

Investigating lived experiences of depressed students with a history of self-injury regarding effectiveness of combined emotion-focused therapy and lifestyle modification on repetitive negative thinking and clinical anger (A qualitative study)

Azadeh Farghadani^{1*}

1-Assistant Professor, Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran.

OPEN ACCESS Research Article

Correspondence : Azadeh Farghadani

Az.Farghadani@iau.ac.ir

Received: July 7, 2024

Accepted: August 10, 2024

Published: Summer 2024

Citation: Farghadani, A. (2024). Investigating lived experiences of depressed students with a history of self-injury regarding effectiveness of combined emotion-focused therapy and lifestyle modification on repetitive negative thinking and clinical anger (A qualitative study). *Journal of Psycho Research and Educational Studies*, 2(2): 41- 64.

[doi:org_ 10.71610/psych.2024.1183219](https://doi.org/10.71610/psych.2024.1183219)

Abstract

The study aims to explore the lived experiences of students with depression and suicidal self-injury thoughts and behaviors of combination of emotion-focused therapy and lifestyle modification, with a focus on repetitive negative thinking and clinical anger. This qualitative research used an interpretive phenomenological approach and a multiple case study design. The research population included students visiting the counseling center at the Islamic Azad University, Saveh Branch, during the 2023-2024 academic year. The sample included four purposively selected students with depression and suicidal self-injury thoughts and behaviors who scored high on referential thinking and clinical anger. The research tools entailed the Beck Depression Inventory (1996), the Repetitive Negative Thinking Scale (Ehring, 2010), the Clinical Anger Scale (Snell et al., 1995), and semi-structured interviews. After 12 sessions of combined emotion-focused therapy and lifestyle modification, the interviews were analyzed using Diekmann et al.'s method (1989). Themes indicated a reduction in repetitive negative thinking and clinical anger. Two core categories (therapeutic experiences and inhibitory factors) and eight sub-categories were identified. The therapeutic experiences for repetitive negative thinking included perceived control over behavior against negative thoughts and focus on the present moment; inhibitory factors included environmental factors, particularly friends and family. Therapeutic experiences for clinical anger included accepting shame and sorrow, behavioral non-avoidance, and a new understanding of frustrations and unpleasant events. Inhibitory factors included the difficulty of transferring learning outside of therapy sessions and others' expectations for rapid improvement.

Key words: depression, self-injury, emotion-focused therapy, lifestyle modification, repetitive negative thinking, clinical anger.

Extended Abstract

Introduction

Depression, a prevalent psychological disorder, can be associated with suicidal ideation, and women tend to be more susceptible to suicidal tendencies (Moon et al., 2024). Research suggests that repetitive negative thinking and clinical anger are factors that contribute to depression (Lu et al., 2024; Miranda et al., 2023). Repetitive negative thinking, a continuous process of ruminating on problems or negative experiences, may stem from the overwhelming psychological capacity of the individual (Brailovskaia, Margrof & Teismann, 2023). Additionally, clinical anger, as a syndrome, may become intolerable and increase the risk of suicide in depressed individuals, particularly younger women (Jakubowska et al., 2023).

Emotion-focused therapy and lifestyle modification are potential treatments for reducing mental rumination and anger. With its emphasis on releasing emotional blockages and promoting healthy lifestyle habits as a form of self-care, Emotion-focused therapy may positively affect repetitive negative thinking and clinical anger. According to research findings, therapies that indirectly target the processes of thinking or negative emotions, such as anger, and focus on process rather than content, have been more effective, particularly among younger individuals, and have yielded more sustainable results (Bell et al., 2023).

This study aims to investigate the lived experiences of students with depression, suicidal self-injury thoughts and behaviors, through the combined application of emotion-focused therapy and lifestyle modification, with a focus on repetitive negative thinking and clinical anger. The innovative aspects of this study include the examination of the combined effectiveness of these therapies and their qualitative implementation.

Methodology

This qualitative research used a multiple case study design with an interpretive phenomenological approach. The research sample consisted of students attending the student counseling center at the Islamic Azad University, Saveh Branch, during the 2023-2024 academic year. The sample included four purposively selected students with depression and suicidal self-injury thoughts and behaviors who scored high on repetitive negative thinking and clinical anger. Tools included the Beck Depression Inventory (1996), the Repetitive Negative Thinking Scale (Ehring, 2010), the Clinical Anger Scale (Snell et al., 1995), and semi-structured interviews. Twelve sessions of combined emotion-focused therapy and lifestyle modification were conducted, followed by an analysis of the interviews using Diekmann et al.'s (1989) method.

Discussion and Results

The thematic analysis of the interviews indicated a reduction in repetitive negative thinking and clinical anger. Moreover, two core categories (therapeutic experiences and inhibitory factors) and eight sub-categories were extracted. The themes indicated the impact of intra-personal and interpersonal factors within the context of emotion-focused therapy and lifestyle modification on reducing repetitive negative thinking and clinical anger or as barriers to the continuity of these reductions. Qualitative analysis and interviews can aid in identifying therapeutic mechanisms and obstacles that can improve the combined approach's effectiveness and narrow the focus on the variables of interest. The main limitation of this study is the caution needed in generalizing the findings due to the small sample size, consisting of female students from the Islamic Azad University, Saveh Branch.

بررسی تجربه زیسته دانشجویان دارای افسردگی و با سابقه خود آسیب رسانی از اثربخشی درمان ترکیبی هیجان مدار و اصلاح سبک زندگی بر تفکر ارجاعی و خشم بالینی (یک مطالعه کیفی)

آزاده فرقدانی*

۱- استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تجربه زیسته دانشجویان دارای افسردگی و افکار و رفتار خود آسیب رسان با قصد خودکشی از درمان ترکیبی هیجان مدار و اصلاح سبک زندگی با تمرکز بر تفکر ارجاعی و خشم بالینی انجام شده است. طرح پژوهش، کیفی و مطالعه چند موردی به روش پدیدارشناسی تفسیری و جامعه پژوهش شامل دانشجویان مراجعه کننده به مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه (۱۴۰۲-۱۴۰۳) بود. نمونه شامل ۴ دانشجو با تشخیص افسردگی و دارای افکار و رفتار خود آسیب رسان با قصد خودکشی، نمرات بالا در تفکر ارجاعی و خشم بالینی بوده اند که با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده اند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه های (افسردگی (Beck, 1996)، تفکر ارجاعی (Ehring, 2010)، خشم بالینی (Snell et. al, 1995) و مصاحبه نیمه ساختاریافته بود. پس از اجرای ۱۲ جلسه درمان ترکیبی هیجان مدار و اصلاح سبک زندگی، مصاحبه ها با روش دیکلمن و همکاران (۱۹۸۹) تحلیل شد. مضامین حاکی از کاهش تفکر ارجاعی و خشم بالینی بوده است. همچنین دو مضمون اصلی (تجارب درمان بخش و عوامل بازدارنده) و هشت زیر مضمون استخراج شد. مضامین تجارب درمان بخش برای تفکر ارجاعی، ادراک کنترل بر روی رفتار در مقابل افکار منفی و تمرکز بر زمان حال و مضمون بازدارنده شامل عوامل محیطی و به طور خاص دوستان و خانواده بود. همچنین مضامین تجارب درمان بخش برای خشم بالینی، شامل پذیرش شرم و غم، عدم اجتناب رفتاری و درک جدیدی از ناکامی ها و رویدادهای ناخوشایند و مضامین بازدارنده نیز، دشوار بودن انتقال یادگیری به بیرون از جلسات درمان و انتظارات دیگران برای بهبودی سریع بود.

واژگان کلیدی: افسردگی، خود آسیب رسانی، درمان هیجان مدار، اصلاح سبک زندگی، تفکر ارجاعی، خشم بالینی.

دسترس آزاد

مقاله علمی پژوهشی

نویسنده مسئول*: آزاده فرقدانی

Az.Farghadani@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۲۰

تاریخ انتشار: تابستان ۱۴۰۳

استناد: فرقدانی، آزاده. (۱۴۰۳). بررسی تجربه زیسته

دانشجویان دارای افسردگی و با سابقه خود آسیب رسانی از

اثربخشی درمان ترکیبی هیجان مدار و اصلاح سبک زندگی بر

تفکر ارجاعی و خشم بالینی (یک مطالعه کیفی). فصلنامه

روان پژوهی و مطالعات علوم رفتاری، ۲(۲): ۴۱-۶۴.

