

Research Article

Developing a Feasibility Study of a Metacognitive-Analytic Treatment Protocol to Enhance Ego Strength and Alleviate Anxiety and Depression Among Nurses in COVID-19 Wards

Authors

Rahim Shahbakhsh¹, Ali Soleimani^{2*}, Mohsen Kachooei³, Hojjatullah Farahani⁴

 1. Ph.D. student of Clinical Psychology, Science and Culture University, Tehran-Iran.
rahimshabakhsh@gmail.com

 2. Assistant professor and member of the academic board of the Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, University of Science and Culture, Tehran-Iran.
(Corresponding Author)

 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

 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

Abstract

Receive Date:
03/06/2024

Accept Date:
23/11/2024



Introduction: Researchers have found the combination of metacognitive and psychodynamic therapy to be beneficial. In this context, the present study aimed to design and conduct a feasibility investigation of metacognitive analytic therapy to enhance ego strength and reduce anxiety and depression among nurses working in COVID-19 wards.

Method: This research employed an exploratory qualitative approach. The statistical population consisted of psychology specialists, from which 36 individuals were purposefully selected as the research sample. Following a review of the literature to identify risk and treatment factors, 10 additional individuals were interviewed to gather further insights. The content validity ratio and content validity index for both risk factors and treatment factors were assessed with the input of 14 participants. Additionally, the content validity ratio and content validity index for treatment sessions, as well as the feasibility of the treatment protocol, were evaluated with 12 participants.

Results: The results indicated that the risk components, treatment components, and therapy sessions demonstrated a strong content validity ratio and content validity index. Additionally, the feasibility results revealed that metacognitive analytic therapy had exhibited acceptability, applicability, integrity, adaptability, resources resource availability, and generalizability.

Discussion and conclusion: The metacognitive analytic treatment protocol can be assessed for its suitability in clinical interventions, as it demonstrates strong validity in its risk components, treatment components, and metacognitive analytic therapy. Additionally, this therapy have exhibits acceptability, and applicability, adaptability, resources and resource availability, generalizability. Therefore, researchers are recommended to encouraged the investigate and effectiveness of this protocol, while protocol. Psychologists are also advised to use metacognitive implement therapy to strengthen ego and enhance clients' ego strength and alleviate of clients, depression, particularly among nurses.

Keywords

Metacognitive analytical treatment, Ego Strength, Anxiety, Depression.

Corresponding Author's E-mail

alisoleimani42@yahoo.com

Extended Abstract

Introduction

The mental well-being of nurses is crucial for disease control and prevention, particularly in the aftermath of the COVID-19 outbreak, which has resulted in elevated levels of anxiety and depression within this population. The importance of providing psychological care services to nurses is emphasized by the increased occupational risks and decreased efficiency that arise from this situation. Research indicates that ego strength effectively reduces anxiety and depression, enabling individuals to demonstrate greater resilience in challenging work conditions. Conversely, a weakened ego is associated with the development of anxiety and depression. Therefore, the present study aimed to design and assess the feasibility of an analytic-metacognitive therapy protocol for nurses working in COVID-19 wards. This study suggests that a dominant superego may contribute to psychological disorders through rumination and deficiencies in metacognition. This model examines 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 framework, psychodynamic therapy aims to strengthen the ego and modify maladaptive metacognitive patterns by analyzing early maladaptive experiences and developmental traumas. This process moderates the superego and alleviates symptoms of cognitive-attentional syndrome, leading to an enhancement in metacognition. Similarly, metacognitive therapy enhances metacognitive resilience by modifying maladaptive metacognitive patterns, thereby paving the way for superego moderation and further strengthening of the ego. Ultimately, the reinforcement of metacognition and ego strength leads to a reduction in anxiety and depression.

Method

This study is an exploratory qualitative research project involving a statistical population of 36 individuals, which includes psychology specialists and doctoral psychology students. These participants were purposefully selected and divided into three groups. The first group consisted of 10 doctoral students and psychology specialists who employed psychodynamic and metacognitive approaches. Each participant had a minimum of 5 years of clinical experience and was interviewed to identify factors related to pathology and treatment. The second group comprised 14 specialists with doctoral degrees in psychology who evaluated the content validity of the identified factors. The third group consisted of 12 specialists, each with a minimum of 10 years of clinical experience, who assessed the content validity of the treatment sessions and the feasibility of the protocol. The researcher utilized the Feasibility Scale for Educational and Psychotherapeutic

Programs (FSEPP) as the data collection instrument. Initially, the literature was reviewed to extract factors related to pathology and treatment. This was followed by individual interviews with ten specialists in metacognitive and psychodynamic therapy to identify additional factors. The content validity ratio and index were utilized to assess the content validity of these factors. A logical model outlining the issues and functional objectives was developed, taking into account the characteristics and needs of the target population. Subsequently, the metacognitive therapy protocol was designed, and detailed specifications for the treatment sessions—including objectives, assignments, and timelines—were established through necessary revisions. Finally, the content validity of the sessions and the feasibility of the treatment protocol were re-evaluated 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 an appropriate content validity ratio and index. In other words, all components and elements of the protocol have been validated for scientific accuracy and content credibility. The content validity ratio and content validity index, which are commonly used to evaluate the alignment of content with scientific objectives and concepts, are deemed acceptable for all pathology and treatment factors associated with metacognitive and psychodynamic approaches (object relations), as well as for general treatment factors. This demonstrates the accuracy and credibility of the research content, indicating that the selected components for pathology and treatment analysis are appropriately aligned with the therapeutic needs of patients and scientific principles. In addition to confirming content validity, the feasibility results indicate that the metacognitive analytical treatment protocol has high acceptability and appropriateness. This reveals that the protocol's content is well-suited to the therapeutic needs of the target population and is both acceptable and effective for patients. Furthermore, the treatment protocol can be effectively implemented in practice to meet therapeutic needs, highlighting that it is not only theoretically valid but also practically applicable in therapeutic settings. The indicators related to integration and adaptability demonstrate that this protocol can be seamlessly incorporated into existing health and treatment systems and is flexible enough to accommodate different groups and diverse conditions. In practice, this protocol can be tailored to various cultural, social, and economic characteristics. Additionally, the results indicate that the protocol is efficient in terms of the required resources, as well as its feasibility and generalizability, demonstrating its applicability across various cultural and social contexts.

Conclusion

The analytic-metacognitive therapy examines and analyzes clients' developmental experiences using psychodynamic methods. By fostering insights into maladaptive experiences and early traumas that contribute to a weakened ego and the formation of dysfunctional metacognitive patterns, such as cognitive attentional syndrome, this therapeutic approach enhances ego strength and corrects these maladaptive patterns. Through the process, psychodynamic treatment methods enhance metacognition by alleviating the overwhelming influence of the superego and managing cognitive attentional symptoms, ultimately fortifying the ego. Similarly, metacognitive therapy establishes a basis for regulating the superego by addressing maladaptive metacognitive patterns, which further contribute to the enhancement of the ego. The enhancement of metacognition and ego strength results in a decrease in symptoms of anxiety and depression. This enables individuals to manage their emotions and impulses more effectively, modify harmful behaviors, and cope adaptively with life's stresses and challenges through the skills they develop. Hence, negative thoughts can be identified and addressed by monitoring individual thought patterns, which facilitates the regulation of emotional responses. Consequently, these adaptive functions, arising from enhanced ego strength and robust metacognition, help individuals demonstrate greater resilience in the face of life's 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 enhance ego strength and alleviate anxiety and depression among clients, particularly in high-stress groups such as nurses.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: The Ethics Committee's permission 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 participants' information. It is essential to note that this study posed no harm or adverse effects to the participants.

