

Research Article

# The Effectiveness of Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy Based on the SPAARS Model on Suicidal Ideation, Negative Affect, and Quality of Life in Adolescents with major depressive disorder

Authors

Mohamad Hasan Shameli<sup>1</sup>, Ahmad Borjali<sup>2\*</sup>, Abolghasem Isamorad<sup>3</sup>, Afrooz Afshari<sup>4</sup>, Mohamad Asgari<sup>5</sup>

1. PhD Candidate in Clinical Psychology, Dept. of General and Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. Shameli921@atu.ac.ir

ORCID: [0009-0008-9559-1611](https://orcid.org/0009-0008-9559-1611)

2. Prof., Dept. of General and Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. (Corresponding Author). borjali@atu.ac.ir

ORCID: [0000-0001-6823-7600](https://orcid.org/0000-0001-6823-7600)

3. Associate Prof., Dept. of General and Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. isamorad@atu.ac.ir

ORCID: [0000-0002-7928-5007](https://orcid.org/0000-0002-7928-5007)

4. Assistant Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran. a.afshari@alzahra.ac.ir

ORCID: [0000-0003-1795-3994](https://orcid.org/0000-0003-1795-3994)

5. Associate Prof., Dept. of Educational Measurement and Assessment, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

drmasgari423@gmail.com

ORCID : [0000-0003-0226-175X](https://orcid.org/0000-0003-0226-175X)

Abstract

Receive Date:  
00/00/0000

Accept Date:  
00/00/0000



**Introduction:** : Depression is one of the most common psychological disorders, which has shown an increasing trend in recent years, especially among adolescents. Previous studies have highlighted suicidal ideation, negative affect, and quality of life as significant factors associated with depression, particularly in adolescents. The present study aimed to investigate the effectiveness of the emotion-focused cognitive-behavioral therapy protocol based on the SPAARS model on suicidal ideation, negative affect, and quality of life in Adolescents with major depressive disorder.

**Method:** This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest format and a control group. The study population included all male and female students aged 13–18 years with depression and suicidal ideation in Isfahan Province in 2024. The sample consisted of 30 students who were selected through convenience sampling from clients referred to counseling centers of the Department of Education in Isfahan Province and were randomly assigned to an experimental group and a control group (15 participants in each group). The research instruments included the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI), Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in SPSS version 21.

---

**Results:** Findings indicated that posttest scores of suicidal ideation and negative affect significantly decreased in the experimental group compared to the control group ( $p < 0.01$ ). Moreover, posttest scores of quality of life significantly increased in the experimental group relative to the control group ( $p < 0.01$ ).  
**Discussion and conclusion:** The Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy protocol based on the SPAARS model was effective in improving suicidal ideation, negative affect, and quality of life in depressed adolescents. Therefore, it may be considered a promising treatment for depression accompanied by suicidal ideation.

---

#### Keywords

Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy, SPAARS model, suicidal ideation, quality of life, negative affect.

---

#### Corresponding Author's E-mail

borjali@atu.ac.ir

---

### Extended Abstract

#### Introduction

Psychological difficulties in childhood and adolescence have increased in recent years, with adolescent depression showing a notable rise in prevalence over the past decade. Among its diagnostic symptoms, suicidal ideation—cognitions, beliefs and self-talk related to ending one's life—represents a particularly severe clinical concern. Depressed adolescents with suicidal thoughts typically present with greater symptom severity, heightened guilt and shame, poorer functioning, and a higher risk of suicide attempts compared to those without such thoughts. Negative affect or neuroticism, a stable personality trait marked by a tendency toward negative emotions and stress sensitivity, has also been identified as a key risk factor in the onset and persistence of depression. Additionally, assessing quality of life, defined as individuals' perceptions of their position in life within cultural and value contexts, is important both for understanding the functional burden of depression and for evaluating treatment outcomes. Cognitive-behavioral therapy (CBT) is among the most widely studied treatments for depression. Although third-wave and transdiagnostic CBT approaches have placed greater emphasis on emotion, few have been grounded in a strong theoretical framework of emotion. To address this gap, Power and Dalgleish (2008) introduced the SPAARS model, which conceptualizes emotion through the interaction of four representational systems—analogue, associative, propositional, and schematic. Based on this model, Shameli and colleagues (2025) developed and validated an emotion-focused CBT protocol that integrates established techniques with contemporary emotion research. The present study investigates whether this protocol can reduce negative affect and suicidal ideation while enhancing quality of life among depressed adolescents.

#### Method

This study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest structure and a control group (waitlist). The statistical population consisted of adolescents aged 13–18 years with depression and suicidal ideation in Isfahan Province. The study sample comprised 30 depressed adolescents with suicidal ideation who had referred to the counseling centers of the Department of Education in Isfahan Province in 2024. Sampling was conducted through convenience sampling, and participants were randomly assigned to the experimental and control groups. To determine eligibility, the Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5) was administered, and 30 individuals who met the diagnostic criteria for major depressive disorder with suicidal ideation were selected and randomly allocated to the experimental and waitlist control groups. Detailed information regarding the research procedures and intervention sessions was provided to both parents and adolescents, and written informed consent was obtained. Pretests included the Beck Scale for Suicide Ideation (BSSI), the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), and the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). The intervention was then administered to the experimental group based on the developed protocol, followed by posttests for both groups. To adhere to ethical considerations, the control group underwent weekly suicide risk assessments, and in case of crisis, they were referred for

appropriate intervention. Moreover, after completion of the study, the control group also received the intervention.

## Results

The mean age of participants in the experimental and control groups was 15.67 and 15.20, respectively. The mean pre-test and post-test scores for negative affect in the experimental group were 30.87 and 20.4, respectively, and in the control group 29 and 25.2. The mean pre-test and post-test scores for suicidal ideation in the experimental group were 24.87 and 14.4, respectively, and in the control group 26.07 and 22.53. The mean pre-test and post-test scores for quality of life in the experimental group were 70.20 and 88.13, respectively, and in the control group 71.87 and 78.47. Comparison of the post-test scores between the experimental and control groups indicated that the experimental group demonstrated greater improvement than the control group. To examine the statistical significance of these findings, inferential statistics were employed. Given that the study involved one independent variable with two levels and three dependent variables, multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was conducted. The assumptions of covariance analysis—including interval measurement of covariates and dependent variables, independence of observations, normal distribution of variables, homogeneity of variance–covariance matrices (Box’s test), and equality of variances (Levene’s test)—were met. The results of the MANCOVA revealed significant differences between the post-test scores of the dependent variables in the experimental and control groups (Wilks’ Lambda = .315,  $F(3, 23) = 16.634$ ,  $p < .01$ , Partial  $\eta^2 = .685$ ). Thus, the overall hypothesis that there are significant differences between pre-test and post-test scores across the experimental and control groups was confirmed. To further examine the effect of the independent variable on each dependent variable separately within the MANCOVA, follow-up ANCOVAs were conducted. The results indicated significant differences between the experimental and control groups in post-test scores of negative affect ( $F(1, 25) = 41.616$ ,  $p < .01$ , Partial  $\eta^2 = .625$ ), suicidal ideation ( $F(1, 25) = 30.281$ ,  $p < .01$ , Partial  $\eta^2 = .548$ ), and quality of life ( $F(1, 25) = 20.413$ ,  $p < .01$ , Partial  $\eta^2 = .449$ ). Accordingly, these findings suggest that the emotion-focused cognitive-behavioral intervention was effective in reducing suicidal ideation and negative affect and in enhancing quality of life among depressed adolescents.

## Conclusion

The present study aimed to evaluate the effectiveness of the emotion-focused cognitive-behavioral protocol based on the SPAARS model in reducing negative affect and suicidal ideation and enhancing quality of life among depressed adolescents. The findings provided evidence supporting the efficacy of this intervention. The SPAARS emotional model, which forms the foundation of the protocol, posits that every emotional experience derives from basic emotions and is generated through two distinct pathways: an automatic associative pathway and an appraisal-based schematic pathway. Emotional disorders such as depression are thus understood to emerge from dysfunctions within these pathways. In line with this framework, the first two sessions of the protocol focus on establishing a therapeutic alliance and conducting a comprehensive assessment to identify the core emotional difficulties of the patient. Subsequent sessions concentrate on increasing awareness of basic emotions, clarifying the importance and function of each emotion, developing meta-emotional skills, and modifying cognitions or behaviors that lead to maladaptive emotion regulation. From the seventh session onward, treatment centered on identifying problematic emotions, eliciting and experiencing them within the therapeutic context, and fostering healthier emotional pathways. This study is subject to certain limitations. The sample was restricted to depressed adolescents with suicidal ideation in Isfahan province, which may limit the generalizability of the findings. Replication across broader age groups and diverse geographical regions is therefore recommended. Furthermore, this protocol can be applied as a transdiagnostic intervention for a spectrum of comorbid emotional disorders. Future studies are encouraged to investigate its effectiveness in such contexts.

## Ethical Considerations

**Compliance with ethical guidelines:** The study was approved by the Ethics Committee of Allameh Tabataba'i University (Ethical Code: IR/ETHICS.2024.78710.1045). Prior to treatment, detailed information regarding study procedures and session requirements was provided to

adolescents and their parents, and written informed consent was obtained. Participants in the control group (waiting-list) were monitored weekly for suicidal risk, and any escalation of suicide-related symptoms prompted referral for immediate crisis intervention. After completion of the protocol and post-test assessments, therapeutic sessions were also offered to the control group. Furthermore, participants assessed as being at high risk for suicide were withdrawn from the study and referred for urgent crisis management.

**Funding:** This study was conducted without financial support from any institution or organization.

**Conflict of interest:** The authors declare that they have no conflicts of interest.

**Authors' contribution:** The first author served as the principal researcher of this study. The second and third authors acted as supervisors, while the fourth and fifth authors served as advisors. This article is derived from the first author's doctoral dissertation in Clinical Psychology at Allameh Tabataba'i University.