[doi.org_ 10.71610/psych.2024.1183219](https://doi.org/10.71610/psych.2024.1183219)

مقدمه

افسردگی به عنوان یک اختلال روانشناختی رایج که با تداوم خلق پایین، کمبود علاقه یا لذت نسبت به فعالیت های معمول زندگی و نشانه‌های شناختی، حسی و حرکتی مشخص می‌شود، بیش از سیصد میلیون نفر را در سراسر جهان گرفتار کرده است (لو^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از رفتارهای مخرب در افراد دارای افسردگی، خودآسیب‌رسانی است. خودآسیب‌رسانی می‌تواند با قصد خودکشی یا بدون قصد خودکشی باشد (ادواردز^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). در خودآسیب‌رسانی با قصد خودکشی، فرد از روش‌های مہلک، کشنده و مستقیم برای آسیب زدن به خود استفاده می‌کند، که در آنها احتمال کمک سریع به فرد، کم و احتمال مرگ، بالا است (بولات، سوساک و آدوکوویک^۳، ۲۰۲۴). در بررسی افراد دارای خودآسیب‌رسانی با قصد خودکشی در مقایسه با افراد بدون قصد خودکشی، افسردگی شدیدتری گزارش شده است و این مسأله در زنان شایع‌تر از مردان است (مون^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). در این میان، کار بر روی مواردی که در شکل‌گیری افسردگی نقش داشته‌اند، می‌تواند زمینه بهتری را برای درمان پایدارتر افسردگی و آسیب‌های ناشی از آن فراهم کند. از جمله این موارد، تفکر ارجاعی^۵ و خشم بالینی^۶ است که بر اساس پژوهش‌ها عوامل مهمی در شکل دادن، نگهداری و تداوم افسردگی به شمار می‌آیند (لو و همکاران، ۲۰۲۴؛ میراندا^۷ و همکاران، ۲۰۲۳).

تفکر ارجاعی یک عامل خطر فراتشخیصی و بالقوه برای خودآسیب‌رسانی به قصد خودکشی است (کادل^۸ و همکاران، ۲۰۲۴) و به عنوان یک فرایند تفکر مداوم در خصوص مشکلات یا تجارب منفی خود تعریف می‌شود که دور ماندن از آنها سخت است (بریلوسکایا، مارگراف و تیسمن^۹؛ ۲۰۲۳). افراد، این افکار را غیرقابل کنترل ادراک می‌کنند که یا مربوط به رویدادهای گذشته است (نشخوار) و یا مربوط به آینده (نگرانی) (اولیویرا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴). تفکر ارجاعی در افراد افسرده، با کاهش ظرفیت ذهنی (تیسمن و همکاران، ۲۰۲۱)، افزایش سوگیری و کاهش انگیزه و مختل کردن فرایند حل مسأله (بریلوسکایا، مارگراف و تیسمن، ۲۰۲۳) می‌تواند، آنها را به سوی افکار و رفتارهای خودآسیب‌رسان با قصد خودکشی سوق دهد. افراد افسرده اعتقاد دارند که با فکر کردن به عواطف منفی خود، می‌توانند خود را شناخته و مشکلات را حل کنند (چلبیانلو و رعنا، ۱۴۰۱). در واقع از تفکر ارجاعی به عنوان راهبردی برای خودتنظیمی و تعدیل تجارب عاطفی خود استفاده می‌کنند و به همین سبب تفکر ارجاعی با مشکل در تنظیم هیجان رابطه دارد (مانستو^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲).

بر اساس نظریه‌های روان‌پویایی، برگشت خشم به درون و بیرون، یک مکانیزم آسیب‌زا در افسردگی است. همچنین افراد افسرده به دلیل فقدان رفتارهای جرأت‌مندانه و احساس کهنتری قادر نیستند خشم خود را به شیوه‌ای سازنده بیان کنند و ترجیح می‌دهند آن را سرکوب کنند (بشارت، طاهری و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۵).

¹. Lu

². Edwards

³. Bulat, Susac & Ajdakovic

⁴. Moon

⁵. repetitive negative thinking

⁶. clinical anger

⁷. Miranda

⁸. Caudle

⁹. Brailovskaia, Margrof & Teismann

¹⁰. Oliveira

¹¹. Mansueto

از طرفی خشم ادراک شده وقتی به درجه‌ای از غیرقابل تحمل شدن برسد، می‌تواند خطر آسیب به خود با قصد خودکشی را در افراد افسرده افزایش دهد (جاکوبوسکا^۱ و همکاران، ۲۰۲۳) که این مسأله در زنان بالاتر است (شافر^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). بر اساس پژوهش‌ها، رفتارهای خود آسیب‌رسان و ایده‌پردازی خودکشی در دانشجویان رابطه مستقیمی با خشم دارند (هو^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). به ویژه خشم بالینی که به عنوان یک سندروم، با علائم ناتوان کننده، کلی و مزمن خشم همراه است و شامل جلوه‌های عاطفی (غضب و تحریک‌پذیری)، شناختی (تداخل در تصمیم‌گیری)، فیزیولوژیکی (خستگی)، اجتماعی (مشکلات بین فردی) و رفتاری (روابط کاری و دستاوردهای ناکارآمد) می‌شود (کو^۴ و همکاران، ۲۰۲۱).

درمان‌های متفاوتی برای کاهش نشخوارهای ذهنی و خشم وجود دارد. یکی از این رویکردها، درمان هیجان‌مدار^۵ است که به عنوان یک رویکرد انسان‌گرای تجربی، شناخته می‌شود. براساس این رویکرد، مشکل اصلی افراد، شیوه پردازش هیجانی آنها از تجربه‌ها است. بنابراین، فرایند پردازش هیجان و تجربه آن در این رویکرد، بیش از محتوا اهمیت دارد. کاربرد مهارت‌های همدلی پیشرفته توسط درمانگر در کنار مداخله‌های تجربی، می‌تواند به مراجعان کمک کند تا در عین حال که بر روی سطح تجربه هیجانی خود تمرکز می‌کنند، بتوانند با احساس امنیت از خودشان فاصله بگیرند و با حیطه‌های مزمن اجتناب شده از تجربه هیجانی روبرو شوند. تسهیل تجربه هیجان‌های ناسازگارانه اولیه برای خلق معنایی جدید، آگاهی از اطلاعات زیربنایی این هیجان‌ها و شکل‌گیری واکنش‌های هیجانی سازگارانه، هدف درمان هیجان‌مدار بر اساس چارچوب درمانی گرینبرگ^۶ (۲۰۱۳) است. (گلدمن و گلدشتاین^۷، ۲۰۲۲). پس از آنکه فرد، هیجان‌های خود را بدون اجتناب و در محیط امن درمان، درک، پردازش و تنظیم می‌کند، کمتر از افکار تکراری همچون نشخوار ذهنی جهت اجتناب از آنها استفاده می‌کند (هنر کار دستنایی، واحد و غفاری، ۱۳۹۸). بر اساس پژوهش‌ها نیز درمان هیجان‌مدار، بر کاهش نشخوار ذهنی (دهقان، شریفی و احمدی، ۱۴۰۲) تأثیر داشته است. در درمان هیجان‌مدار از مؤلفه‌های تمرکز بر احساسات مثبت، بازسازی هیجانی و یافتن معنایی جدید برای ارتباط بهتر با دیگران و با خود بهره گرفته می‌شود که در نهایت به تغییر و اصلاح عواطف منفی منجر می‌شود (آلن^۸ و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین توانایی بیشتر در مدیریت هیجان با رهایی از هیجان‌های منفی مانند خشم همراه است. همچنین بر اساس این رویکرد، افراد از خشم خود برای محافظت و حمایت از خود بهره می‌گیرند (هلمووا^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). براساس پژوهش‌ها نیز درمان هیجان‌مدار در کاهش خصومت و پرخاشگری (هنربخش و همکاران، ۱۴۰۰؛ کریمپور و همکاران، ۱۴۰۰)، ابرازگری هیجانی مثبت و منفی (آرین‌نژاد و همکاران، ۱۴۰۲) و کاهش سطح پردازش منفی اطلاعات هیجانی (سرکوبی، کنترل منفی هیجان و اجتناب هیجانی) (آرتنگ و ایزدی، ۱۴۰۱) تأثیر داشته است.

از طرفی، یکی از دلایل شکل‌گیری افسردگی در زنان ایرانی، سبک زندگی ناسالم آنها بوده است که رابطه نزدیکی با نشخوارذهنی، منفی‌گرایی، خشم و تحریک‌پذیری دارد (نظامی و همکاران، ۱۴۰۰). بر اساس پژوهش‌ها، سبک زندگی ناسالم در افسردگی زنان جوان، نقش مهم‌تری دارد (تنگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴).