Funding: This paper originated from Rahim Shah Bakhsh's PhD dissertation, which was approved by the Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, University of Science and Culture, Tehran.

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.

Conflict of Interest: The authors have no conflict of interest.

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، حجت اله فراهانی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران. rahimshabakhsh@gmail.com

۲. استادیار و عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی دانشکده علوم انسانی دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

(نویسنده مسئول)

۳. استادیار و عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

kachooei.m@gmail.com

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

چکیده

مقدمه: محققان ترکیب درمان فراشناختی و روان‌پوشی را رویکردی مفید در درمان اختلالات روان‌شناختی مفید می‌دانند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف طراحی و امکان‌سنجی پروتکل درمان فراشناختی تحلیلی برای افزایش توانمندی «من» و کاهش اضطراب و افسردگی پرستاران بخش‌های کووید ۱۹ انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های کیفی و اکتشافی بود. جامعه آماری شامل کلیه متخصصان روان‌شناسی بود و نمونه‌ای متشکل از ۳۶ نفر به صورت هدفمند انتخاب شد. پس از بررسی ادبیات پژوهش برای استخراج عوامل آسیب و درمان، با ۱۰ متخصص مصاحبه انجام شد. همچنین، نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی عوامل آسیب و درمان در گروهی متشکل از ۱۴ متخصص بررسی شد. در ادامه، نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی جلسات درمان و امکان‌سنجی پروتکل درمان، با ۱۲ متخصص ارزیابی گردید.

نتایج: نتایج نشان دادند که مؤلف‌های آسیب، مؤلفه‌های درمان و جلسات درمانی، از روایی محتوایی مناسبی برخوردارند. همچنین، نتایج امکان‌سنجی نشان داد که پروتکل درمان فراشناختی تحلیلی از مقبولیت، تناسب، کاربردپذیری، تقاضا، یکپارچگی، قابلیت انطباق، منابع، قابلیت اجرا و تعمیم‌پذیری خوبی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری: باتوجه به اینکه مؤلفه‌های آسیب، مؤلفه‌های درمان و پروتکل درمان فراشناختی تحلیلی از روایی خوبی برخوردار است و همچنین این پروتکل از مقبولیت، تناسب، کاربردپذیری، تقاضا، یکپارچگی، قابلیت انطباق، منابع و قابلیت اجرا و تعمیم‌پذیری مناسبی برخوردار است، می‌توان آن را به عنوان یک مداخله بالینی مناسب ارزیابی کرد. بنابراین، بررسی تأثیر و اثربخشی این پروتکل به پژوهشگران توصیه می‌شود. همچنین، به روان‌شناسان و مشاوران توصیه می‌شود از پروتکل درمان فراشناختی تحلیلی برای توانمندسازی «من» و کاهش اضطراب و افسردگی مراجعان، به خصوص پرستاران، بهره ببرند.

تاریخ دریافت:

۱۴۰۳/۰۳/۱۴

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۳/۰۹/۰۳



کلیدواژه‌ها

درمان فراشناختی - تحلیلی، توانمندی «من»، اضطراب، افسردگی.

پست الکترونیکی

نویسنده مسئول

alisoleimani42@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

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 سیستم‌های 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 بیماری‌ها و همچنین مهار حوادث بهداشت عمومی ایفا می‌کنند؛ بنابراین حفظ سلامت روانی آن‌ها برای کنترل بیماری‌ها اهمیت زیادی دارد [۲، ۳]. از زمان همه‌گیری کووید ۱۹ تنش‌های کاری آن‌ها بیشتر شده است. طوری که مطالعات نشان می‌دهند، از زمان همه‌گیری 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 عصبی‌بودن، بداخلاقی و پرخاشگری، احساس خستگی، مشکل در تمرکز حواس، زودرنجی، تنش ماهیچه‌ای و اختلال خواب، و افسردگی با علائمی نظیر غم، تهی بودن، بی‌لذتی، منفی‌نگری، احساس بی‌ارزشی، افکار مرگ، ناتوانی در انجام وظایف، بی‌اشتهایی، یبوست، از دست دادن میل جنسی، اختلال خواب و اختلال خوردن مشخص می‌شود [۸].

چن^۱ و همکاران [۹] و راجاکومار^۲ و همکاران [۱۰] معتقدند؛ مشکلات روانی ناشی از شرایط سخت‌کاری بر ایمنی و کارایی پرستاران تأثیر منفی می‌گذارد و در نتیجه خطرات شغلی را افزایش می‌دهد. در این شرایط توجه به نیازهای روان‌شناختی پرستاران و ارائه خدمات مراقبت روان‌شناختی به آن‌ها مهم است [۱۱]. ورجیس^۳ و همکاران [۱۲] نیز اجرای مداخلات روان‌شناختی اثربخش را برای پیشگیری از پیامدهای بهداشت روانی ضعیف در میان پرستاران، ضروری می‌دانند. صدری، ذکی‌بخش و محمدی [۱۳] برای پیشگیری و درمان مشکلات روان‌شناختی

پرستاران بر تقویت توانمندی‌های «من»^۴ تأکید می‌کنند. تحقیقات نشان می‌دهد 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 می‌کنند [۱۶]. در واقع توانمندی «من» به توانایی بکارگیری انعطاف‌پذیر، متعادل و سازگارانه عملکردهای «من» در موقعیت‌های مختلف گفته می‌شود [۱۷]. توانمندی «من» باعث می‌شود که فرد بهتر شرایط فشارزای کاری را تحمل کند و کمتر دچار آسیب‌های روانی شود [۱۸]. از طرف دیگر، کوی^۵ و همکاران [۱۹] نشان دادند پرستاران درگیر کووید ۱۹ از ضعف «من» رنج می‌برند. الحربی^۶ و همکاران [۲۰] و وگنر^۷ [۲۱] نیز نشان دادند بین ضعف «من» با اضطراب و افسردگی رابطه مثبت وجود دارد. فروید ضعف «من» را ناشی از توقف و تثبیت در مراحل ابتدایی رشد می‌داند، 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، بازداري 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^۸ برخلاف فروید بیشتر بر نقش روابط اولیه کودک با مراقبان تأکید می‌کنند [۲۳]. آن‌ها ضعف «من» را ناشی از روابط بین فردی و به ویژه روابط ناسالم اوایل کودکی با والدین دانست که به شکل‌گیری الگوها و ساختارهای درون روانی معیوب از خود و دیگران منجر می‌شود. در واقع نظریه‌پردازان روابط ابژه را هسته آسیب‌های روانی 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 شده ناهشیار و معیوب ناشی از روابط ابژه مختل با استفاده از تکنیک‌های

4 . Ego strength.

5 . Cui.

6 . Al-Harbi.

7 . Wegener.

8 . Object Relations.

1 . Chen.

2 . Rajkumar.

3 . Varghese.

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، اسناددهی 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].

