

Research Article

Developing and feasibility of metacognitive-analytic treatment protocol to increase ego strength and reduce anxiety and depression of nurses in covid-19 wards

Authors

Rahim Shahbakhsh¹, Ali Soleimani^{2*}, Mohsen Kachooei³, Hojjatullah Farahani

1. Ph.D. student of Clinical Psychology, Science and Culture University, Tehran-Iran. rahimshabakhsh@gmail.com. ORCID: 0000-0002-5051-0987
2. Corresponding author: Assistant professor and member of the academic board of the Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, University of Science and Culture, Tehran-Iran. alisoileimani42@yahoo.com. ORCID: 0000-0002-0823-8756
3. Assistant professor and member of the academic board of the Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, University of Science and Culture, Tehran-Iran. kachooei.m@gmail.com. ORCID: 0000-0002-3070-4100
4. Assistant professor and member of the academic faculty of the Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences-Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran-Iran. h.farahani@modares.ac.ir. ORCID: 0000-0002-9799-7008

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: Researchers have found the combination of metacognitive and psychodynamic therapy useful. In this regard, the present study aimed to design and conduct the feasibility investigation of metacognitive analytic therapy to increase ego strength and reduce anxiety and depression of nurses in COVID-19 wards.

Method: The present research was conducted using an exploratory qualitative method. The statistical population was all psychology specialists of whom 36 people were selected purposefully as the research sample. After reviewing the literature to extract risk and treatment factors, 10 people were interviewed to obtain more factors. The content validity ratio and content validity index of risk factors and treatment factors, were investigated with 14 people. The content validity ratio and content validity index of treatment sessions and the feasibility evaluated of treatment protocol with 12 people.

Results: The results showed that the risk components, treatment components, and therapy sessions had a good content validity ratio and content validity index. The feasibility results also revealed that the metacognitive analytic therapy had acceptability and appropriateness, applicability and demand, integrity, adaptability, resources and feasibility, and generalizability.

Discussion and conclusion: Metacognitive analytic treatment protocol can be evaluated for appropriate clinical interventions since the risk components, the treatment components, and the metacognitive analytic therapy have good validity. The metacognitive analytic therapy also shows acceptability and appropriateness, applicability and demand, integrity, adaptability, resources and feasibility, and generalizability. Therefore, researchers are recommended to examine the impact and effectiveness of this protocol, while psychologists and counselors are also advised to use metacognitive analytic therapy to strengthen ego and reduce anxiety and depression of clients, especially nurses.

Keywords

metacognitive analytical treatment, Ego Strength, anxiety, depression

Corresponding Author's E-mail

Extended Abstract

Introduction: The mental well-being of nurses is critical in disease control and prevention, especially following the COVID-19 outbreak, which has led to high levels of anxiety and depression among this population. The importance of providing psychological care services to nurses is underscored by the heightened occupational risks and reduced efficiency resulting from this situation. Research indicates that ego strength effectively reduces anxiety and depression, enabling individuals to demonstrate greater resilience under challenging work conditions. Conversely, a weakened ego is associated with anxiety and depression development. Hence, the present study aimed to design and assess the feasibility of an analytic-metacognitive therapy protocol for nurses in COVID-19 wards, suggesting that a dominant superego can lead to psychological disorders through rumination and weaknesses in metacognition. This model addresses the reciprocal relationship between ego weakness and superego intensification, which exacerbates anxiety and depression, thereby creating a self-sustaining cycle of psychological distress. Within the analytic-metacognitive model, psychodynamic therapy helps to strengthen the ego and adjust maladaptive metacognitive patterns by analyzing early maladaptive experiences and developmental traumas. This process moderates the superego and reduces cognitive-attentional syndrome symptoms, with subsequent metacognition enhancement. Similarly, metacognitive therapy facilitates metacognitive strengthening by adjusting maladaptive metacognitive patterns, setting the stage for superego moderation and further ego strengthening. Ultimately, the metacognition and ego strength reinforcement results in reduced anxiety and depression.

Method: This study is exploratory qualitative research with a statistical population of 36 individuals, including psychology specialists and doctoral psychology students, purposefully selected and divided into three groups. The first group included 10 doctoral students and psychology specialists with a psychodynamic and metacognitive approach, all with at least 5 years of clinical experience, who were interviewed to extract pathology and treatment-related factors. The second group included 14 specialists holding a doctoral degree in psychology, who examined the content validity of the identified factors. The third group consisted of 12 specialists with at least 10 years of clinical experience, who assessed the content validity of the treatment sessions and the protocol's feasibility. The researcher used the Feasibility Scale for Educational and Psychotherapeutic Programs (FSEPP) as the data collection tool. Initially, the literature was reviewed to extract pathology and treatment-related factors, followed by individual interviews with 10 specialists in metacognitive and psychodynamic therapy to identify additional factors. The content validity ratio and index were employed to assess the content validity of these factors. A logical model outlining the issues and functional objectives was then developed, considering the characteristics and needs of the target population. The metacognitive therapy protocol was then designed, and detailed specifications of the treatment sessions, including objectives, assignments, and timelines, were established through necessary revisions. Finally, the content validity of the sessions and the treatment protocol's feasibility were evaluated again using the content validity ratio and index. The data were calculated manually.

Results: The findings indicate that the components of pathology, treatment factors, and the therapeutic sessions designed for the analytic-metacognitive therapy protocol possess appropriate content validity ratio and index. In other words, all components and elements of the protocol have been validated in terms of scientific and content credibility. The content validity ratio and content validity index, generally used to assess the alignment of content with scientific goals and concepts, are acceptable for all pathology and treatment factors related to metacognitive and psychodynamic approaches (object relations) and also for common treatment factors. This demonstrates the accuracy and credibility of the research content and indicates that the selected components for pathology and treatment analysis are appropriately aligned with the therapeutic needs of patients and scientific concepts. In addition to confirming content validity, the feasibility results show that the metacognitive analytical treatment protocol has high acceptability and appropriateness, revealing that the protocol's content is well-suited to the therapeutic needs of the target population and acceptable and effective for patients. Furthermore, the treatment protocol can be effectively implemented in practice and meet therapeutic needs, highlighting that the protocol is not only theoretically valid but also practically implementable in therapeutic settings. The indicators related to integration and adaptability also demonstrate that this protocol can be easily integrated into existing health and treatment systems and is adaptable for different groups and diverse conditions. In practice, this protocol can adjust to various cultural, social, and economic characteristics. Additionally, the results indicate that the protocol is efficient concerning the required resources and its feasibility and generalizability, demonstrating its applicability in various cultural and social contexts. Overall, these results highlight the effectiveness and high usability of the analytic-metacognitive therapy protocol in enhancing ego strength and reducing anxiety and depression, establishing it as an effective tool in psychological treatment.

Conclusion: The analytic-metacognitive therapy examines and analyzes the developmental experiences of clients utilizing psychodynamic methods. By fostering insights into maladaptive experiences and early traumas that contribute to weakened ego and the formation of maladaptive metacognitive patterns (such as cognitive attentional syndrome), this therapeutic approach helps enhance ego strength and correct dysfunctional metacognitive patterns. Through the process, psychodynamic treatment methods improve metacognition by mitigating the excessive effects of the superego and controlling cognitive attentional symptoms, ultimately strengthening the ego. Similarly, metacognitive therapy creates a foundation for superego regulation by correcting maladaptive metacognitive patterns, which further support ego enhancement. The improvement in metacognition and ego strength leads to a reduction in anxiety and depression symptoms, enabling individuals to manage their emotions and impulses more effectively, modify harmful behaviors, and adaptively cope with life stresses and challenges through the resultant

capabilities. Hence, negative thoughts can be identified and rectified by monitoring individual thoughts, which will facilitate the regulation of emotional responses. Consequently, these adaptive functions arising from enhanced ego strength and robust metacognition help individuals show greater resilience in the face of life pressures, thereby reducing anxiety and depression. Therefore, researchers are encouraged to further investigate the impact and effectiveness of the analytic-metacognitive therapy protocol. Psychologists and counselors can also utilize this protocol to bolster ego strength and reduce anxiety and depression among clients, especially in high-stress groups such as nurses.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines:

The permission of the Ethics Committee was obtained from the Research Ethics Royan Research Institute - Academic Jihad (Code: IR.ACECR.ROYAN.REC.1401.010). Throughout the study, ethical principles were strictly adhered to, ensuring the confidentiality and privacy of the participant' information. It is essential to note that the in this study posed no harm or adverse effects to the participants.

Funding:

This paper originated from the PhD dissertation of Rahim shahbakhsh, approved by Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, University of Science and Culture, Tehran.

Conflict of interest:

Authors have no conflict of interests.

Authors' contribution:

Conceptualization: All authors; Methodology: Hojjatullah Farahani; Investigation: Rahim shahbakhsh; Data collection: Rahim shahbakhsh; Data analysis: Hojjatullah Farahani; Writing the original draft: Rahim shahbakhsh; Review, editing and supervision: Ali Soleimani, Mohsen Kachooei and Hojjatullah Farahani .

رویداد پایش نشانه

تدوین و امکان‌سنجی پروتکل درمان فراشناختی- تحلیلی برای افزایش توانمندی من و کاهش اضطراب و افسردگی پرستاران بخش‌های کووید ۱۹

نویسندگان

رحیم شه‌بخش^۱، علی سلیمانی^{۲*}، محسن کچویی^۳، حجت‌اله فراهانی^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران-ایران.
ORCID: 0000-0002-5051-0987.rahimshabakhsh@gmail.com

۲. نویسنده مسئول: استادیار و عضو هیأت علمی گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه علم و فرهنگ، تهران-ایران.
ORCID: 0000-0002-0823-8756.alisoleimani42@yahoo.com

۳. استادیار و عضو هیأت علمی گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران-ایران.
ORCID: 0000-0002-3070-4100.kachooei.m@gmail.com

۴. استادیار و عضو هیأت علمی گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی-روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران-ایران.
ORCID: 0000-0002-9799-7008.h.farahani@modares.ac.ir

چکیده

مقدمه: محققان ترکیب درمان فراشناختی و روانپوشی را مفید می‌دانند. در این راستا هدف پژوهش حاضر طراحی و امکان‌سنجی پروتکل درمان فراشناختی تحلیلی برای افزایش توانمندی من و کاهش اضطراب و افسردگی پرستاران بخش‌های کووید ۱۹ بود.

روش: روش پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کیفی اکتشافی بود. جامعه آماری، کلیه متخصصان روانشناسی بودند. نمونه پژوهش ۳۶ نفر بود که به صورت هدفمند انتخاب شدند. بعد از بررسی ادبیات جهت استخراج عوامل آسیب و عوامل درمان، برای استخراج بیشتر عوامل با ۱۰ نفر مصاحبه شد. با ۱۴ نفر، نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی عوامل آسیب و عوامل درمان مورد بررسی قرار گرفت. با ۱۲ نفر نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی جلسات درمان و امکان‌سنجی پروتکل درمان مورد ارزیابی قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد، مولفه‌های آسیب، مولفه‌های درمان و جلسات درمانی از نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی مناسبی برخوردار است، همچنین نتایج امکان‌سنجی نشان داد پروتکل درمان فراشناختی تحلیلی از مقبولیت و

تاریخ دریافت:
....../.../..

تاریخ پذیرش:
....../.../..



تناسب، کاربردپذیری و تقاضا، یکپارچگی، قابلیت انطباق، منابع و قابلیت اجرا و تعمیم پذیری خوبی برخوردار است. **بحث و نتیجه گیری:** با توجه به اینکه مولفه های آسیب، مولفه های درمان و پروتکل درمان فراسناختی تحلیلی از روایی خوبی برخوردار است و همچنین پروتکل درمان فراسناختی تحلیلی از مقبولیت و تناسب، کاربردپذیری و تقاضا، یکپارچگی، قابلیت انطباق، منابع و قابلیت اجرا و تعمیم پذیری خوبی برخوردار است. می توان، پروتکل درمان فراسناختی تحلیلی را برای مداخله بالینی مناسب ارزیابی کرد. بنابراین، بررسی تاثیر و اثربخشی پروتکل به محققان، توصیه می شود. همچنین به روانشناسان و مشاوران توصیه می شود، از پروتکل درمان فراسناختی تحلیلی جهت توانمندسازی من و کاهش اضطراب و افسردگی مراجعان به خصوص پرستاران استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها

درمان فراسناختی - تحلیلی، توانمندی من، اضطراب، افسردگی

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

alisoleimani42@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول است.

دست دادن میل جنسی، اختلال خواب و اختلال خوردن مشخص می شود [۸].