^۱. Jacubowska

^۲. Schafer

^۳. Hu

^۴. Kou

^۵. emotion-focused therapy

^۶. Greenberg

^۷. Goldman & Goldstein

^۸. Allan

^۹. Halamova

^{۱۰}. Tang

همچنین سبک زندگی ناسالم در افراد دارای افسردگی با ایده‌پردازی خودآسیب‌رسانی و خودکشی رابطه مثبتی داشته است (کیم^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). اولین بار موضوع اصلاح سبک زندگی از بعد روانشناختی و نه لزوماً پزشکی، توسط آدلر^۲ و روانشناسی فردی او مطرح شد. سبک زندگی، معرف نحوه کنار آمدن افراد با موانع و چالش‌های زندگی، روش آنها برای یافتن راه‌حل‌های مختلف در رسیدن به اهداف خود و برداشت افراد از خود، دیگران و دنیا است. در این میان، مفاهیمی مانند بررسی احساس حقارت و مکانیزم‌های جبرانی آن، اشتباهات بنیادین، تکالیف زندگی مبتنی بر خودگردانی و معنویت، علاقه اجتماعی و اهداف فرد، می‌توانند عامل تنظیم‌کننده مهمی برای سلامت روانشناختی او محسوب شوند. اگرچه از دیدگاه آدلر، سنگ بنای سبک زندگی در سال‌های اولیه زندگی ریخته می‌شود (ابرست و استورت^۳، ۱۹۵۷؛ به نقل از قادری، ۱۴۰۱)، اما رفتارها و افکار فعلی فرد را هدایت می‌کنند. آگاهی از الگوهای شکل‌دهنده سبک زندگی و تغییر آنها می‌تواند منجر به شکل‌گیری سبک زندگی تازه‌ای شود. همچنین بر اساس این دیدگاه، تجربه رویدادهای آسیب‌زا، احساس بی‌قدرتی را در فرد شکل می‌دهد که می‌تواند سلامت فیزیکی و روانشناختی او را تهدید کند. در این شرایط، سیستم عادی و سالم جستجوی معنا و کنترل در زندگی نیز مختل می‌شود. اگر این افراد نتوانند در چارچوب سبک زندگی فعلی خود، پاسخگوی این مشکلات باشند، به گسستن از خود و دیگران می‌پردازند و رفتارهای خودتخریبی از آنها سر می‌زند (صفاری نیا و همکاران، ۱۳۹۶). بر اساس پژوهش‌ها، اصلاح سبک زندگی با کاهش حساسیت بین فردی و پرخاشگری (علیجانی، اکرمی و فقیه ایمانی، ۱۳۹۴) و درمان آدلری با تنظیم هیجان مثبت (برجعی، عسگری راد و ناصری نیا، ۱۴۰۰) در افراد همراه بوده است. بنابراین اصلاح سبک زندگی می‌تواند دستاوردهای مثبتی برای افراد دارای افسردگی در زمینه‌های هیجانی، ذهنی و خودمراقبتی داشته باشد. چرا که افراد دارای سبک زندگی سالم، انتخاب‌های مبتنی بر خودیاری دارند و به طور مؤثری با تقاضاها و چالش‌های زندگی روبرو می‌شوند (رم، کونر و گاداپا^۴، ۲۰۲۰).

شیوع رفتارهای خودآسیب‌رسان با قصد خودکشی در در دانشجویانی که افسردگی آشکار یا پنهان دارند، توجه به اتخاذ رویکردهای درمانی مؤثرتر و کارآمدتر را می‌طلبد. وقتی صحبت از خودکشی می‌شود، صرفاً آسیب وارده به یک فرد و خانواده او مطرح نیست. شیوع این مسأله در بین جوانان، علاوه بر آنکه امید به زندگی را به طور کلی در سطح اجتماعی کاهش می‌دهد، زمینه افسردگی در سطح اجتماع را فراهم می‌کند و افراد جامعه را به مرحله درماندگی و ناامیدی می‌رساند. در پیامدی دیگر، خودآسیب‌رسانی با قصد خودکشی در سایر افراد جامعه نیز تشویق می‌شود. بنابراین مقوله خودکشی یک آسیب روانی - اجتماعی است. همچنین پژوهشگر در بررسی‌های خود، پژوهشی را که به اثربخشی ترکیبی درمان هیجان‌مدار و اصلاح سبک زندگی در افراد افسرده (با افکار و یا رفتار خودآسیب‌رسان به قصد خودکشی) بر تفکر ارجاعی و یا خشم بالینی پرداخته باشد، نیافت. بر اساس پژوهش‌ها نیز درمان‌هایی که به صورت غیرمستقیم بر روی فرایند تفکر ارجاعی و یا هیجان‌های منفی مانند خشم کار می‌کنند و به جای محتوا بر فرایند تمرکز دارند، تأثیر بیشتری به ویژه در جامعه افراد جوان‌تر داشته‌اند و نتایج، پایدارتر هم بوده‌اند (بل^۵ و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین تلفیق درمان هیجان‌مدار و اصلاح سبک زندگی می‌تواند دیدگاه یکپارچه‌تر و کاربردی‌تری را برای درمان شکل دهد. قابل ذکر است که پژوهش حاضر به صورت کیفی است و این نکته هم یکی از جنبه‌های نوآوری آن می‌باشد. غالب پژوهش‌های مشابه در این زمینه، کمی بوده که بسیاری از ابعاد پنهان مسأله در آنها نادیده گرفته می‌شود. این معایب را می‌توان در طرح‌های کیفی و با استفاده از مصاحبه تا حدی برطرف کرد.

^۱. Kim

^۲. Adler

^۳. Oberst & Stewart

^۴. Ram, Koneru & Gowdappa

^۵. Bell

در طرح‌های آزمایشی که به صورت کمی انجام می‌شود، در پایان آموزش و یا درمان، نمی‌توان مفاهیم درمانبخشی را که منجر به نتایج درمانبخش و یا مانع آن شده‌اند، گزارش کرد. با توجه به مطالب گفته شده در خصوص نقش تفکر ارجاعی و خشم بالینی در شکل‌گیری افسردگی و تجربه افکار و رفتار خودآسیب‌رسان با قصد خودکشی در این گروه از افراد، اهمیت رهاسازی انسدادهای هیجانی و بازپردازش این هیجان‌ها و نقش سبک زندگی سالم به عنوان یک سپر محافظتی و شیوه جامع خود مراقبتی در ابعاد جسمانی، معنوی، شناختی و اجتماعی در افراد، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این دو سؤال است که؛ تجربه زیسته دانشجویان دارای افسردگی و با سابقه افکار و رفتار خودآسیب‌رسان با قصد خودکشی از درمان ترکیبی هیجان‌مدار و اصلاح سبک زندگی در خصوص تفکر ارجاعی و خشم بالینی شامل چه مواردی است؟

روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر، کیفی (مطالعه چند موردی به روش پدیدارشناسی تفسیری) و هدف آن کاربردی است. جامعه پژوهش شامل دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه در بازه زمانی بهمن ۱۴۰۲ تا اواسط مرداد ۱۴۰۳ بوده‌اند. نمونه شامل ۴ نفر از دانشجویان دختر با تشخیص افسردگی و با سابقه افکار و رفتار خودآسیب‌رسان (با قصد خودکشی) بوده است که در بازه زمانی موردنظر به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه کرده‌اند. به طور معمول در پژوهش‌های کیفی که مطالعه موردی و براساس پدیدارشناسی تفسیری هستند، حجم نمونه کوچک و می‌تواند شامل یک مورد باشد. به ویژه پژوهش‌هایی که در آنها مشارکت‌کنندگانی با ویژگی‌های خاص و به تعداد کم حضور دارند و پدیدارشناسی تفسیری به منظور بررسی تجربه زیسته این افراد، بر مداخلات آموزشی یا درمانی متمرکز است (محمد داوودی و اشتیری، ۱۳۹۵). آزمودنی‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند، و بر اساس نمره ۲۹ تا ۶۳ در پرسشنامه افسردگی (نسخه دوم)، گزارش شخصی و مصاحبه تکمیلی در خصوص افکار و رفتار خودآسیب‌رسان با قصد خودکشی در یک سال اخیر و نمره بالا در پرسشنامه‌های تفکر ارجاعی و خشم بالینی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از تشخیص افسردگی براساس پرسشنامه افسردگی (نسخه دوم)، داشتن افکار و رفتار خودآسیب‌رسان با قصد خودکشی در یک سال اخیر، نمره بالا در تفکر ارجاعی و خشم بالینی، عدم مصرف دارو در یک سال گذشته و نداشتن تجربه فردی یا گروهی مشاوره ای و درمانی. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از عدم حضور منظم در جلسات و یا غیبت بیش از دو جلسه. پس از اجرای جلسات ۹۰ دقیقه‌ای فردی درمان ترکیبی هیجان‌مدار و اصلاح سبک زندگی، شرکت‌کنندگان به منظور بررسی تجربه زیسته‌شان از درمان، مورد مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته با تمرکز بر خشم بالینی و تفکر ارجاعی، قرار گرفتند. براساس ملاحظات اخلاقی، رضایت و آگاهی آزمودنی‌ها از شرکت در پژوهش و درمان، محرمانه بودن اطلاعات اخذ شده و امکان انصراف آزمودنی‌ها در هر مرحله از درمان، مدنظر قرار گرفت.

ابزار پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک (نسخه دوم)

این پرسشنامه ۲۱ سؤالی با اقتباس از پرسشنامه افسردگی بک^۱ و در سال ۱۹۹۶ برای هماهنگی بیشتر با معیارهای DSM-IV برای افسردگی، مورد بازنگری قرار گرفت. پاسخ‌ها از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شوند. براساس نقاط برش، تا نمره ۱۳ غیر افسرده، ۱۹-۱۴ افسردگی ضعیف تا متوسط، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط تا شدید و ۶۳-۲۹ افسردگی شدید می‌باشد. در نسخه اصلی، همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ و بازآزمایی با فاصله یک هفته، ۰/۹۳ گزارش شده است (پارک^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). در پژوهش فلاح، میهن دوست و مامی (۱۴۰۰)، پایایی آن ۰/۷۹ محاسبه شده است.

