Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 1-16
DOI: 10.22070/cpap.2026.20819.1769

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 Depressed Adolescents

Authors

Mohamad Hasan Shameli [1], Ahmad Borjali [2*], Abolghasem Isamorad [3], Afrooz Afshari [4], Mohamad Asgari [5]

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
2. Prof., Dept. of General and Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)
3. Prof., Dept. of General and Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. isamorad@atu.ac.ir
4. Associate Prof., Dept. of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Esfahan University, Esfahan, Iran. a.afshari@alzahra.ac.ir
5. Associate Prof., Dept. of Educational Measurement and Assessment, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. drmasgari423@gmail.com

Abstract

Receive Date: 21/02/2026

Accept Date: 26/08/2026

Introduction: Depression is one of the most common psychological disorders, with a growing prevalence in recent years, particularly among adolescents. Over the past decades, numerous protocols within the cognitive-behavioral framework have been developed for emotional disorders, especially depression; however, none have been designed based on a robust emotional model. The present study aimed to examine the effectiveness of the Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy protocol, grounded in the SPAARS model, on suicidal ideation, negative affect, and quality of life in depressed adolescents.

Method: This study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest format and a control group. The study population consisted of all male and female students aged 13–18 years in Isfahan Province in 2024. The sample included 30 adolescents diagnosed with depression and experiencing suicidal thoughts, selected through convenience sampling from clients of counseling centers affiliated with the Department of Education in Isfahan. Participants were randomly assigned to groups. Research variables were assessed using 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 analysis of covariance (ANCOVA).

Results: Findings indicated that posttest scores for suicidal ideation and negative affect significantly decreased in the experimental group compared to the control group ($p < 0.01$). Additionally, posttest scores for 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 adolescents with depression. 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

Journal of Clinical Psychology & Personality
Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 1-16

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 is suicidal ideation—thoughts and beliefs and self-talk related to ending one's life represents a particularly severe clinical concern. Depressed adolescents experiencing 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 characterized by a tendency toward negative emotions and heightened stress sensitivity—has 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 crucial both for understanding the functional burden of depression and for evaluating treatment outcomes. Cognitive-behavioral therapy (CBT) is among the most extensively studied treatments for depression. Although third-wave and transdiagnostic CBT approaches have placed greater emphasis on emotion, few are 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: analogical, associative, propositional, and schematic. Building on this model, Shameli and colleagues (2025) developed and validated an emotion-focused cognitive-behavioral therapy (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 improving the quality of life among adolescents with depression.

Method

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 is suicidal ideation—thoughts and beliefs and self-talk related to ending one's life represents a particularly severe clinical concern. Depressed adolescents experiencing 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 characterized by a tendency toward negative emotions and heightened stress sensitivity—has 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 crucial both for understanding the functional burden of depression and for evaluating treatment outcomes. Cognitive-behavioral therapy (CBT) is among the most extensively studied treatments for depression. Although third-wave and transdiagnostic CBT approaches have placed greater emphasis on emotion, few are 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: analogical, associative, propositional, and schematic. Building on this model, Shameli and colleagues (2025) developed and validated an emotion-focused cognitive-behavioral therapy (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 improving the quality of life among adolescents with depression.

Results

The mean ages of participants in the experimental and control groups were 15.67 and 15.20 years, respectively. The mean pre-test and post-test scores for negative affect in the experimental group were 30.87 and 20.40, respectively, while in the control group, they were 29.00 and 25.20. For suicidal ideation, the experimental group had mean pre-test and post-test scores of 24.87 and 14.40, respectively, compared to 26.07 and 22.53 in the control group. Regarding quality of life, the experimental group's mean pre-test and post-test scores were 70.20 and 88.13, respectively, whereas the control group scored 71.87 and 78.47. A comparison of post-test scores between the two groups indicated that the experimental group showed greater improvement than the control group.

To assess the statistical significance of these findings, inferential statistics were employed. Since the study involved one independent variable with two levels and three dependent variables, a multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was conducted. The assumptions for covariance analysis—including interval-level measurement of covariates and dependent variables, independence of observations, normal distribution of variables, homogeneity of variance–covariance matrices (Box's M test), and equality of variances (Levene's test)—were satisfied. The MANCOVA results 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 significant differences exist between pre-test and post-test scores across the experimental and control groups was supported. To further examine the effect of the independent variable on each dependent variable individually within the MANCOVA framework, 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 $\eta^2 = .449$). These findings suggest that the emotion-focused cognitive-behavioral intervention was effective in reducing suicidal ideation and negative affect, as well as enhancing quality of life among depressed adolescents.

