Journal of Research in Psychological Health
September 2025, Volume 19, Issue 2

Investigating the effectiveness of integrated family therapy (cognitive-behavioral and emotion-focused) on improving metacognitions and reducing depression in spouses

Ali Yousefi Roudpish*[1] ،Roya Tavakoli[2] ،Fatemeh Mohammadi Far[3] ،Ziba Pour Sadegh Gavgani[4]

1. Ph.D. Candidate in Health Psychology, International Campus (Persian Gulf), University of Tehran, Qeshm, Iran. E-mail: ***aliyousefir@ut.ac.ir***

2. M.A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Kashan Branch, Kashan, Iran.

3. M.A. in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Kashan Branch, Kashan, Iran.

4. Ph.D. in Psychology, Assistant Professor (Teacher), Counseling Department, Region 4 Education, Tabriz, East Azerbaijan Province, Iran.

Citation: Yousefi Roudpish, A., Tavakoli, R., Mohammadi Far, F., & Pour Sadegh Gavgani, Z. (2025). Investigating the effectiveness of integrated family therapy (cognitive-behavioral and emotion-focused) on improving metacognitions and reducing depression in spouses. **Journal** of **R**esearch in **P**sychological **H**ealth. 2025; 19 (2):1-16 [Persian].

Article Info:

Abstract

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of an integrated family therapy program (combining cognitive-behavioral and emotion-focused approaches) on reducing depression and improving metacognitive beliefs in spouses. This quasi-experimental study was conducted with a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. The statistical population included all couples who referred with symptoms of depression. A sample of 30 people (15 in the experimental group and 15 in the control group) was selected using a convenient and purposive sampling method and randomly assigned. The research instruments included the Beck Depression Inventory and the Wells and Cartwright-Hatton Metacognitive Questionnaire. The experimental group received the treatment protocol during 10 sessions, and the data were analyzed using repeated measures analysis of variance. The results showed that integrated family therapy significantly and strongly reduced depression and significantly improved metacognitive beliefs in the experimental group compared to the control group. In addition, the results of the follow-up phase showed that the treatment effect remained stable in both dependent variables. Based on the findings, combining cognitive-behavioral and emotion-focused approaches in the form of family therapy can be used as an effective and sustainable intervention to promote mental health and correct dysfunctional cognitive-emotional processes in spouses.

Key words
Integrated family therapy, metacognition, depression

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی تلفیقی (شناختی–رفتاری و هیجان‌مدار) بر بهبود فراشناخت‌ها و کاهش افسردگی در همسران

علی یوسفی رودپیش*[۱]، رؤیا توکلی[۲]، فاطمه محمدی فر[۳]، زیبا پورصادق گاوگانی[۴]

۱ . دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت، پردیس بین المللی دانشگاه تهران، خلیج فارس، قشم aliyousefir@ut.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه ازاد اسلامی، واحد کاشان،کاشان،ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه ازاد اسلامی، واحد کاشان،کاشان،ایران.

۴. دکترای روانشناسی، استادیار معلم ، گروه مشاوره، ناحیه ۴،آموزش و پرورش تبریز، استان آذربایجان شرقی، ایران.

تاریخ دریافت
1404/1/14
تاریخ پذیرش نهایی
1404/10/1

چکیده

هدف پژوهش حا ضر، برر سی اثربخ شی برنامه خانواده‌درمانی تلفیقی (با ترکیب رویکردهای شـــناختی–رفتاری و هیجان‌مدار) بر کاهش افســـردگی و بهبود باورهای فراشـــناختی در همســـران بود. این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشـــی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شده ا ست. جامعه آماری شامل کلیه زوجین مراجعه‌کننده دارای علائم اف سردگی بود. نمونه‌ای مت شکل از ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی گمارده شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه فراشناخت ولز و کارترایت-هاتون بود. گروه آزمایش پروتکل درمانی را در طول ۱۰ جلســـه دریافت کرد و داده‌ها با اســـتفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. نتایج ن شان داد که خانواده‌درمانی تلفیقی باعث کاهش معنادار و قوی افسردگی و بهبود معنادار باورهای فرا شناختی در گروه آزمایش نسـبت به گروه کنترل شـد .علاوه بر این، نتایج مرحله پیگیری نشـان داد که اثر درمانی در هر دو متغیر وابسته پایدار باقی مانده است. بر اساس یافته‌ها، ترکیب رویکردهای شناختی–رفتاری و هیجان‌مدار در قالب خانواده‌درمانی می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر و پایدار برای ارتقای سلامت روان و ا صلاح فرآیندهای شناختی-هیجانی ناکارآمد در همسران مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی
خانواده‌درمانی تلفیقی ، فراشناخت ، افسردگی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