پرسشنامه خشم بالینی

این پرسشنامه ۲۱ سؤالی توسط اسنل^۳ و همکاران (۲۰۰۲) طراحی شده است. هر سؤال دارای چهار گویه است. نمره‌گذاری براساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از الف تا د و از ۰ تا ۳ انجام می‌شود. چهارجمله در هر خوشه از نظر شدت علائم متفاوت بوده و عصبانیت بالینی شدیدتر با عبارت د مرتبط است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده خشم بالینی بیشتر است. در نسخه اصلی، همسانی درونی با آلفای کرونباخ، ۰/۹۴ و روایی همگرا با پرسشنامه خشم صفت و حالت اسپیلبرگر، ۰/۶۱ محاسبه شده است. در پژوهش رضایی شریف و همکاران (۱۴۰۱)، پایایی براساس آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ و بر اساس بازآزمایی با فاصله یک هفته، ۰/۸۳ بوده است. همچنین روایی همگرا با پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان، ۰/۶۶ و روایی واگرا با پرسشنامه انعطاف‌پذیری روانشناختی، ۰/۵۸ - محاسبه شده است.

پرسشنامه تفکر ارجاعی

این پرسشنامه توسط اهرینگ^۴ و همکاران (۲۰۱۰) و در قالب ۱۵ سؤال به منظور ارزیابی تفکر منفی تکراری، تدوین شده است و سه مؤلفه به نام‌های تفکر منفی تکراری، ناکارآمدی ادراک شده و تسخیر ظرفیت روانی دارد. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز تا همیشه است. در نسخه اصلی، آلفای کرونباخ برای کل آزمون، ۰/۹۵ و برای مؤلفه‌ها از ۰/۸۲ تا ۰/۹۴ متغیر بوده است و روایی همگرا با افسردگی بک، ۰/۴۳ محاسبه شده است. حایری میبدی و همکاران (۱۴۰۰) نیز در پژوهش خود، پایایی را بر اساس آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای مؤلفه‌ها از ۰/۷۴ تا ۰/۸۲ برآورد کرده‌اند.

مصاحبه نیمه ساختار یافته

برای تعیین تجارب زیسته مراجعان از درمان، پس از اعمال جلسات درمانی از مصاحبه نیمه ساختار یافته (۱۲۰ دقیقه و ۲ جلسه برای هر فرد) استفاده شد. مصاحبه‌های مربوط به تجارب زیسته مراجعان از درمان با یک سؤال کلی در مورد تجارب درمانی افراد شروع شد و در مواقع لازم در طول مصاحبه از سؤالاتی که کاوش‌گرایانه استفاده شد. برخی از این سؤالات عبارت بودند از: می‌توانید در این باره بیشتر توضیح بدهید؟ آیا منظور شما همین است که من ذکر کردم؟

^۱. Beck

^۲. Park

^۳. Snell

^۴. Ehrling

آیا افکارشان در خصوص گذشته یا آینده، مزاحم درس، مطالعه یا کارشان نمی‌شوند؟ چگونه متوجه این مسأله شده‌اید؟ به نظر شما کدام تجربه در درمان موجب این پیامد شده است؟ به نظر شما چگونه این اتفاق افتاده است؟ آیا خشمشان نسبت به خودشان و دیگران کم‌تر شده است؟ چگونه این اتفاق افتاده است و از چه طریق متوجه این مسأله شده‌اید؟ به نظر شما کدام تجربه در درمان موجب این پیامد شده است؟

روایی و پایایی داده‌های مصاحبه

جهت بررسی صحت و اعتبار یابی داده‌های حاصل از مصاحبه از چهار شاخص موثق بودن اعتبار گوبا و لینکلن (۱۹۸۹)، استفاده شد که عبارتند از:

۱. قابلیت اعتبار داده‌ها (جایگزینی برای مفهوم کمی روایی درونی): بررسی مجدد مصاحبه‌ها توسط شرکت‌کنندگان و تأیید موارد و یا انجام تغییرات. ۲. قابلیت تصدیق یا بی‌طرفی (جایگزینی برای مفهوم کمی عینیت): ممانعت از دخالت پیش‌فرض‌های محقق در فرایند جمع‌آوری اطلاعات. ۳. قابلیت اطمینان و کفایت (جایگزینی برای مفهوم کمی پایایی): استفاده از راهنمایی متخصصان در زمینه تحقیق کیفی جهت کدگذاری یافته‌های مصاحبه‌های پژوهش. ۴. افزایش قابلیت انتقال (جایگزینی برای مفهوم کمی روایی بیرونی): ابتدا لازم است به این نکته اشاره شود که با توجه به اینکه خاص بودن و نه تعمیم‌پذیری، مشخصه بارز پژوهش‌های کیفی است، با این حال در پیشینه پژوهش کیفی در خصوص تعمیم‌پذیری مباحثی وجود دارد (کرسول و کلارک؛ ۲۰۰۷). پژوهشگران کیفی بایستی به ارائه تصویر مفصلی از زمینه‌ای که پژوهش در آن انجام شده است، بپردازند. با این هدف که اطلاعات کافی به خواننده داده شود تا در خصوص کاربردپذیری یافته‌ها در محیط‌های دیگر که مشابه محیط مورد مطالعه هستند، قضاوت کنند (طباطبایی و همکاران، ۱۳۹۲). در این مطالعه نیز پژوهشگر به طور کامل به توصیف و ارائه تصویری از رویکرد درمانی ترکیبی هیجان‌مدار و اصلاح سبک زندگی و ویژگی‌های آنها و ویژگی‌های افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و همچنین ویژگی جلسات مصاحبه‌های برگزار شده پرداخته است تا از این مسیر خوانندگان و پژوهشگران بتوانند با استفاده از این اطلاعات در مورد استفاده‌های این مطالعه در محیط‌های مشابه تصمیم‌گیری نمایند.

در ادامه و در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان ترکیبی هیجان‌مدار و اصلاح سبک زندگی (با اقتباس از پینهو^۳ و همکاران، ۲۰۲۱؛ جباری و عقیلی، ۱۴۰۲؛ ابرست و استورت، ۱۹۵۷؛ به نقل از قادری، ۱۴۰۱؛ الیوت^۴ و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل از رضائی و جمشید نژاد، ۱۴۰۱؛ اکستین^۵ و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از علیزاده و همکاران، ۱۳۸۹؛ سویی^۶، ۱۹۳۶؛ به نقل از فرقدانی و همکاران، ۱۳۹۳) آورده می‌شود.

^۱. Guba & Lincoln

^۲. Creswell & Clark

^۳. Pinheiro

^۴. Elliott

^۵. Eckstein

^۶. Sweeney

جدول (۱) خلاصه جلسات درمان ترکیبی هیجان‌مدار و اصلاح سبک زندگی

جلسه اول	کار بر روی امنیت و اتحاد درمانی و عمق بخشی اولیه با تأکید بر نشانگرهای مربوط به اجتناب یا رویارویی در مراجع.
جلسه دوم	تحلیل و ارزیابی انواع پاسخ‌های هیجانی و نقش آنها در شکل‌گیری افسردگی، خودآسیب‌رسانی و نشخوارهای ذهنی و خشم و مشخص کردن طرح هیجانی مراجع.
جلسه سوم	تکلیف باز کردن فضا با توجه به نشانگرهای مربوط به نگرانی و احساس تهی بودن در مراجع.
جلسه چهارم	تکلیف تمرکز بر احساسات مبهم با تأکید بر کنار گذاشتن صدای انتقادگر درونی با استفاده از گفتگوی دوسندلی و ایفای نقش با کمک درمانگر.
جلسه پنجم	تاگشایی فراخوانی کننده نظام‌دار واکنش‌های مشکل‌آفرین (با تأکید بر تحریک پذیری و خشم افراد نسبت به خود و دیگران)
جلسه ششم	بازگویی تجارب دشوار و آسیب‌زا (با تمرکز بر ترس، شرم و خشم) با کمک بازنمایی‌های عینی، دیداری و بدنی و پیدا کردن معانی تازه برای تجربه‌ها.
جلسه هفتم	تعریف سبک زندگی و نقش آن در ابعاد مختلف سلامتی. تکلیف زندگی خودگردانی (مدیریت استرس و آرامسازی عضلانی سریع).
جلسه هشتم	تکلیف زندگی خودگردانی (عزت نفس، احساس حقارت و مکانیزم‌های ناسالم جبران آن، ورزش و تغذیه).
جلسه نهم	پیدا کردن اشتباهات بنیادین و نقش این اشتباهات در سبک زندگی و شرایط فعلی مراجع.
جلسه دهم	تکلیف زندگی معنویت (هدفمندی در زندگی، نقش انواع ترس؛ شامل ترس از آسیب‌پذیری، ترس از رنج کشیدن، ترس از تأیید نشدن و ترس از کامل نبودن در شرایط فعلی مراجع)
جلسه یازدهم	علاقه اجتماعی (با تأکید بر معیارهای روابط بین‌فردی سالم و نقش توانایی حل تعارض‌های بین فردی)
جلسه دوازدهم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری در خصوص انتقال آموخته‌ها به موقعیت‌های واقعی زندگی و تداوم روند پیشرفت فعلی).