باوجود تفاوت‌های قابل توجه میان رویکردهای روان‌پویشی و فراشناختی، پژوهش‌ها نشان می‌دهند، توانمندی «من» نقش تعدیل‌کننده در الگوهای فراشناختی ناسازگار دارد و بین این دو متغیر رابطه منفی و معناداری وجود دارد [۴۸، ۴۹]. به‌علاوه، درمان فراشناختی نه تنها الگوهای فراشناختی ناسازگار را اصلاح می‌کند [۳۱]، بلکه به تقویت توانمندی‌های «من» نیز منجر می‌شود [۵۰]. از سوی دیگر، درمان روان‌پویشی 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 به‌عنوان 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 فرامن از طریق ایجاد نشخوار فکری سبب

روان‌پویشی می‌باشد [۲۵]. رایل^۱ [۲۶]، با یکپارچه‌سازی نظریه روابط ابژه و نظریه‌شناختی به تدوین مدل درمان‌شناختی تحلیلی پرداخت. فرض اساسی مدل شناختی تحلیلی این است که تجربه‌های اولیه و نقش‌های درونی حاصل شده از این تجربه‌ها به بزرگسالی انتقال بیابند، محتوای شناخت تعیین 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 به دنبال 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^۲ [۳۲] استفاده کرد تا با آن دانش شخص را در مورد فرآیندها و تولیدات شناختی یا هر چیز مربوط به آن را توصیف کند. ولز و متیو^۳ [۳۰]، با ترکیب رویکرد طرح‌واره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی^۴ 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^۵ (الگوهای فراشناختی ناسازگار) مرتبط است [۳۰]. در پژوهشی آیدین^۶ 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^۷ [۴۰]، آیدین و همکاران [۴۱]، و ویجرز^۸ و همکاران [۴۲] منشأهای احتمالی الگوهای

1. Ryle.
2. Flavell.
3. Wells g Matthew.
4. Self-Regulation Executive Functions Model.
5. Cognitive Attentional Syndrome.
6. Aydin.
7. Fonagy.
8. Weijers.

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 به‌عنوان 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 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، 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.

باتوجه به وجود پستوانه 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 هیچ جای 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 پرسش 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

ملاک‌های ورود برای گروه دوم مشتمل بودند بر: حداقل دارای مدرک دکترا در یکی از گرایش‌های روان‌شناسی با حداقل ۵ سال سابقه کار و هیئت 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 هیئت علمی دانشگاه باشد. ملاک‌های خروج بر تمایل نداشتن به همکاری شامل هر سه گروه می‌شد. 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، آزاد فلاح و فراهانی [۶۰]: مقیاس امکان‌سنجی شلانی و همکاران از ۵۰ پرسش تشکیل شده است که در طیف لیکرت نمره ۱ تا ۵ به هر پرسش تعلق می‌گیرد و از مؤلفه‌های مقبولیت و تناسب، کاربردپذیری و تقاضا، یکپارچگی، سازگاری، منابع و قابلیت اجرا و تعمیم‌پذیری 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 می‌دهد. در بعد کاربردپذیری و تقاضا میزان ضرورت اجرای برنامه، میزان تقاضا و خواست برای آن، مقرون به صرفه بودن، کاربردی بودن در رفع نیازها و با توجه به محدودیت‌های موجود مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در بُعد یکپارچگی میزان همسو بودن، تناسب و قابلیت ادغام برنامه با سیستم‌های موجود در جامعه بررسی می‌شود. بعد قابلیت انطباق نشان می‌دهد یک برنامه تا چه حد می‌تواند قدرت انطباق و انعطاف در گروه‌های مختلف، موقعیت‌های مختلف و با اندازه‌های مختلف داشته باشد. همچنین محتوای برنامه و تکالیف آن چقدر با اهداف برنامه مطابقت دارد. در بعد منابع و قابلیت اجرا به این موضوع

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 به طور 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 به عنوان تحقیق تفسیری یا رویکرد نظریه زمینه‌ای 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 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 نخست ۱۰ نفر بودند که جهت استخراج عوامل آسیب و عوامل درمان با آن‌ها مصاحبه شد. ملاک‌های ورود گروه نخست 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.

برای تعیین شاخص روایی محتوا (CVI) نیز از متخصصان مذکور خواسته شد در مورد میزان مرتبط بودن هر آیتم (غیر مرتبط، نیاز به بازبینی اساسی، مرتبط اما نیاز به بازبینی، کاملاً مرتبط) اظهار نظر کنند. سپس از تقسیم تعداد پاسخ‌ها در رتبه ۳ و ۴ بر تعداد کل پاسخ‌دهندگان، CVI برای هر عامل محاسبه می‌شد. براساس اطلاعات به دست آمده، ویژگی‌های جامعه هدف، مشکلات جامعه هدف، علل مشکلات جامعه هدف، راه حل‌های مشکلات جامعه هدف، ظرفیت‌ها و منابع اجرای مداخله، نقاط قوت و ظرفیت‌های جامعه هدف توسط تیم پژوهشی مورد بحث و بررسی قرار گرفت، سپس مدل منطقی مسئله-مشکل ترسیم شد. در **گام سوم**، براساس اطلاعات به دست آمده از گام قبل، پیامدهای مورد انتظار برنامه درمان، اهداف عملکردی و تعیین‌کننده‌های 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 گام‌های قبلی به خصوص با مبنا قرار دادن عوامل درمانی استخراج شده از رویکرد فراشناختی و روان‌پویشی که ضریب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا آن‌ها تأیید شده 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 به دست 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

می‌پردازیم 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 بُعد تعمیم‌پذیری، مسئله قابلیت اجرای برنامه در گروه‌ها، جوامع و فرهنگ‌های دیگر بررسی می‌شود [۶۰]. شلایی و همکاران [۶۰] برای مقیاس امکان‌سنجی شاخص روایی محتوا را ۰/۸۲ و پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آوردند.

شیوه انجام پژوهش

در این پژوهش در **گام نخست**، ادبیات پژوهش جهت استخراج عوامل آسیب و عوامل (مکانیسم‌های) درمان در رویکرد فراشناختی و روان‌پویشی (روابط ابژه) مورد بررسی قرار گرفت، بعد از تحلیل محتوای ادبیات و استخراج عوامل مذکور، برای استخراج بیشتر عوامل آسیب و عوامل (مکانیسم‌های) درمان با ۵ نفر از متخصصان مربوط به حوزه درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی و ۵ نفر از متخصصان مربوط به حوزه درمان روان‌پویشی (روابط ابژه) اضطراب و افسردگی به طور 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 (مکانیسم‌های) درمان، مؤلفه‌های آسیب و درمان فهرست شد. در **گام دوم**، به منظور سنجش و ارزیابی عوامل آسیب و عوامل (مکانیسم‌های) درمان فراشناختی و روان‌پویشی و عوامل درمان عمومی ضروری برای توانمندی «من»، اضطراب و افسردگی، از دو ضریب نسبت روایی محتوا^۱ (CVR) و شاخص روایی محتوا^۲ (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 پاسخ‌ها بر اساس فرمول زیر محاسبه شد که در آن n تعداد متخصصانی است که به پرسش، گزینه ضروری، پاسخ داده‌اند و N تعداد کل متخصصان است. سپس مقدار CVR به دست آمده با جدول لاشه مقایسه شد.

$$CVR = \frac{n - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

- 1 . Content Validity Ratio.
- 2 . Content Validity Index.