دفتر انتشار و اطلاع رسانی  
فدایانند و دانش



# اثربخشی پروتکل درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس بر اندیشه‌پردازی خودکشی، عاطفه منفی، و کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی

نویسندگان

محمد حسن شاملی<sup>۱</sup>، احمد برجلی<sup>۲\*</sup>، ابوالقاسم عیسی مراد رودبنه<sup>۳</sup>، افروز افشاری<sup>۴</sup>، محمد  
عسگری<sup>۵</sup>

۱. دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. Shameli921@atu.ac.ir

ارکید: 0009-0008-9559-1611

۲. استاد، گروه روانشناسی بالینی و عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

ارکید: 0000-0001-6823-7600

۳. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی و عمومی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی،

تهران، ایران. isamorad@atu.ac.ir

ارکید: 0000-0002-7928-5007

۴. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

a.afshari@alzahra.ac.ir

ارکید: 0000-0003-1795-3994

۵. دانشیار، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران،

ایران. drmasgari423@gmail.com

ارکید: 0000-0003-0226-175X

چکیده

**مقدمه:** افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانی بوده که در سال‌های اخیر روند رو به رشدی به خصوص در بین نوجوانان داشته‌است. در پژوهش‌های قبلی، اندیشه‌پردازی خودکشی، عاطفه منفی و کیفیت زندگی به عنوان عوامل مهم مرتبط با افسردگی به ویژه در نوجوانان مطرح بوده‌است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی پروتکل درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس بر اندیشه‌پردازی خودکشی، عاطفه منفی و کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی بود.

**روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون، همراه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش

تاریخ دریافت:

....../.../...

تاریخ پذیرش:

....../.../...



حاضر شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر ۱۳ تا ۱۸ سال مبتلا به افسردگی همراه با اندیشه‌پردازی خودکشی در استان اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود و نمونه‌ای مورد بررسی شامل ۳۰ دانش‌آموز بود که به روش در دسترس و از مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره‌ای آموزش و پرورش استان اصفهان انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند. جهت سنجش متغیرهای پژوهش از مصاحبه‌ی ساختاریافته (SCID-5)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II)، پرسشنامه مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI)، مقیاس عاطفه‌ی مثبت و منفی (PANAS)، و پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیره و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

**نتایج:** نتایج نشان داد که نمرات پس‌آزمون اندیشه‌پردازی خودکشی و عاطفه منفی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش معنادار ( $p < 0.01$ ) و نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، افزایش معناداری ( $p < 0.01$ ) داشته است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** پروتکل شناختی رفتاری هیجان مدار مبتنی برمدل اسپارس بر بهبود اندیشه‌پردازی خودکشی، عاطفه منفی و کیفیت زندگی نوجوانان افسرده اثربخش بوده و می‌تواند به عنوان یک درمان موثر در زمینه افسردگی همراه با اندیشه‌پردازی خودکشی به کار گرفته شود.

#### کلیدواژه‌ها

#### کلید واژه‌ها

درمان شناختی رفتاری هیجان مدار- مدل اسپارس - اندیشه‌پردازی خودکشی - کیفیت زندگی - عاطفه منفی

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

borjali@atu.ac.ir

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

#### مقدمه

کودکانی که تشخیص و درمان اختلال‌های روانی مختلف را

آسیب‌های روان‌شناختی در دوران کودکی و نوجوانی در

دریافت می‌کنند، به‌طور قابل توجهی افزایش یافته‌است [۱].

سال‌های اخیر روند افزایشی چشمگیری داشته است و شمار

در این میان، اختلال افسردگی یکی از شایع‌ترین و

ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی در نوجوانان به شمار می‌رود. شواهد پژوهشی متعدد نشان می‌دهند که میزان شیوع افسردگی در نوجوانان طی یک دهه‌ی گذشته افزایش یافته‌است [۴و۳،۲]. این افزایش از آن جهت نگران‌کننده‌است که افسردگی در نوجوانی با پیامدهای گسترده‌ای در حوزه‌های هیجانی، شناختی، تحصیلی و اجتماعی همراه بوده و می‌تواند مسیر رشد روانی-اجتماعی فرد را به‌طور جدی تحت تأثیر قرار دهد [۵]. یکی از ملاک‌های نه‌گانه تشخیصی افسردگی اساسی براساس نسخه تجدیدنظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> ویرایش پنجم (DSM-5-TR)، اندیشه‌پردازی خودکشی است [۳]. اندیشه‌پردازی خودکشی به مجموعه‌ای از افکار، باورها و خودگویی‌های ذهنی اشاره دارد که حول محور مرگ و پایان دادن به زندگی شکل می‌گیرند و یکی از پیش‌بین‌های مهم خودکشی محسوب می‌شوند [۶و۷]؛ به علاوه افسردگی همراه با اندیشه‌پردازی خودکشی، با شدت افسردگی بالاتر و عملکرد ضعیف‌تر به خصوص در نوجوانان همراه است [۸]. این یافته‌ها بر اهمیت ویژه‌ی پرداختن به افسردگی همراه با اندیشه‌پردازی خودکشی در نوجوانان تأکید دارند. یکی دیگر از عوامل مهم که در بروز و تداوم افسردگی نقش دارد، عاطفه منفی یا روان‌رنجوری است [۹و۳]. عاطفه منفی که در ادبیات پژوهشی با مفاهیمی همچون روان‌رنجوری، اضطراب صفت، بازدارنده رفتاری و اجتناب از آسیب نیز توصیف شده‌است [۱۰]، یک ویژگی شخصیتی نسبتاً پایدار است که با تمایل به تجربه هیجان‌های منفی، حساسیت بالا به استرس و واکنش‌های هیجانی شدید مشخص می‌شود. افراد دارای سطوح بالای روان‌رنجوری، در مواجهه با عوامل استرس‌زا، با احتمال بیشتری دچار هیجان‌های منفی و نشانه‌های افسردگی می‌شوند [۱۱]. پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که عاطفه منفی نه‌تنها با علائم افسردگی رابطه‌ی معنادار دارد، بلکه به‌عنوان یک عامل پیش‌بین قوی برای بروز و تداوم افسردگی نیز عمل می‌کند [۱۲و۱۳]، در کنار این موارد، یافته‌های مطالعات طولی نشان داده‌اند که افسردگی به خصوص در نوجوانان با کاهش پایدار کیفیت زندگی نیز همراه است [۱۴و۱۵]. کیفیت زندگی به ادراک فرد از جایگاه خود در زندگی، در چارچوب فرهنگ و نظام‌های

<sup>۱</sup> Diagnostic and statistical manual of mental disorders

نشانه‌های افسردگی، عاطفه منفی و پیامدهای آن از جمله اندیشه‌پردازی خودکشی و کیفیت زندگی اثر بگذارند، ضرورت دارد.

در خصوص انتخاب رویکرد درمانی مناسب، اگرچه درمان شناختی-رفتاری<sup>۲</sup> به‌عنوان یکی از مداخلات خط اول در درمان افسردگی نوجوانان شناخته می‌شود و شواهد قابل توجهی از اثربخشی آن در کاهش نشانه‌های افسردگی و اندیشه‌پردازی خودکشی وجود دارد [۲۳ و ۲۲]، با این حال بسیاری از رویکردهای شناختی-رفتاری کلاسیک، هیجان را بیشتر به‌عنوان پیامد پردازش‌های شناختی در نظر گرفته و کمتر بر سازوکارهای هیجانی زیربنایی تمرکز کرده‌اند [۲۰]. البته در سال‌های اخیر، رویکردهای موج سوم و فرانشیصی تلاش کرده‌اند به نقش هیجان توجه بیشتری نشان دهند [۲۵، ۲۴ و ۲۶]. برای نمونه می‌توان به دو مدل هیجانی گراس<sup>۳</sup> و لینهان<sup>۴</sup> نیز اشاره نمود. مدل فرایندی تنظیم هیجان گراس، تنظیم هیجان را به‌عنوان مجموعه‌ای از راهبردها در مراحل مختلف فرایند هیجان، از جمله انتخاب موقعیت، اصلاح موقعیت، جهت‌دهی توجه، بازسازی شناختی و مهار پاسخ، مفهوم‌پردازی می‌کند [۲۷]. در این مدل فرض اساسی، اصلاح یا حذف راهبردهای ناسازگار هیجانی با تمرکز بر روی تغییر است [۲۸] و مدل تنظیم هیجان لینهان که به عوامل زیستی-اجتماعی و

ارزشی که در آن زندگی می‌کند و نیز در ارتباط با اهداف، انتظارات و نگرانی‌هایش اشاره دارد [۱۶]. در نوجوانان، کیفیت زندگی نه تنها با سلامت جسمانی و عملکرد روزمره مرتبط است، بلکه شامل رضایت از زندگی، خودپنداره مثبت، روابط خانوادگی و اجتماعی و توانایی ایجاد ارتباطات جدید نیز می‌شود [۱۷]. بررسی کیفیت زندگی نوجوانان از این جهت مهم است که این دوره رشد با تغییرات جسمانی، روانی و اجتماعی گسترده همراه است و عوامل مختلف فردی و محیطی می‌توانند بر ادراک آنان از کیفیت زندگی تأثیر بگذارند [۱۸]. ضمناً ارزیابی کیفیت زندگی در فرایند درمان، هم می‌تواند به فهم تأثیر افسردگی بر عملکرد فعلی فرد کمک کند و هم معیاری برای تعیین اثر درمان بر کیفیت زندگی فرد باشد [۱۹ و ۲۰].