یافته‌ها

۴ آزمودنی حاضر در پژوهش، دانشجو و خانم بوده‌اند. ۲ نفر از آنها در مقطع کارشناسی (روانشناسی) و ۲ نفر در مقطع کارشناسی ارشد (مشاوره و حقوق)، مشغول به تحصیل بوده‌اند. همچنین دامنه سنی آزمودنی‌ها از ۱۹ تا ۳۵ سال متغیر بود. ۳ نفر از آنها مجرد و نفر چهارم متأهل بود. ۲ نفر از آنها نیز شاغل بودند.

در این پژوهش جهت تحلیل داده‌های به دست آمده از مصاحبه‌ها، روش هفت مرحله‌ای دیکلمن^۱ و همکاران (۱۹۸۹) استفاده شد. بدین ترتیب در گام اول و به منظور دستیابی به درک کلی از پدیده مورد مطالعه (واکنش‌ها و تجارب زیسته دانشجویان دارای افسردگی با سابقه افکار و رفتار خودآسیب‌رسان با قصد خودکشی از درمان ترکیبی هیجان‌مدار و اصلاح سبک زندگی با تمرکز بر تفکر ارجاعی و خشم بالینی، چندین مرتبه متن تمامی مصاحبه‌ها توسط محقق خوانده شد. در گام دوم، به منظور آشکارسازی معانی نهفته در بیانات ارائه شده مشارکت‌کنندگان، هریک از مصاحبه‌های انجام شده با استفاده از روش تفسیر متون (نوشتن خلاصه‌های تفسیری و کدگذاری مضمون‌های ظاهر شده) مورد بررسی قرار گرفت.

^۱. Diekelmann

به عبارت دیگر با هدف جستجو برای یافتن موضوعات بالقوه، تلاش شد تا خلاصه‌ای تفسیری از مصاحبه‌های مشارکت کنندگان تهیه شود و سپس با هدف تعیین مضامین اولیه، هر یک از مصاحبه‌ها با توجه به معانی استخراج شده کدبندی شد. در گام سوم به منظور دستیابی به درکی مشترک از توصیفات ارائه شده توسط مشارکت کنندگان، متون کدگذاری شده توسط محقق مورد بررسی قرار گرفت. در گام چهارم، به منظور تشخیص تناقضات احتمالی موجود در تفاسیر ارائه شده، تلاش شد تا با مراجعه به متن اصلی مصاحبه‌ها و یا در صورت ضرورت و برای توضیح و تبیین بیشتر موضوع، با شرکت‌کنندگان مربوطه تماس حاصل گردید و از این طریق برخی موارد تناقض و ناسازگاری بین برداشت و تفسیرها با متن اصلی و گفته‌های مشارکت‌کنندگان برطرف گردید. در گام پنجم به منظور شناسایی و توصیف معانی مشترک از مضامین، به مقایسه و مقابله متن مصاحبه‌ها با یکدیگر پرداخته شد. حاصل این مرحله، شناسایی ۸ درون مایه (زیر مضمون) بود که بر اساس تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان و در راستای تبیین پدیده مورد مطالعه استخراج گردید. در گام ششم به منظور مشخص کردن الگوریتم الگوهایی که مضامین مختلف شناسایی شده را به یکدیگر پیوند می‌زنند، بررسی مجدد انجام گرفت و یافته‌های مطالعه در قالب دو مضمون اصلی (تجارب درمانبخش و عوامل بازدارنده) استخراج شدند که طرح نهایی یافته‌های پژوهش کیفی است. در گام هفتم نیز به منظور تهیه گزارش نهایی از نظرات افراد آشنا به محتوا و شیوه مطالعه، نظرخواهی شد.

بررسی تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان از درمان (پدیدارشناسی تفسیری) و با تمرکز بر تفکر ارجاعی، دو مضمون اصلی با عنوان تجارب درمانبخش و عوامل بازدارنده را آشکار کرد. همچنین در بخش تجارب درمانبخش، ۲ زیرمضمون و در بخش عوامل بازدارنده، ۱ زیرمضمون استخراج شد. مضامین در جدول ۲ آورده شده‌اند.

جدول (۲) مضامین اصلی و زیرمضمون‌ها در ارتباط با تجربه زیسته آزمودنی‌ها از درمان با تمرکز بر تفکر ارجاعی

مفاهیم (کدگذاری باز)	مقوله‌های فرعی (کدگذاری محوری)	مقوله عمده (کدگذاری انتخابی)
عدم انفعال در برابر افکار منفی با کمک رفتارهای مقابله‌ای	ادراک کنترل بیشتر بر روی رفتار در مقابل افکار منفی	تجارب درمانبخش
فعال‌سازی رفتاری براساس منابع درونی		
توانایی تصمیم‌گیری و انتخاب در خصوص رفتارهای جدید		
تفکر کمتر در خصوص اشتباهات و اتفاقات گذشته		
تفکر کمتر در خصوص نگرانی‌های آینده	تمرکز بر زمان حال	عوامل بازدارنده
تمرکز بر تکالیف و اولویت‌های فعلی		
خانواده با جو عاطفی - روانی اضطرابی	نقش عوامل محیطی: به ویژه خانواده و دوستان	
خانواده با جو عاطفی - روانی تکانشی		
دوستان تحریک‌پذیر		
دوستان مضطرب		
خانواده و دوستان مقاوم در برابر تغییرات		

تجارب درمانبخش (تفکر ارجاعی)

با توجه به جمع‌بندی‌های انجام شده از مصاحبه‌ها، تجارب درمانبخش در خصوص تفکر ارجاعی و سؤال اول پژوهش نشان می‌دهد که تفکر ارجاعی کاهش داشته است.

علاوه بر این مکانیزم‌هایی که شرکت‌کنندگان به واسطه آنها و پس از پایان مداخلات، در خصوص مدیریت افکار مزاحم و تکرار شونده خود در ارتباط با گذشته و آینده، احساس کارآمدی می‌کنند، در ادامه توضیح داده خواهند شد.

اولین مورد از نظر شرکت‌کنندگان در خصوص تجربه درمانبخش، ادراک کنترل بیشتر بر روی رفتار در مقابل افکار منفی بوده است. به این معنا که افراد احساس می‌کردند، کمتر در تسخیر افکار مزاحم و تکراری خود هستند و می‌توانند در راستای اهداف رفتاری خود، گام‌های مؤثرتری بردارند. برای مثال مراجع الف، این طور بیان می‌کرد که "تا قبل از این احساس می‌کردم که افکارم (مربوط به گذشته یا آینده) من را کنترل می‌کنند و من از خودم اختیاری ندارم و می‌ترسیدم که فرزند یا همسر این موضوع را بدانند، بنابراین کلاً از خواسته‌ها و اهداف صرف‌نظر می‌کردم و عقب می‌کشیدم". مراجع ب، اظهار داشت که "تا قبل از این تصور می‌کردم که شخص دیگری من را هدایت می‌کند و از این مسأله بسیار می‌ترسیدم به همین دلیل این فکر را داشتم که رفتارم هم در کنترل من نیست، الان که از نظر رفتاری فعال‌تر شده‌ام انگار افکارم هم کم‌رنگ‌تر شده‌اند". مراجع ج، این‌طور گفت که "در حال حاضر بیشتر احساس قدرتمند بودن می‌کنم و کمتر از کنترل نداشتن بر روی افکارم می‌ترسم، شاید دلیلش این باشد که می‌توانم رفتارهای مؤثرتری در مقایسه با گذشته داشته باشم". مراجع د، اظهار داشت: "الان در مقایسه با قبل بیشتر احساس واقعی بودن دارم. قبلاً انگار در خلأ زندگی می‌کردم و احساس می‌کردم آدم‌های اطراف، حال من را نمی‌فهمند، بنابراین تلاش می‌کردم که کلاً از نظر رفتاری، منفعل باشم تا اوضاع بدتر نشود و این مورد بی‌کفایتی و به درد نخور بودن را بیشتر در من تشدید می‌کرد".

دومین مورد از تجارب درمانبخش، به تمرکز بر زمان حال اشاره دارد. این مورد به توانایی افراد برای اینکه خودشان را از افکارشان در خصوص گذشته و آینده جدا کنند، اشاره دارد. برای مثال، مراجع الف گفت: "در حال حاضر هر زمانی که افکار مربوط به گذشته یا آینده به سراغم می‌آیند، راحت‌تر خودم را از آنها دور می‌کنم و به اولویت‌های فعلی‌ام توجه می‌کنم". مراجع ب اظهار داشت که اگر هم این افکار به ذهنم بیایند، بسیار زمان کوتاه‌تری در ذهنم هستند و سریع‌تر می‌توانم از گذشته یا آینده به لحظه کنونی زندگی‌ام برگردم و احساس در خانه بودن می‌کنم". مراجع ج، نیز گفت که "افکارم از بین نرفته‌اند اما به اندازه قبل در سرم نمی‌چرخند و من را با خود نمی‌برند". و مراجع د، اظهار داشت "بر خلاف قبل، انگار افکارم دورتر از من ایستاده‌اند و دائماً به من مثل کنه نمی‌چسبند. انگار در همان گذشته یا آینده مانده‌اند و بدون اجازه من نمی‌آیند".