چن و همکاران [۹] و راجاکومار و همکاران [۱۰] معتقدند که مشکلات روانی ناشی از شرایط سخت کاری بر ایمنی و کارایی پرستاران تأثیر منفی می گذارد و در نتیجه خطرات شغلی را افزایش می دهد. در این شرایط توجه به نیازهای روان‌شناختی پرستاران و ارائه خدمات مراقبت روان‌شناختی به آنها مهم است [۱۱]. ورجیس و همکاران [۱۲] نیز اجرای مداخلات روان‌شناختی اثربخش را برای پیشگیری از پیامدهای بهداشت روانی ضعیف در میان پرستاران، ضروری می دانند. صدری، ذکیبخش و محمدی [۱۳] برای پیشگیری و درمان مشکلات روان‌شناختی پرستاران بر تقویت توانمندی های من تاکید می کنند. تحقیقات نشان می دهد که توانمندی من با اضطراب و افسردگی رابطه معکوس دارد [۱۴، ۱۵]. چرا که افراد با توانمندی من، علائم اضطراب و افسردگی را کمتر تجربه می کنند [۱۶]. در واقع توانمندی من به توانایی بکارگیری انعطاف پذیر، متعادل و سازگارانه عملکردهای من در موقعیت های مختلف گفته می شود [۱۷]. توانمندی من باعث می شود که فرد بهتر شرایط فشارزای کاری را تحمل کند و کمتر دچار آسیب های روانی شود [۱۸]. از طرف دیگر، کوی و همکاران [۱۹] نشان دادند پرستاران درگیر کووید ۱۹ از ضعف من رنج می برند. الحربی و همکاران [۲۰] و وگنر [۲۱] نیز نشان دادند بین ضعف من با اضطراب و افسردگی رابطه مثبت وجود دارد. فروید ضعف

مقدمه

مشکلات سلامت روان یکی از علل اصلی ناتوانی در جهان است، تشخیص زودهنگام و دقیق مشکلات سلامت روان و به دنبال آن یک برنامه درمانی و مدیریتی مناسب، ممکن است به کاهش بار جهانی بر سیستم های بهداشتی و مراقبت اجتماعی ناشی از اختلالات روانی کمک کند [۱]. پرستاران، بخش عمده‌ای از متخصصان مراقبت‌های بهداشتی را تشکیل می‌دهند و بیشتر کارهای مراقبت از بیماران بر عهده آنها است، آنها نقش مهمی در پیشگیری و کنترل بیماری ها و همچنین مهار حوادث بهداشت عمومی ایفا می کنند، بنابراین حفظ سلامت روانی آنها برای کنترل بیماری‌ها اهمیت زیادی دارد [۲، ۳]. از زمان همه گیری کووید ۱۹ تنش های کاری آنها بیشتر شده است. طوری که مطالعات نشان می دهند، از زمان همه گیری بیماری کووید ۱۹ اضطراب و افسردگی در پرستاران رو به افزایش بوده است [۱، ۲، ۳، ۴، ۵]. و این شرایط همچنان بر وضعیت روانی پرستاران حاکم است [۶، ۷]. اضطراب با نگرانی شدید، همراه با بعضی علائم، نظیر بی‌قراری یا احساس عصبی بودن، بداخلاقی و پرخاشگری، احساس خستگی، مشکل در تمرکز حواس، زودرنجی، تنش ماهیچه ای و اختلال خواب، و افسردگی با علائمی نظیر غم، تهی بودن، بی لذتی، منفی نگری، احساس بی ارزشی، افکار مرگ، ناتوانی در انجام وظایف، بی اشتها، بیبوست، از

تولیدات شناختی یا هر چیز مربوط به آن توصیف کند. ولز و متیو [۳۰] با ترکیب رویکرد طرحواره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی جهت تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی کردند. در مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی آسیب‌پذیری در مقابل اختلالات روان‌شناختی، تداوم و حفظ این اختلالات با نشانگان شناختی توجهی (الگوهای فراشناختی ناسازگار) مرتبط است [۳۰]. در پژوهشی آیدین و همکاران [۳۳] در طول همه‌گیری کووید-۱۹ نشان دادند که الگوهای فراشناختی ناسازگار پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب هستند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که الگوهای فراشناختی ناسازگار در شکل‌گیری و تداوم اضطراب و افسردگی نقش دارند [۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹]. فونگی [۴۰]، آیدین و همکاران [۴۱]، و ویجرز و همکاران [۴۲] منشأهای احتمالی الگوهای فراشناختی ناسازگار را تجربیات اولیه، به‌ویژه ضربه‌های دوران کودکی می‌دانند که ضمنی و ناخودآگاه هستند و به شدت بر ادراک واقعی از خود، دیگران و تسلط بر چالش‌های دنیای بیرونی تأثیر می‌گذارند. پژوهش‌های زیادی نشان داده که ضربه‌های دوران کودکی با فراشناخت‌های ناسازگار رابطه مستقیم دارد [۴۳، ۴۴، ۴۵]. همچنین پژوهش‌ها پرداختن به منشأهای الگوهای فراشناختی ناسازگار را در دوران اولیه رشد، جهت افزایش ظرفیت‌های فراشناختی مهم می‌دانند [۴۶، ۴۷].

درمان فراشناختی با شناسایی سطوح مختلف شناخت و جابه‌جایی بین آنها، استفاده از گفتگوی سقراطی متمرکز بر فراشناخت، استفاده از گفتگوی سقراطی برای شناسایی باورهای فراشناختی، اسناد دهی کلامی مجدد متمرکز بر فراشناخت و رویارویی مبتنی بر فراشناخت، همچنین آموزش توجه و ذهن آگاهی انفصالی و به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری برای کاهش میزان فعالیت نشانگان شناختی توجهی و اصلاح باورهای فراشناختی، باعث افزایش ظرفیت‌های فراشناختی می‌شود [۳۰].

با وجود تفاوت‌های قابل توجه میان رویکردهای روان‌پویشی و فراشناختی، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که توانمندی من نقش تعدیل‌کننده در الگوهای فراشناختی ناسازگار دارد و بین این دو متغیر رابطه منفی و معناداری

من را ناشی از توقف و تثبیت در مراحل ابتدایی رشد می‌دانست، به نظر وی ضعف من بخاطر گذر نامتعادل از مراحل روانی جنسی است، کودکی که زودتر در مراحل روانی جنسی پیش تناسلی تثبیت شود، من وی دچار ضعف بیشتری می‌شود [۲۲]. در نتیجه، ضعف عملکردهای من، مانند قضاوت، بازداری بهینه و واقعیت‌سنجی می‌تواند به آسیب روانی منجر شوند، از این رو کسی که من ضعیفی دارد، در سازش با شرایط سخت، ناتوان است [۱۷]. نظریه پردازان روابط ابژه بر خلاف فروید بیشتر بر نقش روابط اولیه کودک با مراقبان تأکید می‌کنند [۲۳]. آنها ضعف من را ناشی از روابط بین فردی و به‌ویژه روابط مختل اوایل کودکی با والدین که به شکل‌گیری الگوها و ساختارهای درون روانی معیوب از خود و دیگران منجر می‌شود، می‌دانند، در واقع نظریه پردازان روابط ابژه هسته‌ی آسیب‌های روانی را ضعف من می‌دانند [۱۷]. آنها معتقدند الگوهای ذهنی ناهشیار، در طول زندگی تکرار شده و پایدار می‌مانند و قوت و ضعف من تابعی از تجربیات اولیه کودکی است [۲۴]. هدف درمان مبتنی بر روابط ابژه، شناسایی و اصلاح الگوها و نقش‌های درونی شده‌ی ناهشیار و معیوب ناشی از روابط ابژه مختل با استفاده از تکنیک‌های روانپویشی می‌باشد [۲۵]. رایل [۲۶] با یکپارچه‌سازی نظریه روابط ابژه و نظریه‌ی شناختی به تدوین مدل درمان شناختی تحلیلی پرداخت. فرض اساسی مدل شناختی تحلیلی این است که تجربه‌های اولیه و نقش‌های درونی شده‌ی حاصل از این تجربه‌ها به بزرگسالی انتقال می‌یابند، محتوای شناخت را تعیین کرده و نظام پردازش اطلاعات را متأثر می‌سازند، بنابراین تجربه‌های منفی اولیه زندگی باعث ایجاد شناخت‌های ناکارآمد و الگوهای فکری و رفتاری ناسازگار می‌شود که فرد را دچار اختلال و ناسازگاری می‌کند [۲۶].

مدل شناختی تحلیلی برای درمان اختلالات هیجانی بدنیاال ایجاد بینش در مورد سیر تحولی محتوای شناخت‌ها است [۲۷]. گرچه درمان شناختی تحلیلی تا حدودی در اهداف خود موفق بوده [۲۸، ۲۹]. اما از این نکته غفلت کرده که شناخت‌ها خود متأثر از فرایندهای سطح بالاتر، یعنی فراشناخت‌ها هستند [۳۰، ۳۱].

اصطلاح فراشناخت را نخستین بار فلاول [۳۲] استفاده کرد تا با آن دانش شخص را در مورد فرآیندها و

فراشناخت و تقویت فرامن منجر می‌شود. تقویت فرامن نیز منجر به ضعف بیشتر در من می‌شود. این ارتباط معیوب دوطرفه در نهایت به بروز اضطراب و افسردگی می‌انجامد. اضطراب و افسردگی نیز با تشدید مکانیسم‌های نابالغانه، ضعف من و بدکارکردی فراشناخت را تقویت کرده و به نوبه خود الگوهای فراشناختی ناسازگار را تشدید و فرامن را تقویت می‌کند. در واقع، بر اساس این مدل، یک چرخه آسیب‌شناختی به وجود می‌آید که با تضعیف توانایی‌های روان‌شناختی (از جمله تضعیف من و فراشناخت) به تقویت عوامل مزاحم سلامت روانی (مانند تقویت فرامن و سندرم شناختی توجهی) و ایجاد اختلالات روانی نظیر اضطراب و افسردگی می‌انجامد. علاوه بر این بررسی تحقیقات پیشین نشان می‌دهد که درمان‌های قبلی در زمینه روان‌پوشی و فراشناختی دارای محدودیت‌هایی هستند. درمان‌های روان‌پوشی بیشتر بر شناسایی و اصلاح الگوهای درونی شده ناسازگار بر توانمندی من متمرکز بوده‌اند [۱۷]، اما به ابعاد رشدی الگوهای فراشناختی ناسازگار و تأثیر منفی نشانگان شناختی توجهی بر فرامن و به تبع آن، بر من، وارد نشده‌اند. در درمان‌های شناختی، تمرکز بیشتر بر محتوای شناخت‌ها بوده است و توجه کمتری به زیربنای تحولی شکل‌دهنده این شناخت‌ها شده است [۲۷]. درمان شناختی تحلیلی برای جبران این محدودیت‌ها، به بررسی زیربنای تحولی شکل‌دهنده محتوای شناخت‌ها پرداخته است [۲۶]، [۲۷]. با این حال، هر دو رویکرد درمانی شناختی و شناختی تحلیلی، از این واقعیت غافل مانده‌اند که شناخت‌ها تحت تأثیر فرآیندهای سطح بالاتر، یعنی فراشناخت‌ها قرار دارند. به عبارت دیگر، افرادی که با شناخت‌های منفی روبه‌رو هستند، لزوماً به اختلالات روانی دچار نمی‌شوند، بلکه فرآیندهایی که تداوم شناخت‌های منفی را در ذهن حفظ می‌کنند، یعنی الگوهای فراشناختی ناسازگار، عامل اصلی اختلالات هیجانی هستند [۳۰، ۳۱]. درمان فراشناختی به بررسی این الگوهای فراشناختی و فرآیندهای مرتبط با سلامت و بیماری پرداخته است [۳۰]، اما از تأثیر درمان روان‌پوشی در تقویت من و اثرات آن بر فرامن، که به نوبه خود بر تعدیل نشانگان شناختی توجهی و تقویت فراشناخت تأثیر می‌گذارد، غفلت کرده است. این نقاط ضعف در مدل فراشناختی تحلیلی مورد توجه قرار گرفته است که در آن،

وجود دارد [۴۸، ۴۹]. به علاوه، درمان فراشناختی نه تنها الگوهای فراشناختی ناسازگار را اصلاح می‌کند [۳۱]، بلکه به تقویت توانمندی‌های من نیز منجر می‌شود [۵۰]. از سوی دیگر، درمان روان‌پوشی نیز با تقویت من به اصلاح این الگوها کمک می‌کند [۵۱، ۵۲]. این یافته‌ها نشان می‌دهند که توانمندی من و فراشناخت نقش همسو و مکملی در سلامت روان و بروز اختلالات روانی دارند [۵۳]. پرویز و همکاران [۵۴] من را به عنوان مفهومی کلی در نظر گرفته‌اند که فراشناخت یکی از قابلیت‌های آن به شمار می‌رود. در این راستا، آنان نشان دادند که بین توانمندی من و فراشناخت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد [۵۳]، در حالی که بین فرامن و فراشناخت، با میانجی‌گری نشخوار فکری، رابطه منفی و معنادار مشاهده می‌شود [۵۴]. طبق مدل فراشناختی-تحلیلی پرویز و همکاران [۵۳، ۵۴، ۵۵]، فرامن و فراشناخت نیز مانند من و فرامن در تعارض هستند و فرا من از طریق ایجاد نشخوار فکری سبب بدکارکردی در فراشناخت می‌شود. به بیان دیگر، هرچه فرامن قوی‌تر باشد، میزان نشخوار فکری افزایش می‌یابد و بدکارکردی فراشناخت نیز بیشتر می‌شود. این محققان معتقدند که نشخوار فکری به عنوان مکانیسم دفاعی ناخودآگاه عمل می‌کند تا از آگاه شدن فرد از محتویات آزاردهنده جلوگیری کند. با این حال، اختصاص بخش زیادی از ظرفیت ذهن به این افکار باعث کاهش توانایی آگاهی از فرآیندهای ناخودآگاه می‌شود و ذهن را درگیر نشخوار فکری و تکرار افکار تهدیدآمیز و اغراق‌آمیز می‌سازد. به باور این محققان، فرامن قوی با تضعیف پردازش‌های فراشناختی، هم به من آسیب می‌رساند و هم موجب شکل‌گیری مشکلات روانی می‌شود [۵۳، ۵۵].