Conclusion

The present study aimed to evaluate the effectiveness of an emotion-focused cognitive-behavioral protocol based on the SPAARS model in reducing negative affect and suicidal ideation, as well as in enhancing the quality of life among depressed adolescents. The findings provide evidence supporting the efficacy of this intervention. The SPAARS emotional model, which underpins the protocol, posits that every emotional experience arises 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 result 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 patient's core emotional difficulties. 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 contribute to maladaptive emotion regulation. From the seventh session onward, treatment focused on identifying problematic emotions, eliciting and experiencing them within the therapeutic context, and fostering healthier emotional pathways. This study has certain limitations. The sample was restricted to depressed adolescents with suicidal ideation in Isfahan Province, which may restrict the generalizability of the findings. Therefore, replication across broader age groups and diverse geographical regions is recommended. Furthermore, this protocol can be applied as a transdiagnostic intervention for a range of comorbid emotional disorders. Future studies are encouraged to examine its effectiveness in these 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.

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.

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

دوفصلنامه علمی «روان‌شناسی بالینی و شخصیت»
دوره ۲٤، شماره ۲، پیاپی ٤۷، پاییز و زمستان ۱٤۰۵، صص ۱٦-۱
DOI: 10.22070/cpap.2026.20819.1769

مقاله پژوهشی

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

نویسندگان

محمدحسن شاملی [۱]، احمد برجعلی [۲*]، ابوالقاسم عیسی مراد رودبنه [۳]، افروز افشاری [٤]، محمد عسگری [۵]

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

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

۳. استاد، گروه روان‌شناسی بالینی و عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. isamorad@atu.ac.ir

٤. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. a.afshari@alzahra.ac.ir

۵. دانشیار، گروه سنجش و اندازه گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران. drmasgari423@gmail.com

چکیده

تاریخ دریافت:
۱۴۰۴/۱۲/۰۲

تاریخ پذیرش:
۱۴۰۵/۰۶/۰۴

مقدمه: افسردگی از شایع ترین اختلالات روانی بوده و در سال‌های اخیر روند رو به رشدی، به خصوص در بین نوجوانان داشته است. در پژوهش های قبلی، اندیشه پردازی خودکشی، عاطفه منفی و کیفیت زندگی به عنوان عوامل مهم و مرتبط با افسردگی به ویژه در نوجوانان، مطرح شده‌اند. 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 پس آزمون، همراه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان دختر و پسر ۱۳ تا ۱۸ سال مبتلا به افسردگی همراه با اندیشه پردازی خودکشی در استان اصفهان در سال ۱۴۰۳ بود و نمونه مورد بررسی شامل ۳۰ دانش‌آموز بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس و از میان مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره 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 مصاحبه‌ساختاریافته (SCID-5)، پرسش نامه افسردگی بک (BDI-II)، پرسش نامه مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI)، مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS)، و پرسش نامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) استفاده گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیره و با استفاده از نرم‌افزار 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 معناداری ($p<0.01$) و نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، افزایش معناداری ($p<0.01$) داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری: پروتکل درمان شناختی - رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس بر بهبود اندیشه‌پردازی خودکشی، عاطفه منفی و کیفیت زندگی نوجوانان افسرده اثربخش بوده و می‌تواند به عنوان یک درمان مؤثر در زمینه افسردگی همراه با اندیشه پردازی خودکشی به کار گرفته شود.

CC BY NC

کلیدواژه‌ها

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.

دوفصلنامه علمی روان‌شناسی بالینی و شخصیت، دوره ۲۴، شماره ۲، پیاپی ۴۷، پاییز و زمستان ۱۴۰۵، صص ۱۶-۱
Journal of Clinical Psychology & Personality, Vol. 24, No. 2, Serial 47, Autumn & Winter 2026-27, pp 1-16

مقدمه

آسیب‌های روان‌شناختی در دوران کودکی و نوجوانی در سال‌های اخیر روند افزایشی چشمگیری داشته است و شمار کودکانی که تشخیص و درمان اختلال‌های روانی مختلف را دریافت می‌کنند، به طور قابل توجهی افزایش یافته‌است [۱]. 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 دهه گذشته افزایش یافته است [۲، ۳، ۴]. این افزایش از آن جهت نگران‌کننده است که افسردگی در نوجوانی با پیامدهای گسترده‌ای در حوزه‌های هیجانی، شناختی، تحصیلی و اجتماعی همراه بوده و می‌تواند مسیر رشد روانی - اجتماعی فرد را ب ه‌طور جدی تحت‌تأثیر قرار دهد [۵] . یکی از ملاک‌های نه‌گانه تشخیصی افسردگی اساسی براساس نسخه تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[1]، ویرایش پنجم (DSM-5-TR)، اندیشه‌پردازی خودکشی است [۳]. اندیشه پردازی 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 [۶، ۷]؛ به علاوه افسردگی همراه با اندیشه‌پردازی خودکشی، با شدت افسردگی بالاتر و عملکرد ضعیف تر به خصوص در نوجوانان همراه است[۸]. این یافته ها بر اهمیت ویژه پرداختن به افسردگی همراه با اندیشه پردازی خودکشی در نوجوانان تأکید دارند. یکی دیگر از عوامل مهم که در بروز و تداوم افسردگی نقش دارد، عاطفه منفی یا روان رنجوری است [۳، ۹]. عاطفه منفی که در ادبیات پژوهشی با مفاهیمی همچون روان‌رنجوری، اضطراب صفت، بازداری رفتاری و اجتناب از آسیب نیز توصیف شده‌است [۱۰]، یک ویژگی شخصیتی نسبتاً پایدار است که با تمایل به تجربه هیجان های منفی، حساسیت بالا به استرس و واکنش های 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 نه تنها با علائم افسردگی رابطه معنادار دارد، بلکه به عنوان 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 نظام های 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، 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]، ضمنا 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، ۲۰].