مقدمه

افسردگی به‌عنوان یک اختلال روان‌شناختی شایع، در بستر زندگی مشترک نه صرفاً یک مشکل فردی، بلکه یک پدیده تعاملی و سیستمی عمل می‌کند که سلامت و انسجام کلی ساختار خانواده را به چالش می‌کشد (ژانگ و اکسین ، ۲۰۲۱). بروز علائم بالینی افسردگی، از قبیل کاهش انرژی، بی‌علاقگی مداوم و افت انگیزه، مستقیماً الگوهای ارتباطی زوجین را دچار تغییرات منفی می‌کند (چوداری و همکاران، ۲۰۲۴). در فرد افسرده، این شرایط اغلب با گرایش بیشتر به انزوا، سکوت یا نشخوار فکری و رومان همراه است (اسماعیلی و همکاران، ۲۰۲۴). در مقابل، همسر فرد افسرده با فشار مضاعف ناشی از نقش حمایتی، در معرض خطر فرسودگی، احساس ناکامی و درگیری با سرزنش‌های متقابل قرار می‌گیرد (زدان و همکاران ، ۲۰۲۳؛ شکتر و ارهارت، ۲۰۲۲). این چرخه تعاملی منفی به تدریج منجر به فرسایش صمیمیت عاطفی و کاهش محسوس رضایت زناشویی می‌شود. تحقیقات به‌وضوح نشان داده‌اند که افسردگی نه‌تنها کیفیت تعاملات روزمره، بلکه ابعادی حیاتی مانند تصمیم‌گیری‌های مشترک، احساس امنیت روانی و عملکرد والدگری را نیز تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (ژو و همکاران، ۲۰۲۴). تشدید افسردگی، فاصله‌ی روانی میان زوجین را افزایش داده و این فاصله خود می‌تواند شدت علائم فردی و حس بی‌پناهی را تشدید کند (ژانگ و اکسین ، ۲۰۲۱). از این رو، با توجه به اتکای زندگی مشترک بر همدلی و همکاری، افسردگی یک نفر می‌تواند به‌سرعت کل کیفیت زندگی مشترک را تهدید کند؛ لذا مداخله در این حوزه مستلزم یک رویکرد چندبعدی است که همزمان سطوح فردی و رابطه‌ای را هدف قرار دهد (روکاچ، ۲۰۲۲). در این میان، فراشناخت[1]، که به توانایی آگاهی و کنترل بر فرآیندهای ذهنی خود اشاره دارد، نقشی محوری در تداوم یا کاهش اثرات افسردگی ایفا می‌کند (ایمانی و همکاران ، ۲۰۲۴). بسیاری از افراد مبتلا به افسردگی، دارای باورهای فراشناختی ناکارآمد هستند؛ به‌عنوان مثال، باور به اینکه نگرانی مداوم ابزاری برای کنترل موقعیت است یا نشخوار ذهنی تنها راه یافتن راه‌حل است (لفبور و همکاران، ۲۰۲۳). این باورها، فرد را به استفاده مکرر و کنترل‌ناپذیر از راهبردهای ناسالم شناختی (مانند نشخوار فکری و رومان) سوق می‌دهند، که خود موجب تثبیت و تشدید علائم افسردگی می‌شود (استرند و همکاران ، ۲۰۲۴). اما زمانی که زوجین مهارت‌های فراشناختی بالاتری داشته باشند، قادر خواهند بود تا افکار خود را صرفاً به‌عنوان «رویدادهای ذهنی گذرا» مشاهده، ارزیابی و از آن فاصله بگیرند، بدون آنکه گرفتار ماهیت مطلق آن شوند (زدان و همکاران ، ۲۰۲۳؛ شکتر و ارهارت، ۲۰۲۲). تقویت فراشناخت در روابط زوجی به افراد کمک می‌کند تا به‌جای غرق شدن در چرخه اجتناب و نشخوار، راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تری را برای حل مسئله و برقراری ارتباط انتخاب کنند (لاویک و همکاران، ۲۰۲۲). این نگاه جدید، به زوجین امکان می‌دهد که با توقف موقت نشخوار فکری، تمرکز بر فعالیت‌های لذت‌بخش مشترک، یا گفتگوی سازنده درباره‌ی احساسات در برابر افسردگی، نه‌تنها منفعل نباشند، بلکه فعال و هدفمند عمل کنند (ژو و همکاران، ۲۰۲۴). در نتیجه، نه‌تنها شدت افسردگی کاهش می‌یابد، بلکه رابطه از یک وضعیت فرسایشی خارج شده و به سمت بازسازی معنا و حمایت متقابل حرکت می‌کند(ایمانی و همکاران ، ۲۰۲۵). با توجه به نقش ساختاری فراشناخت و بعد تعاملی افسردگی، رویکردی که بتواند همزمان بر این دو بعد تأثیرگذار باشد، ضروری به نظر می‌رسد؛ خانواده‌درمانی تلفیقی (شناختی–رفتاری و هیجان‌مدار) به دلیل ماهیت جامع خود، به‌عنوان یک گزینه مؤثر در این زمینه مطرح می‌شود.

خانواده‌درمانی تلفیقی (شناختی–رفتاری و هیجان‌مدار) به‌عنوان یک رویکرد درمانی یکپارچه، رویکردی جامع و چندوجهی ارائه می‌دهد که هدف آن اصلاح همزمان الگوهای فکری/رفتاری ناکارآمد و تنظیم، ابراز و درک هیجانات عمیق در ساختار خانواده است (جانی و همکاران

[1] Metacognition

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

، ۲۰۲۳). این تلفیق، از دو مؤلفه کلیدی بهره می‌برد. نخست، بُعد شناختی–رفتاری بر این فرض استوار است که تعارضات زناشویی عمدتاً ناشی از باورهای مرکزی ناکارآمد، سوءبرداشت‌های شناختی و الگوهای ارتباطی ناسازگار هستند (امامی و همکاران، ۲۰۲۲). درمانگر در این بخش، با آموزش مهارت‌هایی نظیر بازسازی شناختی، آموزش حل مسئله و تمرین‌های رفتاری، به زوجین کمک می‌کند تا افکار و رفتارهای منفی را شناسایی و جایگزین کنند. این بخش به طور مشخص باورهای فراشناختی ناکارآمد (مانند اجبار به نشخوار) را هدف قرار داده و کنترل ذهنی مؤثرتری را برای مدیریت علائم افسردگی فراهم می‌سازد (کیانی و همکاران، ۲۰۲۵). بُعد هیجان‌مدار تأکید دارد که هیجانات حل‌نشده، نیازهای دلبستگی برآورده‌نشده و الگوهای هیجانی منفی چرخه‌ای، زیربنای اصلی پریشانی زناشویی هستند (امامی و همکاران، ۲۰۲۲). درمانگر با ایجاد فضایی امن، به زوجین کمک می‌کند تا هیجانات آسیب‌پذیر اولیه (مانند ترس یا طردشدگی) را شناسایی و ابراز کنند. این فرآیند، از طریق پاسخ‌دهی همدلانه و تنظیم هیجان، پیوندهای عاطفی را بازسازی کرده و نیاز به اتکا به راهبردهای مقابله‌ای ناسالم شناختی (مثل نشخوار فکری) را کاهش می‌دهد (فیروزی و همکاران، ۲۰۲۲). ترکیب هدفمند این دو رویکرد، درمان را قادر می‌سازد تا هم ساختارهای فکری و رفتاری (فراشناخت) و هم زیربنای هیجانی–رابطه‌ای (صمیمیت) را به‌طور همزمان هدف قرار دهد. این یکپارچگی، نه تنها تنش‌ها و سوءتفاهم‌های روزمره را کاهش می‌دهد، بلکه احساس اعتماد، حمایت متقابل و همدلی را در میان همسران افزایش داده و زمینه‌ای پایدار برای مدیریت موفقیت‌آمیز افسردگی و بازسازی رابطه فراهم می‌کند (کیانی و همکاران، ۲۰۲۵).