به طور کلی می‌توان بر اساس این شواهد مطرح کرد که عاطفه منفی به‌عنوان یک سازوکار هیجانی پایدار، با افزایش شدت نشانه‌های افسردگی در نوجوانان مرتبط است و این افزایش شدت، خود با بروز اندیشه‌پردازی خودکشی و کاهش کیفیت زندگی همراه می‌شود [۲۱]؛ بنابراین استفاده از مداخله درمانی مؤثر که بتواند هم‌زمان بر

<sup>۲</sup> Cognitive behavioral therapy<sup>۳</sup> Gross<sup>۴</sup> Linehan

محیط‌های تخریبگر توجه دارد و بر آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و ذهن‌آگاهی تأکید می‌کند [۲۹]. این مدل‌ها در پژوهش‌های داخلی نیز به کار رفته و اثربخشی آن‌ها بر روی افسردگی و اندیشه‌پردازی خودکشی مشخص شده است [۳۰]. علی‌رغم این پیشرفت‌ها، تمرکز اصلی این رویکردها، بیشتر بر راهبردهای تنظیم هیجان یا مهارت‌های درمانی است و کمتر به سازوکارهای شناختی-هیجانی زیربنایی تولید هیجان و تعامل سیستم‌های بازنمایی هیجانی می‌پردازند و اغلب فاقد یک چارچوب نظری منسجم و دقیق در حوزه‌ی هیجان هستند [۲۰]. در این راستا، مدل هیجانی اسپارس که به وسیله پاور و دالگلیش<sup>۵</sup> تدوین شده است، با ارائه‌ی یک چارچوب شناختی-هیجانی مبتنی بر سیستم‌های بازنمایی چندگانه، تبیین دقیق‌تری از تولید، پردازش و تنظیم هیجان فراهم می‌آورد [۳۱]. این مدل شامل چهار سیستم بازنمایی قیاسی<sup>۶</sup>، پیوندی (تداعی)<sup>۷</sup>، گزاره‌ای<sup>۸</sup> و طرحواره‌ای<sup>۹</sup> است که در تعامل با یکدیگر، دو مسیر اصلی برای تولید هیجان ایجاد می‌کنند [۳۲]. مسیر نخست، یک مسیر خودکار و سطح پایین است که عمدتاً از طریق سیستم پیوندی عمل می‌کند، و مسیر دوم، یک مسیر ارزیابانه‌ی سطح بالا است که از طریق سیستم طرحواره‌ای فعال می‌شود [۳۳]. افزون بر این، مدل اسپارس همسو با

دیدگاه اوتلی و جانسون-لیرد<sup>۱۰</sup> پنج هیجان پایه‌ای غم، خشم، اضطراب، نفرت و شادی را مبنای تجارب هیجانی دانسته و سایر هیجان‌ها را ترکیبی از این هیجان‌های بنیادین می‌داند [۳۴]. بر این اساس، اختلالات هیجانی از جمله افسردگی، نتیجه‌ی ارزیابی‌های نادرست، تعارض یا بازداری بین سیستم‌های بازنمایی و جفت‌شدن ناکارآمد هیجان‌ها مفهوم‌پردازی می‌شوند [۳۵]. به عبارت دیگر، با در نظر گرفتن این دو مسیر هیجانی و پنج هیجان اصلی، تبیینی روشن و کاربردی برای اختلالات هیجانی به ویژه اضطراب و افسردگی ارائه می‌شود که قابلیت اضافه شدن به رویکرد های شناختی رفتاری سنتی را داشته و خلأهای موجود را به ویژه در زمینه هیجان پر می‌نماید. در ادامه به چند تحقیق که از مدل اسپارس استفاده کرده‌اند اشاره گردیده است: در پژوهش فاکس<sup>۱۱</sup> و همکاران [۳۶] نقش جفت‌شدگی هیجانی در بیماران مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی بررسی شد که همسو با مدل اسپارس مشخص شد که در این بیماران نسبت به گروه کنترل جفت شدن هیجان‌های تنفر و خشم بیشتر دیده می‌شود. در پژوهشی دیگر، هیجان‌های پایه و پیچیده در افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب بررسی شد که از نظریه هیجانی پایه‌ای پنجگانه در مدل اسپارس حمایت کرد [۳۷]. در ایران نیز در پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر کاهش اندیشه‌پردازی خودکشی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بررسی شده بود که نتایج از موثر بودن این درمان

Power & Dalgleish<sup>۵</sup>  
 Analogical<sup>۶</sup>  
 Associative<sup>۷</sup>  
 Propositional<sup>۸</sup>  
 Schematic<sup>۹</sup>

& Johnson-Laird Oatley<sup>۱۰</sup>  
 Fox<sup>۱۱</sup>

حکایت داشته‌است [۳۸]. بنابراین پژوهش‌های انجام‌شده از تبیین‌های حاصل از این مدل به خصوص برای اختلالات هیجانی حمایت کرده‌اند. در این راستا، در پژوهش حاضر، از پروتکل شناختی-رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس که به وسیله شاملی و همکاران تدوین و اعتباریابی شده [۳۹]، بهره برده‌است. این پروتکل با تلفیق تکنیک‌های مؤثر شناختی-رفتاری و یافته‌های نوین حوزه‌ی هیجان، به‌طور مستقیم سازوکارهای هیجانی زیربنایی از جمله عاطفه منفی را هدف قرار می‌دهد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی پروتکل شناختی-رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس بر عاطفه منفی، اندیشه‌پردازی خودکشی و کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است.

## روش

### نوع پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون به همراه گروه کنترل (در انتظار درمان) بوده است.

### آزمودنی

### جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر و پسر ۱۳ تا ۱۸ سال مبتلا به افسردگی دارای افکار خودکشی در استان اصفهان در سال ۱۴۰۳ است.

### نمونه پژوهش

نمونه پژوهش نیز ۳۰ نفر از دانش‌آموزان افسرده دارای افکار

خودکشی بود که در سال ۱۴۰۳ به مراکز مشاوره‌ی آموزش و پرورش استان اصفهان مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد و افراد به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل جای گرفتند. حجم نمونه بر اساس جدول کوهن [۴۰] برای سطح معناداری ۰/۰۵، توان آماری ۰/۸۰ و اندازه اثر متوسط (۰/۵) انتخاب شده‌است. ملاک‌های ورود به پژوهش اعلام رضایت کتبی و آگاهانه نوجوان و والدینش، قرار داشتن در بازه سنی ۱۳ تا ۱۸ سال، حضور در دوره تحصیلی متوسطه اول یا دوم، نمره بالاتر از ۱۹ در پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش دوم (BDI-II) و پاسخ غیرصفر به سوال ۹ این پرسشنامه و دریافت تشخیص افسردگی اساسی همراه با اندیشه‌پردازی خودکشی بدون علائم روان‌پریشی هذیان و توهم، که بر اساس ملاک‌های DSM-5 و به وسیله روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی متخصص و بر اساس مصاحبه‌ی ساختاریافته (SCID-5)، بود و ملاک‌های خروج هم عدم تمایل فرد یا والدین به ادامه جلسات، غیبت بیش از دو جلسه و یا اقدام به خودکشی در طول جلسات، در نظر گرفته شده‌بود.

### ابزارهای پژوهش

پروتکل شناختی رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس: پروتکلی است که شاملی و همکاران [۳۹] بر مبنای مدل اسپارس تدوین و مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد، این پروتکل دارای روایی محتوا از نظر متخصصین می‌باشد. پروتکل مذکور شامل ۱۲ جلسه بوده که بر اساس مدل اسپارس تدوین شده‌است. این

پروتکل به صورت خلاصه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس

| جلسه          | شرح جلسات                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول           | <b>اهداف:</b> توضیح کلی در خصوص زمان و روند جلسات و مرور مسائل مرتبط با رازداری<br>توضیح در خصوص روند کار در جلسه فعلی که شامل ارزیابی و مصاحبه تشخیصی، آشنایی با پروتکل درمانی، و ارائه تکلیف خواهد بود.<br><b>تکالیف:</b> نوشتن اهداف کلی مراجع در زندگی، فهرست مشکلات مراجع، تکمیل نمودار پایش خلق روزانه                                                                                                                                                        |
| دوم           | <b>اهداف:</b> تقویت رابطه و اتحاد درمانی، ایجاد انگیزه جهت ادامه جلسات، تعیین اهداف درمانی، تعیین فعالیت(هایی) جهت بهبود خلق<br><b>تکالیف:</b> تعیین گام‌های مورد نیاز برای اهداف کلی زندگی، تکمیل اهداف درمانی، انجام یک یا دو فعالیت لذت بخش تعیین شده در جلسه و بررسی تأثیر آن بر خلق مراجع، تکمیل نمودار پایش خلق روزانه                                                                                                                                        |
| سوم           | <b>اهداف:</b> شروع آموزش مربوط به مهارت‌های فراهیجانی با تمرکز بر آگاهی از هیجان‌های پایه، کاربرد و ضرورت آن‌ها، پذیرش هیجان‌ها، آشنایی با منطق آگاهی غیرقضاوتی<br><b>تکالیف:</b> تکمیل نمودار پایش خلق روزانه، ثبت هیجانات تجربه شده در طول هفته، تمرین تنفس آگاهانه                                                                                                                                                                                               |
| چهارم         | <b>اهداف:</b> نام‌گذاری و تفکیک هیجان‌های تجربه شده، پذیرش هیجان‌ها، شناسایی رخدادهای قبل، در حین و بعد از تجربه هیجانی<br><b>تکالیف:</b> تکمیل نمودار پایش خلق روزانه، ثبت تجارب هیجانی همراه با رخدادهای قبل، در حین هیجان و بعد از هیجان، انجام تمرین قدم زدن آگاهانه                                                                                                                                                                                            |
| پنجم          | <b>اهداف:</b> تمرکز بیشتر بر تجربه هیجانی، معرفی کامل مولفه‌های تجربه هیجانی، نحوه تعامل آن‌ها، آموزش نحوه آگاهی از این مولفه‌ها<br><b>تکالیف:</b> تکمیل نمودار پایش خلق روزانه، ثبت تجارب هیجانی ۲، انجام ذهن آگاهی در هنگام تجربه هیجانی                                                                                                                                                                                                                          |
| ششم           | <b>اهداف:</b> توضیح در خصوص تعامل مولفه‌های تجربه هیجانی و نحوه تأثیر آن بر هیجان به عنوان راهبردهای تنظیم هیجان، معرفی راهبردهای درونی - بیرونی و کارآمد - ناکارآمد تنظیم هیجان<br>توضیح در مورد رفتارهای هیجانی به عنوان راهبردهای بیرونی تنظیم هیجان (شامل رفتارهایی که برای اجتناب از هیجان انجام می‌شود و رفتارهایی که ناشی از هیجان است)<br><b>تکالیف:</b> مطالعه جزوه مربوط به رفتارهای اجتنابی و مبتنی بر هیجان، شناسایی و ثبت راهبردهای رفتاری تنظیم هیجان |
| هفتم          | <b>اهداف:</b> توجه به مفهوم تفکر به عنوان یکی از مولفه‌های تجربه هیجان<br>توضیح نحوه تأثیر تفکر بر هیجان تجربه شده<br>معرفی تله‌های فکری به عنوان راهبردهای درونی و ناکارآمد تنظیم هیجان<br><b>تکالیف:</b> مطالعه جزوه مربوط به افکار، پر کردن جدول راهبردهای تنظیم هیجان                                                                                                                                                                                           |
| هشتم          | <b>اهداف:</b> مرور مطالب قبلی، شناسایی هیجان‌های مشکل ساز، شناسایی باورها، بازداری‌ها و هیجان‌های جفت شده، توضیح روند و اهمیت فراهوانی هیجان‌ها<br><b>تکالیف:</b> تکمیل کاربرگ مربوط به داستان هیجانی ۱                                                                                                                                                                                                                                                             |
| نهم تا یازدهم | <b>اهداف:</b> فراهوانی هیجان، بیان نمادین هیجان و دسترسی به هیجان‌های بازداری شده، تأیید تجربه هیجانی مراجع، پذیرش نیازهای مراجع، تسهیل دسترسی به پاسخ‌های هیجانی سالم‌تر                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

|                                                                                                                                                         |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| تکلیف: تکمیل کاربرگ مربوط به داستان هیجانی ۲                                                                                                            |                  |
| اهداف مرور مفاهیم کلیدی درمان- بررسی احساسات فعلی مراجع به خصوص نسبت به پایان یافتن جلسات، آمادگی برای استفاده از مطالب جلسات برای چالش‌های آینده زندگی | دوزادهم (پایانی) |
| تکالیف: مرور جزوه مربوط به خلاصه جلسات درمانی                                                                                                           |                  |

پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱۳</sup> (BDI-II): پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) دارای ۲۱ سوال و یک ابزار خود گزارش‌دهی برای اندازه‌گیری شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان بالاتر از ۱۳ سال است [۴۳]. هر سوال شامل ۴ گزینه است که به ترتیب شدت علائم، از صفر تا ۳ نمره گذاری می‌شود، بنابراین دامنه نمرات در BDI-II بین صفر تا ۶۳ است. در تحقیقات مختلف، برای این پرسشنامه ثبات درونی بالایی گزارش شده‌است. برای مثال، دوزوایس و کوین<sup>۱۴</sup> [۴۴] با بررسی ۱۳ مطالعه، میانگین ضریب آلفای ۰/۹۱ (بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۴) به دست آوردند. همچنین در کتابچه راهنمای پرسشنامه، ضریب پایایی آزمون- بازآزمون یک هفته‌ای برابر ۰/۹۳ عنوان شده‌است [۴۳]. در ایران این مقیاس در پژوهش فتی و همکاران [۴۵] دارای ضریب آلفای ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دونیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته‌ای برابر ۰/۹۴ و ضریب همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول، ۰/۹۳ گزارش شد. قاسم زاده و همکاران [۴۶] نیز در پژوهش خود که بر روی ۱۲۵ دانشجو اجرا شده بود، آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را برای همسانی درونی و ضریب همبستگی ۰/۷۴ برای پایایی بازآزمایی این پرسشنامه گزارش داده‌اند که بیانگر پایایی و روایی مطلوب این

به‌منظور کنترل نحوه اجرای تکالیف درمانی، در ابتدای هر جلسه زمانی مشخص به بررسی تکالیف جلسه قبل اختصاص داده می‌شد. تکالیف به‌صورت کاربرگ‌های ساختاریافته در اختیار مراجعان قرار می‌گرفت و نحوه انجام آن‌ها به‌صورت دقیق توضیح داده می‌شد. درمانگر با مرور کاربرگ‌ها، میزان پابندی به تکالیف، برداشت‌های نادرست و موانع اجرای تکالیف را شناسایی کرده و بازخورد اصلاحی ارائه می‌داد.

#### مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات روانی<sup>۱۲</sup>

(SCID-5): در این پژوهش برای انتخاب نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات روانی (SCID-5-cv) استفاده شد. این پرسشنامه برای تشخیص گذاری بالینی اختلالات روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. SCID-5 هرچند برای افراد بالای ۱۸ سال طراحی شده‌است، اما به گفته‌ی طراحان با کمی تغییر در جملات، قابل کاربرد برای نوجوانان را دارد [۴۱]. قابلیت اطمینان و پایایی مصاحبه ساختار یافته برای اختلالات روانی بر اساس DSM-IV در مطالعه‌ای برای جمعیت ایرانی متوسط تا خوب (کاپا > ۰/۶) گزارش شده‌است [۴۲].

<sup>۱۳</sup> Beck Depression Inventory  
& Covin Dozois<sup>۱۴</sup>

<sup>۱۲</sup> Structured Clinical Interview for Dsm-5 Disorders  
(Scid-5-cv): Clinician Version

پرسشنامه در پژوهش حاضر بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ به دست آمد.

**مقیاس عاطفه‌ی مثبت و منفی (PANAS):** مقیاس عاطفه‌ی مثبت و منفی (PANAS) یک ابزار خودگزارش دهی ۲۰ ماده ایست که عاطفه‌ی مثبت و منفی را می‌سنجد و به وسیله‌ی واتسون<sup>۱۶</sup> و همکاران [۵۱] معرفی شده است. ادعا شده است که این مقیاس اندازه‌گیری‌های مستقلی از عاطفه‌ی منفی (NA) و عاطفه‌ی مثبت (PA) ارائه می‌کند [۵۲]. هر خرده مقیاس ۱۰ ماده دارد که براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای نمره گذاری می‌شود (از به هیچ وجه یا بسیار کم = ۱ تا بسیار زیاد = ۵). در این پژوهش از خرده مقیاس عاطفه منفی استفاده شد که نمرات افراد در این خرده مقیاس بین ۱۰ تا ۵۰ قرار می‌گیرد. در خصوص اجرای این تست برای نوجوانان، هبner و ویو<sup>۱۷</sup> [۵۳] پایایی و روایی این مقیاس را در این جمعیت مناسب ارزیابی کردند. نتایج گزارش شده در این پژوهش که با شرکت ۲۶۶ دانش آموز با میانگین سنی ۱۶ سال انجام شده بود بدین شرح است: همسانی درونی (ضریب آلفا) برای مقیاس عاطفه‌ی مثبت و منفی ۰/۸۵ عنوان شد که بیانگر پایایی مناسب است. تحلیل عاملی انجام شده نیز از وجود دو عامل (خرده مقیاس عاطفه‌ی مثبت و منفی) حمایت کرد و همبستگی بین عامل‌ها هم ۰/۱۳- محاسبه شد. بر اساس پژوهش‌های داخلی نیز این تست دارای روایی و پایایی مناسبی ارزیابی

پرسشنامه می‌باشد. ضمناً در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به دست آمد.

**پرسشنامه اندیشه‌پردازی خودکشی بک (BSSI):** یک پرسشنامه خودگزارش دهی ۱۹ سوالی است که وجود و شدت افکار خودکشی را در یک هفته‌ی قبل ارزیابی می‌کند [۴۷]. نمره گذاری این پرسشنامه به این صورت است که هر سوال شامل سه گزینه بوده که براساس شدت افکار خودکشی از صفر (عدم وجود) تا ۲ (شدت بالا) نمره گذاری شده و دامنه نمرات بین صفر تا ۳۸ می‌باشد. همراه بالاتر بیانگر شدت افکار خودکشی بیشتر است. در تحقیقات مختلف، ثبات درونی این تست در نمونه‌های بالینی هم در بزرگسالان و هم نوجوانان بسیار خوب گزارش شده است [۴۹ و ۴۸]. در خصوص اجرای این پرسشنامه در جمعیت ایرانی هم، اصفهانی و همکاران [۵۰] پژوهشی را در جمعیت عمومی شهر تهران انجام دادند. در این پژوهش، آلفای کرونباخ نسخه‌ی ترجمه‌ی شده BSSI رضایت بخش گزارش شد (بالاتر از ۰/۸). ضمناً نمرات افرادی که اقدام به خودکشی را تجربه کرده بودند بالاتر از سایرین بود و با نمرات مربوط به شاخص افسردگی و شاخص شدت کلی (GSI) در پرسشنامه SCL-90-R همبستگی مثبت و با حمایت اجتماعی همبستگی منفی داشت. به صورت کلی ترجمه فارسی BSSI دارای ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی در زمینه‌های پژوهشی بوده است. پایایی این

<sup>۱۶</sup> Positive and Negative Affect Schedule

<sup>۱۷</sup> Watson

<sup>۱۸</sup> Huebner & Dew

<sup>۱۹</sup> Beck Scale for Suicide Ideation

شده است [۵۴]. در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس عاطفه منفی بر اساس آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ به دست آمد.

**پرسشنامه کیفیت زندگی<sup>۱۹</sup> (WHOQOL-BREF):** در این پژوهش از فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) استفاده شده است. این پرسشنامه دارای ۲۶ ماده است که دو ماده اول به صورت کلی در خصوص کیفیت زندگی و سلامت عمومی است و در نمره گذاری لحاظ نمی شود. بنابراین نمره گذاری بر اساس سوالات ۳ تا ۲۶ انجام می شود (۲۴ سوال) که چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می سنجد. در این پژوهش از نمره خام کل استفاده شده است. همه سوالات بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (۱ تا ۵) نمره گذاری شده و نمره خام هر فرد در بازه ی ۲۴ تا ۱۲۰ قرار می گیرد که نمره بالاتر بیانگر کیفیت زندگی بهتر است البته سوالات ۳، ۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. پایایی و روایی تست نیز در تحقیقات مختلف مناسب ارزیابی شده است [۵۵]. در ایران هم نجات و همکاران [۵۶] پژوهشی را با هدف اعتبار سنجی WHOQOL-BREF بر روی ۱۱۶۷ نفر انجام دادند. مقادیر همبستگی درون خوشه ای، و آلفای کرونباخ در تمام حیطه ها بالای ۰/۷ به دست آمد ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بوده است. در ۰/۸۳

درصد موارد، همبستگی هر سوال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه ها بالاتر بوده است. پژوهشگران این تحقیق در نهایت بر اساس نتایج به دست آمده روایی و پایایی این ابزار را برای اجرا در کشور ایران قابل قبول دانستند. در پژوهش حاضر نیز، پایایی این پرسشنامه، ۰/۸۸ به دست آمد.