به طور کلی می‌توان بر اساس این شواهد مطرح کرد که عاطفه منفی به عنوان 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 بتوانند هم‌زمان بر 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[2] به‌عنوان یکی از مداخلات خط نخست در درمان افسردگی نوجوانان شناخته می‌شود و شواهد قابل توجهی از اثربخشی آن در کاهش نشانه‌های افسردگی و اندیشه‌پردازی خودکشی وجود دارد [۲۲و۲۳]، با این حال بسیاری از رویکردهای شناختی - رفتاری کلاسیک، هیجان را بیشتر به عنوان پیامد پردازش‌های شناختی در نظر گرفته و کمتر بر سازوکارهای هیجانی

1 . Diagnostic and statistical manual of mental disorders

2 . Cognitive Behavioral Therapy

زیربنایی تمرکز کرده‌اند[۲۰]. البته در سال‌های اخیر، رویکردهای موج سوم و فراتشخیصی تلاش کرده‌اند به نقش هیجان توجه بیشتری نشان دهند [۲۵،۲۴و۲۶]. برای نمونه می‌توان به دو مدل هیجانی گراس[1] و لینهان[2] نیز اشاره نمود. مدل فرایندی تنظیم هیجان گراس، تنظیم هیجان را به عنوان 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 ناسازگارهیجانی با تمرکز بر روی تغییر است [۲۸] و مدل تنظیم هیجان لینهان که به عوامل زیستی- اجتماعی و 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 حوزه هیجان هستند [۲۰]. در این راستا، مدل هیجانی اسپارس که به وسیله پاور و دالگلیش[3] تدوین شده است، با ارائه 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[4]، پیوندی (تداعی)[5]، گزاره‌ای[6] و طرحواره‌ای[7] 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 ارزیابانه سطح بالا است که از طریق سیستم طرحواره‌ای فعال می‌شود [۳۳]. افزون بر این، مدل اسپارس همسو با دیدگاه اوتلی و جانسون - لیرد[8]، 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، نتیجه 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 رویکردهای شناختی رفتاری سنتی را داشته و خلأهای موجود را به ویژه در زمینهٔ هیجان پر می‌نماید. در ادامه به چند تحقیق که از مدل اسپارس استفاده کرده‌اند، اشاره گردیده است: در پژوهش فاکس[9] 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 مؤثربودن این درمان حکایت داشته است [۳۸]؛ بنابراین پژوهش‌های انجام شده 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 برده است. این پروتکل با تلفیق تکنیک‌های مؤثر شناختی - رفتاری و یافته‌های نوین حوزه هیجان، به طور 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

1 . Gross
2 . Linehan
3 . Power & Dalgleish
4 . Analogical
5 . Associative
6 . Propositional
7 . Schematic
8 . Oatley & Johnson-Laird
9 . Fox

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 ۱۳تا ۱۸سال 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 مشاوره 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 شده است. ملاک‌های ورود به پژوهش اعلام رضایت کتبی و آگاهانه نوجوان و والدینش، قرار داشتن در بازه سنی ۱۳تا 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 پرسش 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 مصاحبه ساختاریافته (SCID-5)، بود. ملاک های 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 شده بود.

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 شده است. 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	اهداف: توضیح کلی در خصوص زمان و روند جلسات و مرور مسائل مرتبط با رازداری توضیح در خصوص روند کار در جلسه فعلی که شامل ارزیابی و مصاحبه تشخیصی، آشنایی با پروتکل درمانی و ارائه تکلیف خواهد بود. تکالیف: نوشتن اهداف کلی مراجع در زندگی، فهرست مشکلات مراجع، تکمیل نمودار پایش خلق روزانه
دوم	اهداف: تقویت رابطه و اتحاد درمانی، ایجاد انگیزه جهت ادامه جلسات، تعیین اهداف درمانی، تعیین فعالیت(هایی) جهت بهبود خلق تکالیف: تعیین گام‌های مورد نیاز برای اهداف کلی زندگی، تکمیل اهداف درمانی، انجام یک یا دو فعالیت لذت‌بخش تعیین شده در جلسه و بررسی تأثیر آن بر خلق مراجع، تکمیل نمودار پایش خلق روزانه
سوم	اهداف: شروع آموزش مربوط به مهارت‌های فراهیجانی با تمرکز بر آگاهی از هیجان‌های پایه، کاربرد و ضرورت آن‌ها، پذیرش هیجان‌ها، آشنایی با منطق آگاهی غیرقضاوتی تکالیف: تکمیل نمودار پایش خلق روزانه، ثبت هیجانات تجربه شده در طول هفته، تمرین تنفس آگاهانه
چهارم	اهداف: نام‌گذاری و تفکیک هیجان‌های تجربه شده، پذیرش هیجان‌ها، شناسایی رخدادهای قبل، در حین و بعد از تجربه هیجانی تکالیف: تکمیل نمودار پایش خلق روزانه، ثبت تجارب هیجانی همراه با رخدادهای قبل، در حین هیجان و بعد از هیجان، انجام تمرین قدم زدن آگاهانه