اگرچه مطالعات متعددی به‌طور جداگانه بر اثربخشی درمان‌های شناختی (مانند درمان فراشناختی) بر کاهش افسردگی و همچنین تأثیر مداخلات خانواده‌درمانی بر بهبود روابط زناشویی متمرکز بوده‌اند، اما یک خلاء تحقیقاتی مهم در ادبیات علمی مشاهده می‌شود. تحقیقات کنونی به‌ندرت و به صورت همزمان به بررسی اثربخشی یک مدل جامع و تلفیقی (شامل مؤلفه‌های شناختی–رفتاری و هیجان‌مدار) بر دو متغیر حیاتی یعنی بهبود فراشناخت‌ها و کاهش افسردگی، در گروه خاص و آسیب‌پذیر همسران پرداخته‌اند. فقدان شواهدی مبنی بر اینکه چگونه یک مداخله متمرکز بر سیستم خانواده می‌تواند به‌طور موازی بر سازوکارهای شناختی معیوب (فراشناخت) و تعاملات هیجانی معیوب (افسردگی در بافت زوجی) اثر بگذارد، ضرورت انجام این مطالعه را دوچندان می‌سازد. لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی تلفیقی (شناختی–رفتاری و هیجان‌مدار) بر بهبود فراشناخت‌ها و کاهش افسردگی در همسران انجام پذیرفت.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی بوده و از نظر روش، یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل ناهمتا است. این طرح برای بررسی اثربخشی خانواده‌درمانی تلفیقی (شناختی–رفتاری و هیجان‌مدار) بر بهبود فراشناخت‌ها و کاهش افسردگی در همسران انتخاب شد تا امکان سنجش تغییرات و پایداری اثر مداخله در طول زمان فراهم گردد. جامعه آماری پژوهش را کلیه زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر قم در سال ۱۴۰۴ که متقاضی درمان افسردگی و بهبود مسائل مرتبط با فراشناخت و روابط زناشویی بودند، تشکیل دادند.

روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس و هدفمند انجام گرفت. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از همسران (زنان متأهل) بود که با در نظر گرفتن حجم اثر مناسب و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ تخمین زده شد و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تخصیص یافتند.

برای اطمینان از اعتبار درونی پژوهش، معیارهای دقیق ورود و خروج تعیین شد. معیارهای ورود شامل تشخیص بالینی افسردگی (کسب نمره بالاتر از حد آستانه در پرسشنامه استاندارد)، کسب نمره پایین در مقیاس‌های فراشناخت، وضعیت تأهل فعال، تأیید تشخیص توسط مصاحبه بالینی ساختاریافته و تأیید روان‌پزشک، محدوده

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

سنی ۲۵ تا ۴۰ سال و حداقل مدرک تحصیلی دیپلم بود. معیارهای خروج شامل ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی محور I (به جز افسردگی ماژور یا دیس‌تایمی)، سابقه سوءمصرف مواد یا الکل، تغییر دوز داروهای روان‌پزشکی در طول دوره پژوهش و غیبت مکرر (بیش از دو جلسه) در جلسات مداخله بود. پس از اخذ مجوزهای لازم و غربالگری، ۳۰ نفر خانم متأهل حائز شرایط شناسایی شدند. جهت کنترل عوامل مخدوش‌کننده، آزمودنی‌ها بر اساس سن و تحصیلات همتا شده و به‌صورت تصادفی در بلوک‌های دوتایی به گروه آزمایش یا کنترل تخصیص یافتند.

پس از اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، کلیه شرکت‌کنندگان در محیطی آرام، پرسشنامه‌های دموگرافیک، افسردگی و فراشناخت را تکمیل کردند (مرحله پیش‌آزمون). سپس، مداخله خانواده‌درمانی تلفیقی طبق پروتکل درمانی استاندارد به صورت ۸ جلسه گروهی، هفته‌ای یک‌بار، هر جلسه ۴۰ دقیقه‌ای و در طول دو ماه، تنها برای گروه آزمایش اجرا شد. گروه کنترل در این دوره هیچ درمانی دریافت نکرد. بلافاصله پس از اتمام جلسات، هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون مجدداً پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند و پس از دو ماه نیز مرحله پیگیری به منظور سنجش پایداری اثر مداخله به عمل آمد. برای بررسی مجدد پایایی ابزارهای استفاده شده، پرسشنامه‌ها بر روی ۳۰ آزمودنی بازآزمایی شد. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ تحلیل شدند. در بخش آمار توصیفی، از شاخص‌های فراوانی، میانگین و انحراف معیار استفاده گردید و در بخش آمار استنباطی، برای آزمون فرضیه‌های پژوهش و بررسی تغییرات در طول زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و مقایسه بین گروه‌ها، از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۱: پروتکل خانواده درمانی تلفیقی