### شیوه انجام پژوهش

نوجوانان ارجاع شده به مراکز مشاوره آموزش پرورش برای بررسی احراز شرایط ورود به پژوهش مورد پایش قرار گرفتند، به این صورت که ابتدا پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش دوم (BDI-II) برای آن ها اجرا و در صورتی که نمره ی فرد در این تست بالاتر از ۱۹ بوده و به سوال شماره ی ۹ نیز که مربوط به فکر خودکشی است نمره غیر صفر داده باشد برای ارزیابی به روان پزشک یا روان شناس بالینی متخصص ارجاع می شدند. از بین آن ها ۳۰ نفر که بر اساس مصاحبه ی بالینی ساختاریافته (SCID-5) تشخیص اختلال افسردگی اساسی همراه با افکار خودکشی و بدون همبودی با اختلالات طیف اسکیزوفنی دریافت کردند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در انتظار درمان) قرار داده شدند. توضیحات مورد نیاز در خصوص نحوه اجرای پژوهش و جلسات مورد نیاز به والدین و نوجوانان ارائه و اخذ رضایت برای شرکت در پژوهش، به صورت کتبی از آن ها صورت گرفت. پیش آزمونها شامل پرسشنامه مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI)، مقیاس عاطفه ی مثبت و منفی (PANAS)، و پرسشنامه ی کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) اجرا شد؛ سپس

<sup>۱۹</sup> World Health Organization Quality of Life - brief version

مداخله‌ی مورد نظر بر اساس پروتکل تدوین شده به وسیله شاملی و همکاران [۳۹] برای گروه آزمایش اجرا و در نهایت پس‌آزمون برای هر دو گروه انجام شد. مداخله برای گروه آزمایش، در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴، در مرکز مشاوره سینا واقع در شهرستان شهرضا و به وسیله روان‌شناس بالینی (دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی و تدوین‌کننده پروتکل) انجام گرفت. به‌منظور کنترل پدیده انتشار و جلوگیری از انتقال محتوای مداخله به گروه کنترل، جلسات درمانی گروه آزمایش در زمان و مکان مشخص و به‌صورت مجزا برگزار شد و گروه کنترل در وضعیت انتظار درمان قرار داشت و هیچ‌گونه آموزش یا مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد و صرفاً به‌صورت هفتگی از نظر خطر خودکشی مورد پایش قرار می‌گرفت که این پایش جنبه ارزیابی و پیشگیری از بحران داشته و شامل مداخله درمانی نبود. پس از اتمام پژوهش، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، مداخله برای گروه

کنترل نیز اجرا شد.

### شیوه تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چند متغیره و با استفاده از نرم افزار SPSS-21 انجام شده‌است.

### نتایج

در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مربوط به افراد شرکت‌کننده نشان داده شده‌است. همان‌طور که در این جدول مشخص است، تعداد افراد شرکت‌کننده ۳۰ نفر بودند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. میانگین سنی آزمودنی‌ها، جنسیت و مقطع تحصیلی بر هر دو گروه آزمایش و کنترل در جدول مشخص شده‌است.

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مربوط به افراد شرکت‌کننده در فاز دوم پژوهش (N=۳۰)

| گروه‌ها     | آزمایش | کنترل |
|-------------|--------|-------|
| میانگین سن  | ۱۵/۶۷  | ۱۵/۲۰ |
| تعداد افراد | ۱۵     | ۱۵    |
| جنسیت       | ۴      | ۵     |
|             | ۱۱     | ۱۰    |
| مقطع تحصیلی | ۳      | ۵     |
|             | ۴      | ۴     |
|             | ۳      | ۴     |
|             | ۵      | ۲     |

متغیرهای عاطفه منفی، اندیشه‌پردازی خودکشی و کیفیت

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده‌است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

| گروه   |                     | پیش‌آزمون<br>اندیشه‌پردازی<br>خودکشی | پیش‌آزمون<br>عاطفه منفی | پیش‌آزمون<br>کیفیت<br>زندگی | پس‌آزمون<br>اندیشه‌پردازی<br>خودکشی | پس‌آزمون<br>عاطفه منفی | پس‌آزمون<br>کیفیت<br>زندگی |
|--------|---------------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------|----------------------------|
| آزمایش | میانگین             | ۲۴/۸۷                                | ۳۰/۸۷                   | ۷۰/۲۰                       | ۱۴/۴۰                               | ۲۰/۴۰                  | ۸۸/۱۳                      |
|        | انحراف<br>استاندارد | ۴/۳۶                                 | ۵/۰۱                    | ۶/۶۲                        | ۴/۹۱                                | ۳/۰۴                   | ۱۰/۳۳                      |
| کنترل  | میانگین             | ۲۶/۰۷                                | ۲۹                      | ۷۱/۸۷                       | ۲۲/۵۳                               | ۲۵/۲۰                  | ۷۸/۴۷                      |
|        | انحراف<br>استاندارد | ۲/۷۶                                 | ۴/۴۴                    | ۵/۲۲                        | ۳/۱۱                                | ۳/۳۴                   | ۵/۸۹                       |

نشان می‌دهد که گروه مداخله بهبودی بیشتری نسبت به

گروه کنترل داشته‌اند. برای بررسی معنی داری آماری این

نتایج از آمار استنباطی استفاده شده‌است. بدین منظور

تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده‌است. این

پژوهش دارای یک متغیر مستقل دو سطحی شامل گروه

آزمایش (که مداخله را دریافت می‌کند) و گروه کنترل

می‌باشد. متغیرهای وابسته هم شامل پس‌آزمون عاطفه

منفی، اندیشه‌پردازی خودکشی و کیفیت زندگی است.

پیش‌آزمون عاطفه منفی، اندیشه‌پردازی خودکشی و کیفیت

زندگی به عنوان متغیرهای همپراش (کووریت)<sup>۲</sup> در نظر

گرفته شده‌است. بدین ترتیب با توجه به اینکه یک متغیر

مستقل و سه متغیر وابسته به همراه متغیرهای همپراش در

همان طور که در جدول ۳ مشخص است، میانگین نمرات

پیش‌آزمون و پس‌آزمون مربوط به عاطفه منفی در گروه

آزمایش (گروه مداخله) به ترتیب برابر ۳۰/۸۷ و ۲۰/۴ و در

گروه کنترل به ترتیب برابر ۲۹ و ۲۵/۲ است؛ میانگین

نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مربوط به اندیشه‌پردازی

خودکشی در گروه آزمایش به ترتیب برابر ۲۴/۸۷ و ۱۴/۴

و در گروه کنترل به ترتیب برابر ۲۶/۰۷ و ۲۲/۵۳ است؛

میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مربوط به کیفیت

زندگی در گروه آزمایش به ترتیب برابر ۷۰/۲۰ و ۸۸/۱۳ و

در گروه کنترل به ترتیب برابر ۷۱/۸۷ و ۷۸/۴۷ محاسبه

شده است.

مقایسه نتایج نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل

لذا از نظر آماری معنادار نبوده و این مفروضه نیز برقرار است. بنابراین می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده نمود. نتایج حاصل از اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۴ مشخص شده‌است.

پژوهش حضور دارند، برای تحلیل نمرات افراد در گروه‌های آزمایش و کنترل و تعیین معنادار بودن تفاوت آن‌ها نیاز به تحلیل کوواریانس چند متغیره یا مانکوا<sup>۲۱</sup> می‌باشد. که با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شده‌است. برای برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس با توجه به اینکه نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه‌ها بر اساس طیف لیکرت، قبل و بعد از مداخله (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) در نظر گرفته شده‌است، بنابراین این متغیرها فاصله‌ای بوده و این پیش‌فرض رعایت شده است. آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند به طوریکه آزمودنی‌های این دو گروه تعاملی با هم دیگر نداشتند، لذا استقلال مشاهده‌ها نیز رعایت شده‌است. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها آزمون شاپیرو-ویلک<sup>۲۲</sup> اجرا شد که نتایج نشان داد در هیچ سطحی از متغیرها معنی‌دار نیست ( $P > 0.05$ ) و بدین ترتیب می‌توان گفت توزیع متغیرها از فرض نرمال بودن تخطی نکرده‌است. برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج به دست آمده ( $p = 0.187$ ) و  $F = 1/463$  و  $\text{Box's } M = 9/944$  بیانگر برقرار بودن مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس است ( $P > 0.05$ ) و همچنین از آزمون لوین<sup>۳</sup> نیز برای بررسی برابری واریانس‌ها، استفاده شد. نتایج نشان داد سطوح معناداری در هر سه متغیر از  $0.05$  بیشتر است ( $P > 0.05$ ).

MANCOVA<sup>۲۱</sup>  
Shapiro-Wilk<sup>۲۲</sup>

<sup>۲</sup> Levene's test

3

جدول ۴- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره

| اثر                             | ارزش  | F      | فرضیه df | خطا df | معناداری | مجذوراتا |
|---------------------------------|-------|--------|----------|--------|----------|----------|
| اثر پیلای <sup>۲۴</sup>         | ۰/۶۸۵ | ۱۶/۶۳۴ | ۳        | ۲۳     | ۰/۰۰۰۱   | ۰/۶۸۵    |
| لامبدای ویلکز <sup>۲۵</sup>     | ۰/۳۱۵ | ۱۶/۶۳۴ | ۳        | ۲۳     | ۰/۰۰۰۱   | ۰/۶۸۵    |
| اثر هاتلینگ <sup>۲۶</sup>       | ۲/۱۷۰ | ۱۶/۶۳۴ | ۳        | ۲۳     | ۰/۰۰۰۱   | ۰/۶۸۵    |
| بزرگترین ریشه روی <sup>۲۷</sup> | ۲/۱۷۰ | ۱۶/۶۳۴ | ۳        | ۲۳     | ۰/۰۰۰۱   | ۰/۶۸۵    |

زودآیند ویرایش نشده

Pillai's Trace<sup>۲۴</sup>  
Wilks' Lambda<sup>۲۵</sup>  
Hotelling's Trace<sup>۲۶</sup>  
Roy's Largest Root<sup>۲۷</sup>

پس‌آزمون و پیش‌آزمون، در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد، تایید می‌شود. برای بررسی تاثیر متغیر مستقل بر هرکدام از متغیرهای وابسته به صورت جداگانه در متن مانکوا، آنکوا انجام شد که در جدول ۵ نشان داده شده است.