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

جلسه	شرح جلسات
پنجم	اهداف: تمرکز بیشتر بر تجربه هیجانی، معرفی کامل مؤلفه‌های تجربه هیجانی، نحوه تعامل آن‌ها، آموزش نحوه آگاهی از این مؤلفه‌ها تکالیف: تکمیل نمودار پایش خلق روزانه، ثبت تجارب هیجانی۲، انجام ذهن آگاهی در هنگام تجربه هیجانی
ششم	اهداف 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 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) تکالیف: مطالعه جزوه مربوط به رفتارهای اجتنابی و مبتنی بر هیجان، شناسایی و ثبت راهبردهای رفتاری تنظیم هیجان
هفتم	اهداف: توجه به مفهوم تفکر به عنوان یکی از مولفه های تجربه هیجان توضیح نحوه تأثیر تفکر بر هیجان تجربه شده معرفی تله‌های فکری به عنوان راهبردهای درونی و ناکارآمد تنظیم هیجان تکالیف: مطالعه جزوه مربوط به افکار، پر کردن جدول راهبردهای تنظیم هیجان
هشتم	اهداف: مرور مطالب قبلی، شناسایی هیجان‌های مشکل ساز، شناسایی باورها، بازداری‌ها و هیجان‌های جفت شده، توضیح روند و اهمیت فراخوانی هیجان‌ها تکالیف: تکمیل کاربرگ مربوط به داستان هیجانی۱
نهم تا یادزهم	اهداف: فراخوانی 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
دوازدهم (پایانی)	اهداف: مرور مفاهیم کلیدی درمان - بررسی احساست فعلی مراجع به خصوص نسبت به پایان یافتن جلسات، آمادگی برای استفاده از مطالب جلسات برای چالش‌های آینده زندگی تکالیف: مرور جزوه مربوط به خلاصه جلسات درمانی

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

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات روانی[1] (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 شده است، اما به گفته 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 مطالعه ای برای جمعیت ایرانی متوسط تا خوب (کاپا >۰/۶) گزارش شده است [۴۲].

پرسشنامه افسردگی بک[2] (BDI-II)

پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) دارای ۲۱ پرسش و یک ابزار خود گزارش‌دهی برای اندازه‌گیری شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان بالاتر از ۱۳ سال

1 . Structured Clinical Interview for Dsm-5 Disorders (Scid-5-cv): Clinician Version

2 . Beck Depression Inventory

است [۴۳]. هر پرسش شامل ۴ گزینه است که به ترتیب شدت علائم، از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین دامنه نمرات در BDI-II بین صفر تا ۶۳ است. در تحقیقات مختلف، برای این پرسش‌نامه ثبات درونی بالایی گزارش شده است. برای مثال، دوزوایس و کوین[1] [۴۴] با بررسی ۱۳ مطالعه، میانگین ضریب آلفای ۰/۹۱ (بین ۰/۸۹تا ۰/۹۴) به دست آوردند. همچنین، در کتابچه راهنمای پرسش‌نامه، ضریب پایایی آزمون - باز آزمون یک هفته‌ای برابر ۰/۹۳ عنوان شده است [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 ۰/۸۷را برای همسانی درونی و ضریب هم بستگی ۰/۷۴ برای پایایی بازآزمایی این پرسش‌نامه گزارش داده اند که بیانگر پایایی و روایی مطلوب این پرسش‌نامه می‌باشد. ضمناً در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه اندیشه‌پردازی خودکشی بک[2] (BSSI)