جلسه	بخش اصلی	هدف اصلی	محتوای کلیدی	رویکردهای غالب
۱	آغاز، ارزیابی و ساختارسازی	ایجاد اتحاد درمانی و فهم افسردگی سیستمی	عادی‌سازی مشکل: معرفی افسردگی به‌عنوان یک پدیده تعاملی زناشویی (سیستمی). تنظیم اهداف: تعیین اهداف درمانی مشترک و فردی.	CBT/EFT
۲	تشخیص چرخه و فراشناخت ناکارآمد	شناسایی چرخه تعاملی منفی و باورهای فراشناختی	EFT: شناسایی الگوی تعاملی منفی. CBTفراشناخت: آموزش مفهوم فراشناخت و شناسایی باورهای ناکارآمد (مثلاً: "نشخوار ذهنی ضروری است").	EFT/CBT
۳	فاصله‌گیری و بازسازی شناختی	فاصله‌گیری از افکار منفی و باورهای فراشناختی	فراشناخت: تکنیک "جدایی از فکر" : مشاهده افکار به‌عنوان رخدادهای ذهنی، نه واقعیت مطلق. CBT: بازسازی شناختی باورهای خودانتقادی مرتبط با افسردگی.	CBT/فراشناخت
۴	تنظیم هیجان و دسترسی به هیجانات اولیه	کاهش واکنش‌پذیری هیجانی و دسترسی به نیازهای دلبستگی	EFT : آموزش تنظیم هیجان. تسهیل دسترسی به هیجانات اولیه (مانند ترس، غم، نیاز به تعلق) که زیر نقاب افسردگی یا انتقاد پنهان شده‌اند.	EFT
۵	ابراز هیجان و تغییر موقعیت‌ها	کمک به ابراز آسیب‌پذیری و تغییر پاسخ‌های همسر	EFT :تمرین ابراز هیجانات اولیه و نیازهای دلبستگی به شیوه‌ای امن و سازنده. ایجاد موقعیت‌های تعاملی جدید ((Enactments برای تغییر چرخه منفی.	EFT
۶	حل مسئله مشارکتی و مهارت‌های مقابله‌ای	کاربرد مهارت‌های جدید در حل تعارضات روزمره	CBT : آموزش مهارت‌های حل مسئله مشترک و ارتباط مؤثر. فراشناخت: جایگزینی نشخوار ذهنی با راهبردهای مقابله‌ای فعال (مثل تمرکز بر فعالیت لذت‌بخش).	CBT/فراشناخت
۷	تقویت پیوندها و انسجام دلبستگی	تثبیت الگوهای تعاملی جدید و حمایت متقابل	EFT مرور موفقیت‌ها در ابراز آسیب‌پذیری و پاسخ‌دهی همدلانه. تقویت پاسخ‌دهی امن دلبستگی بین زوجین.	EFT

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

۸	خاتمه، پیشگیری از بازگشت و پیگیری	تثبیت تغییرات، برنامه پیشگیری از عود	CBTفراشناخت: مرور دستاوردهای فراشناختی و تدوین برنامه برای مقابله با بازگشت علائم افسردگی. EFT طراحی نقشه راه برای حفظ چرخه‌های عاطفی مثبت.	CBT/EFT

ابزار پژوهش

پرسشنامه مشخصات دموگرافیک:

این پرسشنامه توسط پژوهشگر ساخته شده و شامل اطلاعات زمینه‌ای برای کنترل متغیرهای مخدوش‌کننده نظیر سن، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل و مدت ازدواج آزمودنی‌ها است. روایی این ابزار از طریق روایی محتوایی توسط متخصصان روان‌شناسی مورد تأیید قرار گرفته است.

مقیاس افسردگی بک، نسخه دوم(BDI-II)

مقیاس افسردگی بک، نسخه دوم(BDI-II) ، ابزاری خودگزارش‌دهی است که در سال ۱۹۹۶ توسط آرون تی. بک و همکارانش توسعه یافت. این ابزار شامل ۲۱ گویه چهار گزینه‌ای است که به منظور سنجش شدت علائم شناختی، هیجانی، انگیزشی و جسمانی افسردگی در طی دو هفته گذشته طراحی شده و فاقد خرده مقیاس‌های ساختاری است. دامنه نمرات کل آن از صفر تا ۶۳ متغیر بوده و نمره بالاتر به منزله شدت بیشتر علائم بالینی افسردگی است.از منظر روایی و پایایی خارجی، BDI-II در سطح جهانی از روایی سازه بسیار بالایی برخوردار است و شواهد قوی از روایی همگرا با سایر ابزارهای معتبر سنجش خلق ارائه می‌دهد. در پژوهش آلمیدا و همکاران (۲۰۲۳) ، پایایی داخلی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۵گزارش شده است.در ایران ، مطالعات روان‌سنجی گسترده‌ای روی این ابزار انجام شده است؛ محمدیان و همکاران (۲۰۲۲) روایی سازه BDI-II را در نمونه بالینی ایران تأیید کردندو پایایی داخلی این مقیاس نیز در جمعیت‌های ایرانی، ۰/۸۰ گزارش شده است.

در پژوهش حاضر، روایی محتوایی و سازه این ابزار با تأیید متخصصان و سوابق مطالعات پذیرفته شده است. با این وجود، به منظور تضمین کیفیت داده‌ها در نمونه مورد مطالعه، پایایی داخلی آن در مرحله پیش‌آزمون با محاسبه آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی آن در مرحله پیگیری (پس از دو ماه) بر روی نمونه ۳۰ نفری محاسبه و به عنوان شاخص‌های ثبات اندازه‌گیری گزارش خواهد شد.

پرسشنامه باورهای فراشناختی(MCQ-30) :

پرسشنامه باورهای فراشناختی نسخه ۳۰ گویه‌ای ابزاری معتبر و محوری در سنجش سازه‌های مدل‌های شناختی است که در سال ۲۰۰۴ توسط آدریان ولز و کارترایت-هاتون ساخته شد. این ابزار شامل ۳۰ گویه است و پنج عامل اصلی باورهای فراشناختی را می‌سنجد: باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره غیرقابل کنترل بودن افکار، خودآگاهی شناختی، اعتماد شناختی پایین و نیاز به کنترل افکار. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای صورت می‌گیرد و افزایش نمره کل، نشانگر شدت و فراوانی باورهای فراشناختی ناکارآمد است. روایی این پرسشنامه در پژوهش هانتلی و همکاران (۲۰۲۲) ۰/۸۳ گزارش شده است . در پژوهش صفری و یوسف پور (۲۰۲۲) پایایی این ابزار ۰/۸۰ گزارش شده است .

یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از همسران (زنان متأهل) بود که به روش در دسترس و هدفمند انتخاب و به گروه‌های آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) تخصیص یافتند. شرکت‌کنندگان در بازه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال قرار داشتند. از نظر سطح تحصیلات، ۴۰ درصد دارای مدرک کارشناسی و ۳۰ درصد دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. جدول ۲، خلاصه‌ای از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای وابسته را در سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) برای هر دو گروه ارائه می‌دهد. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، در مرحله پیش‌آزمون، میانگین نمرات دو گروه در تمامی متغیرها مشابه است، که نشان‌دهنده همگنی گروه‌ها پیش از شروع مداخله است. با این حال، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، میانگین نمرات افسردگی و تمامی ابعاد فراشناخت (باورهای ناکارآمد) در گروه خانواده‌درمانی تلفیقی کاهش قابل

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

توجهی یافته و این کاهش تا مرحله پیگیری حفظ شده است، در حالی که نمرات گروه کنترل تقریباً بدون تغییر باقی مانده است، که این الگوی اولیه، اثربخشی مداخله را نشان می‌دهد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مرحله اندازه‌گیری

متغیر	مرحله	خانواده درمانی تلفیقی (گروه آزمایش)	گروه کنترل
		میانگین	انحراف معیار
افسردگی	پیش‌آزمون	۳۴,۳۰	۳,۴۱
	پس‌آزمون	۲۳,۶۷	۳,۵۸
	پیگیری	۲۳,۹۵	۳,۶۵
باورهای مثبت درباره نگرانی	پیش‌آزمون	۱۵,۲۰	۱,۵۲
	پس‌آزمون	۱۲,۶۷	۱,۶۴
	پیگیری	۱۲,۸۰	۱,۶۶
باورهای منفی درباره کنترل پذیری افکار	پیش‌آزمون	۱۵,۶۲	۱,۷۵
	پس‌آزمون	۱۲,۰۵	۱,۹۶
	پیگیری	۱۲,۱۵	۱,۹۰
عدم اطمینان شناختی	پیش‌آزمون	۱۴,۹۰	۱,۹۰
	پس‌آزمون	۱۲,۲۰	۱,۸۵
	پیگیری	۱۲,۳۵	۱,۸۸
نیاز به کنترل افکار	پیش‌آزمون	۱۵,۶۵	۱,۸۵
	پس‌آزمون	۱۲,۱۰	۱,۹۸
	پیگیری	۱۲,۲۵	۲,۰۰
فرآیندهای فراشناختی خودآگاهی	پیش‌آزمون	۱۵,۳۸	۱,۹۵
	پس‌آزمون	۱۲,۱۸	۱,۸۱
	پیگیری	۱۲,۳۰	۱,۸۵

برای بررسی اثربخشی مداخله، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پیش‌فرض‌های آماری لازم نظیر نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها تأیید شدند (۰/۰۵ < P) به دلیل تخطی از فرض کرویت موچلی، نتایج تحلیل درون آزمودنی با استفاده از ضریب تصحیح گرین‌هاوس-گیرز گزارش شده است. نتایج تحلیل نشان داد که اثر تعامل زمان و گروه بر متغیر افسردگی به لحاظ آماری معنادار است (F = ۱۶,۳۸۰ ، P < ۰/۰۰۱ ، با ضریب تأثیر ۰/۳۷۱ = $\eta 2$) که اثربخشی مداخله را بر کاهش افسردگی تأیید می‌کند. آزمون تعقیبی بن‌فرونی نشان داد که تفاوت میانگین نمرات افسردگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش معنادار است و این اثر درمانی در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. همچنین، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای ابعاد فراشناخت نیز نشان داد که اثر تعامل زمان و گروه در تمامی ابعاد به لحاظ آماری معنادار است. جدول ۳، آماره‌های مربوط به اثر تعامل زمان و گروه بر ابعاد فراشناخت را نشان می‌دهد.

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر (اثر تعامل زمان × گروه) بر متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	آماره F	سطح معناداری	ضریب تأثیر

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

افسردگی	۱۶,۳۸۰	۰,۰۰۱	۰,۳۷۱
باورهای مثبت درباره نگرانی	۱۷,۶۴۵	۰,۰۰۵	۰,۴۵۷
باورهای منفی درباره کنترل پذیری افکار	۱۴,۶۰۳	۰,۰۰۳	۰,۱۸۵
عدم اطمینان شناختی	۱۷,۱۷۵	۰,۰۰۲	۰,۲۱۹
نیاز به کنترل افکار	۱۵,۳۲۰	۰,۰۰۲	۰,۱۹۶
فرآیندهای فراشناختی خودآگاهی	۱۹,۸۰۹	۰,۰۰۳	۰,۲۳۶

این نتایج آماری اثربخشی خانواده‌درمانی تلفیقی را بر کاهش باورهای فراشناختی ناکارآمد (کاهش نمرات در تمام ابعاد) نشان می‌دهد. آزمون تعقیبی بن‌فرونی نیز تأیید کرد که تفاوت میانگین نمرات بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش برای هر پنج بعد فراشناخت معنادار است و این بهبود در مرحله پیگیری نیز حفظ شده است. در مجموع، یافته‌ها به وضوح اثربخشی مداخله بر بهبود هر دو متغیر وابسته را نشان می‌دهند. به منظور تعیین زمان دقیق و پایداری این تغییرات معنادار، آزمون تعقیبی بن‌فرونی در گروه آزمایش برای مقایسه‌های زوجی انجام شد. جدول ۴، مقایسه‌های کلیدی را نشان می‌دهد.