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 مؤلفه‌ها) به صورت دستی محاسبه شد.

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، آزاد فلاح و فراهانی (۱۴۰۰)

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراشناختی تحلیلی

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف
۱	آماده‌سازی، ایجاد ارتباط درمانی و امیدواری نسبت به بهبود.	ارزیابی باورهای فراشناختی و سبک‌های مقابله ناکارآمد. آماده‌سازی 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 آماده‌سازی و بررسی روایت زندگی مراجع	آموزش مدل فراشناختی تحلیلی و ارائه منطق درمان. بررسی اهداف و انتظارات بررسی روابط اولیه مراجع	آگاهی از مدل درمان و تعدیل اهداف و انتظارات. آگاهی به عوامل زمینه‌ساز مشکلات خود	تکمیل فرم A-M-C
۳	بررسی تجربیات رشدی مراجع و چالش با باور مربوط به کنترل‌ناپذیری نگرانی-نشخوار فکری.	بررسی تجربیات رشدی مرتبط با ضعف «من» و باورهای کنترل‌ناپذیری 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 کنترل‌ناپذیری نگرانی-نشخوار فکری	بررسی تجربیات رشدی مرتبط با ضعف «من» و باورهای کنترل‌ناپذیری ناپذیری نگرانی-نشخوار فکری. اسناد مجدد کلامی و رفتاری کنترل‌ناپذیری نگرانی-نشخوار فکری ارائه‌ی شواهد مخالف. آموزش و تمرین آزمایش از دست دادن کنترل. بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی.	بینش نسبت به عوامل رشدی. یادگیری روش‌های 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 روش‌های مدیریت نگرانی نشخوار فکری	بررسی شواهد تأییدکننده و رد کننده باورهای فراشناختی مربوط به خطر نگرانی-نشخوار فکری

ادامه جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراشناختی تحلیلی

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکالیف
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. آزمایش‌های رفتاری	بینش نسبت به عوامل رشدی. یادگیری روش‌های مدیریت نگرانی نشخوار فکری.	تمرین آزمایش‌های 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 روش‌های مدیریت نگرانی نشخوار فکری	نوشتن شواهد تأیید 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 مطابقت نداشتن نگرانی - نشخوار فکری. آزمایش تعدیل نگرانی - نشخوار فکری	بینش نسبت به عوامل رشدی. یادگیری روش‌های مدیریت نگرانی نشخوار فکری.	پر کردن فرم راهبرد عدم مطابقت
۹	فرمول‌بندی مجدد آماده‌کردن برای اختتام جلسات و شروع برنامه پردازشی جدید	فرمول‌بندی مجدد. شروع برنامه پردازشی جدید. فهرست کردن مؤلفه‌های ناکارآمد و برنامه جایگزین. آماده کردن مراجع برای ختم جلسات درمان.	ایجاد دیدگاه جامع نسبت به عوامل زمینه‌ساز، آشکارساز و تداوم‌بخش. تقویت برنامه‌های فراشناختی جایگزین آماده‌شدن برای پایان جلسات	نوشتن فراشناخت‌های منفی و برنامه فراشناختی جایگزین
۱۰	برنامه پردازشی جدید ختم جلسات	ادامه برنامه پردازشی جدید. فهرست کردن مؤلفه‌های منفی و برنامه جایگزین و ختم جلسات	تقویت برنامه‌های فراشناختی جایگزین	نوشتن فراشناخت‌ها و سبک‌های مقابله ناکارآمد و برنامه فراشناختی جایگزین

نتایج

در ادامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سپس یافته‌های مربوط به ضریب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوای مربوط به عوامل آسیب‌زا و عوامل درمان از دو رویکرد فراشناختی و روان‌پویشی (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.

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

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

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

مؤلفه‌ها	CVR	نتیجه نهایی	CVI	نتیجه نهایی (مقدار مورد تأیید بالاتر از ۰/۷۹)
باورهای فراشناختی مربوط به کنترل‌ناپذیری نگرانی	۰/۸۵	تأیید	۰/۸۵	تأیید
باورهای فراشناختی مربوط به کنترل‌ناپذیری نشخوار فکری	۰/۸۵	تأیید	۰/۸۵	تأیید
باورهای فراشناختی مربوط به خطر نگرانی	۰/۷۱	تأیید	۰/۸۵	تأیید
باورهای فراشناختی مربوط به خطر نشخوار فکری	۰/۷۱	تأیید	۰/۸۵	تأیید
اطمینان شناختی	۰/۷۱	تأیید	۰/۸۵	تأیید
نیاز به کنترل فکر	۰/۵۷	تأیید	۰/۹۲	تأیید
خودآگاهی شناختی	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
باورهای فراشناختی مثبت مربوط به نگرانی	۰/۵۷	تأیید	۰/۹۲	تأیید
باورهای فراشناختی مثبت مربوط به نشخوار فکری	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
راهبرد حواس‌پرتی و اجتناب	۰/۷۱	تأیید	۰/۹۲	تأیید
راهبرد کنترل اجتماعی	۰/۷۱	تأیید	۰/۸۵	تأیید
راهبرد نگرانی کردن	۰/۷۱	تأیید	۰/۹۲	تأیید
راهبرد خودتنبیهی	۰/۵۷	تأیید	۰/۸۵	تأیید
راهبرد ارزیابی مجدد	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
راهبرد سرکوب فکر	۰/۵۷	تأیید	۰/۹۲	تأیید
پایش تهدید	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
اجتناب رفتاری	۰/۵۷	تأیید	۰/۹۲	تأیید
اجتناب شناختی	۰/۷۱	تأیید	۰/۹۲	تأیید
اجتناب هیجانی	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
سوگیری توجه	۰/۵۷	تأیید	۰/۹۲	تأیید

بالاتر از ۰/۷۹ می‌باشد؛ بنابراین شاخص روایی محتوایی تمام مؤلفه‌های آسیب روان‌پویشی (روابط ابژه) مورد تأیید است.

همان‌طور که در جدول ۴ مشخص است نسبت روایی محتوایی تمام عوامل درمانی عمومی تأیید شده است. همچنین شاخص روایی محتوایی تمام عوامل بالاتر از ۰/۷۹ است؛ بنابراین شاخص روایی محتوایی تمام عوامل درمانی عمومی مورد تأیید است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشخص است نسبت روایی محتوایی تمام مؤلفه‌های آسیب فراشناختی تأیید شده است. همچنین شاخص روایی محتوایی تمام مؤلفه‌ها بالاتر از ۰/۷۹ است، بنابراین شاخص روایی محتوایی تمام مؤلفه‌های آسیب فراشناختی 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 مؤلفه‌ها