یک پرسشنامه خودگزارش دهی ۱۹ پرسشی است که وجود و شدت افکار خودکشی را در یک هفته قبل ارزیابی می‌کند [۴۷]. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به این صورت است که هر پرسش شامل سه گزینه بوده که بر اساس شدت افکار خودکشی از صفر (عدم وجود) تا ۲ (شدت بالا) نمره‌گذاری شده و دامنه نمرات بین صفر تا ۳۸ است. نمراه 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 گزراش شده است [۴۸و۴۹]. 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 نسخه ترجمه شده BSSI، رضایت‌بخش 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 پرسش‌نامه در پژوهش حاضر بر اساس ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس عاطفه مثبت و منفی[3] (PANAS): مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS) یک ابزار خودگزارش دهی ۲۰ ماده‌ای است که عاطفه مثبت و منفی را می‌سنجد و به وسیله واتسون[4] و همکاران [۵۱] معرفی شده است. ادعا شده است که این مقیاس اندازه گیری‌های مستقلی از عاطفه منفی (NA) و عاطفه مثبت (PA) ارائه می‌کند [۵۲]. هر خرده مقیاس ۱۰ ماده دارد که براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری می‌شود (از به هیچ‌وجه 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، هبنر و ویو[5] [۵۳] پایایی و روایی این مقیاس را در این جمعیت مناسب ارزیابی کردند. نتایج گزارش شده در این پژوهش که با شرکت ۲۶۶ دانش‌آموز با میانگین سنی ۱۶ سال انجام شده بود، بدین شرح است: همسانی درونی (ضریب آلفا) برای مقیاس عاطفه مثبت و منفی ۰/۸۵ عنوان شد که بیانگر پایایی مناسب است. تحلیل عاملی انجام شده نیز از وجود دو عامل (خرده مقیاس عاطفه مثبت و منفی) حمایت کرد و هم‌بستگی بین عامل‌ها هم ۰/۱۳- محاسبه شد. بر اساس پژوهش های داخلی نیز این تست دارای روایی و پایایی مناسبی ارزیابی شده‌است [۵۴]. در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس عاطفه منفی بر اساس آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی[6] (WHOQOL-BREF)

در این پژوهش از فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی

1 . Dozois & Covin
2 . Beck Scale for Suicide Ideation
3 . Positive and Negative Affect Schedule
4 . Watson
5 . Huebner & Dew
6 . World Health Organization Quality of Life - Brief Version

سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL-BREF) استفاده شده است. این پرسش‌نامه دارای ۲۶ ماده است که دو ماده نخست، به صورت کلی در خصوص کیفیت زندگی و سلامت عمومی است و در نمره گذاری لحاظ نمی‌شود؛ بنابراین نمره گذاری بر اساس پرسش‌های ۳ تا ۲۶ انجام می‌شود (۲۴ پرسش) که چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را می‌سنجد. در این پژوهش از نمره خام کل استفاده شده است. تمامی پرسش‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای (۱تا۵) نمره گذاری شده و نمره خام هر فرد در بازۀ ۲۴ تا ۱۲۰ قرار می‌گیرد که نمره بالاتر بیانگر کیفیت زندگی بهتر است، البته پرسش‌*ی* ۳، ۴ و ۲۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. 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 خوشه‌ای، 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 پرسش 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 آن‌ها اجرا و در صورتی که نمره فردی در این تست بالاتر از ۱۹ بوده و به پرسش شمارۀ ۹ نیز که مربوط به فکر خودکشی است، نمره غیر صفر داده باشد، برای ارزیابی به روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی متخصص ارجاع می‌شدند. از بین آن ها ۳۰ نفر که بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5) تشخیص اختلال افسردگی اساسی همراه با افکار خودکشی و بدون همبودی با اختلالات طیف اسکیزوفرنی 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 آن‌ها صورت گرفت. پیش‌آزمون‌ها، شامل پرسش‌نامه مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI)، مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS)، و پرسش‌نامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) اجرا شد؛ سپس مداخله 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 تدوین کننده پروتکل) انجام گرفت. به منظور کنترل پدیده انتشار و جلوگیری از انتقال محتوای مداخله به گروه کنترل، جلسات درمانی گروه آزمایش در زمان و مکان مشخص و به صورت مجزا برگزار شد و گروه کنترل در وضعیت انتظار درمان قرار داشت و هیچ‌گونه آموزش یا مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد و صرفاً به صورت 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، به منظور رعایت اصول اخلاقی، مداخله برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چند متغیره و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شده است.

نتایج

در جدول۲، ویژگی‌های جمعیت شناختی مربوط به افراد شرکت‌کننده نشان داده شده است. 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 شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی مربوط به افراد شرکت کننده در فاز دوم پژوهش (N=۳۰)

گروه‌ها		آزمایش	کنترل
میانگین سن		۱۵/۶۷	۱۵/۲۰
تعداد افراد		۱۵	۱۵
جنسیت	پسر	۴	۵
	دختر	۱۱	۱۰
مقطع تحصیلی	هشتم	۳	۵
	نهم	۴	۴
	دهم	۳	۴
	یازدهم	۵	۲

در جدول۳، میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به متغیرهای عاطفه منفی، اندیشه پردازی خودکشی و کیفیت زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است.