با توجه به نتایج جدول ۴ ( $\eta^2 = 0/685$ ) Partial و ( $F_{(3,23)} = 16/634$  و  $P < 0/01$ ) لامبدای ویلکز و می‌توان گفت که بین نمرات پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد، بدین ترتیب فرضیه کلی مبنی بر اینکه بین نمرات

جدول ۵- نتایج آزمون کوواریانس تک متغیره برای هرکدام از متغیرهای وابسته

| منابع | متغیر وابسته                     | مجموع مجذورات<br>درجه سوم | df | میانگین<br>مجذورات | F      | معناداری | مجذورات |
|-------|----------------------------------|---------------------------|----|--------------------|--------|----------|---------|
| گروه  | پس‌آزمون<br>اندیشه‌پردازی خودکشی | ۳۲۵/۸۰۹                   | ۱  | ۳۲۵/۸۰۹            | ۳۰/۲۸۱ | ۰/۰۰۰۱   | ۰/۵۴۸   |
|       | پس‌آزمون عاطفه منفی              | ۲۲۴/۳۲۸                   | ۱  | ۲۲۴/۳۲۸            | ۴۱/۶۱۶ | ۰/۰۰۰۱   | ۰/۶۲۵   |
|       | پس‌آزمون کیفیت زندگی             | ۹۸۰/۲۴۰                   | ۱  | ۹۸۰/۲۴۰            | ۲۰/۴۱۳ | ۰/۰۰۰۱   | ۰/۴۴۹   |
| خطا   | پس‌آزمون<br>اندیشه‌پردازی خودکشی | ۲۶۸/۹۸۹                   | ۲۵ | ۱۰/۷۶۰             |        |          |         |
|       | پس‌آزمون عاطفه منفی              | ۱۳۴/۷۶۰                   | ۲۵ | ۵/۳۹۰              |        |          |         |
|       | پس‌آزمون کیفیت زندگی             | ۱۲۰۰/۵۲۶                  | ۲۵ | ۴۸/۰۲۱             |        |          |         |

( $F_{(1,25)} = 20/413$  و  $P < 0/01$ ) Partial  $\eta^2 = 0/449$

در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد.

به منظور تحلیل بهتر نتایج، میانگین تعدیل شده نیز در جدول ۶ ارائه شده است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین نمرات پس‌آزمون عاطفه منفی ( $\eta^2 = 0/625$ ) Partial و ( $P < 0/01$ ) و نمرات پس‌آزمون اندیشه پردازی خودکشی ( $\eta^2 = 0/548$ ) Partial و ( $P < 0/01$ ) و نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی ( $F_{(1,25)} = 30/281$ )

جدول ۶- میانگین تعدیل شده نمرات پس‌آزمون اندیشه پردازی خودکشی، عاطفه منفی و کیفیت زندگی

| متغیر وابسته | گروه | میانگین | خطای استاندارد | سطح اطمینان ۹۵ درصد |
|--------------|------|---------|----------------|---------------------|
|--------------|------|---------|----------------|---------------------|

| حد بالا | حد پایین |       |        |        |                 |
|---------|----------|-------|--------|--------|-----------------|
| ۱۶/۷۳۰  | ۱۳/۱۰۴   | ۰/۸۸۰ | ۱۴/۹۱۷ | آزمایش | پس‌آزمون اندیشه |
| ۲۳/۸۲۹  | ۲۰/۲۰۳   | ۰/۸۸۰ | ۲۲/۰۱۶ | کنترل  | پردازی خودکشی   |
| ۲۱/۱۳۸  | ۱۸/۵۷۲   | ۰/۶۲۳ | ۱۹/۸۵۵ | آزمایش | پس‌آزمون عاطفه  |
| ۲۷/۰۲۸  | ۲۴/۴۶۲   | ۰/۶۲۳ | ۲۵/۷۴۵ | کنترل  | منفی            |
| ۹۳/۲۸۷  | ۸۵/۶۲۷   | ۱/۸۶۰ | ۸۹/۴۵۷ | آزمایش | پس‌آزمون کیفیت  |
| ۸۰/۹۷۳  | ۷/۳۱۳    | ۱/۸۶۰ | ۷۷/۱۴۳ | کنترل  | زندگی           |

هیجانی ناخوشایند، واحد های هیجانی به ویژه غم و خشم به هم متصل شده و فعال شدن یکی، فعال شدن دیگری را به همراه دارد. لذا این افراد هر نوع تجربه هیجانی ناخوشایند را یا به کل بازداري می‌کنند و یا در صورت وقوع، آن‌ها را به صورت حالت‌های تهدید آمیز و ناهمخوان با خود تجربه می‌کنند. در فرایند درمان فضایی برای مراجع فراهم شده تا بتواند این هیجان‌ها و خاطرات غیر قابل پذیرش را در محیطی ایمن تجربه کند و این شهامت را پیدا کند که آن خاطرات و هیجان‌ها را در خویشتن یکپارچه کند [۲۰]. از نگاهی دیگر که با یافته های پژوهش‌های پیشین در زمینه تاثیر درمان‌های شناختی-رفتاری هیجان‌مدار و رویکردهای فراتشخیصی بر اختلالات هیجانی به ویژه افسردگی نیز همسو است [۶۶ و ۶۷]، کاهش عاطفه منفی در این درمان، از طریق افزایش آگاهی و پذیرش هیجان انجام شده‌است به این صورت که فرد تشویق می‌شود تجارب هیجانی را به عنوان پدیده ای ضروری در زندگی در نظر بگیرد و بدون اجبار برای سرکوب یا کاهش هیجان‌های منفی، به این تجارب با دیدگاه غیرقضاوت‌گرایانه نگاه کرده،

بدین ترتیب و بر اساس نتایج جدول‌های ۳ تا ۶ می‌توان گفت، مداخله‌ی شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر اندیشه‌پردازی خودکشی، عاطفه منفی و کیفیت زندگی اثربخش بوده است.

#### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس بر عاطفه منفی، اندیشه‌پردازی خودکشی و کیفیت زندگی نوجوانان افسرده انجام شد. یافته‌ها از اثر بخش بودن درمان بر این متغیرها حکایت دارد.

در خصوص تاثیر این درمان بر عاطفه منفی در نوجوانان افسرده یافته‌ها با نتایج حاصل از پژوهش‌های [۵۷، ۵۸ و ۵۹] همسو است. در زمینه تاثیر بر اندیشه پردازی خودکشی، با پژوهش‌های [۶۰، ۶۱ و ۶۲] و نهایتاً در خصوص تاثیر بر کیفیت زندگی نیز با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پژوهش‌های [۶۳، ۶۴ و ۶۵] همراستا می‌باشد

در مورد عاطفه منفی، بر اساس تبیین حاصل از مدل اسپارس، در نوجوانان افسرده هنگام رو به رو شدن با تجارب

از آن‌ها آگاه شده، پیام آن‌ها را درک نموده و اجازه دهد تجربه‌ی هیجانی سیر طبیعی خود را طی کند [۶۶]. بدین ترتیب واکنش فرد به هیجان‌های منفی اصلاح شده و عاطفه‌ی منفی یعنی تمایل یا گرایش به تجربه‌ی هیجانات ناخوشایند کاهش می‌یابد.

در خصوص تاثیر درمان بر اندیشه‌پردازی خودکشی در نوجوانان افسرده شرکت کننده در این پژوهش، از سه منظر قابل تبیین است. اول اینکه عاطفه منفی یا روان‌رنجوری در تحقیقات زیادی به عنوان پیش‌بین قوی برای افکار و رفتارهای خودکشی مطرح شده است [۶۸ و ۶۹] یعنی با کاهش تمایل شدید به اجتناب از هیجان‌های منفی و افزایش تحمل پریشانی و به تبع آن کاهش عاطفه منفی در افراد، افکار خودکشی نیز کاهش می‌یابد. در همین راستا این درمان با کاهش عاطفه منفی در نوجوانان افسرده که در قسمت قبل بیان شد، به کاهش اندیشه‌پردازی خودکشی در افراد منجر شده است. تبیین از منظر دوم به این صورت است که در این درمان، اندیشه‌پردازی خودکشی به عنوان راهبردهای درونی و ناکارآمد تنظیم هیجان در نظر گرفته شده و روی آن‌ها کار می‌شود تا با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، فرد به جای اندیشه‌پردازی خودکشی از راهبردهای کارآمدتر تنظیم هیجان استفاده نماید. در واقع با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی که هدف این درمان است، افراد یاد می‌گیرند به جای گیرکردن در چرخه‌ها و تله‌های فکری و تفسیرهای فاجعه‌بار، تعبیرهای انعطاف‌پذیرتر و واقع بینانه‌تری نسبت به موقعیت‌های هیجانی در نظر

بگیرند [۷۰]. علاوه بر این مراجع با استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی و توجه‌آگاهی، یاد می‌گیرد تجارب هیجانی خود (به خصوص تجارب هیجانی منفی) را بدون قضاوت پذیرفته و بدون استفاده از راهبردهای ناسالم تنظیم هیجان، با آن برخورد نماید. این کار باعث بهبود ارتباط میان افکار و احساسات از طریق تغییر توجه از تفکر تکراری به سمت تمرکز بر لحظه حال شده و دیدگاهی وسیع‌تر برای فرد فراهم می‌کند [۷۱] که به تبع آن استفاده از راهبردهای ناسالم از جمله افکار خودکشی و نشخوار ذهنی نیز کاهش می‌یابد. اما تبیین از منظر سوم که اختصاصاً از مدل اسپارس به دست آمده و در رویکرد های شناختی رفتاری دیگر کمتر مورد توجه بوده است، مربوط به نقش هیجان شرم و ارتباط آن با اندیشه‌پردازی خودکشی در افسردگی است. در تحقیقات سال‌های اخیر، مشخص شده است که نوجوانان افسرده دارای اندیشه‌پردازی خودکشی، نسبت به نوجوانان افسرده بدون این افکار، احساس بی‌ارزشی و شرم بیشتری را تجربه می‌کنند [۷۲ و ۷۳]. همسو با این نتایج، مدل اسپارس، بر خلاف رویکردهای هیجان‌مدار دیگر که بیشتر بر نقش غم در افسردگی و خودکشی تمرکز دارند؛ اتصال هیجان های غم و تنفر (شرم) را به عنوان یک عامل مهم در افسردگی به خصوص همراه با اندیشه‌پردازی خودکشی در نظر می‌گیرد [۳۲ و ۳۵] و یکی از اهداف اصلی درمان را، گسستن این هیجانات از یکدیگر و کمک به فرد برای یادگیری راهکارهای سالم‌تری جهت تنظیم این هیجانات می‌داند، به همین دلیل ابتدا در طول روند درمانی

فرد از این هیجانات و نحوه‌ی اتصال آن‌ها آگاه شده و سپس با تجربه این هیجانات در بستر درمانی و تفکیک آن‌ها از هم، از شدت اتصال هیجان‌ها کاسته شده و به سمت اصلاح هیجانی حرکت می‌کند و هیجان شرم یا تنفر معطوف به خود، در فرد کمتر شده و به تبع آن افکار خودآسیب‌رسان و خودکشی‌گرا نیز کاهش می‌یابد.