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

مؤلفه‌ها	CVR	نتیجه نهایی	CVI	نتیجه نهایی (مقدار مورد تأیید بالاتر از ۰/۷۹)
تکانه‌های غریزی	۰/۵۷	تأیید	۰/۸۵	تأیید
ارضای بیش از حد	۰/۵۷	تأیید	۰/۸۵	تأیید
محرومیت	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
فقدان	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
سوءاستفاده جنسی	۰/۵۷	تأیید	۰/۹۲	تأیید
سوءاستفاده جسمی	۰/۷۱	تأیید	۰/۹۲	تأیید
عوامل سرکوب شده ناخودآگاه	۰/۷۱	تأیید	۰/۹۲	تأیید
توقف و تثبیت در رشد	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
پسرفت به نقاط تثبیت	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
الگوهای ناکارآمد فکری و رفتاری کسب شده در روابط ابژه اولیه	۰/۷۱	تأیید	۰/۹۲	تأیید
قدرتمندی نهاد	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
انعطاف‌ناپذیری فرامن	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
ضعف «من»	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
تعارضات نهاد و فرامن با یکدیگر و با «من» و واقعیت‌های محیط برونی	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
استفاده افراطی از مکانیسم‌های دفاعی	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
جو خانوادگی نایمن	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید

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

مؤلفه‌ها	CVR	نتیجه نهایی	CVI	نتیجه نهایی (مقدار مورد تأیید بالاتر از ۰/۷۹)
تدوین فرمول‌بندی موردی	۱	تأیید	۱	تأیید
درمیان‌گذاشتن مفهوم سازی با بیمار	۱	تأیید	۱	تأیید
عادی‌سازی (انگ زدایی)	۰/۷۱	تأیید	۱	تأیید
افزایش‌دادن انگیزه مراجع	۰/۷۱	تأیید	۱	تأیید
ارائه منطق درمان	۱	تأیید	۱	تأیید
آموزش در مورد مدل درمانی	۱	تأیید	۱	تأیید
تعیین دستور جلسه	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
آموزش روانی	۰/۸۵	تأیید	۱	تأیید
بررسی اهداف و انتظارات	۱	تأیید	۱	تأیید
تعیین تکلیف خانگی	۰/۵۷	تأیید	۱	تأیید
بررسی میزان انگیزش مراجع برای ادامه درمان	۱	تأیید	۱	تأیید
پل زدن بین جلسات	۰/۵۷	تأیید	۰/۹۲	تأیید
اعتبارسازی همدلانه (تمجید و توصیه)	۰/۷۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
ارتباط درمانی	۱	تأیید	۱	تأیید
خلاصه‌سازی جلسات	۰/۸۵	تأیید		تأیید
بازخورد	۰/۸۵	تأیید		تأیید

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

آیتم	CVR	نتیجه نهایی	CVI	نتیجه نهایی (مقدار مورد تأیید بالاتر از ۰/۷۹)
ارزیابی وقایع فعال‌ساز درونی	۱	تأیید	۱	تأیید
ارزیابی باورهای فراشناختی منفی	۱	تأیید	۱	تأیید
ارزیابی باورهای فراشناختی مثبت	۱	تأیید	۱	تأیید
ارزیابی راهبردهای فراشناختی	۱	تأیید	۱	تأیید
ارزیابی تجربه‌های فراشناختی	۱	تأیید	۱	تأیید
ارزیابی پیامدهای هیجانی	۱	تأیید	۱	تأیید
روشن‌سازی و تمایز بین شناخت‌های معمولی و فراشناخت‌ها	۰/۸۵	تأیید	۱	تأیید
استفاده از دیالوگ سقراطی متمرکز بر فراشناخت	۱	تأیید	۱	تأیید
اسناد مجدد کلامی متمرکز بر فراشناخت	۱	تأیید	۱	تأیید
رویارویی مبتنی بر فراشناخت	۰/۸۵	تأیید	۱	تأیید
طرح پرسش‌های فرضی	۱	تأیید	۱	تأیید
نشان‌دادن ناهماهنگی (راهبرد ذهنیت دوگانه)	۱	تأیید	۱	تأیید
بررس اثرات رفتارها	۱	تأیید	۱	تأیید
آزمایش سرکوب فکر	۱	تأیید	۱	تأیید
ذهن‌آگاهی گسلیده	۱	تأیید	۱	تأیید
آموزش توجه	۱	تأیید	۱	تأیید
آزمایش به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری	۱	تأیید	۱	تأیید
چالش کلامی	۱	تأیید	۱	تأیید
آزمایش تعدیل نشخوار فکری	۱	تأیید	۱	تأیید
آزمایش ازدست‌دادن کنترل	۱	تأیید	۱	تأیید
تشدید ناهماهنگی	۱	تأیید	۱	تأیید
بررسی شواهد تأییدکننده	۱	تأیید	۱	تأیید
بررسی شواهد ردکننده	۱	تأیید	۱	تأیید
بررسی سازوکار عمل	۱	تأیید	۰/۹۲	تأیید
تحلیل مزایا و معایب پایش تهدید	۰/۸۵	تأیید	۱	تأیید
برنامه‌ریزی فعالیت	۱	تأیید	۱	تأیید
ارائه اطلاعات جدید	۱	تأیید	۱	تأیید

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 است؛ بنابراین شاخص روایی محتوایی تمام عوامل درمانی فراشناختی مورد تأیید است.

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

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

آیتم	CVR	نتیجه نهایی	CVI	نتیجه نهایی (مقدار مورد تأیید بالاتر از ۰/۷۹)
روشن‌سازی	۱	تأیید	۱	تأیید
مواجهه‌سازی	۱	تأیید	۱	تأیید
تفسیر	۱	تأیید	۱	تأیید
اعتبارسازی همدلانه (تمجید و توصیه)	۰/۷۱	تأیید	۰/۹۲	تأیید
ایجاد محیط نگهدارنده (گذار)	۱	تأیید	۱	تأیید
عمل به صورت الگوی اصلاحی	۱	تأیید	۱	تأیید
تحلیل انتقال	۰/۸۵	تأیید	۱	تأیید
تحلیل انتقال متقابل	۰/۷۱	تأیید	۰/۹۲	تأیید
تحلیل مقاومت	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
تحلیل دفاع‌ها	۰/۸۵	تأیید	۰/۹۲	تأیید
بررسی داستان و روایت زندگی	۱	تأیید	۱	تأیید
تداعی آزاد	۰/۱۴	تأیید نشده	۰/۵	تأیید نشده
تحلیل رؤیا	-۰/۱۴	تأیید نشده	۰/۴۲	تأیید نشده
تحلیل لغزش‌های کلامی	-۰/۱۴	تأیید نشده	۰/۴۲	تأیید نشده

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 ارائه‌شده از درمان فراشناختی و روان‌پویشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
۲. تا چه حد اهداف و محتوای جلسه دوم با تعریف نظری ارائه‌شده از درمان فراشناختی و روان‌پویشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۰/۸۵	تأیید	۱	تأیید
۳. تا چه حد اهداف و محتوای جلسه سوم با تعریف نظری ارائه‌شده از درمان فراشناختی و روان‌پویشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۰/۸۵	تأیید	۱	تأیید
۴. تا چه حد اهداف و محتوای جلسه چهارم با تعریف نظری ارائه‌شده از درمان فراشناختی و روان‌پویشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
۵. تا چه حد اهداف و محتوای جلسه پنجم با تعریف نظری ارائه‌شده از درمان فراشناختی و روان‌پویشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
۶. تا چه حد اهداف و محتوای جلسه ششم با تعریف نظری ارائه‌شده از درمان فراشناختی و روان‌پویشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید

ادامه 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)
۷. تا چه حد اهداف و محتوای جلسه هفتم با تعریف نظری ارائه‌شده از درمان فراشناختی و روان‌پویشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
۸. تا چه حد اهداف و محتوای جلسه هشتم با تعریف نظری ارائه‌شده از درمان فراشناختی و روان‌پویشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
۹. تا چه حد اهداف و محتوای جلسه نهم با تعریف نظری ارائه‌شده از درمان فراشناختی و روان‌پویشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
۱۰. تا چه حد اهداف و محتوای جلسه دهم با تعریف نظری ارائه‌شده از درمان فراشناختی و روان‌پویشی (روابط ابژه) به لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب دارد و بخشی از آن را پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۰/۹۲	تأیید
۱۱. تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه اول با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
۱۲. تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه دوم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۰/۸۵	تأیید	۱	تأیید
۱۳. تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه سوم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
۱۴. تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه چهارم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۰/۸۵	تأیید	۱	تأیید
۱۵. تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه پنجم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
۱۶. تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه ششم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
۱۷. تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه هفتم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
۱۸. تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه هشتم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت و مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
۱۹. تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه نهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
۲۰. تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسه دهم با محتوای جلسه از لحاظ ضرورت، مفید بودن و مرتبط بودن تناسب داشته و آن‌ها را پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
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 می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
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 پوشش می‌دهد؟	۰/۸۵	تأیید	۱	تأیید

ادامه 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)
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 پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
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 پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
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 پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
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 پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۰/۹۲	تأیید
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 پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
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 پوشش می‌دهد؟	۰/۸۵	تأیید	۱	تأیید
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 پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید
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 پوشش می‌دهد؟	۱	تأیید	۱	تأیید

مؤلفه‌ها از میانگین کل بزرگتر است؛ بنابراین امکان‌سنجی پروتکل مورد تأیید می‌باشد.

جدول ۸. میانگین مؤلفه‌های امکان‌سنجی برای درمان فراشناختی تحلیلی

مؤلفه‌ها	میانگین
مقبولیت و تناسب	۵۷/۷۸
کاربردپذیری و تقاضا	۵۸/۵۵
یکپارچگی	۵۸
قابلیت انطباق	۵۸/۱۴
منابع و قابلیت اجرا	۵۷/۵۵
تعمیم‌پذیری	۵۷/۸۵
کل	۵۶/۸

بحث و نتیجه‌گیری

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؛ مؤلفه‌های آسیب و درمان که از بررسی‌های ادبیات و مصاحبه با متخصصان استخراج شده‌اند، از نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوای 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 مؤلفه‌های آسیب نظریه فراشناختی و روان‌پوشی و زیربنای تحولی آن‌ها در فرهنگ‌های مختلف از جمله فرهنگ ایرانی، همخوانی دارد. در تحلیل این نتایج، می‌توان گفت؛ بالاتر بودن شاخص روایی محتوایی (CVR) نشان‌دهنده این است که مؤلفه‌های شناسایی‌شده به‌طور دقیق با نظریه‌های فراشناخت و روان‌پوشی روابط ابژه در فرهنگ ایرانی سازگاری دارند. این نکته بسیار حائز اهمیت

همان‌طور که در جدول ۷ مشخص است، نسبت روایی محتوایی تمام جلسات درمانی پروتکل فراشناختی تحلیلی تأیید شده است. همچنین شاخص روایی محتوایی تمام جلسات بالاتر از ۰/۷۹ می‌باشد؛ بنابراین شاخص روایی محتوایی تمام جلسات درمانی پروتکل فراشناختی تحلیلی مورد تأیید است.

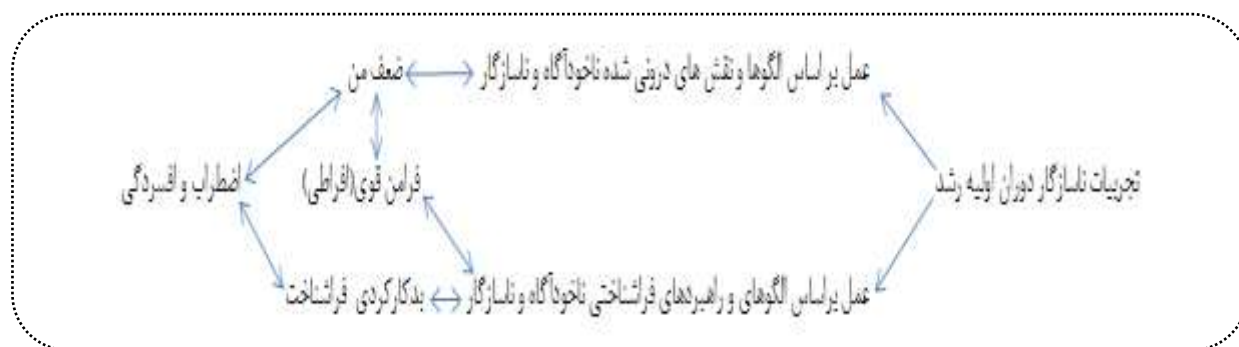
همان‌طور که در جدول ۸ مشخص است، میانگین تمام

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 قبل‌تر 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، فرمان به صورت افراطی عمل کند. عملکرد افراطی فرمان 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 فرمان کمک می‌کند. تقویت فرمان باعث ضعف بیشتر «من» می‌شود و این چرخه معیوب موجب 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 فرمان منجر می‌شوند. به این ترتیب، یک سیکل معیوب ایجاد می‌شود که در شکل (۱) مدل آسیب فراشناختی تحلیلی نمایش داده شده است.

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 مؤلفه‌ها نشان‌دهنده این است که مؤلفه‌های 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 مؤلفه‌های شناسایی شده و تأیید شده برای تدوین و اجرای برنامه‌های درمانی بهره برد.

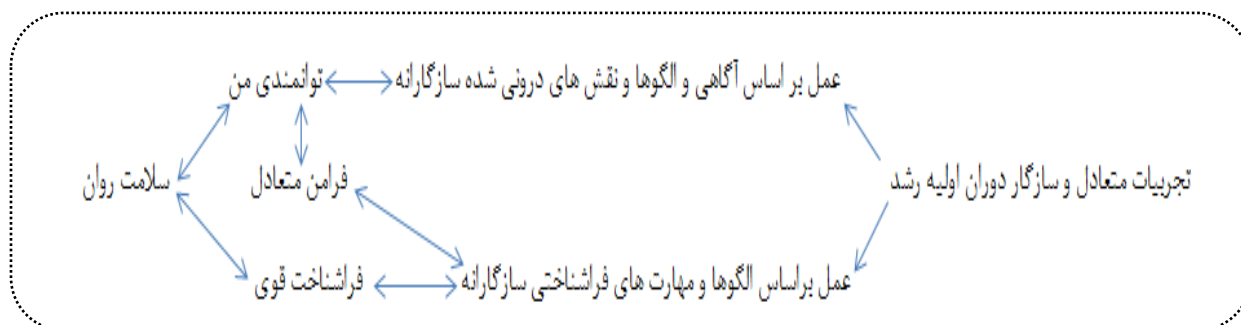
نتایج تحقیق همچنین نشان داد، پروتکل درمانی فراشناختی تحلیلی از نسبت روایی محتوایی (CVR)، شاخص روایی محتوایی (CVI) و امکان‌پذیری (مقبولیت و تناسب، کاربردپذیری، تقاضا، یکپارچگی، قابلیت انطباق، منابع، قابلیت اجرا و تعمیم‌پذیری) مطلوبی برخوردار است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های [۴۶]، [۴۷]، [۴۹]، [۵۰]، [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؛ وجود روایی محتوایی مناسب در پروتکل فراشناختی تحلیلی نشان‌دهنده این است که این پروتکل به طور مؤثر و دقیق به اهداف درمانی خود



شکل ۱. مدل آسیب شناسی 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 ارتقای 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 سازگاران در 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 فراشناختی سازگار شکل می‌گیرد و فراشناخت تقویت می‌شود.