بر اساس مدل فراشناختی تحلیلی [۵۳، ۵۴، ۵۵]، تجربیات ناسازگار در دوران ابتدایی رشد از طریق شکل‌گیری الگوها و نقش‌های درونی ناسازگار، موجب ضعف در من می‌شود. این ضعف زمینه‌ساز فعالیت‌های افراطی فرامن است که به نوبه خود باعث بروز و تشدید الگوهای فراشناختی ناسازگار می‌شود. در نتیجه، فراشناخت دچار اختلال و بدکارکردی می‌شود. از سوی دیگر، تجربیات ناسازگار اولیه به شکل‌گیری این الگوهای فراشناختی ناسازگار تأثیر می‌گذارد و این تأثیر به ایجاد بدکارکردی در

جمع‌آوری می‌شوند: مانند مشاهدات، مصاحبه‌ها، نظرسنجی‌ها و گروه‌های کانونی، در تحقیقات اکتشافی ثانویه، اطلاعات از تحقیقات اولیه که قبلاً منتشر شده است، مانند بررسی ادبیات (مطالعه اسنادی) و مطالعات موردی جمع‌آوری می‌شود [۵۹].

آزمودنی‌ها

جامعه آماری پژوهش کلیه متخصصان روانشناسی و دانشجویان دکتری روانشناسی در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند. ۳۶ نفر که ملاک‌های ورود را داشتند به صورت هدفمند انتخاب شد. نمونه شامل سه گروه بود که ملاک‌های ورود آنها به مقدار کمی متفاوت بود. گروه اول ۱۰ نفر بودند که جهت استخراج عوامل آسیب و عوامل درمان با آنها مصاحبه شد. ملاک‌های ورود گروه اول مشتمل بودند بر: حداقل کاندیدای دکتری که آزمون جامع را گذرانده باشد با حداقل ۵ سال سابقه کار بالینی در زمینه درمان روانپوشی (روابط ابژه) یا درمان فراشناختی. گروه دوم ۱۴ نفر بودند که با آنها روایی محتوای عوامل آسیب و عوامل درمان بررسی شد. ملاک‌های ورود برای گروه دوم مشتمل بودند بر: حداقل دارای مدرک دکترا در یکی از گرایش‌های روانشناسی با حداقل ۵ سال سابقه کار و هیات علمی دانشگاه باشد. گروه سوم ۱۲ نفر بودند که با آنها روایی محتوای جلسات درمان و امکان‌سنجی پروتکل مورد بررسی قرار گرفت ملاک‌های ورود برای گروه سوم مشتمل بودند بر: حداقل دارای مدرک دکترا در یکی از گرایش‌های روانشناسی با حداقل ۱۰ سال سابقه کار و هیات علمی دانشگاه باشد. ملاک‌های خروج برای هر سه گروه مشتمل بودند بر عدم تمایل به همکاری. برای رعایت مسائل اخلاقی، این مطالعه بر اساس دستورالعمل‌های مندرج در اعلامیه هلسینکی انجام شد و تمام مراحل مربوط به شرکت‌کنندگان در مطالعه پژوهشی توسط کمیته اخلاق پژوهشگاه رویان IR.ACECR.ROYAN.REC.1401.010 تأیید شد.

ابزارهای پژوهش

مقیاس امکان‌سنجی برنامه‌های آموزشی و روان‌درمانی شلانی، آزادفلاح و فراهانی [۶۰]: مقیاس امکان‌سنجی شلانی و همکاران از ۵۰ سوال تشکیل شده است که در

الگوهای فراشناختی ناسازگار، هم از طریق تأثیر درمان روان‌پوشی بر توانمندی من و به‌طور غیرمستقیم بر این الگوها و هم از طریق تأثیر مستقیم درمان روان‌پوشی بر الگوهای فراشناختی ناسازگار، و همچنین تأثیر خود درمان فراشناختی بر این الگوها، مورد بررسی قرار می‌گیرند.

با توجه به وجود پشتوانه‌ی پژوهشی و نظری تحقیق، بررسی ادبیات توسط محقق نشان می‌دهد هیچ پژوهشی در رابطه با ادغام تکنیک‌های درمان فراشناختی و درمان روانپوشی روابط ابژه در هیچ‌جا دنیا انجام نشده است، در نتیجه، تدوین و امکان‌سنجی پروتکل درمان فراشناختی تحلیلی بر افزایش توانمندی من و کاهش اضطراب و افسردگی پرستاران منطقی به نظر می‌رسد. بنابراین پژوهش حاضر در پی یافتن پاسخ به این دو سوال است: آیا پروتکل درمان فراشناختی تحلیلی بر افزایش توانمندی من و کاهش اضطراب و افسردگی پرستاران از روایی محتوایی مناسبی برخوردار است؟ آیا پروتکل درمان فراشناختی تحلیلی بر افزایش توانمندی من و کاهش اضطراب و افسردگی پرستاران از امکان‌پذیری (مقبولیت و تناسب، کاربردپذیری و تقاضا، یکپارچگی، سازگاری، منابع و قابلیت اجرا و تعمیم‌پذیری) کافی برخوردار است؟

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کیفی اکتشافی بود. روش تحقیق اکتشافی به بررسی مسائلی می‌پردازد که قبلاً به‌طور عمیق مورد مطالعه قرار نگرفته‌اند، تحقیقات اکتشافی اغلب کیفی و ماهیت مقدماتی دارند، با این حال، یک مطالعه با یک نمونه بزرگ که به روش اکتشافی انجام شده است می‌تواند کمی نیز باشد [۵۷]. روش تحقیق اکتشافی به دلیل ماهیت منعطف و باز آن، اغلب به‌عنوان تحقیق تفسیری یا رویکرد نظریه‌زمینه‌ای نامیده می‌شود، از روش تحقیق اکتشافی اغلب زمانی استفاده می‌شود که موضوع مورد مطالعه جدید باشد یا زمانی که فرآیند جمع‌آوری داده‌ها به دلایلی چالش برانگیز باشد [۵۸]. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از تحقیقات اکتشافی اغلب به روش‌های تحقیق اکتشافی اولیه و ثانویه تقسیم می‌شود، در تحقیقات اکتشافی اولیه، داده‌ها مستقیماً از منابع اولیه

اضطراب و افسردگی بطور جداگانه تا اشباع نظری مصاحبه شد. با اخذ هر مصاحبه تحلیل محتوای آن نیز مورد بررسی قرار گرفت. بعد از مشخص شدن عوامل آسیب و عوامل (مکانیسم های) درمان، مولفه های آسیب و درمان فهرست شد. در گام دوم به منظورسنجش و ارزیابی عوامل آسیب و عوامل (مکانیسم های) درمان فراشناختی و روانپوشی و عوامل درمان عمومی ضروری برای توانمندی من، اضطراب و افسردگی، از دو ضریب نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. برای تعیین نسبت روایی محتوا (CVR) از ۱۴ نفر متخصص واجد شرایط درخواست شد تا هر آیتم را بر اساس طیف سه قسمتی (ضروری است، مفید است اما ضروری نیست، ضرورتی ندارد) بررسی نمایند. سپس پاسخ ها بر اساس فرمول زیر محاسبه شد که در آن n تعداد متخصصانی است که به سوال، گزینه ضروری، پاسخ داده اند و N تعداد کل متخصصان است. سپس مقدار CVR به دست آمده با جدول لاشه مقایسه شد.

برای تعیین شاخص روایی محتوا (CVI) نیز از متخصصان مذکور خواسته شد در مورد میزان مرتبط بودن هر آیتیم (غیر مرتبط، نیاز به بازبینی اساسی، مرتبط اما نیاز به بازبینی، کاملاً مرتبط) اظهار نظر کنند. سپس از تقسیم تعداد پاسخ ها در رتبه ۳ و ۴ بر تعداد کل پاسخ دهندگان، CVI برای هر عامل محاسبه می شد. براساس اطلاعات به دست آمده، ویژگی های جامعه هدف، مشکلات جامعه هدف، علل مشکلات جامعه هدف، راه حل های مشکلات جامعه هدف، ظرفیتهای و منابع اجرای مداخله، نقاط قوت و ظرفیت های جامعه هدف توسط تیم پژوهشی مورد بحث و بررسی قرار گرفت، سپس مدل منطقی مساله- مشکل ترسیم شد. در گام سوم براساس اطلاعات به دست آمده از گام قبل، پیامدهای مورد انتظار برنامه درمان، اهداف عملکردی و تعیین کننده های تغییر توسط تیم پژوهشی مورد بحث و بررسی قرار گرفت، سپس مدل منطقی تغییر ترسیم شد. در گام چهارم براساس اطلاعات به دست آمده از گام های قبلی بخصوص با مبنا قرار دادن عوامل درمانی استخراج شده از رویکرد فراشناختی و روانپوشی که ضریب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا آنها تایید شده

طیف لیکرت نمره ۱ تا ۵ به هر سوال تعلق می گیرد و از مؤلفه های مقبولیت و تناسب، کاربردپذیری و تقاضا، یکپارچگی، سازگاری، منابع و قابلیت اجرا و تعمیم پذیری تشکیل شده است. در بعد مقبولیت و تناسب، میزان مناسب بودن محتوا و نحوه ارائه برنامه/ مداخله، تناسب فرهنگی، قابل قبول بودن، لذتبخش بودن؛ میزان تناسب، کافی بودن و قابل اجرا بودن تکالیف، مناسب بودن تعداد و مدت زمان جلسات، کامل و جامع بودن برنامه و تخصصی بودن اجرای آن را مورد بررسی قرار می دهد. در بعد کاربردپذیری و تقاضا میزان ضرورت اجرای برنامه، میزان تقاضا و خواست برای آن، مقرون به صرفه بودن، کاربردپذیری بودن در رفع نیازها و با توجه به محدودیتهای موجود مورد ارزیابی قرار می گیرد. در بعد یکپارچگی میزان همسو بودن، تناسب و قابلیت ادغام برنامه با سیستمهای موجود در جامعه بررسی می شود. بعد قابلیت انطباق نشان می دهد یک برنامه تا چه حد می تواند قدرت انطباق و انعطاف در گروههای مختلف، موقعیتهای مختلف و با اندازه های مختلف داشته باشد. همچنین محتوای برنامه و تکالیف آن چقدر با اهداف برنامه مطابقت دارد. در بعد منابع و قابلیت اجرا به این موضوع می پردازیم که برنامه مورد نظر به چه منابع (مالی و انسانی) و تخصصی نیاز دارد و آیا در یک فرهنگ و جامعه با امکانات و شرایط موجود قابل اجرا است یا خیر. در بعد تعمیم پذیری، مسئله قابلیت اجرای برنامه در گروه ها، جوامع و فرهنگ های دیگر بررسی می شود [۶۰]. شلابی و همکاران [۶۰] برای مقیاس امکانسنجی شاخص روایی محتوا را ۰/۸۲ و پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۵ بدست آوردند.

