs and psychological pain: The role of brooding and rejection ensitivity. *Death studies*. 2018; 42(8):521-8.
10. Fernandez-de-las-Penas C, Bueno A., Ferrando J, Elliott JM, Cuadrado ML, Pareja JA. Magnetic Resonance imaging study of the morphometry of cervical extensor muscles in chronic tension-type headache. *Cephalalgia*. 2017; 27: 355–62.
11. Golmakani N, Hashemi Asl BM, Sadjadi SA, Ebrahimzade S. [The relationship between happiness during pregnancy, And labor pain coping behaviors (Persian)]. *Journal of Evidence Based Care*. 2012;2(2):85-93.
12. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: Evolution and revolution. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 2006; 70(3): 678-90.
13. Khanzadeh M, Aminimanesh S, Aghamohammadi S. [Difficulty in emotional regulation and pain in the elderly (Persian)]. *Journal of Gerontology*. (2018);3(2):1-10.
14. Hoffman MD, Hoffman DR. Does aerobic exercise improve pain perception and mood? A review of the evidence related to healthy and chronic pain subjects. *Curr Pain Headache Report*. (2013);11(1): 93-7.
15. Mirzamani SM, Helisaz, MT, Sadidi A, Safari A. [Comparison of the effect of pain on different aspects of life of the elderly and people with pain chronic (Persian)]. *Iranian Journal of Ageing*. 2008; 3 (1): 48-57.
16. Ghazaie M, Tajikzadeh F, Sadeghi R, Ramezan Saatchi L. [The comparison of pain perception, coping strategies with pain and selfefficacy of pain in athlete and non-athlete women (Persian)]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. (2015); 17(4): 159-63.
17. Tse MM, Vong SK, Ho SS. Pain management for older persons living in nursing homes. A pilot study. *Pain management nursing*. (2013); 14(2): 10-21.
18. Abdulla A, Adams N, Bone, M, Elliott, AM, Gaffin J, Jones D., ... , Schofield, P. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing*. (2013); 42 (1): 1-57.

19. Gran SV, Festvag LS, Landmark BT. "Alone with - experienced." A Norwegian in-depth interview study of pain in nursing home residents. *International Journal Older People Nurs.*(2010); 5(1): 25- 23.
20. Goldenberg I, Goldenberg H. Hosseinsahi B aravati HD, Naghshbandi S, Argmand E. (Persian translator). Tehran: Nashreravan 2014.
21. Khairullahi M, Jafari A, Ghamari M, And Babakhani W.[Designing a model for predicting family performance, coping styles of marital conflict and cognitive flexibility based on the analysis of life cycle change trends in divorced couples (Persian)]. *Journal of Women and Family.* 2020; 15 (53): 7-25.
22. Birditt KK, Brown E, Orbuch TL, McIlvane J. Marital conflict behaviors and implications for divorce over 16 sources. *Journal of Marriage and Family.* 2010; 72: 1188–1204.
23. Sanaei Zaker B. [Pathology and Pattern in Family Counseling, National Counseling Conference, Tehran Welfare Organization (Persian)]. 1999
24. Yekeh Fallah M, Nouri Talemi A, Bagheri, Allameh Y, Mazloumirad M, Zandnia , al et. [Attachment styles, marital conflicts, coping strategies, and sexual satisfaction in spouse abused and non- abused women (Persian)]. *Journal of pharmaceutical research international.* 2019; 4(26):1-9.
25. Miller R, Cody B, Holist J, Olsen DL. Marital quality and health over years:A growth curve anaiysis. *Journal of marriage and family.* 2013 ; 22(2): 149-158.
26. Yu JH, Park TY. Family therapy for an adult child experiencing bullying and Game addiction: An application of bowenian and MRI theories. *Contemporary family therapy.* 2016; 38(3): 318-327.
27. Razeqi N, Islami. [Qualitative study of the causes of conflict in the family (Persian)]. *Cultural and Educational Quarterly of Women and Family.* 2015: 10 (32): 53-72.
28. Deldadeh Moghadam M, Bagheri. [Predicting marital conflicts of couples based on backward behaviors and interpretations of difficulties, Bi-Quarterly (Persian)]. *Journal of Pathology, Counseling and Family Enrichment.* 2017; 1 (5): 21-40.
29. Haratian AA, Jan Bozorgi M, Agah Harris M, Sari Motlagh N.[Comparison of Early Incompatible Psychologies, Irrational Beliefs, Marital Conflict and Religious Adherence of Married Men and Women, Islamic Research (Persian)]. *Journal of Women and Family.* 2015; 5 (1): 89-106.