شکل ۲. مدل سلامت فراشناختی تحلیلی

می‌شود. به طور 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 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.

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 روایتی به بررسی و تحلیل تجربیات رشدی مراجع می‌پردازد. این درمان با ایجاد بینش در مورد تجربیات ناسازگار و ضربه‌های دوران اولیه رشد که به ضعف «من» و الگوهای فراشناختی ناسازگار (سندرم شناختی توجهی) 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



شکل ۳. مدل درمان فراشناختی تحلیلی

در یک توضیح دیگر می‌توان گفت؛ «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 به عنوان «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 به منظور اجتناب از این وضعیت‌های ناخوشایند شکل می‌گیرند. اگر دفاع‌هایی همچون واپس‌رانی (حذف ناخواسته 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 به عنوان 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 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؛ 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 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

حامی مالی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری رحیم شهبخش،
تأیید 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. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>
- 2- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang, 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. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- 3- Smith, G. D., 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. <https://doi.org/10.1111/jocn.15231>
- 4- Douplat, M., Subtil, F., Termoz, A., Jacquin, L., Verbois, F., Potinet, V., Hernu, R., Landel, V., Mazza, S., Berthiller, J., Haesebaert, J., Tazarourte, K. 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*. 2022 ;316: 194-200. <https://doi.org/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. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1043515>

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. گر
چه 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 سازه‌های مدل آسیب فراشناختی تحلیلی نیاز است.
باتوجه 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 پژوهشکده اخلاق پژوهشی رویان -
جهاد دانشگاهی (کد: IR.ACECR.ROYAN.REC.1401.010)
اخذ شد. در طول مطالعه، اصول اخلاقی به شدت رعایت شد
و از محرمانه بودن و حفظ حریم خصوصی اطلاعات
شرکت‌کنندگان اطمینان حاصل شد. ذکر این نکته ضروری
است که در این مطالعه هیچ آسیب یا اثرات نامطلوبی برای
شرکت‌کنندگان به همراه نداشت.

۱۴- فلاح بنه کهل، معصومه؛ مشتاق بیدختی، نهاله؛ میراب‌زاده، آرش؛ دولتشاهی، بهروز. بررسی همبستگی ابعاد مختلف خشم با افسردگی زنان با میانجیگری روابط ابژه‌ای و توانمندی ایگو. مدیریت ارتقای سلامت. ۱۳۹۸؛ ۸(۳): ۵۹-۶۷
<https://sid.ir/paper/363768/fa>

۱۵- بشارت، محمدعلی؛ اسدی، محمد مهدی؛ غلامعلی لواسانی، مسعود. نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین ابعاد کمال‌گرایی و نشانه‌های اضطراب. پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت، ۱۳۹۵؛ ۲(۴): ۱۷-۱.
<https://doi.org/10.22108/PPLS.2017.2171>

16-Goryczka, A., Dębinski, P., Gogola, A. M., Górczyca, 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.
<https://doi.org/10.3390/ijerph191610364>

17-Eagle, M.N. Toward a Unified Psychoanalytic Theory, Foundation in a Revised and Expanded Ego Psychology, New York, NY; Routledge. 2022.
<https://psycnet.apa.org/record/2021-65199-000>

۱۸- کوچکی راوندی، محمد؛ منیرپور، نادر؛ ارج، عباس. نقش سبک‌های دلبستگی، کیفیت روابط موضوعی و قدرت ایگو در پیش‌بینی سندروم روده تحریک پذیر. مجله علوم پزشکی فیض. ۱۳۹۴؛ ۱۹(۳): ۲۳۱-۲۴۱.
<http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-2718-fa.html>

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. PMID: 35936327; PMCID: PMC9355549.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.915959>

20-AAI-Harbi,B; Ibrahim, Kh; Al-Rababaah, J; Al-mehsin,S. The Ego Depletion and Its Relationship with the Future Anxiety among the University Female Students. *International Journal of Higher Education*. 2021; 10(2): 128-139.
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1285601>

6- Conejero, I., Petrier, M., Fabbro Peray, P., Voisin, C., Courtet, P., Potier, H., Elotmani, L., Lafont, B., Lefrant, J. Y., 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.
<https://doi.org/10.1038/s41398-023-02488-1>

7- Morawa, E., 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.
<https://doi.org/10.1111/jocn.17079>

۸- گنجی، مهدی. آسیب‌شناسی روانی براساس - 5 DSM. جلد اول. نشر ساولان. ۱۳۹۹.
<https://www.gisoom.com/book/11012501>

9- Chen, H. Y., Ahmad, C. A., Abdullah, K. L. The impact of serving in disaster relief among volunteers in Malaysia. *Chin J Traumatol*. 2021;24(4):237-248.
<https://doi.org/10.1016/j.cjtee.2021.04.002>

10-Rajkumar, R. P. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian J Psychiatr*. 2020; 52:102066.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>

11-de Girolamo, G., Cerveri, G., Clerici, M., Monzani, E., Spinogatti, F., Starace, F., et al. Mental health in the coronavirus disease 2019 emergency-the Italian response. *JAMA Psychiatry*. 2020; 77(9): 974-976.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1276>

12-Varghese, A., George, G., Kondaguli, S. V., Naser, A. Y., Khakha, D. C., Chatterji, R. Decline in the mental health of nurses across the globe during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, 2021; 11, 05009.
<https://doi.org/10.7189%2Fjogh.11.05009>

13-Sadri Damirchi, E., Zakibakhsh Mohammadi, N., Amir, S. M. B. 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. <http://hdq.uswr.ac.ir/article-1-228-en.html>

۲۹- عینی، ساناز؛ نریمانی، محمد؛ عطادخت، اکبر؛ بشرپور، سجاد؛ صادقی موحد، فریبا. اثربخشی درمان شناختی-تحلیلی بر قدرت ایگو و روابط موضوعی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. مجله مطالعات علوم پزشکی. ۱۳۹۷؛ ۲۹ (۱): ۱-۱۱.
<http://umj.umsu.ac.ir/article-1-4286-fa.html>.