شیوه انجام پژوهش

در این پژوهش در گام اول ادبیات پژوهش جهت استخراج عوامل آسیب و عوامل (مکانیسم های) درمان در رویکرد فراشناختی و روانپوشی (روابط ابژه) مورد بررسی قرار گرفت، بعد از تحلیل محتوای ادبیات و استخراج عوامل مذکور، برای استخراج بیشتر عوامل آسیب و عوامل (مکانیسم های) درمان با ۵ نفر از متخصصان مربوط به حوزه درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی و ۵ نفر از متخصصان مربوط به حوزه درمان روانپوشی (روابط ابژه)

بود، پروتکل درمان فراشناختی تحلیلی به صورت ابتدایی و کلی توسط تیم پژوهشی طراحی شد. در گام پنجم با بازنگری پروتکل ابتدایی و انجام اصلاحات، ساختار مداخله به صورت کامل تدوین شد. در واقع با توجه به اطلاعات بدست آمده از گام‌های قبل، تعداد جلسات مداخله، عنوان جلسات، اهداف جلسات، جزئیات زمانی، فعالیت‌های انجام شده در هر جلسه و مواد و ابزار مورد نیاز برای اجرای مداخله به طور دقیق و با جزئیات در برنامه مشخص شد. در گام ششم به منظور سنجش و ارزیابی جلسات درمان پروتکل طراحی شده، مجدد از دو ضریب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا استفاده شد. طوری که پروتکل طراحی شده برای ۱۲ متخصص با سابقه حداقل ده سال کار بالینی در حوزه روان‌شناسی و مشاوره ارسال شد و از آنها خواسته شد تا به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن، به اهداف و محتوای هر جلسه با تعریف نظری ارائه شده از درمان فراشناختی و روانپویشی (روابط ابژه)؛ تکالیف و فعالیت‌های هر جلسه با محتوای همان جلسه و نقش محتوای هر جلسه، در فرایند تغییر در درمان پاسخ دهند. همچنین جهت امکان‌سنجی جلسات درمان پروتکل طراحی شده، از آنها خواسته شد که مقبولیت و تناسب، کاربردپذیری و تقاضا، یکپارچگی، سازگاری، منابع و قابلیت اجرا و تعمیم‌پذیری پروتکل را برای توانمندی من و اختلالات اضطراب و افسردگی بررسی کنند. برای این منظور از مقیاس امکان‌سنجی برنامه‌های آموزشی و روان‌درمانی شلانی، آزادفلاح و فراهانی (۱۴۰۰) استفاده شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تحلیل روایی محتوا، مقادیر ضریب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا و امکان‌سنجی (میانگین کل و میانگین هر یک از مولفه‌ها) به صورت دستی محاسبه شد.

جدول (۱) خلاصه جلسات درمان فراشناختی تحلیلی

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف
۱	آماده سازی، ایجادارتباط درمانی و امیدواری نسبت به بهبود.	ارزیابی باورهای فراشناختی و سبکهای مقابله ناکارآمد. آماده سازی برای درمان	انگیزه و امید برای بهبود. آگاهی به باورهای فراشناختی و سبکهای مقابله ناکارآمد. آمادگی و انگیزه برای یادگیری سبکهای مقابله سالم	تمرین آزمایش سرکوب فکر
۲	ادامه آماده سازی و بررسی روایت زندگی مراجع	آموزش مدل فراشناختی تحلیلی و ارایه منطق درمان. بررسی اهداف و انتظارات بررسی روابط اولیه مراجع	آگاهی از مدل درمان و تعدیل اهداف و انتظارات. آگاهی به عوامل زمینه ساز مشکلات خود	تکمیل فرم A-M-C
۳	بررسی تجربیات رشدی مراجع و چالش با باور مربوط به کنترل ناپذیری نگرانی- نشخوار فکری.	بررسی تجربیات رشدی مرتبط با ضعف من و باورهای کنترل ناپذیری ناپذیری نگرانی- نشخوار فکری. آموزش و تمرین ذهن آگاهی گسلیده، توجه آگاهی و به تعویق انداختن نگرانی- نشخوار فکری	بینش نسبت به عوامل رشدی، یادگیری تکنیک ذهن آگاهی گسلیده (DM)، توجه آگاهی و تعویق نگرانی	تمرین ذهن آگاهی گسلیده و توجه آگاهی و به تعویق انداختن نگرانی- نشخوار فکری
۴	ادامه بررسی تجربیات رشدی مراجع و چالش با باور مربوط به کنترل ناپذیری نگرانی- نشخوار فکری	بررسی تجربیات رشدی مرتبط با ضعف من و باورهای کنترل ناپذیری ناپذیری نگرانی- نشخوار فکری. اسناد مجدد کلامی و رفتاری کنترل ناپذیری نگرانی- نشخوار فکری ارائه می شود مخالف. آموزش و تمرین آزمایش از دست دادن کنترل. بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی.	بینش نسبت به عوامل رشدی. یادگیری روش های مدیریت نگرانی نشخوار فکری	تمرین آزمایش از دست دادن کنترل
۵	ادامه بررسی تجربیات رشدی و چالش با باور مربوط به خطر نگرانی- نشخوار فکری	بررسی تجربیات رشدی مرتبط با ضعف من و باورهای فراشناختی مربوط به خطر نگرانی- نشخوار فکری. تشدید ناهماهنگی، بررسی شواهد، بررسی شواهد مخالف، بررسی سازوکار عمل.	بینش نسبت به عوامل رشدی یادگیری روش های مدیریت نگرانی نشخوار فکری	بررسی شواهد تایید کننده و رد کننده باورهای فراشناختی مربوط به خطر نگرانی- نشخوار فکری
۶	ادامه بررسی تجربیات رشدی مراجع و چالش با باور مربوط به خطر نگرانی- نشخوار فکری	بررسی تجربیات رشدی مرتبط با ضعف من و باورهای فراشناختی مربوط به خطر نگرانی- نشخوار فکری. آزمایش های رفتاری	بینش نسبت به عوامل رشدی. یادگیری روش های مدیریت نگرانی نشخوار فکری.	تمرین آزمایش های رفتاری
۷	ادامه بررسی تجربیات رشدی و چالش با باورهای فراشناختی مثبت	بررسی تجربیات رشدی مرتبط با ضعف من و باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی- نشخوار فکری، اسناد مجدد کلامی	بینش نسبت به عوامل رشدی یادگیری روش های مدیریت. نگرانی نشخوار فکری	نوشتن شواهد تایید کننده و رد کننده باورهای فراشناختی مثبت
۸	ادامه بررسی تجربیات رشدی مراجع و چالش با باورهای فراشناختی مثبت	بررسی تجربیات رشدی مرتبط با ضعف من و باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی- نشخوار فکری. راهبرد عدم مطابقت نگرانی- نشخوار فکری. آزمایش تعدیل نگرانی- نشخوار فکری	بینش نسبت به عوامل رشدی یادگیری روش های مدیریت. نگرانی نشخوار فکری.	پر کردن فرم راهبرد عدم مطابقت
۹	فرمولبندی مجدد آماده کردن برای اختتام جلسات و شروع برنامه پردازشی جدید	فرمولبندی مجدد. شروع برنامه پردازشی جدید. فهرست کردن مولفه های ناکارآمد و برنامه جایگزین. آماده کردن مراجع برای ختم جلسات درمان.	ایجاد دیدگاه جامع نسبت به عوامل زمینه ساز، آشکار ساز و تداوم بخش. تقویت برنامه های فراشناختی جایگزین آماده شدن برای پایان جلسات	نوشتن فراشناختی های منفی و برنامه جایگزین
۱۰	برنامه پردازشی جدید ختم جلسات	ادامه برنامه پردازشی جدید. فهرست کردن مولفه های منفی و برنامه جایگزین و ختم جلسات	تقویت برنامه های فراشناختی جایگزین	نوشتن فراشناختی های منفی و برنامه جایگزین

نتایج.

رویکرد فراشناختی و روانپوشی (روابط ابژه)، همچنین عوامل مشترک در دو رویکرد درمانی ارائه می‌شود. به دنبال آن یافته‌های مربوط به ضریب نسبت روایی محتوا، شاخص روایی محتوا و نتایج امکان‌سنجی مربوط به ده جلسه درمان فراشناختی تحلیلی ارائه خواهد شد.

در ادامه ویژگی‌های جمعیت شناختی، سپس یافته‌های مربوط به ضریب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوای مربوط به عوامل آسیب‌زا و عوامل درمان‌از دو

جدول ۱. رشته تحصیلی، تحصیلات و سابقه کار بالینی نمونه‌های پژوهش

درصد	فراوانی		
۵۲/۷۸	۱۹	روانشناسی	رشته تحصیلی
۳۶/۱۱	۱۳	روانشناسی بالینی	
۱۱/۱۱	۴	مشاوره	
۸/۳۳	۳	دانشجوی دکتری	تحصیلات
۹۱/۶۷	۳۳	دکترای تخصصی	
۲۲/۲۳	۸	۵ تا ۱۰ سال	سابقه بالینی
۴۴/۳۳	۱۶	۱۰ تا ۱۵ سال	
۳۳/۳۴	۱۲	۱۵ سال به بالا	

جدول ۲. مقادیر ضریب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا عوامل آسیب‌زای رویکرد فراشناختی

نتیجه نهایی (مقدار مورد تایید بالاتر از ۰/۷۹)	CVI	نتیجه نهایی	CVR	مولفه‌ها
تایید	۰/۸۵	تایید	۰/۸۵	باورهای فراشناختی مربوط به کنترل ناپذیری نگرانی
تایید	۰/۸۵	تایید	۰/۸۵	باورهای فراشناختی مربوط به کنترل ناپذیری نشخوار فکری
تایید	۰/۸۵	تایید	۰/۷۱	باورهای فراشناختی مربوط به خطر نگرانی
تایید	۰/۸۵	تایید	۰/۷۱	باورهای فراشناختی مربوط به خطر نشخوار فکری
تایید	۰/۸۵	تایید	۰/۷۱	اطمینان شناختی
تایید	۰/۹۲	تایید	۰/۵۷	نیاز به کنترل فکر
تایید	۰/۹۲	تایید	۰/۸۵	خودآگاهی شناختی
تایید	۰/۹۲	تایید	۰/۵۷	باورهای فراشناختی مثبت مربوط به نگرانی
تایید	۰/۹۲	تایید	۰/۸۵	باورهای فراشناختی مثبت مربوط به نشخوار فکری
تایید	۰/۹۲	تایید	۰/۷۱	راهبرد حواس پرتی و اجتناب
تایید	۰/۸۵	تایید	۰/۷۱	راهبرد کنترل اجتماعی
تایید	۰/۹۲	تایید	۰/۷۱	راهبرد نگرانی کردن
تایید	۰/۸۵	تایید	۰/۵۷	راهبرد خود تنبیهی
تایید	۰/۹۲	تایید	۰/۸۵	راهبرد ارزیابی مجدد
تایید	۰/۹۲	تایید	۰/۵۷	راهبرد سرکوب فکر
تایید	۰/۹۲	تایید	۰/۸۵	پایش تهدید
تایید	۰/۹۲	تایید	۰/۵۷	اجتناب رفتاری

اجتناب شناختی	۰/۷۱	تایید	۰/۹۲	تایید
اجتناب هیجانی	۰/۸۵	تایید	۰/۹۲	تایید
سوگیری توجه	۰/۵۷	تایید	۰/۹۲	تایید

بنابراین شاخص روا یی محتوا یی تمام مولفه های آسیب فراشناختی مورد تأیید است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشخص است نسبت روایی محتوایی تمام مولفه های آسیب فراشناختی تأیید شده است. همچنین شاخص روایی محتوایی تمام مولفه ها بالاتر از ۰/۷۹ می باشد،

زودآیند ویرایش نشده

جدول ۳. مقادیر ضریب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا عوامل آسیب رویکرد روانپویشی