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه زوجی مراحل سنجش در گروه آزمایش

متغیر	مقایسه	تفاوت میانگین	سطح معناداری	نتیجه
افسردگی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۱۰,۶۳	۰,۰۰۱	کاهش معنادار
	پس‌آزمون – پیگیری	-۰,۲۸	۰,۹۸۰	عدم تفاوت (پایداری)
باورهای مثبت درباره نگرانی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۲,۵۳	۰,۰۰۱	کاهش معنادار
	پس‌آزمون – پیگیری	-۰,۱۳	۰,۹۹۰	عدم تفاوت (پایداری)
باورهای منفی درباره کنترل پذیری افکار	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۳,۵۷	۰,۰۰۱	کاهش معنادار
	پس‌آزمون – پیگیری	-۰,۱۰	۰,۹۹۰	عدم تفاوت (پایداری)
عدم اطمینان شناختی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۲,۷۰	۰,۰۰۱	کاهش معنادار
	پس‌آزمون – پیگیری	-۰,۱۵	۰,۹۹۰	عدم تفاوت (پایداری)
نیاز به کنترل افکار	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۳,۵۵	۰,۰۰۱	کاهش معنادار
	پس‌آزمون – پیگیری	-۰,۱۵	۰,۹۸۵	عدم تفاوت (پایداری)
فرآیندهای فراشناختی خودآگاهی	پیش‌آزمون – پس‌آزمون	۳,۲۰	۰,۰۰۱	کاهش معنادار
	پس‌آزمون – پیگیری	-۰,۱۲	۰,۹۹۰	عدم تفاوت (پایداری)

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در گروه آزمایش، تفاوت میانگین نمرات بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون در تمامی متغیرها معنادار است($P < ۰/۰۰۱$)، که نشان‌دهنده اثربخشی سریع مداخله است. مهم‌تر آنکه، مقایسه بین پس‌آزمون و پیگیری در هیچ‌یک از متغیرها معنادار نیست($P > ۰/۰۵$)، که مؤید پایداری اثر درمانی خانواده‌درمانی تلفیقی بر کاهش افسردگی و باورهای فراشناختی در طول دوره پیگیری است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر، به وضوح نشان داد که خانواده‌درمانی تلفیقی (شناختی-فراشناختی-سیستمی) بر کاهش سطح افسردگی و باورهای فراشناختی ناکارآمد در همسران، اثری معنادار، قوی و پایدار داشته است. این نتیجه کلی با دستاوردهای تحقیقات پیشین که کارآمدی رویکردهای درمانی چندوجهی و فراتر از فرد را در بهبود اختلالات خلقی پیچیده تأیید کرده‌اند، کاملاً هم‌راستا است (نیلسن، ۲۰۲۴؛ بیرامی و آژیده، ۲۰۲۵). این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلالات روانی غالباً از طریق تأثیر متقابل عوامل فردی، شناختی و سیستمی حفظ می‌شوند و بنابراین، مداخلات ترکیبی، به‌ویژه در بافت زوجی و خانوادگی، به دلیل پرداختن همزمان به سازوکارهای درونی و برونی آسیب‌زا، از اثربخشی بالاتری برخوردارند (روزنتال و دهل، ۲۰۲۵). در تبیین نظری این یافته کلی می‌توان گفت که افسردگی در بافت زوجی، یک پدیده چرخشی است که در آن، مشکلات فردی (مانند الگوهای فکری فراشناختی) بر کیفیت تعاملات زوجی تأثیر می‌گذارد و مشکلات سیستمی (مانند فقدان حمایت یا ارتباطات معیوب) نیز متقابلاً آسیب‌پذیری فرد را افزایش می‌دهد(شارعی و همکاران ، ۲۰۲۵) . بنابراین، پروتکل تلفیقی حاضر با هدف قرار دادن باورهای فراشناختی (به عنوان هسته آسیب‌پذیری فردی) و در عین حال، اصلاح الگوهای ارتباطی سیستمی، توانست این چرخه معیوب را در چندین سطح گسسته و تغییرات را در بستر زندگی روزمره تثبیت نماید (کار، ۲۰۲۵).

یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از آن است که نمرات افسردگی در گروه آزمایش پس از مداخله کاهش معنادار و پایداری داشته است. این نتیجه با پژوهش‌های متعددی که اثربخشی خانواده‌درمانی‌های سیستمی و مداخلات شناختی را در بهبود نشانه‌های افسردگی نشان داده‌اند، همسو است (سلیمی و همکاران، ۲۰۲۴؛ کرمانی و همکاران، ۲۰۲۱). پژوهش باراکا و همکاران (۲۰۲۱) نیز کاهش قابل ملاحظه افسردگی را پس از مداخلات متمرکز بر بهبود عملکرد خانواده مشاهده کرده بود. در تبیین نظری این یافته، باید به نقش حمایتی و ساختاری خانواده توجه کرد. طبق نظریه سیستمی خانواده، افسردگی همسران اغلب به عنوان شاخصی از اختلال در تعاملات خانوادگی بروز می‌یابد (یزدانی، ۲۰۲۲). از منظر عملی، مؤلفه‌های خانواده‌درمانی با فراهم آوردن فضایی امن برای بیان نیازها، افزایش ابراز عواطف مثبت و اصلاح الگوهای انتقادی-سرزنشی زوجین، بستر محیطی لازم برای خروج فرد از انزوای افسردگی را فراهم آوردند(اسدپور و همکاران ،۲۰۲۵). علاوه بر این، پرداختن به باورهای فراشناختی به عنوان عوامل نگه‌دارنده افسردگی، به فرد کمک کرد تا از نشخوار فکری رهایی یابد و توانایی حل مسئله خود را بازیابد، که این خود مستقیماً در کاهش شدت نشانه‌های افسردگی نقش داشت (روزنتال و دهل، ۲۰۲۵).