همان‌طور 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 ۲۶/۰۷و ۲۲/۵۳ است؛ میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون مربوط به کیفیت زندگی در گروه آزمایش به ترتیب برابر ۷۰/۲۰و ۸۸/۱۳ و در گروه کنترل به ترتیب برابر ۷۱/۸۷و ۷۸/۴۷ محاسبه شده است.

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

گروه		پیش‌آزمون اندیشه‌پردازی خودکشی	پیش‌آزمون عاطفه منفی	پیش‌آزمون کیفیت زندگی	پس‌آزمون اندیشه‌پردازی خودکشی	پس‌آزمون عاطفه منفی	پس‌آزمون کیفیت زندگی
آزمایش	میانگین	۲۴/۸۷	۳۰/۸۷	۷۰/۲۰	۱۴/۴۰	۲۰/۴۰	۸۸/۱۳
	انحراف 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 استاندارد	۲/۷۶	۴/۴۴	۵/۲۲	۳/۱۱	۳/۳۴	۵/۸۹

مقایسه نتایج نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه کنترل نشان می‌دهد که گروه مداخله بهبودی بیشتری نسبت به گروه کنترل داشته‌اند. برای بررسی معناداری آماری این نتایج از آمار استنباطی استفاده شده است. بدین‌منظور تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است. این پژوهش دارای یک متغیر مستقل دو سطحی شامل گروه آزمایش (که مداخله را دریافت می‌کند) و گروه کنترل می‌باشد. متغیرهای وابسته هم شامل پس آزمون عاطفه منفی، اندیشه‌پردازی خودکشی و کیفیت زندگی است. پیش‌آزمون عاطفه منفی، اندیشه‌پردازی خودکشی و کیفیت زندگی به عنوان متغیرهای همپراش (کوواریت[1]) در نظر گرفته شده است. بدین‌ترتیب، با توجه به اینکه یک متغیر مستقل و سه متغیر وابسته به همراه متغیرهای همپراش در 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[2] است. که با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شده است. 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 شده است؛ 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،

1 . Covariate

2 . MANCOVA

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

منابع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات درجه سوم	df	میانگین جذورات	F	معناداری	مجذور اتا
گروه	پس‌آزمون اندیشه‌پردازی‌خودکشی	۳۲۵/۸۰۹	۱	۳۲۵/۸۰۹	۳۰/۲۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۸
	پس‌آزمون عاطفه‌منفی	۲۲۴/۳۲۸	۱	۲۲۴/۳۲۸	۴۱/۶۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲۵
	پس‌آزمون کیفیت‌زندگی	۹۸۰/۲۴۰	۱	۹۸۰/۲۴۰	۲۰/۴۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۹
خطا	پس‌آزمون اندیشه‌پردازی‌خودکشی	۲۶۸/۹۸۹	۲۵	۱۰/۷۶۰			
	پس‌آزمون عاطفه‌منفی	۱۳۴/۷۶۰	۲۵	۵/۳۹۰			
	پس‌آزمون کیفیت‌زندگی	۱۲۰۰/۵۲۶	۲۵	۴۸/۰۲۱			

لذا استقلال مشاهده‌ها نیز رعایت شده‌است. برای بررسی نرمال‌بودن توزیع متغیرها آزمون شاپیرو-ویلک[1] اجرا شد که نتایج نشان داد در هیچ سطحی از متغیرها معنادار نیست (P>0.05) و بدین‌ترتیب، می‌توان گفت، توزیع متغیرها از فرض نرمال‌بودن تخطی نکرده است. برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد. نتایج به دست آمده (p=۰/۱۸۷ و F=۱/۴۶۳ و Box's M=۹/۹۴۴) بیانگر برقرار بودن مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس است (P>0.05) و همچنین، از آزمون لوین[2] نیز برای بررسی برابری واریانس‌ها، استفاده شد. نتایج نشان داد سطوح معناداری در هر سه متغیر از ۰.۰۵ بیشتر است (P>0.05)، 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 جدول۴ مشخص شده است.

با توجه به نتایج جدول ۴ (Partial η^2=۰/۶۸۵ و P<۰/۰۱ ۰/۳۱۵=لامبدای ویلکز و $F_{(۳و۲۳)}$=۱۶/۶۳۴) می‌توان گفت، که بین نمرات پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، بدین‌ترتیب فرضیه کلی مبنی بر اینکه بین نمرات پس‌آزمون و پیش‌آزمون، در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، تأیید می‌شود. برای بررسی تأثیر متغیر مستقل بر هرکدام از متغیرهای وابسته به صورت جداگانه در متن

1 . Shapiro-Wilk
2 . Levene's test

جدول۴. نتایج خاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره

اثر		ارزش	F	فرضیه df	خطا df	معناداری	مجذور اتا
گروه	اثر پیلای[3]	۰/۶۸۵	۱۶/۶۳۴	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۵
	لامبدای ویلکز[4]	۰/۳۱۵	۱۶/۶۳۴	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۵
	اثر هاتلینگ[5]	۲/۱۷۰	۱۶/۶۳۴	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۵
	بزرگ‌ترین ریشه‌روی[6]	۲/۱۷۰	۱۶/۶۳۴	۳	۲۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۵