مؤلفه‌ها	CVR	نتیجه نهایی	CVI	نتیجه نهایی (مقدار مورد تایید بالاتر از ۰/۷۹)
تکانه های غریزی.	۰/۵۷	تایید	۰/۸۵	تایید
ارضای بیش از حد	۰/۵۷	تایید	۰/۸۵	تایید
محرومیت	۰/۸۵	تایید	۰/۹۲	تایید
فقدان	۰/۸۵	تایید	۰/۹۲	تایید
سواستفاده جنسی	۰/۵۷	تایید	۰/۹۲	تایید
سواستفاده جسمی	۰/۷۱	تایید	۰/۹۲	تایید
عوامل سرکوب شده ناخودآگاه	۰/۷۱	تایید	۰/۹۲	تایید
توقف و تثبیت در رشد	۰/۸۵	تایید	۰/۹۲	تایید
پسرفت به نقاط تثبیت	۰/۸۵	تایید	۰/۹۲	تایید
الگوهای ناکارآمد فکری و رفتاری کسب شده در روابط ابژه اولیه	۰/۷۱	تایید	۰/۹۲	تایید
قدرتمندی نهاد	۰/۸۵	تایید	۰/۹۲	تایید
انعطاف ناپذیری فرامن	۰/۸۵	تایید	۰/۹۲	تایید
ضعف من	۰/۸۵	تایید	۰/۹۲	تایید
تعارضات نهاد و فرامن با یکدیگر و با من و واقعیت های محیط برونی	۰/۸۵	تایید	۰/۹۲	تایید
استفاده افراطی از مکانیسم های دفاعی	۰/۸۵	تایید	۰/۹۲	تایید
جو خانوادگی نایمن	۰/۸۵	تایید	۰/۹۲	تایید

باشد. بنابراین شاخص روایی محتوا بی تمام مؤلفه های آسیب روانپویشی (روابط ابژه) مورد تأیید است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشخص است نسبت روایی محتوایی تمام عوامل آسیب روانپویشی (روابط ابژه) تأیید شده است. همچنین شاخص روایی محتوایی تمام مؤلفه ها بالاتر از ۰/۷۹ می

جدول ۴. مقادیر ضریب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا عوامل درمانی عمومی (مشترک)

مؤلفه‌ها	CVR	نتیجه نهایی	CVI	نتیجه نهایی (مقدار مورد تایید بالاتر از ۰/۷۹)
تدوین فرمولبندی موردی	۱	تایید	۱	تایید
درمیان گذاشتن مفهوم سازی با بیمار	۱	تایید	۱	تایید
عادی سازی (انگ زدایی)	۰/۷۱	تایید	۱	تایید
افزایش دادن انگیزه مراجع	۰/۷۱	تایید	۱	تایید
ارایه منطق درمان	۱	تایید	۱	تایید
آموزش در مورد مدل درمانی	۱	تایید	۱	تایید
تعیین دستور جلسه	۰/۸۵	تایید	۰/۹۲	تایید
آموزش روانی	۰/۸۵	تایید	۱	تایید
بررسی اهداف و انتظارات	۱	تایید	۱	تایید
تعیین تکلیف خانگی	۰/۵۷	تایید	۱	تایید

بررسی میزان انگیزش مراجع برای ادامه درمان	۱	تایید	۱	تایید
پل زدن بین جلسات	۰/۵۷	تایید	۰/۹۲	تایید
اعتبارسازی همدلانه (تمجید و توصیه)	۰/۷۵	تایید	۰/۹۲	تایید
ارتباط درمانی	۱	تایید	۱	تایید
خلاصه سازی جلسات	۰/۸۵			تایید
بازخورد	۰/۸۵			تایید

شماخ روایی محتوا یی تمام عوامل درمانی عمومی مورد تأیید است.

همان‌طور که در جدول ۴ مشخص است نسبت روایی محتوایی تمام عوامل درمانی عمومی تأیید شده است. همچنین شماخ روایی محتوایی تمام عوامل بالاتر از ۰/۷۹ می باشد، بنابراین

جدول ۵. مقادیر ضریب نسبت روایی محتوا و شماخ روایی محتوا عوامل درمان فراشناختی

آیتم	CVR	نتیجه نهایی	CVI	نتیجه نهایی (مقدار مورد تایید بالاتر از ۰/۷۹)
ارزیابی وقایع فعال ساز درونی	۱	تایید	۱	تایید
ارزیابی باورهای فراشناختی منفی	۱	تایید	۱	تایید
ارزیابی باورهای فراشناختی مثبت	۱	تایید	۱	تایید
ارزیابی راهبردهای فراشناختی	۱	تایید	۱	تایید
ارزیابی تجربه های فراشناختی	۱	تایید	۱	تایید
ارزیابی پیامدهای هیجانی	۱	تایید	۱	تایید
روشن سازی و تمایز بین شناخت های معمولی و فراشناخت ها	۰/۸۵	تایید	۱	تایید
استفاده از دیالوگ سقراطی متمرکز بر فراشناخت	۱	تایید	۱	تایید
اسناد مجدد کلامی متمرکز بر فراشناخت	۱	تایید	۱	تایید
رویارویی مبتنی بر فراشناخت	۰/۸۵	تایید	۱	تایید
طرح سوالات فرضی	۱	تایید	۱	تایید
نشان دادن ناهماهنگی (راهبرد ذهنیت دو گانه)	۱	تایید	۱	تایید
بررس اثرات رفتارها	۱	تایید	۱	تایید
آزمایش سرکوب فکر	۱	تایید	۱	تایید
ذهن آگاهی گسلیده	۱	تایید	۱	تایید
آموزش توجه	۱	تایید	۱	تایید
آزمایش به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری	۱	تایید	۱	تایید
چالش کلامی	۱	تایید	۱	تایید
آزمایش تعدیل نشخوار فکری	۱	تایید	۱	تایید
آزمایش از دست دادن کنترل	۱	تایید	۱	تایید
تشدید ناهماهنگی	۱	تایید	۱	تایید
بررسی شواهد تایید کننده	۱	تایید	۱	تایید

بررسی شواهد رد کننده	۱	تایید	۱	تایید
بررسی سازوکار عمل	۱	تایید	۰/۹۲	تایید
تحلیل مزایا و معایب پایش تهدید	۰/۸۵	تایید	۱	تایید
برنامه ریزی فعالیت	۱	تایید	۱	تایید
ارایه اطلاعات جدید	۱	تایید	۱	تایید

همان‌طور که در جدول ۵ مشخص است نسبت روایی محتوایی تمام عوامل درمانی فراشناختی مورد تأیید است.

همان‌طور که در جدول ۵ مشخص است نسبت روایی محتوایی تمام عوامل درمانی فراشناختی تأیید شده است. همچنین شاخص روایی محتوایی تمام عوامل بالاتر از ۰/۷۹ می باشد، بنابراین

جدول ۶. مقادیر ضریب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا عوامل درمان روانپوشی

آیتم	CVR	نتیجه نهایی	CVI	نتیجه نهایی
				(مقدار مورد تأیید بالاتر از ۰/۷۹)
روشن سازی	۱	تایید	۱	تایید
مواجه سازی	۱	تایید	۱	تایید
تفسیر	۱	تایید	۱	تایید
اعتبارسازی همدلانه (تمجید و توصیه)	۰/۷۱	تایید	۰/۹۲	تایید
ایجاد محیط نگهدارنده (گذار)	۱	تایید	۱	تایید
عمل به صورت الگوی اصلاحی	۱	تایید	۱	تایید
تحلیل انتقال	۰/۸۵	تایید	۱	تایید
تحلیل انتقال متقابل	۰/۷۱	تایید	۰/۹۲	تایید
تحلیل مقاومت	۰/۸۵	تایید	۰/۹۲	تایید
تحلیل دفاع ها	۰/۸۵	تایید	۰/۹۲	تایید
بررسی داستان و روایت زندگی	۱	تایید	۱	تایید
تداعی آزاد	۰/۱۴	عدم تأیید	۰/۵	عدم تأیید
-تحلیل رویا	-۰/۱۴	عدم تأیید	۰/۴۲	عدم تأیید
تحلیل لغزش های کلامی	-۰/۱۴	عدم تأیید	۰/۴۲	عدم تأیید

بنابراین شاخص روایی محتوایی تمام عوامل درمانی روانپوشی (روابط ابژه) مورد تأیید است.

همان‌طور که در جدول ۶ مشخص است نسبت روایی محتوایی تمام عوامل درمانی روانپوشی (روابط ابژه) تأیید شده است. همچنین شاخص روایی محتوایی تمام عوامل بالاتر از ۰/۷۹ می باشد،

جدول ۷. مقادیر ضریب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا برای جلسات درمان پروتکل فراشناختی تحلیلی

آیتم	CVR	نتیجه نهایی	CVI	نتیجه نهایی
				(مقدار مورد تأیید بالاتر از ۰/۷۹)
۱- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه اول با تعریف نظری ارائه شده از درمان فراشناختی و روانپوشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می دهد؟	۱	تایید	۱	تایید
۲- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه دوم با تعریف نظری ارائه شده از درمان فراشناختی و روانپوشی (روابط ابژه) به لحاظ	۰/۸۵	تایید	۱	تایید

				ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۰/۸۵	۳- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه سوم با تعریف نظری ارائه شده از درمان فراشناختی و روانپوشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۱	۴- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه چهارم با تعریف نظری ارائه شده از درمان فراشناختی و روانپوشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۱	۵- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه پنجم با تعریف نظری ارائه شده از درمان فراشناختی و روانپوشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۱	۶- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه ششم با تعریف نظری ارائه شده از درمان فراشناختی و روانپوشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۱	۷- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه هفتم با تعریف نظری ارائه شده از درمان فراشناختی و روانپوشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۱	۸- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه هشتم با تعریف نظری ارائه شده از درمان فراشناختی و روانپوشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۱	۹- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه نهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان فراشناختی و روانپوشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می دهد؟
تایید	۰/۹۲	تایید	۱	۱۰- تا چه حد اهداف و محتوای جلسه دهم با تعریف نظری ارائه شده از درمان فراشناختی و روانپوشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۱	۱۱- تا چه حد تکالیف و فعالیت های جلسه اول با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آنها را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۰/۸۵	۱۲- تا چه حد تکالیف و فعالیت های جلسه دوم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آنها را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۱	۱۳- تا چه حد تکالیف و فعالیت های جلسه سوم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آنها را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۰/۸۵	۱۴- تا چه حد تکالیف و فعالیت های جلسه چهارم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آنها را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۱	۱۵- تا چه حد تکالیف و فعالیت های جلسه پنجم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آنها را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۱	۱۶- تا چه حد تکالیف و فعالیت های جلسه ششم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آنها را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۱	۱۷- تا چه حد تکالیف و فعالیت های جلسه هفتم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آنها را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۱	۱۸- تا چه حد تکالیف و فعالیت های جلسه هشتم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آنها را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۱	۱۹- تا چه حد تکالیف و فعالیت های جلسه نهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آنها را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۱	۲۰- تا چه حد تکالیف و فعالیت های جلسه دهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آنها را پوشش می دهد؟
تایید	۱	تایید	۱	۲۱- تا چه حد محتوای جلسه اول، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن نقش داشته و آن را

پوشش می دهد؟	۲۲- تا چه حد محتوای جلسه دوم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن نقش داشته و آن را	۰/۸۵	تایید	۱	تایید
پوشش می دهد؟	۲۳- تا چه حد محتوای جلسه سوم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن نقش داشته و آن را	۱	تایید	۱	تایید
پوشش می دهد؟	۲۴- تا چه حد محتوای جلسه چهارم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن نقش داشته و آن را	۱	تایید	۱	تایید
پوشش می دهد؟	۲۵- تا چه حد محتوای جلسه پنجم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن نقش داشته و آن را	۱	تایید	۱	تایید
پوشش می دهد؟	۲۶- تا چه حد محتوای جلسه ششم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن نقش داشته و آن را	۱	تایید	۰/۹۲	تایید
پوشش می دهد؟	۲۷- تا چه حد محتوای جلسه هفتم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن نقش داشته و آن را	۱	تایید	۱	تایید
پوشش می دهد؟	۲۸- تا چه حد محتوای جلسه هشتم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن نقش داشته و آن را	۰/۸۵	تایید	۱	تایید
پوشش می دهد؟	۲۹- تا چه حد محتوای جلسه نهم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن نقش داشته و آن را	۱	تایید	۱	تایید
پوشش می دهد؟	۳۰- تا چه حد محتوای جلسه دهم، در فرایند تغییر در درمان از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن نقش داشته و آن را	۱	تایید	۱	تایید

همان‌طور که در جدول ۷ مشخص است نسبت روایی محتوایی تمام جلسات درمانی پروتکل فراشناختی تحلیلی مورد تأیید است

۰/۷۹ می باشد. بنابراین شاخص روایی محتوایی تمام جلسات درمانی پروتکل فراشناختی تحلیلی مورد تأیید است. همچنین شاخص روایی محتوایی تمام جلسات بالاتر از

جدول ۸. میانگین مولفه های امکانسنجی برای درمان فراشناختی تحلیلی

میانگین	مولفه ها
۵۷/۷۸	مقبولیت و تناسب
۵۸/۵۵	کاربردپذیری و تقاضا
۵۸	یکپارچگی
۵۸/۱۴	قابلیت انطباق
۵۷/۵۵	منابع و قابلیت اجرا
۵۷/۸۵	تعمیم پذیری
۵۶/۸	کل

همانطور که در جدول ۸ مشخص است میانگین تمام مولفه ها از میانگین کل بزرگتر است. بنابراین امکانسنجی پروتکل مورد تأیید می باشد.