همچنین، نتایج به دست آمده نشان داد که مداخله خانواده‌درمانی تلفیقی توانسته است تمامی ابعاد باورهای فراشناختی ناکارآمد (شامل باورهای مثبت/منفی درباره نگرانی، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل و فرآیندهای خودآگاهی) را به طور معنادار در گروه آزمایش کاهش دهد و این تغییر در دوره پیگیری نیز حفظ شده است. این دستاورد به طور خاص، قویاً با مدل درمان فراشناختی ولز و تحقیقاتی که اثربخشی این رویکرد را در اصلاح سازوکارهای متاشناختی اصلی تأیید کرده‌اند، هم‌راستا است (اسماعیلی و همکاران، ۲۰۲۴). در تبیین نظری این یافته، لازم است بر نقش باورهای فراشناختی به عنوان متغیرهای اصلی نگهدارنده اختلال تأکید شود. از دیدگاه MCT، مشکل اصلی فرد افسرده محتوای افکارش نیست، بلکه باور او درباره افکارش است (مانند باور به خطرناک بودن افکار، یا نیاز به کنترل کامل آنها). از نظر عملی، تکنیک‌های فراشناختی مانند جدایی از افکار و به چالش کشیدن باورهایی همچون «باید افکارم را کنترل کنم» و

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

«نگرانی مفید است»، به شرکت‌کنندگان کمک کرد تا سبک پردازش اطلاعات خود را تغییر دهند. این تغییر بنیادی در سبک توجه و پردازش توانسته است اثر پایدار خود را حتی پس از اتمام جلسات حفظ کند (رحمانی و همکاران، ۲۰۲۲؛ منتجابیان و رضایی، ۲۰۲۱).

از مهم‌ترین دستاوردهای این پژوهش، تأیید پایداری اثر درمانی در مرحله پیگیری بود که با عدم وجود تفاوت معنادار بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری در تمامی متغیرها مشخص شد. این یافته نشان می‌دهد که تغییرات حاصل صرفاً یک واکنش موقت به درمان نبوده، بلکه تبدیل به بخشی از ساختار عملکردی فرد و سیستم خانواده شده است. تبیین علمی این پایداری، از دو جهت قابل بررسی است: اولاً، مداخله به دلیل هدف قرار دادن باورهای فراشناختی که ماهیتی ریشه‌ای و نسبتاً مقاوم در برابر تغییر دارند، پس از اصلاح، ثبات خود را حفظ می‌کند. ثانیاً، درگیری و اصلاح عملکرد خانواده به عنوان یک محیط تثبیت‌کننده عمل کرده و به فرد کمک می‌کند تا الگوهای جدید را در بستر روابط نزدیک خود تقویت و نگهداری کند.

پژوهش حاضر، با وجود دستاوردهای مهم، دارای محدودیت‌هایی است که باید در تعمیم نتایج مد نظر قرار گیرد. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به حجم نمونه نسبتاً محدود و روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد که ممکن است قابلیت تعمیم یافته‌ها به تمامی جمعیت‌های بالینی را کاهش دهد. همچنین، اتکای داده‌ها به ابزارهای خودگزارشی نیز می‌تواند خطر سوگیری در پاسخ‌دهی را افزایش دهد. با توجه به نتایج قوی و پایدار مداخله، پیشنهاد می‌شود که این پروتکل تلفیقی به عنوان یک راهنمای درمانی ساختاریافته و مبتنی بر شواهد در مراکز مشاوره خانواده و کلینیک‌های تخصصی سلامت روان مورد استفاده قرار گیرد. از منظر پژوهشی، انجام مطالعات مشابه با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر)مثلاً شش ماه یا یک سال) و استفاده از روش‌های کیفی در کنار داده‌های کمی، برای درک عمیق‌تر فرآیندهای تغییر در زوجین توصیه می‌شود. همچنین، بررسی اثربخشی این رویکرد در سایر اختلالاتی که با نشخوار فکری و نقص فراشناختی همراه هستند (مانند اختلال اضطراب فراگیر)، می‌تواند گام بعدی پژوهش باشد.

در نهایت، نتایج پژوهش حاضر به طور قاطع اثربخشی خانواده‌درمانی تلفیقی (شناختی-فراشناختی-سیستمی) را بر کاهش افسردگی و اصلاح ساختارهای فراشناختی ناکارآمد در همسران تأیید می‌کند. این رویکرد، با ادغام مؤثر دیدگاه‌های فردمحور و سیستمی، نه تنها یک راهکار درمانی مؤثر ارائه می‌دهد، بلکه پایداری این بهبود را نیز در طول زمان تضمین می‌نماید و می‌تواند به عنوان یک مدل درمانی نوآورانه در حوزه سلامت روان زوجین به کار گرفته شود.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

References

Almeida, S., Camacho, M., Barahona-Corrêa, J. B., Oliveira, J., Lemos, R., da Silva, D. R., ... & Oliveira-Maia, A. J. (2023). Criterion and construct validity of the Beck Depression Inventory (BDI-II) to measure depression in patients with cancer: The contribution of somatic items. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *23*(2), 100350.

Asadpour, E., Sharei, A., & Salmani, A. (2025). Premarital intervention based on attachment and differentiation improves communication and conflict management in Iranian couples. *Scientific reports*, *15*(1), 29151.

Bagholi Kermani, M., Golparvar, M., Athashpour, H., & Sadeghi, M. (2021). Comparison of the effect of integrative behavioral couple therapy, narrative couple therapy and couple schema therapy on affective capital and depression among people with coronary artery disease and their spouses. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*, *10*(1), 188-201.

Barraca, J., Nieto, E., & Polanski, T. (2021). An integrative behavioral couple therapy (IBCT)-based conflict prevention program: A pre-pilot study with non-clinical couples. *International journal of environmental research and public health*, *18*(19), 9981.

Beyrami, M., & Azhideh, L. (2025). Integrative Couple Therapy on Improving Marital Satisfaction and Marital Intimacy in Incompatible Couples: An Experimental Study.

Carr, A. (2025). Couple therapy and systemic interventions for adult-focused problems: The evidence base. *Journal of Family Therapy*, *47*(1), e12481.

Choudary, S. S., Khan, M. L., & Atta, N. (2024). Emotional Distress, Communication Patterns and Relationship Dissatisfaction among Married Couples. *Research Journal for Societal Issues*, *6*(3), 01-22.