در تبیین بهبود کیفیت زندگی در نوجوانان افسرده که این درمان را دریافت کردند، می‌توان گفت کیفیت زندگی به عنوان یک سازه‌ی عمومی و چندبعدی در نظر گرفته می‌شود که ادراک ذهنی فرد از وضعیت سلامت جسمانی، سلامت روانی، عملکرد اجتماعی، محیط زندگی و کیفیت کلی زندگی را توصیف می‌کند [۷۴]. یکی از مؤلفه‌هایی که در کیفیت زندگی نقش ایفا می‌کند تنظیم هیجان است که می‌تواند کیفیت زندگی را از طریق ارتقای توانمندی‌های روان‌شناختی و بین‌فردی بهبود بخشد. اگر افراد یاد بگیرند که چگونه خطاهای شناختی خود را اصلاح کنند، هیجانات منفی را مدیریت کرده، روابط اثربخش برقرار کنند و استرس محیطی را کنترل نمایند، سطح بالاتری از خودکارآمدی، شایستگی تحصیلی و حمایت اجتماعی را تجربه خواهند کرد که همگی مؤلفه‌های کلیدی کیفیت زندگی هستند [۷۵]. بنابراین در این پروتکل در جلسات درمانی، پس از شناسایی راهبردهای ناسازگار، ابتدا فرد کارکرد این راهبردها بر کاهش موقتی هیجان‌های منفی در کوتاه مدت و حفظ مشکلات در دراز مدت را درک کرده و با کسب مهارت‌های فراهیجانی و به تبع آن به کارگیری راهبردهای کارآمدتر تنظیم هیجان،

یاد می‌گیرد که به چالش‌های هیجانی به صورت سالم‌تری پاسخ دهد و وضعیت عاطفی و اجتماعی خود را بهبود بخشد [۲۰]. بدین ترتیب این درمان می‌تواند منجر به افزایش احساس رضایتمندی، کارآمدی و نهایتاً ارتقا کیفیت زندگی در فرد شود.

#### محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

با وجود یافته‌های معنادار پژوهش حاضر، نتایج باید با در نظر گرفتن برخی محدودیت‌ها تفسیر شوند. نخست، روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شده‌است که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را محدود سازد. دوم اینکه جامعه پژوهش صرفاً شامل نوجوانان افسرده دارای اندیشه‌پردازی خودکشی در استان اصفهان بوده‌است؛ از این رو، تعمیم نتایج به سایر مناطق جغرافیایی، فرهنگ‌ها و گروه‌های سنی نیازمند احتیاط است و همچنین ارزیابی پیگیری برای بررسی پایداری اثرات درمان در بلندمدت انجام نشده‌است. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بزرگ‌تر استفاده شود و اثربخشی این پروتکل در مناطق جغرافیایی مختلف و گروه‌های سنی دیگر مورد بررسی قرار گیرد. همچنین انجام مطالعات طولی همراه با دوره‌های پیگیری چندماهه می‌تواند اطلاعات ارزشمندی درباره ماندگاری اثرات درمان ارائه دهد. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، بررسی اثربخشی این درمان در مقایسه با سایر رویکردهای هیجان‌مدار یا فراتشخیصی و همچنین سایر اختلالات هیجانی نیز مورد بررسی قرار گیرد. از نظر کاربردی، با توجه

در رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی بوده‌است.

**حامی مالی:** این مطالعه بدون حمایت مالی هیچ مؤسسه و سازمانی انجام شده‌است.

## منابع

- 1- Kring AM, Johnson SL. *Abnormal Psychology: The Science and Treatment of Psychological Disorders*. 14th ed. Wiley; 2018. Kindle edition.  
<https://www.wiley.com/en-us/Abnormal+Psychology%3A+The+Science+and+Treatment+of+Psychological+Disorders%2C+14th+Edition-p-9781119395232>
- 2- Daly M. Prevalence of depression among adolescents in the U.S. from 2009 to 2019: Analysis of trends by sex, race/ethnicity, and income. *J Adolesc Health*. 2022;70(3):496–9.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.08.026>
- 3- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.  
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- 4- Wilson S, Dumornay NM. Rising rates of adolescent depression in the United States: Challenges and opportunities in the 2020s. *J Adolesc Health*. 2022;70(3):354–5.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.12.003>
- 5- Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: Prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 1998;18(7):765–94. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00010-5](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00010-5)
- 6- Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R. *Clinical interviewing*. 5th ed. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2014.
- 7-Konjkav, H., Mohammadi, A. Fitting the Structural Model of the Relationship Between Suicidal Thoughts and Attempts in Adolescents, Considering the Mediating Variables of Family Cohesion and Self-Compassion. *Clinical Psychology and Personality*, 2025; 23(2): 29-50. doi: 10.22070/cpap.2025.7271.0
- 8- Häberling I, Preisig M, Emery S, Baumgartner N, Albermann M, Strumberger M, et al. Clinical characteristics of depressed children and adolescents with and without suicidal thoughts and behavior: A cross-sectional study. *Front Child Adolesc Psychiatry*. 2025;4:1510961.  
<https://doi.org/10.3389/frcha.2025.1510961>
- 9- Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A. Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a

به اثربخشی درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس، پیشنهاد می‌شود این پروتکل به‌عنوان یک مداخله پیشگیرانه و درمانی در مراکز مشاوره آموزش و پرورش، ادارات بهزیستی، اورژانس اجتماعی و مراکز بهداشت مورد استفاده قرار گیرد. همچنین آموزش این پروتکل به روان‌شناسان و مشاوران شاغل در حوزه نوجوانان می‌تواند نقش مؤثری در کاهش عاطفه منفی و اندیشه‌پردازی خودکشی و ارتقای کیفیت زندگی نوجوانان افسرده ایفا نماید.

## ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR/ETHICS.2024.78710.1045 اخذ شده از کمیته اخلاق دانشگاه علامه طباطبائی می‌باشد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، پیش از شروع درمان توضیحات مورد نیاز به نوجوانان و والدینشان در خصوص نحوه اجرا و جلسات مورد نیاز، داده شد و به صورت کتبی رضایت شرکت در پژوهش از آن‌ها اخذ گردید. افراد گروه کنترل (در انتظار درمان) در طول پژوهش مورد پایش خودکشی به صورت هفتگی قرار گرفتند تا در صورت تشدید علائم مرتبط با خودکشی، برای مداخله در بحران ارجاع داده شوند. پس از اجرای پروتکل و پس‌آزمون‌ها، جلسات درمانی برای گروه کنترل نیز در نظر گرفته شد و در صورتی که در طول جلسات، خطر خودکشی برای مراجعی بالا ارزیابی می‌شد از پژوهش خارج و برای مداخله بحران ارجاع می‌گردید. این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول

2020 Dec 22. doi:10.3389/fpsyg.2020.524848

22-Alavi A, Sharifi B, Ghanizadeh A, Dehbozorgi G. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in decreasing suicidal ideation and hopelessness of the adolescents with previous suicidal attempts. *Iran J Pediatr*. 2013;23(4):467-472.

23- Angelakis I, Huggett C, Gooding P, Panagioti M, Hodgkinson A. Effectiveness of cognitive-behavioural therapies of varying complexity in reducing depression in adults: systematic review and network meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2022;221(2):459-67. doi:10.1192/bjp.2022.35

24- Tompkins MA, Greenberg LS, Malberg NT, Tompkins MA. Cognitive behavior psychotherapy and emotion. In: *Working With Emotion in Psychodynamic, Cognitive Behavior, and Emotion-Focused Psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association; 2019. p. 53-106. https://doi.org/10.1037/0000130-000

25- Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(9):875-884. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2164

26- Rahimi M, Bahramipour M. The effective of unified transdiagnostic treatment on emotional awareness, cognitive emotion regulation and positive and negative affect in anxious children. *Clin Psychol Pers*. 2024;22(1):179-96. https://doi.org/10.22070/cpap.2024.16501.1252 [In Persian]

27-Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*. 2002;39(3):281-291. doi:10.1017/s0048577201393198

28- Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: an affective science perspective. *Clin Psychol Sci*. 2014;2(4):387-401.

29-Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: a pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther*. 2014;59:40-51. doi:10.1016/j.brat.2014.05.005

30-Hoseini Omam SS, Najafi M, Makvand Hosseini S, Salavati M, Rezaei AM. Comparison of the effectiveness of emotion regulation skills training based on Gross Model and Linehan Model on suicidal thoughts in adolescents with borderline personality disorder. *J Psychol Stud*. 2019;15(1):131-146. doi:10.22051/psy.2018.18804.1562. [Persian]

31-Power MJ, Dalgleish T. Two routes to emotion: some implications of multi-level theories of emotion for therapeutic practice. *Behav Cogn Psychother*. 1999;27(2):129-141. doi:10.1017/S1352465899272049.

possible mediator. *Pers Individ Dif*. 2008;44(3):576-86. https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.09.019

10- Barlow DH, Sauer-Zavala S, Carl JR, Bullis JR, Ellard KK. The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clin Psychol Sci*. 2014;2(3):344-65. https://doi.org/10.1177/2167702613505532

11- McCrae RR, Costa PT. *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2003. https://doi.org/10.4324/9780203428412

12- Liu C, Chen L, Chen S. Influence of neuroticism on depressive symptoms among Chinese adolescents: The mediation effects of cognitive emotion regulation strategies. *Front Psychiatry*. 2020;11:420. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00420

13- Sultson H, Murd C, Havik M, Konstabel K. Negative affect instability predicts elevated depressive and generalized anxiety disorder symptoms even when negative affect intensity is controlled for: an ecological momentary assessment study. *Front Psychol*. 2024;15:1371115. doi:10.3389/fpsyg.2024.1371115

14- Fernandes MDSV, Mendonça CR, da Silva TMV, Noll PRES, de Abreu LC, Noll M. Relationship between depression and quality of life among students: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2023;13(1):6715. https://doi.org/10.1038/s41598-023-33584-3

15- Moutinho ILD, Lucchetti ALG, Ezequiel ODS, Lucchetti G. Mental health and quality of life of Brazilian medical students: Incidence, prevalence, and associated factors within two years of follow-up. *Psychiatry Res*. 2019;274:306-12. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.041

16- World Health Organization. *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: Field trial version*. Geneva: WHO; 1996. https://iris.who.int/handle/10665/63529

17-Magiera A, Pac A. Determinants of Quality of Life among Adolescents in the Małopolska Region, Poland. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14):8616. Published 2022 Jul 15. doi:10.3390/ijerph19148616