عوامل باز دارنده (تفکر ارجاعی)

یافته‌ها نشان داد که عوامل محیطی مانند رفتارها و انتظارات دوستان و یا خانواده می‌توانند مانعی برای عملکرد مؤثر مراجعان باشند. برای مثال مراجع الف اظهار داشت که "دوستانم هم مانند من، در گذشته و آینده زندگی می‌کنند و ارتباط با آنها، من را دچار تعارض می‌کند"، مراجع ب گفت: "خانواده‌ام من را دوست دارند و می‌خواهند به من کمک کنند اما روش‌های آنها من را به عقب برمی‌گرداند و باید انرژی بیشتری برای برگشت مجدد صرف کنم". مراجع ج نیز اظهار داشت "قبلاً انگار زیادی سنگ‌ صبور خانواده و دوستان بوده‌ام، اما الان نمی‌خواهم تا این اندازه سرویس بدهم، اما آنها دلخور می‌شوند". مراجع د نیز گفت: "گاهی اوقات در خصوص رفتارهایی که می‌دانم درست هستند و جلوی افکار بیخودم را می‌گیرند، به خاطر بازخورد خانواده احساس گناه دارم".

بررسی تجربه زیسته مشارکت‌کنندگان از درمان (پدیدار شناسی تفسیری) و با تمرکز بر خشم بالینی، در بخش مضامین اصلی و تجارب درمانبخش، ۳ زیرمضمون و در بخش عوامل بازدارنده، ۲ زیرمضمون را آشکار ساخت. مضامین در جدول ۳ آورده شده‌اند.

جدول (۳) مضامین اصلی و زیر مضمون ها در ارتباط با تجربه زیسته آزمودنی ها از درمان با تمرکز بر خشم بالینی

مفاهیم (کدگذاری باز)	مقوله‌های فرعی (کدگذاری محوری)	مقوله عمده (کدگذاری انتخابی)
عدم خجالت‌زدگی درباره خود سرزنش نکردن خود و دیگران مهربانی با خود برون‌ریزی کلامی و غیرکلامی هیجان غم	پذیرش شرم و غم	تجارب درمانبخش
روبرو شدن با موقعیت‌های همراه با ترس و اضطراب اتخاذ تصمیم‌های جدید و انجام آنها قاطعیت در بروز رفتارهای جدید	عدم اجتناب رفتاری	
نقش برداشت فرد از رویدادها و نه لزوماً رویدادها در هیجان‌های منفی آگاهی در خصوص کارهای اشتباه و گزینه‌های اشتباه برای پیشگیری از ترس‌ها یا غم و شرم و در نتیجه تشدید مشکلات و یا ایجاد مشکلات تازه	درک جدیدی از ناکامی‌ها و رویدادهای ناخوشایند	
تجربه احساس ناتوانی و اضطراب در انجام موارد یادگرفته شده در زمانی که مشاور حضور ندارد نیاز به تماس تلفنی و ملاقات حضوری با مشاور تفاوت محیط روانی اتاق درمان و فضای ناامن بیرون از اتاق درمان دریافت بازخورد از دیگران درخصوص صرف زمان و هزینه برای درمان	دشواری انتقال یادگیری‌ها به بیرون از اتاق درمان	عوامل بازدارنده
گرفتن بازخوردهای تکراری و نصیحت برای بهبودی سریع‌تر گرفتن گزارش در خصوص جلسات درمانی توسط اعضای خانواده و دوستان	انتظارات دیگران درخصوص بهبودی سریع	

عوامل درمانبخش (خشم بالینی)

با توجه به جمع‌بندی‌های انجام شده از مصاحبه‌ها، تجارب درمانبخش در خصوص خشم بالینی و سؤال دوم پژوهش نشان می‌دهد که خشم بالینی کاهش داشته است. علاوه بر این مکانیزم‌هایی که افراد به واسطه آنها و پس از شرکت در جلسات در خصوص کنترل خشم آسیب‌زای معطوف به خود و دیگران، تحریک‌پذیری و عدم تداخل خشم با حیطه‌های مختلف زندگی، احساس کارآمدی می‌کنند، در ادامه توضیح داده می‌شوند.

اولین مورد از تجربه درمانبخش، به پذیرش شرم و غم، اشاره دارد. این مورد به معنای روبروشدن با منابع شرم و غم و پذیرش و حل کردن آنها به جای کاور کردن آنها با هیجان خشم است. برای مثال مراجع الف، اظهار داشت که "قبلاً دیگران را به خاطر ناکامی‌هایم مقصر می‌دانستم و از طرفی خودم هم خجالت می‌کشیدم که چرا آنقدر دیگران را تحت فشار می‌گذارم. انگار بعضی از احساسات و حرفها را حتی از خودم مخفی می‌کردم و به خودم هم نمی‌گفتم". مراجع ب گفت: "الان هم عصبانی می‌شوم اما نه به شدت قبل و از طرفی در زمان عصبانیت تصمیم نمی‌گیرم. انگار بیشتر غمگین بوده‌ام تا عصبانی". مراجع ج، اظهار داشت که: "انگار نسبت به خودم مهربان‌تر شده‌ام.

و خودم را دائماً به خاطر نواقص، کمبودها و اشتباهاتم، سرزنش نمی‌کنم". مراجع د نیز گفت: "به اندازه قبل به دنبال مجازات یا انتقام گرفتن از خانواده‌ام و دیگران نیستم، به جای این کار تلاش می‌کنم تا از احساس حقارت و غم شدیدی که تجربه می‌کردم، فرار نکنم".

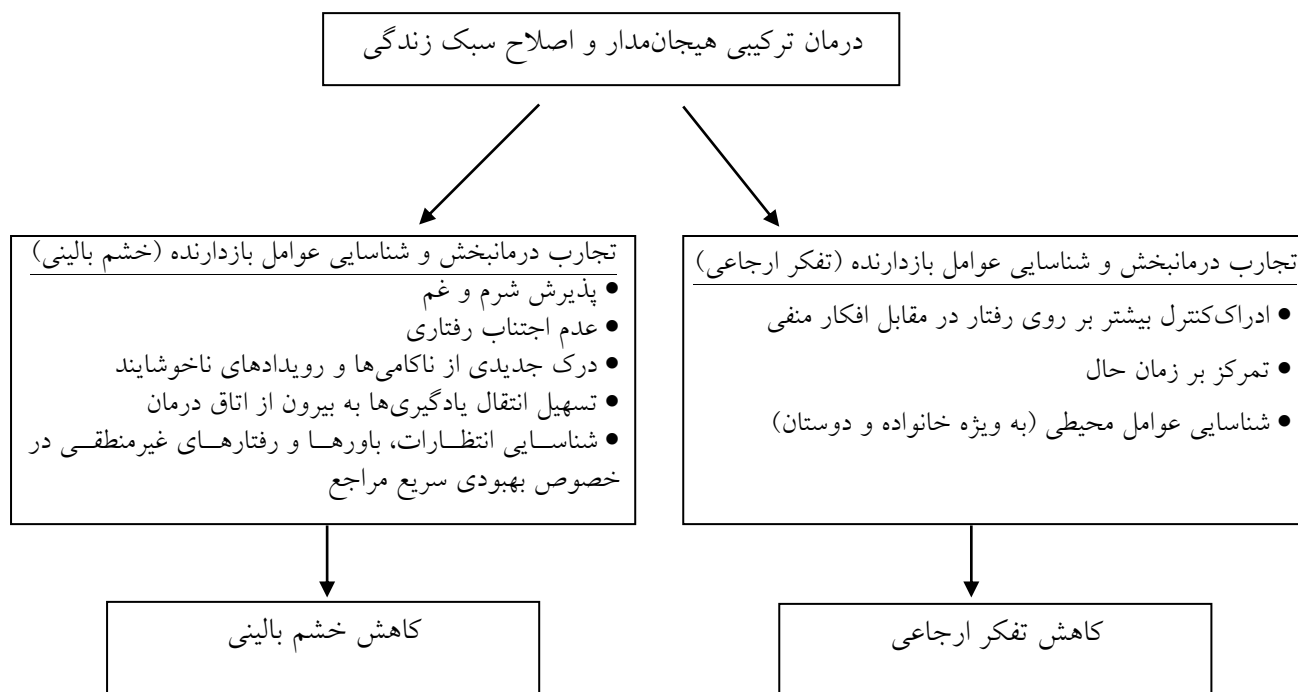
دومین مورد از تجربه درمان‌بخش، به عدم اجتناب‌های رفتاری اشاره دارد. به این معنا که فرد با ترس‌ها و پیش‌بینی‌های فاجعه‌آمیز خود در ارتباط با آینده نزدیک یا دور روبرو می‌شود. برای مثال، مراجع الف اظهار داشت که "به خاطر تجربه خیانت به همسر و اینکه او هم از این مسأله آگاه بود، اما به جای سرزنش و جدا شدن از من، سکوت کرد، از خودم و او بسیار عصبانی بودم و از طرفی از حرف زدن با او می‌ترسیدم. چون احساس می‌کردم که خودش با بی‌توجهی و نادیده گرفتن من، زمینه خیانت را فراهم کرده و حالا دارد من را شرم‌نده می‌کند. قبلاً کاملاً از او فاصله می‌گرفتم اما الان دارم با او حرف می‌زنم و فرار نمی‌کنم". مراجع ب گفت: "من دانشجوی خوبی بودم، اما به خاطر تجربه ناکامی عاطفی، یک ترم به خاطر عدم حضور در کلاس‌ها حذف شدم و دو ترم هم به خاطر تجربه ناکامی در روابط عاطفی و احساس افسردگی شدید، مرخصی گرفتم و دانشگاه نرفتم. می‌خواستم ترک تحصیل کنم. روبرو شدن با هم‌کلاسی‌ها و اینکه چه توضیحی برای آنها بدهم من را به شدت می‌ترساند و استرس می‌گرفتم. ۳ ترم تمام شد و هم‌کلاسی‌هایم را دیگر نمی‌دیدم اما مشکل جدید، این بود که برای ورودی‌های جدید در خصوص این جاماندگی چه توضیحی بدهم؟ الان با وجود سختی این کار در قالب کلاس‌ها شرکت کردم و امتحان هم دادم. "مراجع ج اظهار داشت: "رفتارهای پرخاشگرانه و تحقیرکننده پدرم با من و خواهرانم باعث شده بود که حتی در کاری که قبلاً موفق بودم، اضطراب بگیرم و خرابکاری کنم. به همین دلیل کلاً از کارم بیرون آمدم. اما مدتی است که دوباره کار جدیدی را به طور پاره‌وقت شروع کرده‌ام". مراجع د نیز گفت: "به خاطر تجربه از دست دادن مادرم که هنوز برای من حل نشده بود و اینکه بسیار به او وابسته بودم با اینکه موارد مناسبی برای ازدواج داشتم اما کلاً می‌خواستم تنها باشم، چون فکر می‌کردم که همه، من را تنها می‌گذارند، اما الان دارم به رابطه عاطفی و یک انتخاب درست فکر می‌کنم".