بحث و نتیجه گیری.

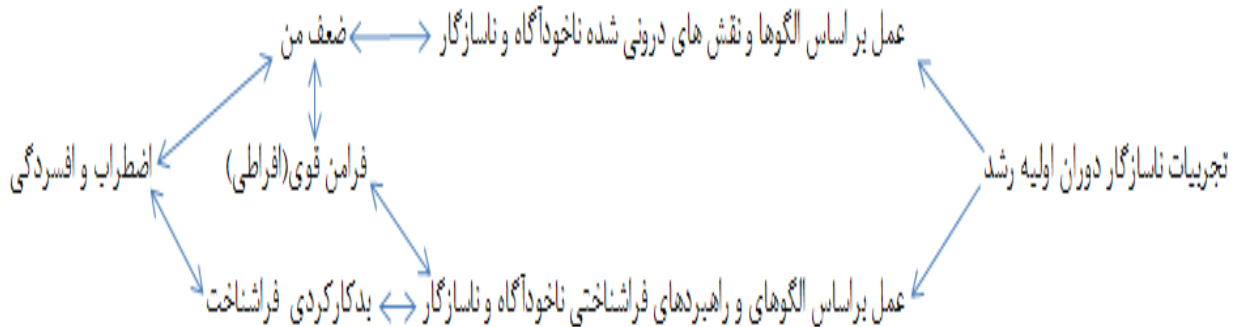
نتایج تحقیق همچنین نشان داد که پروتکل درمانی فراشناختی تحلیلی از نسبت روایی محتوایی (CVR) ، شاخص روایی محتوایی (CVI) و امکان‌پذیری (مقبولیت و تناسب، کاربردپذیری، تقاضا، یکپارچگی، قابلیت انطباق، منابع، قابلیت اجرا و تعمیم‌پذیری) مطلوبی برخوردار است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های [۴۶]، [۴۷]، [۴۹]، [۵۰]، [۵۴] و [۵۵]، مبنی بر سودمندی و ضرورت ادغام درمان‌های فراشناختی و روان‌پوشی برای توانمندی من و در نتیجه کاهش اضطراب و افسردگی همسو است. در توضیح این نتایج می‌توان گفت که وجود روایی محتوایی مناسب در پروتکل فراشناختی تحلیلی نشان‌دهنده این است که این پروتکل به طور مؤثر و دقیق به اهداف درمانی خود پرداخته و به عنوان ابزاری معتبر و کارآمد برای درمان مشکلات روان‌شناختی قابل استفاده است. این ارزیابی‌ها به درمانگران اطمینان می‌دهد که پروتکل به خوبی طراحی شده و تمامی جنبه‌های مهم درمانی را مد نظر قرار داده است. همچنین، پروتکل مورد نظر از نظر مقبولیت در میان متخصصان و مراجعین، قابلیت اجرا در محیط‌های مختلف، انعطاف‌پذیری و انطباق با شرایط و منابع موجود به خوبی ارزیابی و تأیید شده است. به عبارت دیگر، این پروتکل نه تنها از نظر تئوریک معتبر است، بلکه در عمل نیز به راحتی قابل اجرا و مفید می‌باشد.

مطابق با مدل فراشناختی تحلیلی پرویز و همکاران [۵۳]، [۵۴]، [۵۵]، می‌توان به صورت یکپارچه به تبیین یافته‌های فوق پرداخت. همانطور که قبل تر از نظر گذشت، طبق این مدل، الگوها و نقش‌های درونی ناسازگار که از تجربیات ناسازگار دوران اولیه رشد ناشی می‌شوند، به ضعف من منجر می‌شوند. این ضعف به نوبه خود باعث می‌شود که فرامن به صورت افراطی عمل کند. عملکرد افراطی فرامن منجر به ایجاد و تشدید الگوهای فراشناختی ناسازگار، یا نشانگان شناختی توجهی، می‌شود و این امر به بدکارکردی فراشناخت می‌انجامد. در عین حال، تجربیات ناسازگار اولیه بر شکل‌گیری این الگوهای فراشناختی ناسازگار تأثیر می‌گذارد و به تقویت فرامن کمک می‌کند. تقویت فرامن باعث ضعف بیشتر من می‌شود و این چرخه معیوب باعث

مطالعه حاضر با هدف تدوین و امکان‌سنجی پروتکل درمان فراشناختی- تحلیلی برای افزایش توانمندی من و کاهش اضطراب و افسردگی پرستاران بخش‌های کووید ۱۹ انجام شد. نتایج تحقیق نشان داد که مولفه‌های آسیب و درمان که از بررسی‌های ادبیات و مصاحبه با متخصصان استخراج شده‌اند، از نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محوای مطلوبی برخوردار هستند. نتایج به‌دست آمده با پژوهش‌های انجام‌شده [۱۴] ، [۱۵] ، [۲۰] ، [۲۱] ، [۳۱] ، [۳۳] ، [۳۴] ، [۳۵] ، [۳۶] ، [۳۷] ، [۳۸] ، [۴۳] ، [۴۴] ، [۴۵] ، [۶۱] و [۶۲] مبنی مولفه‌های آسیب نظریه فراشناختی و روان‌پوشی و زیربنای تحولی آنها در فرهنگ‌های مختلف از جمله فرهنگ ایرانی، همخوانی دارد. در تحلیل این نتایج، می‌توان گفت که بالاتر بودن شاخص روایی محتوایی (CVR) نشان‌دهنده این است که مولفه‌های شناسایی‌شده به طور دقیق با نظریه‌های فراشناخت و روان‌پوشی روابط ابژه در فرهنگ ایرانی سازگاری دارند. این نکته بسیار حائز اهمیت است زیرا تأکید می‌کند که نظریه‌های فراشناختی و روان‌پوشی روابط ابژه می‌توانند به خوبی در چارچوب فرهنگی ایران پیاده‌سازی شوند و در شناسایی و درمان اختلالات روانی مؤثر واقع شوند. همچنین، شاخص روایی محتوایی (CVI) بالا برای این مولفه‌ها نشان‌دهنده این است که مولفه‌های انتخاب‌شده نه تنها با فرهنگ ایرانی سازگار هستند، بلکه به طور جامع تمامی جنبه‌های مهم درمان‌های فراشناختی و روان‌پوشی را پوشش می‌دهند. این جامعیت در طراحی پروتکل درمانی بر مبنای نظریه‌های فراشناخت و روان‌پوشی روابط ابژه از اهمیت زیادی برخوردار است، چرا که اطمینان می‌دهد تمام جنبه‌های مهم آسیب‌شناسی و درمان به دقت مورد توجه قرار گرفته‌اند. در نهایت، این یافته‌ها بر اهمیت استفاده از پروتکل‌های درمانی مبتنی بر نظریه‌های آسیب و درمان‌های فراشناختی و روان‌پوشی روابط ابژه در فرهنگ ایرانی تأکید می‌کند. به این ترتیب، می‌توان از مولفه‌های شناسایی‌شده و تأیید شده برای تدوین و اجرای برنامه‌های درمانی بهره برد.

ایجاد می‌شود که در شکل (۱) مدل آسیب فراشناختی تحلیلی نمایش داده شده است.

بروز اضطراب و افسردگی می‌شود. اضطراب و افسردگی نیز به نوبه خود ضعف من و بدکارکردی فراشناخت را تشدید می‌کنند و به افزایش الگوهای فراشناختی ناسازگار و تقویت فرامن منجر می‌شوند. به این ترتیب، یک سیکل معیوب

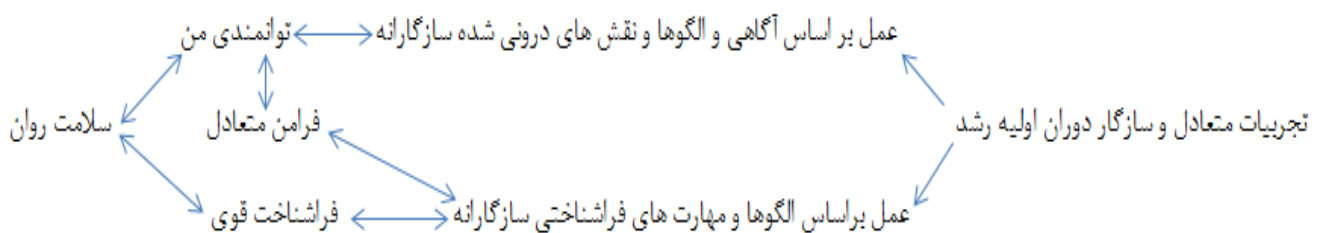


فراشناختی سازگار شکل می‌گیرد و فراشناخت تقویت می‌شود.

شکل (۱): مدل آسیب‌شناسی فراشناختی تحلیلی

به همین ترتیب، تجربیات متعادل و سازگار در دوران اولیه رشد، الگوهای فراشناختی سازگاری ایجاد می‌کند که به نوبه خود، باعث تقویت فراشناخت و تعدیل فرامن می‌شود. با تعادل در عملکرد فرامن، من نیز تقویت می‌شود و این تعامل به ارتقاء سلامت روان منجر می‌شود. سلامت روان نیز به نوبه خود، توانمندی من و فراشناخت قوی‌تر را تضمین می‌کند. مدل سلامت فراشناختی تحلیلی در شکل (۲) به تصویر کشیده شده است.

با توجه به مدل سلامت فراشناختی تحلیلی، اگر به جای آسیب، به وضعیت سلامت بپردازیم، می‌توانیم به این شکل استدلال کنیم که تجربیات متعادل و سازگارانه دوران اولیه رشد به تقویت من و افزایش توانمندی آن کمک می‌کند. این تقویت منجر به تعادل در عملکرد فرامن می‌شود و فرامن به کنترل بهتری در می‌آید. در نتیجه، الگوهای



روایتی به بررسی و تحلیل تجربیات رشدی مراجع می‌پردازد. این درمان با ایجاد بینش در مورد تجربیات

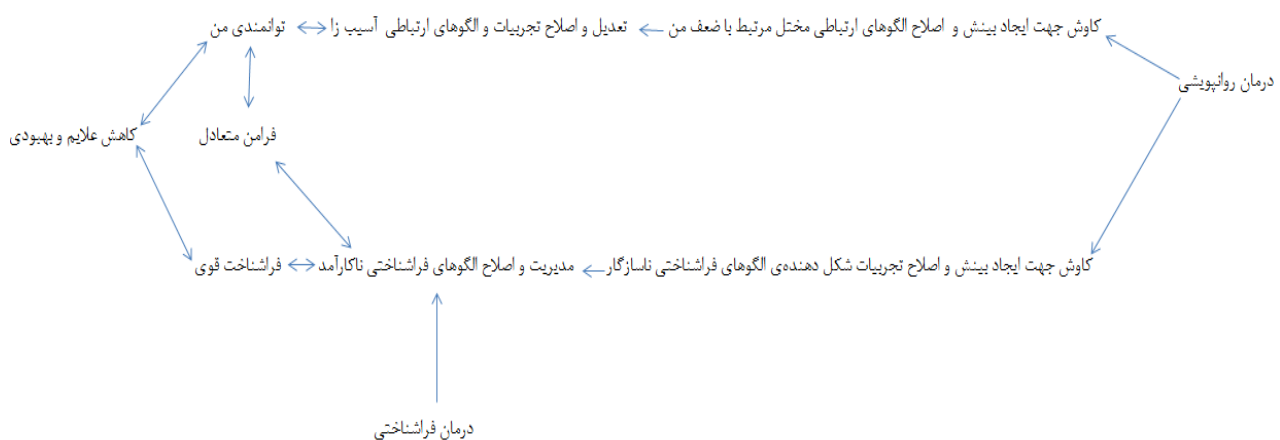
شکل (۲): مدل سلامت فراشناختی تحلیلی

ناسازگار و ضربه‌های دوران اولیه رشد که به ضعف من و الگوهای فراشناختی ناسازگار (سندرم شناختی توجهی)

بر اساس این دو مدل آسیب و سلامت می‌توان نحوه عمل درمان فراشناختی تحلیلی را به این صورت بیان کرد. درمان روانپویشی با بهره‌گیری از تکنیک‌های پویشی و تحلیل

ناسازگار باعث تقویت فراشناخت شده و این تقویت باعث تعدیل فرامن و نهایتاً تقویت من می‌شود.