18-Gaspar T, Ribeiro JP, de Matos MG, Leal I, Ferreira A. Health-related quality of life in children and adolescents: subjective well being. *Span J Psychol*. 2012;15(1):177-186. doi:10.5209/rev\_sjop.2012.v15.n1.37306

19-Kolovos S, Kleiboer A, Cuijpers P. Effect of psychotherapy for depression on quality of life: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2016;209(6):460-468. doi:10.1192/bjp.bp.115.175059

20- Power M. *Emotion-focused cognitive therapy*. Wiley Blackwell; 2010. https://doi.org/10.1002/9780470660065

21-Rubio A, Oyanedel JC, Bilbao M, Mendiburo-Seguel A, López V, Páez D. Suicidal Ideation Mediates the Relationship Between Affect and Suicide Attempt in Adolescents. *Front Psychol*. 2020;11:524848. Published

us/Comprehensive+Handbook+of+Psychological+Assessment%2C+Volume+2%3A+Personality+Assessment-p-9780471480952

45- Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparing two conceptual frameworks. *IJPCP*. 2005;11(3):312–26. <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-62-fa.html> [In Persian]

46- Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory second edition: BDI-Persian. *Depress Anxiety*. 2005;21:185–92. <https://doi.org/10.1002/da.20070>

47- Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: The scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol*. 1979;47(2):343–52. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.47.2.343>

48- Beck AT, Steer RA, Ranieri WF. Scale for Suicide Ideation: Psychometric properties of a self-report version. *J Clin Psychol*. 1988;44(4):499–505. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198807\)44:4<499::AID-JCLP2270440404>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198807)44:4<499::AID-JCLP2270440404>3.0.CO;2-6)

49- Kumar G, Steer RA. Psychosocial correlates of suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behav*. 1995;25(3):339–46. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00956.x>

50- Esfahani M, Hashemi Y, Alavi K. Psychometric assessment of Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI) in general population in Tehran. *Med J Islam Repub Iran*. 2015;29:268. <http://mjiri.iuims.ac.ir/article-1-3204-en.html>

51- Watson D, Clark LA, Carey G. Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *J Abnorm Psychol*. 1988;97(3):346. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.97.3.346>

52- Crawford JR, Henry JD. The positive and negative affect schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *Br J Clin Psychol*. 2004;43(Pt 3):245–65. <https://doi.org/10.1348/0144665031752934>

53- Huebner ES, Dew T. Preliminary validation of the positive and negative affect schedule with adolescents. *J Psychoeduc Assess*. 1995;13(3):286–93. <https://doi.org/10.1177/073428299501300307>

54- Mohammadi N. The factor structure of state and trait forms of positive and negative affect scales. *Int J Behav Sci*. 2011;5(1):21. [https://www.behavsci.ir/article\\_67712.html](https://www.behavsci.ir/article_67712.html) [In Persian]

55- Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. *Qual Life Res*. 2004;13(2):299–310.

32- Power MJ, Schmidt S. Emotion-focused treatment of unipolar and bipolar mood disorders. *Clin Psychol Psychother*. 2004;11(1):44–57. doi:10.1002/cpp.391.

33- Power M. Cognitive psychopathology: the role of emotion. *Análise Psicológica*. 2009;27:127–141.

34- Oatley K, Johnson-Laird PN. Towards a cognitive theory of emotions. *Cogn Emot*. 1987;1:29–50. <https://doi.org/10.1080/02699938708408362>

35- Power M, Dalgleish T. Cognition and emotion: From order to disorder. 3rd ed. Psychology Press; 2016. <https://doi.org/10.4324/9781315708744>

36- Fox JR, Smithson E, Baillie S, Ferreira N, Mayr I, Power MJ. Emotion coupling and regulation in anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother*. 2013;20(4):319–333. doi:10.1002/cpp.1823

37- Power MJ, Tarsia M. Basic and complex emotions in depression and anxiety. *Clin Psychol Psychother*. 2007;14(1):19–31. doi:10.1002/cpp.515.

38- Sabouri M. Cognitive emotional focus therapy and its effectiveness on suicide ideation and cognitive triad on major depression patients [master's thesis]. Mashhad: Ferdowsi University of Mashhad, Faculty of Education and Psychology; 2014. [Persian]

39- Shamel MH, Borjali A, Isamorad A, Afshari A, Asgari M. Development and validation of emotion-focused cognitive behavioral protocol based on SPAARS model: A descriptive study. *JRUMS*. 2025;23(10):918–31. <http://journal.rums.ac.ir/article-1-7523-en.html> [In Persian]

40- Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2nd ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

41- First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. *Structured clinical interview for DSM-5 disorders (SCID-5-CV): Clinician version*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2016. <https://www.appi.org/Products/Interviewing/Structured-Clinical-Interview-for-DSM-5-Disorders>

42- Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Adv Cogn Sci*. 2004;6(1–2):10–22. <http://icssjournal.ir/article-1-26-fa.html> [In Persian]

43- Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck depression inventory manual*. 2nd ed. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>

44- Dozois DJA, Covin R. The Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck Hopelessness Scale (BHS), and Beck Scale for Suicide Ideation (BSS). In: Hilsenroth MJ, Segal DL, editors. *Comprehensive handbook of psychological assessment*. Vol 2. Personality assessment. Hoboken (NJ): John Wiley & Sons; 2004. p. 50–69 [Internet]. <https://www.wiley.com/en->

- 65- Khezai F, Mirzahosseini H, Nokani M. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on improving quality of life in female dialysis patients [Internet]. 2022. <https://civilica.com/doc/1645830> [In Persian]
- 66- Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety Disorders: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(9):875-884. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2164
- 67- McKay M, West A. Emotion efficacy therapy: A brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT and DBT [Internet]. *Oakland (CA): New Harbinger Publications*; 2016. <https://www.newharbinger.com/9781626254053/emotion-efficacy-therapy>
- 68- Tanji F, Kakizaki M, Sugawara Y, et al. Personality and suicide risk: the impact of economic crisis in Japan. *Psychol Med*. 2015;45(3):559-573. doi:10.1017/S0033291714001688
- 69- Bentley KH, Sauer-Zavala S, Cassiello-Robbins CF, Conklin LR, Vento S, Homer D. Treating Suicidal Thoughts and Behaviors Within an Emotional Disorders Framework: Acceptability and Feasibility of the Unified Protocol in an Inpatient Setting. *Behav Modif*. 2017;41(4):529-557. doi:10.1177/0145445516689661
- 70- Ehrenreich-May J, Kennedy SM, Sherman JA, Bilek EL, Buzzella BA, Bennett SM, et al. *Unified protocols for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents: Therapist guide* [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2018 <https://global.oup.com/academic/product/unified-protocols-for-transdiagnostic-treatment-of-emotional-disorders-in-children-and-adolescents-therapist-guide-9780199344650>
- 71- Tseng HW, Chou FH, Chen CH, Chang YP. Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Major Depressive Disorder with Multiple Episodes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(2):1555. Published 2023 Jan 14. doi:10.3390/ijerph20021555
- 72- O'Brien KHM, Nicolopoulos A, Almeida J, Aguinaldo LD, Rosen RK. Why adolescents attempt suicide: A qualitative study of the transition from ideation to action. *Arch Suicide Res*. 2021;25(2):269-86. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1675561>
- 73- Sheehy K, Noureen A, Khaliq A, Dhingra K, Husain N, Pontin EE, et al. An examination of the relationship between shame, guilt and self-harm: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2019;73:101779. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101779>
- 74- Sirgy MJ. *The psychology of quality of life*. Dordrecht (Netherlands): Kluwer Academic Publishers; 2002.
- 75- Mahdavi Haji T, Mohammadkhani S, Hahtami M. The <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- 56- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The World Health Organization quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *SJSPH*. 2006;4(4):1-12. <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-187-fa.html> [In Persian]
- 57- Arunya B, Paulomi MS, Shyam SA. Effect of Unified Protocol on neuroticism, emotion regulation skills, and symptom severity—A case series. *J Affect Disord Rep*. 2023;14(9):100619. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2023.100619>
- 58- Peris-Baquero Ó, Moreno-Pérez JD, Navarro-Haro MV, Díaz-García A, Osma J. Emotion dysregulation and neuroticism as moderators of group Unified Protocol effectiveness outcomes for treating emotional disorders. *J Affect Disord*. 2023;331:313-21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.03.079>
- 59- Shahbazi Seyed Ahmadiani L, Khorvash M. The effectiveness of training positive thinking and optimism based on cognitive behavioral skills approach on reducing depression and quality of life among secondary school students. *JAYPS* [Internet]. 2022;2(2):101-14. <https://journals.kmanpub.com/index.php/jayps/article/view/508> [In Persian]
- 60- Sander LB, Beisemann M, Doebler P, Micklitz HM, Kerkhof A, Cuijpers P, et al. The effects of internet-based cognitive behavioral therapy for suicidal ideation or behaviors on depression, anxiety, and hopelessness in individuals with suicidal ideation: Systematic review and meta-analysis of individual participant data. *J Med Internet Res*. 2023;25:e46771. <https://doi.org/10.2196/46771>
- 61- Chaghazardi F, Arefi M. The effectiveness of cognitive-behavioral intervention on suicidal thoughts, health anxiety, and frustration among adolescents. *J New Adv Psychol Train Educ*. 2023;6(59). <https://www.jonapte.ir/showpaper/11966728> [In Persian]
- 62- Babaee Z, Mansoobifar M, Sabet M, Borjali M, Mashayekh M. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness treatment on distress tolerance and suicidal ideation in adolescents with suicidal thoughts. *J Clin Psychol*. 2022;13(4):41-52. <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.23039.2123> [In Persian]
- 63- Bahreini Z, Kahrazehi F, Nikmanesh Z. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on psychological well-being and positive and negative emotions in adolescent girls with body dysmorphic syndrome. *IJRN*. 2022;8(2):64-79. <http://ijrn.ir/article-1-685-fa.html> [In Persian]
- 64- Wilner JG, Dufour S, Kennedy K, Sauer-Zavala S, Boettcher H, Farchione TJ, et al. Quality of life in heterogeneous anxiety disorders: Changes across cognitive-behavioral treatments. *Behav Modif*. 2020;44(3):343-64. <https://doi.org/10.1177/0145445518815603>

effectiveness of life skills training on happiness, quality of life and emotion regulation. *Procedia Soc Behav Sci.* 2011;30:407-411.

زودآیند ویرایش نشده