Emami, M., Rahmani, M. A., GhorbanwShiroudi, S., & Tarkhan, M. (2022). Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy with Positive Cognitive-Behavioral Therapy on Self-understanding and Wife's Understanding View among Married Women Referred to Counseling Centers: A Pilot Study.

Esmaeili, A., Asgari, P., Ehteshamzadeh, P., & Safarzadeh, S. (2024). The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Relational Beliefs and Self-Differentiation in Couples with Marital Conflict. *Journal of Clinical Research in Paramedical Sciences*, *13*(1).

Firozi, M., Golparvar, M., & Aghaei, A. (2022). Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Couple's Therapy, Cognitive-Behavioral Couple's Therapy and Gottman Systemic-Cognitive Couple's Therapy on Affect Balance and Inefficient Expectations of Woman with Sexual Dysfunction. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, *10*(1), 1-17.

Huntley, C. D., Young, B., Smith, C. T., Jha, V., & Fisher, P. L. (2022). Assessing metacognitive beliefs in test anxiety: Psychometric properties of the metacognitions questionnaire, 30 (MCQ-30) among university students. *Current Psychology*, *41*(3), 1425-1433.

Immani, M., Zohrabi, M., Goodarzi, M. A., & Mohammadi, N. (2024). Evaluation of The effectiveness of unified protocol for transdiagnostic group therapy on positive metacognition and metaemotions and anxiety sensitivity in in veterans with trauma-related comorbidity disorders and depression. *Military Psychology*, *15*(2), 37-66.

Jani, S., Hajloo, N., & Narimani, M. (2023). Comparison of the effectiveness of Internet-based cognitive-behavioral therapy and emotion-focused therapy on cognitive fusion and sexual intimacy in married women with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*, *18*(69), 51-59.

Kiani, M., Nouhi, S., Pyadeh-Kohsar, A., & Aghae, H. (2025). A Comparative Study of Cognitive-Behavioral Couple Therapy and Emotion-Focused Therapy on Emotional Empathy and Sexual Intimacy in Women Experiencing Marital Conflict. *Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal*, *7*(2), 0-0.

Lavik, K. O., McAleavey, A. A., Kvendseth, E. K., & Moltu, C. (2022). Relationship and alliance formation processes in psychotherapy: A dual-perspective qualitative study. *Frontiers in psychology*, *13*, 915932.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]

Lefebvre, O., Mellas, L., & Yon, V. (2023). The metacognitive link between co-occurring intra- and interpersonal symptoms in major depression. *L'encephale*, *49*(4), 357-363.

Mohamadian, R., Khazaie, H., Ahmadi, S. M., Fatmizade, M., Ghahremani, S., Sadeghi, H., ... & Zare, S. (2022). The psychometric properties of the Persian versions of the Patient Health Questionnaires 9 and 2 as screening tools for detecting depression among university students. *International Journal of Preventive Medicine*, *13*(1), 116.

Montajabian, Z., & Rezai, S. (2021). The effectiveness of Meta Cognitive Interpersonal Therapy on Reduction of Perceived pain and Marital Conflict among Couples at Empty Nest Stage. *Anesthesiology and Pain*, *12*(3), 91-102.

Nielsen, A. (2024). Integrative couple therapy in action: A practical guide for handling common relationship problems and crises: by Arthur Nielsen, New York, Routledge, 2022, 284 pp., 159.98(hardcover); 34.60 (paperback); 31.78(ebook),ISBN:9781032272160(hbk);ISBN:9781032272177(pbk);ISBN:978100329184(ebk).

Rahmani, S., Goudarzi, M., & Arasteh, M. (2022). Compare the Effectiveness of Sex Problem-Centered Couple on Sexual Issues Therapy based on Islamic Approach and Integrated Metacognitive-Meta Emotional Couple Therapy. *The Women and Families Cultural-Educational*, *17*(60), 109-130.

Rokach, A. (Ed.). (2022). *Mental health and psychopathology*. Routledge.

Rosenthal, M. N., & Dehle, C. (2025). Treating Situational Couple Aggression: An Integrative Behavioral Couple Therapy Approach. *Family Process*, *64*(1), e70021.

Safari, Y., & Yousefpoor, N. (2022). The role of metacognitive beliefs in predicting academic procrastination among students in Iran: cross-sectional study. *JMIR Medical Education*, *8*(3), e32185.

Salimi, C., Kachooei, M., Dadashi, M., & Farahani, H. (2024). Effects of integrative behavioral couple therapy on communication patterns and marital adjustment. *Journal of education and health promotion*, *13*(1), 276.

Schacter, H. L., & Ehrhardt, A. (2022). "It's Not You, It's Me": Examining the Roles of Romantic Self-Blame and Social Support in Pathways From Peer Victimization to Emerging Adult Depressive Symptoms. *Journal of interpersonal violence*, *37*(21-22), NP20994-NP21018.

Sharei, A., Kasaeei Esfahani, A., & Salmani, A. (2025). The Effect of Mindfulness Therapy on Emotion Regulation, Cognitive Self-Awareness, and Tendency to High-Risk Behaviors in Orphaned and Poorly Monitored Adolescents: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, *23*(9), 812-827.

Strand, E. R., Anyan, F., Hjemdal, O., Nordahl, H. M., & Nordahl, H. (2024). Dysfunctional attitudes versus metacognitive beliefs as within-person predictors of depressive symptoms over time. *Behavior Therapy*, *55*(4), 801-812.

Zedan, H. S., Bilal, L., Hyder, S., Naseem, M. T., Akkad, M., Al-Habeeb, A., ... & Altwaijri, Y. (2023). Understanding the burden of mental and physical health disorders on families: findings from the Saudi National Mental Health Survey. *BMJ open*, *13*(10), e072115.

Zhang, Y., & Axinn, W. G. (2021). Marital experiences and depression in an arranged marriage setting. *American journal of sociology*, *126*(6), 1439-1486.

Zhu, J., Xiang, S., & Li, Y. (2024). Mothers' perceived co-parenting and preschooler's problem behaviors: the mediating role of maternal parenting stress and the moderating role of family resilience. *Psychology Research and Behavior Management*, 891-904.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-28]