درمان فراشناختی نیز با اصلاح الگوهای فراشناختی ناسازگار، به تقویت فراشناخت می‌پردازد و این تقویت زمینه‌ای برای مهار فرامن فراهم می‌آورد. در نتیجه، درمان فراشناختی بر توانمندی من تأثیر می‌گذارد. نحوه عملکرد درمان فراشناختی تحلیلی در شکل (۳) نمایش داده شده است.



به منظور اجتناب از این وضعیت‌های ناخوشایند شکل می‌گیرند، اگر دفاع‌هایی همچون واپس‌رانی (حذف ناخوسته اطلاعات ناخوشایند از ذهن خودآگاه)، سرکوب (حذف آگاهانه اطلاعات ناخوشایند)، یا عقلانی‌سازی (تمرکز بی‌مورد بر جزئیات به‌منظور گریز از احساسات) را در نظر بگیریم [۵۶]، شباهت زیادی با آنچه در سندرم توجه شناختی مشاهده می‌شود، دارند. در سندرم شناختی-توجهی نیز، به‌صورت آگاهانه یا ضمنی، فرد تلاش می‌کند افکار مرتبط با نگرانی را از آگاهی حذف کند یا از طریق باورهای مثبت فراشناختی از عقلانی‌سازی به‌عنوان دفاع استفاده می‌کند، مثل این که "اگر روی جزئیات نگرانی تمرکز کنم، می‌توانم از پیامدهای آن جلوگیری کنم." همچنین، زمانی که از مراجع درباره محتوای سندرم توجهی شناختی پرسش می‌شود، ممکن است با سکوت، مکث‌های طولانی، توجیه رفتارها و باورهای فراشناختی و اجتناب از پاسخگویی مواجه شویم که نشان‌دهنده مقاومت در برابر احساسات ناخوشایند است. علاوه بر این، هنگامی که سندرم شناختی-توجهی مورد هدف درمان قرار می‌گیرد و مراجع

مرتبط است، به تقویت توانمندی من و تعدیل الگوهای فراشناختی ناسازگار کمک می‌کند. به این ترتیب، تأثیر درمان روانپویشی بر توانمندی من، از طریق مهار فرامن و در نتیجه کاهش نشانگان توجهی، به تقویت فراشناخت منجر می‌شود. به‌طور معکوس، توانمندی من تأثیر مستقیم درمان روانپویشی بر فراشناخت را از طریق مهار نشانگان شناختی توجهی و در نهایت مهار فرامن دریافت می‌کند. به عبارت دیگر، تأثیر درمان روانپویشی بر الگوهای فراشناختی

شکل (۳): مدل درمان فراشناختی تحلیلی

در یک توضیح دیگر می‌توان گفت که من و فراشناخت عملکردی مشابه دارند. همان‌گونه که ایگل [۱۷] نیز این نکته را مطرح کرده است. اگر مفاهیمی مانند دفاع‌ها، مقاومت‌ها و انتقال‌ها که در درمان روان‌پویشی مورد بحث قرار می‌گیرند را در نظر بگیریم، این مفاهیم با آنچه در درمان فراشناختی به‌عنوان "سندرم توجه شناختی" مطرح است، قابل مقایسه هستند. سندرم توجه شناختی به مجموعه‌ای از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد اشاره دارد که فرد برای مدیریت افکار و احساسات ناخوشایند به کار می‌برد، مانند نگرانی، نشخوار فکری، تمرکز بر تهدید، کنترل افکار، اجتناب و درخواست اطمینان [۳۰]

هر دو گروه مفاهیم روان‌پویشی و فراشناختی به شرایط روانشناختی مشترکی اشاره دارند که منجر به ناراحتی روانی می‌شود؛ مانند تکرار الگوهای فکری و رفتاری ناکارآمد که

اصلاح کرده و واکنش‌های هیجانی خود را تنظیم نماید. به طور کلی می‌توان گفت، توانمندی من و فراشناخت قوی به فرد کمک می‌کند تا در مواجهه با مشکلات و فشارهای زندگی آرامش بیشتری داشته باشد و در نتیجه به کاهش اضطراب و افسردگی دست یابد. این توجیه با دیدگاه‌های ایگل [۱۷]، ولز [۳۰]، فروید [۵۶] و پرویز و همکاران [۵۳]، [۵۴]، [۵۵] مطابقت دارد، که به نقش من و فراشناخت به عنوان ناظران افکار و اعمال انسان و تأثیر آنها بر سلامت روانی اشاره کرده‌اند.

به طور خلاصه می‌توان گفت پروتکل درمان فراشناختی تحلیلی از روایی محتوا و مقبولیت و تناسب، کاربردپذیری و تقاضا، یکپارچگی، قابلیت انطباق، منابع و قابلیت اجرا و تعمیم‌پذیری خوبی برخوردار است. بنابراین بررسی تأثیر و اثربخشی پروتکل با هدف بکارگیری گسترده‌تر در کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی توسط محققان، توصیه می‌گردد. همچنین به روان‌شناسان و مشاوران توصیه می‌گردد، برای توانمندسازی من و کاهش اضطراب و افسردگی افراد به خصوص پرستاران از پروتکل درمان فراشناختی تحلیلی استفاده کنند.

محدودیت‌ها و پیشنهادات پژوهش

مدل آسیب و در نتیجه مدل درمان، درمان فراشناختی تحلیلی گرچه بر اساس نظر متخصصان طراحی شده، اما پایه اصلی آن بر نظریات و تحقیقات قبلی استوار است. گرچه این نکته را می‌توان یک مزیت به حساب آورد. اما نباید این نکته را از نظر بن‌دازیم که نظریات و تحقیقات قبلی در شرایط مختلف و بطور جداگانه (مستقل از هم) مطرح شدند. بنابراین یک پژوهش واحد و جامع به صورت مدل‌یابی در مورد سازهای مدل آسیب فراشناختی تحلیلی نیاز است. با توجه به محدودیت زمانی و محدودیت هزینه امکان انجام این پژوهش فراهم نشد. در نتیجه به محققان پیشنهاد می‌شود، یک پژوهش مدل‌یابی در رابطه با سازه‌های مطرح شده در مدل آسیب فراشناختی تحلیلی انجام دهند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مجوز کمیته اخلاق از پژوهش‌کننده اخلاق پژوهشی رویان -
جهاد دانشگاهی (کد:)

با واقعیت‌ها روبه‌رو می‌شود، بخش‌هایی از واقعیت که برای او غیرقابل تحمل است، ممکن است باعث شود مراجع درمانگر را به ناتوانی در درک مشکلش متهم کند. این رفتارها شبیه به واکنش‌هایی است که فرد قبلاً در برابر افراد مهم زندگی‌اش داشته است. این تحلیل با نظر محققانی مانند حسینی رامغانی و همکاران [۴۳]، دیمردوجن و همکاران [۴۴]، و مارتین و استرودل [۴۵] همخوانی دارد که معتقدند منبع الگوهای فراشناختی ناسازگار (مانند الگوهای ذهنی آسیب‌زای مرتبط با "من") در تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی نهفته است. همچنین، پرویز و همکاران [۵۳]، [۵۴]، [۵۵] نیز معتقدند که مکانیزم‌های دفاعی و سندرم شناختی-توجهی هر دو به صورت مشترک تلاش می‌کنند ذهن را درگیر افکاری خاص کنند تا از آگاهی یافتن نسبت به عناصر ناخودآگاه جلوگیری کنند. این روند منجر به تکرار مداوم افکاری می‌شود که مشکل را طولانی‌تر می‌کنند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی با تأثیر بر توانایی‌های من باعث تعادل در کارکردهای فراشناختی و کنترل مکانیزم‌های دفاعی ناسازگار یا سندرم شناختی-توجهی می‌شود. به همین ترتیب، مدیریت این مکانیزم‌های دفاعی می‌تواند به تعادل و تقویت کارکردهای من و فراشناخت، منجر شود. از طرفی درمان فراشناختی تحلیلی با تأثیر بر توانمندی‌های من و فراشناخت به کاهش اضطراب و افسردگی کمک می‌کند. به عبارتی توانمندی من و فراشناخت به فرد این امکان را می‌دهد که هیجان‌ات و تکانه‌های خود را به‌خوبی مدیریت کند، رفتارهای تکانشی یا آسیب‌زا را تعدیل نماید و به‌طور مؤثر با استرس‌ها و چالش‌های زندگی روبرو شود. این فرایند به حفظ آرامش نسبی و افزایش توانایی فرد در مقابله سازگاران با تغییرات و بحران‌ها منجر می‌شود. علاوه بر این، فرد می‌تواند در مواجهه با مشکلات درونی و بین‌فردی به‌طور مؤثری عمل کرده و تعارضات هیجانی را مدیریت کند. به تعبیری توانمندی من و فراشناخت قوی یعنی تقویت توانایی درک، نظارت، و کنترل فرآیندهای شناختی و هیجانی، که با آن فرد قادر می‌شود افکار، باورها و نگرش‌های خود را به‌صورت دقیق ارزیابی کند و از تأثیرات آنها بر رفتار و هیجان‌اتش آگاه شود. نظارت بر افکار به او کمک می‌کند تا افکار منفی و غیرمنطقی را شناسایی و

2022;316:194-200. DOI:
10.1016/j.jad.2022.08.028.

- 5- Ding C, Wang L, Guo Z, Chen Y, Jin J. Psychological care needs for frontline nurses during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Front Public Health*. 2022 10;10:1043515.doi:10.3389/fpubh.2022.1043515.
- 6- Conejero I, Petrier M, Fabbro Peray P, Voisin C, Courtet P, Potier H, Elotmani L, Lafont B, Lefrant JY, Lopez Castroman J, Arbus C, Blain H. Post-traumatic stress disorder, anxiety, depression and burnout in nursing home staff in South France during the COVID-19 pandemic. *Transl Psychiatry*. 2023;13(1):205-215.
- 7- Eva Morawa LG, Adler w, Schug C, Borho A, Geiser F, Beschoner P, Jerg-Bretzke L, Albus C, Weidner K, Mogwitz S. Depression and anxiety among nurses during the COVID-19 pandemic: Longitudinal results over 2 years from the multicentre VOICE–EgePan study. *Journal of Clinical Nursing*. 2024; 33(6): 1-12.

8- گنجی، م. آسیب شناسی روانی براساس - 5 DSM - جلد اول. نشر ساوان. ۱۳۹۹.

- 9- Chen HY, Ahmad CA, Abdullah KL. The impact of serving in disaster relief among volunteers in Malaysia. *Chin J Traumatol*. 2021;24(4):237-248.
- 10- Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr*. 2020; 52:102066. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102066.
- 11- de Girolamo G, Cerveri G, Clerici M, Monzani E, Spinogatti F, Starace F, et al.(2020). Mental health in the coronavirus disease 2019 emergency-the Italian response. *JAMA Psychiatry*. 2020; 77(9): 974-976.
- 12- Varghese A, George G, Kondaguli SV, Naser AY, Khakha DC, Chatterji R. Decline in the mental health of nurses across the globe during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Global*

IR.ACECR.ROYAN.REC.1401.010

شد. در طول مطالعه، اصول اخلاقی به شدت رعایت شد و از محرمانه بودن و حفظ حریم خصوصی اطلاعات شرکت کنندگان اطمینان حاصل شد. ذکر این نکته ضروری است که در این مطالعه هیچ آسیب یا اثرات نامطلوبی برای شرکت کنندگان به همراه نداشت.

حامی مالی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رحیم شهبخش، تایید شده توسط گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران است.

سپاسگزاری

از تمام دانشجویان دکتری و متخصصین روانشناسی که در این پژوهش همکاری صمیمانه داشتند، نهایت تشکر و قدردانی را داریم.

منابع

- 1- Sun N, Shi S, Jiao D, Song R, & Wang H. A qualitative study on the psychological experience of caregivers of covid-19 patients. *American Journal of Infection Control*.2020; 48(6) : 592-598.
- 2- kang L, Ma S, Chen M, Yang J, Wang Y, Li R, Yao L, Bai H, Cai Z, Xiang Yang B, Hu S, Zhang K, Wang G, Ma C, Liu Z. Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain Behav Immun*, 2020;87(5):11-17.
- 3- Smith GD, Ng F, Ho Cheung Li W. COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *J Clin Nurs*. 2020;29(9-10):1425-1428.
- 4- Douplat M, Termoz A, Subtil F, et al. Changes over time in anxiety, depression, and stress symptoms among healthcare workers in French emergency departments during the first COVID-19 outbreak. *Journal of Affective Disorders*.