مانکوا، آنکوا انجام شد که در جدول ۵ نشان داده شده است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین نمرات پس‌آزمون عاطفه منفی (Partial η^2=۰/۶۲۵ و P<۰/۰۱ و $F_{(۱و۲۵)}$=۴۱/۶۱۶)، نمرات پس آزمون اندیشه‌پردازی خودکشی (Partial η^2=۰/۵۴۸ و P<۰/۰۱ و $F_{(۱و۲۵)}$=۳۰/۲۸۱) و نمرات پس‌آزمون کیفیت زندگی (Partial η^2= ۰/۴۴۹ و P< ۰/۰۱ و $F_{(۱و۲۵)}$=۲۰/۴۱۳) در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد.

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

3 . Pillai's Trace
4 . Wilks' Lambda
5 . Hotelling's Trace
6 . Roy's Largest Root

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

متغیر وابسته	گروه	میانگین	خطای استاندار	سطح اطمینان ۹۵ درصد	
				حد پایین	حد بالا
پس‌آزمون اندیشه پردازی خودکشی	آزمایش	۱۴/۹۱۷	۰/۸۸۰	۱۳/۱۰۴	۱۶/۷۳۰
	کنترل	۲۲/۰۱۶	۰/۸۸۰	۲۰/۲۰۳	۲۳/۸۲۹
پس‌آزمون عاطفه منفی	آزمایش	۱۹/۸۵۵	۰/۶۲۳	۱۸/۵۷۲	۲۱/۱۳۸
	کنترل	۲۵/۷۴۵	۰/۶۲۳	۲۴/۴۶۲	۲۷/۰۲۸
پس‌آزمون کیفیت زندگی	آزمایش	۸۹/۴۵۷	۱/۸۶۰	۸۵/۶۲۷	۹۳/۲۸۷
	کنترل	۷۷/۱۴۳	۱/۸۶۰	۷/۳۱۳	۸۰/۹۷۳

بدین‌ترتیب و بر اساس نتایج جدول‌های ۳تا۶ می‌توان گفت، مداخله 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 بخش‌بودن درمان بر این متغیرها حکایت دارد.

در خصوص تأثیر این درمان بر عاطفه منفی در نوجوانان افسرده؛ یافته‌ها با نتایج حاصل از پژوهش‌های [۵۸،۵۷، ۵۹] همسو است. در زمینه تأثیر بر اندیشه‌پردازی خودکشی، با پژوهش‌های [۶۱،۶۰و۶۲] و نهایتاً در خصوص تأثیر بر کیفیت زندگی نیز با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پژوهش‌های [۶۴،۶۳، ۶۵] همراستا است.

در مورد عاطفه منفی، بر اساس تبیین حاصل از مدل اسپارس، در نوجوانان افسرده هنگام رو به رو شدن با تجارب 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 بازداری می‌کنند و یا در صورت وقوع، آن‌ها را به صورت حالت‌های تهدیدآمیز 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 یافته‌های پژوهش‌های پیشین در زمینهٔ تأثیر درمان‌های شناختی - رفتاری هیجان‌مدار و رویکردهای فراتشخیصی بر اختلالات هیجانی به ویژه افسردگی نیز همسو است [۶۶و۶۷]، کاهش عاطفه منفی در این درمان، از طریق افزایش آگاهی و پذیرش هیجان انجام شده است به این صورت که فرد تشویق می‌شود تجارب هیجانی را به عنوان پدیده‌ای ضروری در زندگی در نظر بگیرد و بدون اجبار برای سرکوب یا کاهش هیجان‌های منفی، به این تجارب با دیدگاه غیرقضاوت‌گرایانه نگاه کند، از آن‌ها آگاه شود، پیام آن‌ها را درک کند و اجازه دهد تجربه هیجانی سیر طبیعی خود را طی کند [۶۶]. بدین‌ترتیب، واکنش فرد به هیجان‌های منفی اصلاح شده و عاطفه منفی یعنی تمایل یا گرایش به تجربه هیجانات ناخوشایند کاهش می‌یابد.

در خصوص تأثیر درمان بر اندیشه‌پردازی خودکشی در نوجوانان افسرده شرکت کننده در این پژوهش، این تأثیر از سه منظر قابل تبیین است. نخست اینکه عاطفه منفی یا روان‌رنجوری در تحقیقات زیادی به عنوان پیش‌بین قوی برای افکار و رفتارهای خودکشی مطرح شده است [۶۸، ۶۹] یعنی با کاهش تمایل شدید به اجتناب از هیجان‌های منفی و افزایش تحمل پریشانی و به تبع آن، کاهش عاطفه منفی در افراد، افکارخودکشی 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 راهبرد 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، 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 رویکردهای 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 [۷۲و۷۳].