30. Blumenfeld AM, Stark RJ, Freeman MC, Orejudos A, Manack Adams A. Long-term study of the efficacy and safety of onabotulinumtoxinA for the prevention of chronic migraine: COMPEL study. *J Headache Pain* 2018; 19: 13- 18.
31. Dinarvand, N. [Evaluation of the effectiveness of metacognitive therapy on learned helplessness, loneliness and death anxiety in the elderly with mobility disorders(Persian)]. *Second Conference on Psychology, Educational Sciences, Social Sciences and Counseling.* 2020;1-11.
32. Lysaker PH, Dimaggio G. Metacognitive capacities for reflection in schizophrenia: Implications for developing treatments. *Schizophrenia bulletin.* 2014; 40; 487–491.
33. Helen N, Steffen M, Reinhard, P. Responsibility, metacognition and unrealistic pessimism in obsessive–compulsive disorder. *J obsessive compuls relat disord* .2013; 2:119-129.
34. Madani Y, Hojjati S. [The effect of mindfulness-based cognitive therapy on marital satisfaction and quality of life in couples(Persian)]. *Applied Psychological Research Quarterly.* 2013; 6(2): 39-60.
35. Popolo R, Macbeth A, Canfora F, Rebecchi D, Toselli C, Salvatorel G, Dimaggio G. Metacognitive interpersonal therapy in groups for over-regulated personality disorders: A single case study. Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature. *Journal of contemporary psychotherapy.* 2018; 1-11.

36. Dimaggio G, Salvatore G, Nico G, Fiore D, Procacci M. Enhancing mental state understanding in over-constricted personality disorder using metacognitive interpersonal therapy, in metacognition and severe adult mental disorders From research to treatment. 2010; 247–268.
37. Fredrickson BL. The role of positive emotions in positive psychology: the broaden and-build theory of positive emotion . American psychologist. 2001; 56: 218 – 226.
38. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings. Washington, DC :, American Psychological Association. 2002.
39. Pascal A, Christine, A, Jean, L. Development and validation of the Cognitive Inventory of Subjective Distress . International Journal of Geriatric Psychiatry. 2008; 23:1175 – 1182.
40. Dimaggio G, Montano, A, Popolo R, Salvator G. Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders. London & New York: Routledge. 2015.
41. Dimaggio G, Attina G, Popolo R, Salvator, G. Complex case personality disorders with over-regulation of emotions and poor self-reflectivity—The case of a man with avoidant and not-otherwise specified personality disorder and social phobia treated with Metacognitive Interpersonal Therapy. Personality and Mental Health 6. 2012; 156–162.
42. Moradi Oragani I, Fatehizade M, Ahmadi A. Etemadi, O. [The effect of metacognitive interpersonal therapy on the marital quality of narcissistic man (Persian)]. Applied Psychological Research Quarterly. 2018; 9(1):1-24
43. Pahlevan M, Besharat M A, Borjali A, Farahani H. [The mediating role of meta-cognitive beliefs between alexithymia and chronic pain intensity (Persian)]. JAP. 2018; 9 (3) :1-13.
44. Banaeian A, Jabalameli SH [Prediction of Pain Symptoms based on Meta-Cognitive Beliefs in Women with Migraine in Isfahan City (Persian)]. J Anesth Pain 2020; 11(3):14-27.
45. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain. 1975; 1(3): 277-299.
46. Khosravi M, Sadighi S, Moradi Sh, Zendehtdel k. [Persian-McGill pain questionnaire; translation, adaptation and reliability in cancer patients: a brief report (Persian)]. Journal of Tehran University Medical. 2013; 71(1):53-58.
47. Sanaei Zaker B, Alaqband S, Falahati Sh, Hooman A. Family and marriage scales. Tehran: Besat. 2000.
48. Scheutze R, Rees C, Slater H, Smith A, Sullivan P O. I call it stinkin' thinkin'": A qualitative analysis of metacognition in people with chronic low back pain and elevated catastrophizing. British Journal of Health Psychology 2017; 22: 463.
49. Johari fard R, Boromand A R, Shaite H K, Mehrabizadeh M. [Comparison of the meaning of life, suicidal thoughts, and cognitive distortions between female patient affected by post-traumatic stress disorder and non-patient (Persian)]. Thought & Behavior in Clinical Psychology 2016; 11(42): 67-79.
50. Golabi N, Abdollahi MH, Shahkholian M. [The Relationship between Metacognitive Thrill and Meta-Cognitive Beliefs with Pain Management in People with Chronic Headache (Persian)]. Journal of Clinical Psychology and Personality 2016; 14 (1): 61-70.