- among the University Female Students. *International Journal of Higher Education*.2021; 10(2): 128-139.
- 21- Wegener JR, Ludlow CE, Olsen AJ, Tortosa M, Wintch PH. Ego Depletion: A contributing factor of hopelessness depression," *Intuition: The BYU Undergraduate Journal of Psychology*. 2007., 3(1). <https://scholarsarchive.byu.edu/intuition/vol3/iss1/4>
- 22- Summers F. *Object relations theories and psychopathology : a comprehensive text*. Published by Psychology Press, New York.2014.
- 23- 2 Clair STM, Wigren J, *Object Relations and Self Psychology: An Introduction 3th Edition*. Publisher, Cengage Learning, 2000.
- ۲۴- جمیل ل، عاطف وحید م ک، دهقانی م، حبیبی م. سلامت روان از دیدگاه روانپوشی رابطه توانمندی ایگو، سبکهای دفاعی و روابط ابژه با سلامت. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳۹۴؛ ۲۱ (۲) ۱۴۴-۱۵۴.
- ۲۵- جانبزرگی م، غروی س م. نظریه های نوین روان درمانگری و مشاوره. انتشارات سمت. ۱۳۹۵.
- 26- Corbridge c, Brummer L, Coid P. *Cognitive Analytic Therapy: Distinctive Features (Psychotherapy and Counselling Distinctive Features)* Published Routledge,2018.
- 27- Ryle A, Kerr, IB. *Introducing cognitive analytic therapy : principles and practice of a relational approach to mental health*. Second edition. Hoboken, NJ, Wiley. 2020.
- 28- Wakefield S, Delgado J, Kellett S, White S, Hepple J. The effectiveness of brief cognitive analytic therapy for anxiety and depression: A quasi-experimental case-control study. *Br J Clin Psychol*. 2021; 60(2):194-211.
- ۲۹- عینی س، نریمانی م، عطادخت ا، بشرپور س، صادقی موحد ف. اثربخشی درمان شناختی- تحلیلی بر قدرت ایگو و روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. مجله پزشکی ارومیه، ۱۳۹۶؛ ۲۹(۱): ص ۱۱-
- Health,2021; 11, 05009. <https://doi.org/10.7189%2Fjogh.11.05009>
- 13- Sadri Damirchi E, Zakibakhsh Mohammadi N, Amir SMB. The Role of Thwarted Belongingness, Perceived Burden-someness, Self-Efficacy and Ego Strength in Predicting Suicidal Ideation of Nurses. *Health in Emergencies and Disasters Quarterly*. 2019; 4(2):85-92.
- ۱۴- فلاح بنه کهل م، مشتاق بیدختی ن، میراب زاده آ، دولتشاهی ب. بررسی همبستگی ابعاد مختلف خشم با افسردگی زنان با میانجیگری روابط ابژه‌ای و توانمندی ایگو. نشریه مدیریت ارتقای سلامت، ۱۳۹۸؛ ۸ (۳): ۵۹-۶۷.
- ۱۵- بشارت م ع، اسدی م م، غلامعلی لواسانی م. نقش واسطه ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال گرایی و نشانه های اضطراب. پژوهش نامه روانشناسی مثبت، ۱۳۹۵؛ ۲ (۴): ۱-۱۷.
- 16- Goryczka A Dębski P, Gogola AM, Gorczyca P, Piegza M. Depressive and Anxiety Symptoms and Their Relationships with Ego-Resiliency and Life Satisfaction among Well-Educated, Young Polish Citizens during the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*.2022; 19(16): 1-9.
- 17- Eagle MN. *Toward a Unified Psychoanalytic Theory, Foundation in a Revised and Expanded Ego Psychology*, New York, NY; Routledge.2022.
- ۱۸- کوچکی راوندی م، منیرپور ن، ارج ع. نقش سبک های دلبستگی، کیفیت روابط موضوعی و قدرت ایگو در پیش بینی سندروم تحریک پذیر. مجله علوم پزشکی فیض، ۱۳۹۴؛ ۱۹ (۳): ۲۴۱-۲۳۱.
- 19- Cui Y, Yang T, Gao H, Ren L, Liu N, Liu X, Zhang Y. The relationship between ego depletion and work alienation in Chinese nurses: A network analysis. *Front Psychol*. 2022 Jul 22;13:915959. doi: 10.3389/fpsyg.2022.915959. PMID: 35936327; PMCID: PMC9355549.
- 20- Al-Harbi,B; Ibrahim, Kh; Al-Rababaah, J; Al- mehsin,S. The Ego Depletion and Its Relationship with the Future Anxiety

- 38- Huntley CD, Young B, Smith CT, Jha V, Fisher PL. Assessing metacognitive beliefs in test anxiety: Psychometric properties of the metacognitions questionnaire, 30 (MCQ-30) among university students. *Current Psychology*. 2022; 41 (3):1425–1433.
- 39- Wells A. Cognition about cognition: metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007; 14(1):18-25.
- 40- Fonagy P. Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2000; 48(4): 1129–1146.
- 41- Aydın O, Balıkcı K, Tas C, Aydın PU, Danacı AE, Brüne M, et al. The developmental origins of metacognitive deficits in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 2016; 30(245): 15–21.
- 42- Weijers J, ten Kate C, Eurelings-Bontekoe E, Viechtbauer W, Rampaart R, Bateman A, et al. Mentalization-based treatment for psychotic disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2016; 16:191. doi: 10.1186/s12888-016-0902-x.
- 43- Hosseini-Ramaghani NA, Rezaei F, Sepahvandi MA, Gholamrezaei S, Mirderikvand F. The mediating role of the metacognition, time perspectives and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and post-traumatic stress disorder symptoms *European Journal of Psychotraumatology*. 2019; 10 (1):10.1080/20008198.2019.1648173
- 44- Demirdogen ES, Algedik P, Warikoo N, Bahadır E, Akbiyik M, et al. The associations between metacognition problems, childhood trauma and internalizing symptoms in healthcare workers working directly with patients infected with COVID-19. *Psychology, Health & Medicine*. 2022; 27(9): 1937-1950.
- 45- Martin S, Strodl E. The relationship between childhood trauma, eating behaviours, and the mediating role of
- 30- Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. Publisher The Guilford Press; Reprint edition. 2009.
- 31- Wells A, Fisher PL. Metacognitive therapy for obsessive– compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2008; 39 (2): 117-132.
- 32- Flavell, J.H. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*. 1979; 34(10): 906-911.
- 33- Aydın O, Balıkcı K, Arslan Y, Ünal-Aydın P, Muezzin E, Spada M.M. The Combined Contribution of Fear and Perceived Danger of COVID-19 and Metacognitions to Anxiety Levels during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2022; 40:603–617.
- 34- Spada MM, Georgiou GA, Wells A. The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 2010; 39 (1): 64-71
- 35- Gutierrez R, Hirani T, Curtis L, Ludlow A. K. Metacognitive beliefs mediate the relationship between anxiety sensitivity and traits of obsessive-compulsive symptoms. *BMC Psychology volume*. 2020; 8 (40): 1-7.
- ۳۶- مصطفی زاده ش، داوودی ا. پیش بینی افسردگی براساس باورهای فراشناختی و عاطفه منفی در افراد با علائم اضطراب اجتماعی. ماهنامه آفاق علوم انسانی ۱۳۹۹؛ ۴(۴۱): ۱۷-۳۵.
- ۳۷- حاجتی ع ر، میرزائیان ب، دنیوی ر. مدل یابی روابط ساختاری عدم تحمل بلا تکلیفی با نگرانی با میانجیگری تفکر ارجاعی، باورهای فراشناختی و کمال گرایی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، فصلنامه پژوهشهای نوین روانشناختی. ۱۴۰۱؛ ۱۳(۱۷): ۱-۱۷.

فراشناخت در دانشجویان دختر و پسر. مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی. ۹ (۲): ۱۱۸-۱۲۶.

۵۴- پرویز ک، آقا محمدیان شعرباف ح ر، دهقانی م، قنبری هاشم آبادی ب ع. بررسی رابطه‌ی فرمان و فراشناخت در بین دانشجویان دختر و پسر در دانشگاه فردوسی مشهد. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۳۹۵، ۱۹ (۲): ۷۰-۷۶.

۵۵- پرویز ک. توسعه یک مدل جامع از نحوه عملکرد سوپرایگو و فراشناخت (CMSMO) در اختلال وسواس فکری اجباری و اختلال شخصیت ضد اجتماعی. ساخت و اعتبارسنجی آزمون تعارض فراخود-فراشناخت (SMCQ) بر اساس CMSMO. پایان نامه دکتری، دانشگاه فردوسی مشهد. ۱۳۹۵.

56- Freud, S. An outline of psycho-analysis. The International Journal of Psychoanalysis. 1940, 21, 27-84. Retrieved from <https://ia802907.us.archive.org>.

57- Kaae S, Søndergaard B, Haugbølle LS, and Traulsen, JM. Development of a qualitative exploratory case study research method to explore sustained delivery of cognitive services. Pharmacy World & Science. 2010; 32(1): 36-42.

58- Hunter D, McCallum J, Howes D. Defining Exploratory-Descriptive Qualitative (EDQ) research and considering its application to healthcare. Journal of Nursing and Health Care. 2019; 4(1). <http://dl6.globalstf.org/index.php/jnhc/article/view/1975>

59- Busetto L, Wick W, Gumbinger C. How to use and assess qualitative research methods. Neurol. Res. Pract. 2020; 2(14). doi: 10.1186/s42466-020-00059-z.

۶۰- شلانی ب، آزادفلاح پ، فراهانی ح. طراحی مقیاس امکانسنجی برنامه‌های آموزشی و روان‌درمانی: راهنمایی برای پژوهشگران. فصلنامه روانشناسی کاربردی. ۲۰۲۱؛ ۱۷ (۴): ۱-۳۷.

metacognitive beliefs. Appetite. 2023;188(1) doi: 10.1016/j.appet.2023.106975.

46- Lysaker PH, Kukla M, Vohs JL, Schnakenberg Martin AM, Buck KD, Hasson Ohayon I. Metacognition and recovery in schizophrenia: from research to the development of metacognitive reflection and insight therapy. J. Exp. Psychopathol. 2019; 10(1): <https://doi.org/10.1177/2043808718814992>

47- Lysaker PH, Gagen E, Klion R, Zalzal A, Vohs J, Faith LA, Leonhardt B, Hamm J, Hasson-Ohayon I. Metacognitive Reflection and Insight Therapy: A Recovery-Oriented Treatment Approach for Psychosis. Psychol Res Behav Manag. 2020;13(1): 331-341.

48- Besharat MA, Ramesh S. Worry, anger rumination, ego-strength and adjustment to heart disease. Inquiétude, rumination de la colère, force de l'ego et adaptation aux maladies cardiaques. 2023;181(8):726-730.

49- Abbasi L, Akhlaghi-fard M. The effectiveness of mindfulness training on ego-strength and meta-cognitive beliefs of students. Journal Of Social science and Humanities Research. 2021; 9(1): 12-26.

50- Rafezi Z, Pirabbasi G, Eskandari H. Efficacy of group metacognitive therapy on emotional self-regulation and ego strength of anxious students. Monthly Journal of Psychological Science. 2022; 20(108): 2239-2254.

51- Cyranka k, Rutkowski k, Mielimaka m, Sobański j, Klasa K, Müldner-Nieckowski l, et al. Changes in ego strength in patients with neurotic and personality disorders treated with a short-term comprehensive psychodynamic psychotherapy. Psychiatr. 2018; 52 (1): 115-127.

52- Neal D. Metacognitive Changes in Individuals with Severe Mental Illness in Response to Psychoanalytic Therapy, Thesis Ph.D. of Clinical Psychology George Fox University. 2020.

۵۳- پرویز ک، آقا محمدیان شعرباف ح ر، قنبری هاشم آبادی ب ع، دهقانی م. رابطه بین قدرت ایگو و

- 61- Hauser ST, Borman EH, Powers SI, Jacobson AM, Noam GG. Paths of adolescent ego development: links with family life and individual adjustment. *Psychiatr Clin North Am.* 1990 ;13(3):489-510.
- 62- Kuzminskaite E, Penninx BWJH, van Harmelen AL, Elzinga BM, Hovens JGFM, Vinkers CH. Childhood Trauma in Adult Depressive and Anxiety Disorders: An Integrated Review on Psychological and Biological Mechanisms in the NESDA Cohort. *J Affect Disord.* 2021;15(283):179-191

پیوست‌ها (در صورت موجود بودن)

مقالات ارزیابی تست‌ها پیوست باشد

زودآیند ویرایش نشده