سومین مورد از تجربه درمان‌بخش، درک جدید از ناکامی‌ها و رویدادهای ناخوشایند بود. به این معنا که افراد به جای گیر افتادن در ناکامی‌ها و رویدادهای بحران‌زایی که تجربه کرده‌اند، می‌توانند از آنها عبور کنند و به معنای تازه‌ای که آن رویداد را تا قبل از این، بسیار غیر قابل هضم، زنده و ناخوشایند می‌کرد، پی ببرند. برای مثال مراجع الف گفت "همیشه فکر می‌کردم که احساس مورد سوء استفاده قرار گرفتن، تا این حد من را به درماندگی رسانده، اما الان متوجه شدم که من تا قبل از آن هم، برای تجربه احساس ارزشمندی به دیگران و به طور خاص آقایان، اعتماد می‌کردم و سرویس می‌دادم. در واقع آن اتفاق، فقط جرقه روشن شده را شعله‌ورتر کرده است و من احساس قربانی شدن را همیشه در زندگی داشته‌ام". مراجع ب گفت: "بعد از رها شدنم در رابطه عاطفی‌ام، احساس می‌کردم که به اندازه کافی زیبا نبودم، و به جراحی‌های زیبایی رو آوردم و یک بار هم آسیب دیدم. اما الان متوجه شدم که قبلاً هم به دنبال جلب توجهی بودم که احساس می‌کردم هیچ وقت نتوانسته‌ام با تکیه بر روش‌های درست به دست آورم". مراجع ج گفت: "از بعد از تصادف شدیدی که منجر به آسیب شدید برای من و از دست دادن دوستانم شد (من راننده نبودم) کلاً خواب و خوراک و تحصیل و خلاصه همه چیزم به هم ریخته بود. به من گفتند که افسردگی و اختلال استرس پس از تروما گرفته‌ام و دارو مصرف می‌کردم. از یک طرف به خاطر دوستانم غمگین بودم، از یک طرف از این حالت‌های خودم که نمی‌توانم به بیمارستان بروم و از خون می‌ترسیدم یا نمی‌توانستم رانندگی کنم، می‌ترسیدم و عصبانی بودم. در خانه هم نمی‌توانستم بمانم و از خانواده هم فرار می‌کردم. الان متوجه شدم این تصادف اولین بحران جدی زندگی من در خصوص ناپایدار بودن زندگی، از دست دادن عزیزان و آسیب‌پذیری من بوده و اینکه نمی‌شود همه چیز را کنترل یا پیش‌بینی کرد و قبول این مسأله برای من سخت بوده."

"مراجع د اظهار داشت: " از دست دادن هر فردی که او را دوست دارید باعث تجربه غم و دلتنگی می شود. اما الان متوجه شدم یکی از دلایل مهم غم و یا خشمی که من تجربه می کردم، به خاطر این بود که از خودم و خدا سؤال می کردم چرا این اتفاق باید برای من بیفتد؟ بقیه دارن زندگیشونو می کنند. اینکه احساس می کردم همیشه در زندگی بدبختی آورده ام و تنهایی باید مشکلات را حل می کردم."

عوامل باز دارنده (خشم بالینی)

یافته ها نشان داد که دو عامل دشوار بودن انتقال یادگیری ها به بیرون از جلسات و انتظارات غیرواقع بینانه دیگران در خصوص بهبودی سریع مراجعان به علت مراجعه به مشاور، می توانند عامل بازدارنده برای درمان محسوب شود. برای مثال مراجع الف در خصوص این دو مورد گفت: "گاهی برای عملی کردن برخی تکالیف مانند آرام سازی عضلانی با خودم می گویم که ای کاش مشاورم اینجا بود" و یا "همسرم می گوید که چند جلسه دیگر مشاوره داری؟ و آیا خودت نمی دانی که مشکل چیست؟" مراجع ب در خصوص این دو مانع اظهار داشت که: "گاهی انجام تکنیک باز کردن فضا برایم بسیار سخت است به خصوص اگر تنها نباشم و در جمع دیگران باشم". و یا "دوست صمیمی ام به من می گوید که به جای این جلسات، پادکست گوش کنی سریع تر به نتیجه می رسی". مراجع ج گفت: "سبک زندگی فعلی ام را بیشتر از سبک زندگی قبلی ام دوست دارم، اما برای برخی فعالیت ها مانند ورزش کردن یا تغذیه سالم (قبلاً بیشتر شکلات و..... می خوردم) با مانع از طرف دیگران روبرو هستم". و یا "خواهرم که خودش مشاور است به من می گوید که اگر خودت را به من می سپردی، هم هزینه نمی کردی و هم زودتر به نتیجه می رسیدی". مراجع د نیز اظهار داشت که "انگار در فرهنگی زندگی می کنیم که نشان دادن هیجان هایی که واقعاً داریم، بسیار سخت است و با قضاوت یا بازخوردهای نامناسبی روبرو می شویم. در اتاق درمان این احساس امنیت هست اما بیرون از جلسات، تفاوت دارد."



شکل (۱) مدل مفهومی الگوی درمانی استخراج شده

بحث و نتیجه‌گیری

در این بخش به بحث و نتیجه‌گیری پیرامون یافته‌های حاصل از مصاحبه‌ها در خصوص تجارب زیسته دانشجویان دارای افسردگی با سابقه افکار و رفتار خودآسیب‌رسان با قصد خودکشی از درمان ترکیبی هیجان‌مدار و اصلاح سبک زندگی، با تمرکز بر تفکر ارجاعی و خشم بالینی پرداخته می‌شود. تحلیل مصاحبه‌ها با استفاده از روش دیکلمن و همکاران (۱۹۸۹)، علاوه بر کاهش کلی تفکر ارجاعی و خشم بالینی، ۲ مضمون اصلی و ۸ زیرمضمون را آشکار ساخت. تحلیل مصاحبه‌ها در خصوص تجارب درمانی مشارکت‌کنندگان از کاهش تفکر ارجاعی و نقش تجارب درمانبخش و تأثیرگذار آنها در این خصوص، نشان داد که علاوه بر کاهش تفکر ارجاعی، در اولین مضمون اصلی، تجارب درمانبخش از نظر مشارکت‌کنندگان، شامل دو زیرمضمون ادراک کنترل بیشتر بر روی رفتار در مقابل افکار منفی و تمرکز بر زمان حال بوده است.