همسو با این نتایج، مدل اسپارس، برخلاف رویکردهای هیجان‌مدار دیگر که بیشتر بر نقش غم در افسردگی و خودکشی تمرکز دارند؛ اتصال هیجان‌های غم و تنفر (شرم) را به‌عنوان یک عامل مهم در افسردگی به‌خصوص همراه با اندیشه‌پردازی خودکشی در نظر می‌گیرد [۳۲و۳۵] 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 نحوه 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 سازه 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 مؤلفه هایی که در کیفیت زندگی نقش ایفا می‌کند، تنظیم هیجان است که می‌تواند کیفیت زندگی را از طریق ارتقای توانمندی‌های روان شناختی و بین فردی بهبود بخشد. اگر افراد یاد بگیرند که چگونه خطاهای شناختی خود را اصلاح کنند، هیجانات منفی را مدیریت کنند، 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 مؤلفه های کلیدی کیفیت زندگی هستند [۷۵]؛ بنابراین در این پروتکل در جلسات درمانی، پس از شناسایی راهبردهای ناسازگار، ابتدا فرد کارکرد این راهبردها در کاهش موقتی هیجان‌های منفی در کوتاه‌مدت و حفظ مشکلات در دراز مدت را درک کرده و با کسب مهارت های 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]. بدین‌ترتیب، این درمان می‌تواند منجر به افزایش احساس رضایتمندی، کارآمدی و نهایتاً ارتقای کیفیت زندگی در فرد شود.

محدودیت ها و پیشنهادهای پژوهش

با وجود یافته‌های معنادار پژوهش حاضر، نتایج باید با در نظر گرفتن برخی محدودیت ها تفسیر شوند. نخست، روش نمونه گیری به صورت در دسترس انجام شده است که می‌تواند تعمیم پذیری نتایج را محدود سازد. دوم اینکه جامعه پژوهش صرفاً شامل نوجوانان افسرده دارای اندیشه پردازی خودکشی در استان اصفهان بوده است؛ ازاین‌رو، تعمیم نتایج به سایر مناطق جغرافیایی، فرهنگ‌ها و گروه های سنی نیازمند احتیاط است. همچنین، ارزیابی پیگیری برای بررسی پایداری اثرات درمان در بلندمدت انجام نشده است. 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 دوره های پیگیری چندماهه می‌تواند اطلاعات ارزشمندی درباره ماندگاری اثرات درمان ارائه دهد. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود در پژوهش های 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 به اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری هیجان‌مدار مبتنی بر مدل اسپارس، پیشنهاد می‌شود این پروتکل به عنوان یک مداخله پیشگیرانه و درمانی در مراکز مشاوره آموزش‌وپرورش، 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 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):496–499. 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):354–355. 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):765–794. 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. https://doi.org/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 possible mediator. *Pers Individ Dif*. 2008;44(3):576–586. 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): 344–365. 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/fpsyt.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. https://doi.org/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. https://doi.org/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. https://doi.org/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. https://doi.org/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 2020 Dec 22. https://doi.org/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, Hodkinson 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):459–467. https://doi.org/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. 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. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164

26- Rahimi M, Bahramipour M. The effectiveness 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. https://doi.org/10.1017/s0048577201393198

28- Gross JJ, Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology: an affective science perspective. Cl*in Psychol Sci.* 2014;2(4):387‑401. https://doi.org/10.1177/2167702614536164

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. https://doi.org/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. https://doi.org/10.22051/psy.2018.18804.1562. **[In 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. https://doi.org/10.1017/S1352465899272049.

32- Power MJ, Schmidt S. Emotion-focused treatment of unipolar and bipolar mood disorders. *Clin Psychol Psychother*. 2004;11(1):44-57. https://doi.org/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. https://doi.org/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. https://doi.org/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. **[In Persian]**

39- Shameli 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):918–931. 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-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.iums.ac.ir/article-1-62-fa.html **[In Persian]**

46- Ghassemzadeh H, Mojtabai 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

49- Kumar G, Steer RA. Psychosocial correlates of suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide Life Threat Behav*. 1995;25(3):339–346. 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.iums.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 -353. 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):286–293. 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 **[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. 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;14:100619. 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;331:313–321. 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):101–114. 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):343–364. https://doi.org/10.1177/0145445518815603

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. https://doi.org/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, Watanabe I, Nakaya N, Minami Y, et al. Personality and suicide risk: the impact of economic crisis in Japan. *Psychol Med*. 2015;45(3):559-573. https://doi.org/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. https://doi.org/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. https://doi.org/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):269–286. 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 effectiveness of life skills training on happiness, quality of life and emotion regulation. *Procedia Soc Behav Sci*. 2011; 30: 407-411. http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.080