30-Wells, A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. Publisher The Guilford Press; Reprint edition. 2009.
<https://www.guilford.com/books/Metacognitive-Therapy>

31-Wells, A., Fisher, P. L. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2008; 39 (2): 117-132.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.12.001>

32-Flavell, J. H. Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. American Psychologist, 1979; 34(10): 906-911.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.906>

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.
<https://doi.org/10.1007/s10942-021-00429-9>

34-Spada, M. M., Georgiou, G. A., Wells, A. The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. Cognitive Behaviour Therapy, 2010; 39 (1): 64-71.
<https://doi.org/10.1080/16506070902991791>

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.
<https://doi.org/10.1186/s40359-020-00412-6>

۳۶-مصطفی‌زاده، شیلا؛ داوودی، اعظم. پیش‌بینی افسردگی بر اساس باورهای فراشناختی و عاطفه منفی در افراد با علائم اضطراب اجتماعی. ماهنامه آفاق علوم انسانی، ۱۳۹۹؛ ۴ (۴۱): ۱۷ - ۳۵.
<https://civilica.com/doc/1556222>

21-Wegener, J. R., Ludlow, C. E., Olsen, A. J., Tortosa, M., Wintch, P. H. 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.
<https://doi.org/10.4324/9781003485452>

23-Clair, S. T. M., Wigren, J. Object Relations and Self Psychology: An Introduction 3th Edition. Publisher, Cengage Learning, 2000.
<https://www.amazon.com/Object-Relations-Self-Psychology-Introduction/dp/053436280X>

۲۴- جمیل، لیلی؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ دهقانی، محمود؛ حبیبی، مجتبی. سلامت روان از دیدگاه روان‌پویشی: رابطه توانمندی ایگو، سبک‌های دفاعی و روابط ابژه با سلامت. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار). ۱۳۹۴؛ ۲۱ (۲): ۱۴۴-۱۵۴.
<https://sid.ir/paper/16893/fa>

۲۵- جانبرزگی، مسعود؛ غروی، سید محمد. نظریه‌های نوین روان‌درمانگری و مشاوره. تهران: انتشارات سمت، ۱۳۹۵.
<https://samta.samt.ac.ir/product/14236/>

26-Corbridge, C., Brummer, L., Coid, P. Cognitive Analytic Therapy: Distinctive Features (Psychotherapy and Counselling Distinctive Features) Published Routledge, 2018.
<https://www.routledge.com/Cognitive-Analytic-Therapy>

27-Ryle, A., Kerr, I. B. Introducing cognitive analytic therapy : principles and practice of a relational approach to mental health. Second edition. Hoboken, NJ, Wiley. 2020.
<https://www.wiley.com/en-us/Introducing+Cognitive+Analytic+Therapy>

28-Wakefield, S., Delgadillo, 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.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12278>

- 44-Demirdogen, E. S., 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.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1985147>
- 45-Martin, S., Strodl, E. The relationship between childhood trauma, eating behaviours, and the mediating role of metacognitive beliefs. *Appetite*. 2023; 188(1).
<https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106975>.
- 46-Lysaker, P. H., Kukla, M., Vohs, J. L., Schnakenberg Martin, A. M., Buck, K. D., 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, P. H., Gagen, E., Klion, R., Zalzal, A., Vohs, J., Faith, L. A., 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.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S198628>
- 48-Besharat, M. A., 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.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.05.003>
- 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.
<https://doi.org/10.24200/jsshr.vol9iss01pp12-26>
- 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.
<https://doi.org/10.52547/JPS.20.108.2239>
- 37- حاجتی، علیرضا؛ میرزائیان، بهرام؛ دنیوی، رضا. مدل یابی روابط ساختاری عدم تحمل بلا تکلیفی با نگرانی با میانجیگری تفکر ارجاعی، باورهای فراشناختی و کمال‌گرایی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۴۰۱؛ ۱۳(۱۷): ۱- ۱۷.
<http://jnip.ir/article-1-737-fa.html>
- 38-Huntley, C. D., Young, B., Smith, C. T., Jha, V., Fisher, P. L. 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.
<https://doi.org/10.1007/s12144-020-00662-y>
- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.01.005>
- 40-Fonagy, P. Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 2000; 48(4): 1129-1146.
<https://doi.org/10.1177/00030651000480040701>
- 41-Aydin, O., Balikci, K., Tas, C., Aydin, P. U., Danaci, A. E., Brüne, M., et al. The developmental origins of metacognitive deficits in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 2016; 30(245): 15-21.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.08.012>
- 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.
<https://doi.org/10.1186/s12888-016-0902-x>
- 43-Hosseini Ramaghani, N. A., Rezaei, F., Sepahvandi, M. A., 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): Article 1648173. 10(1), Article 1648173.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1648173>

- 57-Kaae, S., Søndergaard, B., Haugbølle, L. S., and Traulsen, J. M. Development of a qualitative exploratory case study research method to explore sustained delivery of cognitive services. *Pharmacy World & Science*. 2010; 32(1): 36-42. <https://doi.org/10.1007/s11096-009-9337-5>
- 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). <https://doi.org/10.1186/s42466-020-00059-z>.
- ۶۰-شانی، بیتا؛ آزادفلاح، پرویز؛ فراهانی، حجت‌الله. طراحی مقیاس امکان‌سنجی برنامه‌های آموزشی و روان‌درمانی: راهنمایی برای پژوهشگران. فصلنامه روانشناسی کاربردی. ۱۴۰۲؛ ۱۷ (۴): ۱-۳۷. <https://doi.org/10.48308/APS.Y.2021.224241.119>
- 61-Hauser, S. T., Borman, E. H., Powers, S. I., Jacobson, A. M., Noam, G. G. Paths of adolescent ego development: links with family life and individual adjustment. *Psychiatr Clin North Am*. 1990; 13(3): 489-510. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30356-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30356-3)
- 62-Kuzminskaite, E., Penninx, B. W. J. H., van Harmelen, A. L., Elzinga, B. M., Hovens, J. G. F. M., Vinkers, C. H. 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. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.054>
- 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. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/40020>
- 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. <https://digitalcommons.georgefox.edu/psyd/256>
- ۵۳- پرویز، کورش؛ آقامحمدیان، حمیدرضا؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرامعلی؛ دهقانی، محمود. رابطه بین قدرت ایگو و فراشناخت در دانشجویان دختر و پسر. مجله راهبردهای آموزش در علوم پزشکی. ۱۳۹۵، ۹ (۲): ۱۱۸-۱۲۶. <http://edcbmj.ir/article-1-968-fa.html>
- ۵۴- پرویز، کورش؛ آقامحمدیان، حمیدرضا؛ دهقانی، محمود؛ قنبری هاشم‌آبادی، بهرامعلی. بررسی رابطه فرامن و فراشناخت در بین دانشجویان دختر و پسر در دانشگاه فردوسی مشهد. مجله اصول بهداشت روانی. ۱۳۹۵، ۱۹ (۲): ۷۶-۷۰. <https://doi.org/10.22038/JFMH.2017.8291>
- ۵۵- پرویز، کورش. توسعه یک مدل جامع از نحوه عملکرد سوپرایگو و فراشناخت (CMSMO) در اختلال وسواس فکری اجباری و اختلال شخصیت ضداجتماعی. ساخت و اعتبارسنجی آزمون تعارض فراخود - فراشناخت (SMCQ) براساس CMSMO. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه فردوسی مشهد. ۱۳۹۵. <https://elmnet.ir/doc/10932034-22381>
- 56-Freud, S. An outline of psycho-analysis. The International Journal of Psychoanalysis, 1940; 21: 27-84. <https://ia802907.us.archive.org>