این یافته‌ها می‌تواند با پژوهش‌های پرمهر و دشت بزرگی (۲۰۲۴) مبنی بر تأثیر اصلاح سبک زندگی بر بهزیستی ذهنی؛ کشت‌ورز کندازی و برزگر (۱۳۹۹) مبنی بر نقش اصلاح سبک زندگی بر کاهش تکانشگری؛ نظرعلی صوفی و میرگل (۱۴۰۰) مبنی بر اثربخشی رویکرد آدلری بر خود کارآمدی؛ کمساری و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر تأثیر مشاوره گروهی آدلری بر تسلط بر محیط و خود پیروی؛ رم، کونرو و گاداپا (۲۰۲۰) مبنی بر رابطه سبک زندگی ناسالم با تفکر ارجاعی و افزایش تلاش برای خودکشی؛ امیریان و قجاوندی (۱۳۹۹) مبنی بر تأثیر درمان هیجان‌مدار بر خودکنترلی؛ اکلند^۱ و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر رابطه شفافیت هیجانی با کاهش تفکر ارجاعی؛ خداوندلو و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر تأثیر درمان هیجان‌مدار بر کاهش پاسخ‌های نشخواری؛ رباط جزئی و جعفری (۱۴۰۲) مبنی بر اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش افکار خودکشی و وفایی و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی تنظیم هیجان بر کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان همسو باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت؛ که تفکر ارجاعی به عنوان یک راهبرد ناسازگارانه برای تنظیم هیجان، در دراز مدت می‌تواند با پیامدهای منفی همراه باشد (اولیویرا و همکاران، ۲۰۲۴) و توانایی افراد را برای به روزرسانی و انطباق با اطلاعات هیجانی جدید در حافظه فعال کاهش دهد. در این شرایط، عاطفه منفی (لو و همکاران، ۲۰۲۴) و احتمال بروز افسردگی افزایش می‌یابد. بر اساس پژوهش‌ها نیز عاطفه‌پذیری منفی از طریق تفکر ارجاعی و دشواری در تنظیم هیجان می‌تواند افسردگی را افزایش دهد (محمدخانی، عطار و اکبری، ۲۰۲۳). بنابراین، پیش‌بینی‌های آینده‌محور بدبینانه هم افزایش می‌یابند و ایده‌پردازی خودکشی را محتمل می‌کنند (میراندا و همکاران، ۲۰۲۳).

به نظر می‌رسد درمان هیجان‌مدار با تمرکز بر توانایی پردازش هیجانی در زمان حال و تجربه دردهای هیجانی و روانشناختی، می‌تواند به افراد کمک کند تا بر نشخوارهای ذهنی خود غلبه کنند و رفتارهای کارآمدتری داشته باشند. از طرفی، افراد دارای سبک زندگی سالم، انتخاب‌های مبتنی بر خودیاری دارند که در بهزیستی آنها نقش زیادی دارد. این افراد می‌توانند به طور مؤثرتری با چالش‌ها و تقاضاهای زندگی روبرو شوند (رم، کونرو و گاداپا، ۲۰۲۰). تفکر ارجاعی شکلی از حل مسئله غیرمؤثر است و به عنوان یک راهبرد اجتنابی مقابله‌ای، مانع بروز رفتارهای مؤثر در افراد می‌شود. بنابراین داشتن سبک زندگی سالم می‌تواند با بهبود مقابله رفتاری مؤثر و حال محور، تأثیر منفی نشخوارهای ذهنی را در افراد کاهش دهد و با تمرکز بر تکالیف زندگی (خودگردانی، کاهش اشتباهات بنیادین، روابط بین فردی و معنویت)، فرد را در راستای رشد رفتاری ملموسی قرار دهد که از تأثیر منفی نشخوارهای ذهنی می‌کاهد.

¹. Eckland

در خصوص دوّمین مضمون اصلی، یعنی عوامل بازدارنده درمان نیز، یک زیرمضمون با عنوان نقش عوامل محیطی و به ویژه خانواده و دوستان استخراج شد. در تبیین این مضمون میتوان گفت؛ با وجود آنکه درمان هیجان مدار و اصلاح سبک زندگی، هر دو می‌توانند با افزایش توجه فرد نسبت به منابع درونی و کاهش پاسخ‌های نشخواری، در کاهش افکار و رفتارهای خودآسیب‌رسان با قصد خودکشی نقش داشته باشند (جبّاری و عقیلی، ۱۴۰۲)، اما بدون داشتن یک سیستم حمایتی، تداوم این مسیر، سخت خواهد بود. هر تغییری، حتی اگر مثبت باشد باید از جانب خانواده و یا دوستان، پذیرفته شود و درک شود. گاهی برخی رفتارها برای خانواده و دوستان مفید است و تعادل سیستم را حفظ می‌کنند، اما همین رفتارها به خود فرد آسیب می‌زنند و او را تحت فشار روانی زیادی قرار می‌دهند. تغییر این رفتارها با مقاومت سایرین روبرو خواهد شد. در پژوهش حاضر نیز تغییر رویه مشارکت‌کنندگان در خصوص زندگی در زمان حال یا عدم سرویس‌دهی افراطی به دیگران با مقاومت خانواده و دوستان روبرو شده است.

تحلیل مصاحبه‌ها در خصوص تجارب درمانی مشارکت‌کنندگان از کاهش خشم بالینی و نقش تجارب درمان‌بخش و تأثیرگذار آنها در این خصوص نشان داد که علاوه بر کاهش کلی خشم بالینی، در اوّلین مضمون اصلی، تجارب درمان‌بخش از نظر مشارکت‌کنندگان، شامل سه زیرمضمون پذیرش شرم و غم، عدم اجتناب رفتاری و درک جدید از ناکامی‌ها و رویدادهای ناخوشایند بوده است.

این یافته‌ها می‌تواند با پژوهش‌های عسگری و دشت بزرگی (۲۰۲۲) مبنی بر تأثیر اصلاح سبک زندگی بر تحمل آشفتگی؛ صفاری نیا و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر تأثیر درمان آدلری بر کاهش احساس کهنتری؛ برجعلی، عسگری راد و ناصری نیا (۱۴۰۰) مبنی بر تأثیر درمان آدلری بر تنظیم هیجان مثبت؛ صف آرا و خانابابی (۱۳۹۸) مبنی بر نقش سبک زندگی سالم در افزایش خلق مثبت؛ عرفانیان رزعی و همکاران (۱۴۰۲) مبنی بر تأثیر درمان هیجان‌مدار بر تحمل ناکامی؛ کیهان، غنی‌فر و آهی (۱۴۰۲) مبنی بر تأثیر درمان هیجان‌مدار بر کاهش اجتناب تجربه‌ای غفاری، میکائیلی منیع و مسعودی (۱۴۰۱) مبنی بر تأثیر درمان هیجان‌مدار بر کاهش احساس حقارت؛ هلمووا و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی رویکرد هیجان‌مدار بر کاهش خودانتقادی و افزایش خودشفقتی؛ وفایی و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر نقش آموزش تنظیم هیجان در کاهش خشم و در نتیجه، رفتارهای خودآسیب‌رسان؛ اصغرزاده، محمد پناه اردکانی و آریان‌پور (۱۴۰۱) مبنی بر تجربه شدیدتر غم در مقایسه با خشم در بررسی تجربه زیسته افراد دارای خودآسیب رسانی؛ هنربخش و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر تأثیر درمان هیجان‌مدار بر کاهش خصومت و پرخاشگری و علیجانی، اکرمی و ایمانی (۱۳۹۴) مبنی بر تأثیر اصلاح سبک زندگی بر پرخاشگری و حساسیت بین فردی همسو باشند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت؛ خشم ناسازگارانه با ادراک سربار بودن، کاهش ظرفیت‌های فرد و تشدید ناامیدی در خصوص این حالت‌ها، می‌تواند ایده‌پردازی آسیب‌رساندن به خود با قصد خودکشی را شکل دهد. به خصوص خشم در زنان در مقایسه با مردان بیشتر منجر به آسیب رساندن به خود با قصد خودکشی می‌شود (شافر و همکاران، ۲۰۲۲). خشم ناسازگارانه مشکلاتی را در تنظیم برانگیختگی‌های شدید جسمانی، ارزیابی صحیح موقعیت‌های فراخوان هیجان یا آگاهی ذهن آگاهانه از هیجان‌ها و توجه به اطلاعات مهم در موقعیت فراخوان خشم ایجاد می‌کند و در این شرایط، شناسایی و ابراز هیجان‌های دیگری مانند غم یا شرم با مشکل روبرو می‌شود (لارسون^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). از طرفی در افسردگی، حساسیت به خشم افزایش می‌یابد، ادراک تهدید بالا می‌رود (جاکوبوسکا و همکاران، ۲۰۲۳) و خشم (حالت و صفت) می‌تواند علت افسردگی و یا عامل تشدیدکننده آن باشد (استوز^۲ و همکاران، ۲۰۲۳). علاوه بر این، خشم در افراد افسرده با فقدان رفتارهای ابرازگرانه، حقارت و جرأت‌مندی همراه است (بشارت، طاهری و لواسانی، ۱۳۹۵) که می‌تواند اجتناب و بازداري از رفتارهای مؤثر را به همراه داشته باشد.

^۱. Larson

^۲. Estevez

همچنین خشم ناسازگارانه مانع تحلیل درست فرد از تجارب منفی خود می‌شود و در پردازش هیجانی که خشم بر آن غالب است، افراد نمی‌توانند معنای واقعی رویدادهای منفی تجربه شده را درک کنند (پینهو و همکاران، ۲۰۲۱). چرا که پردازش هیجانی، هم فرایندهای شناختی و هم هیجانی را در برمی‌گیرد.

از طرفی درمان هیجان‌مدار به افراد کمک می‌کند تا با افزایش خود شفقتی، بتوانند از خشم خود به جای آسیب به خود، برای محافظت از خود استفاده کنند (تیمولاک و کیا، ۲۰۲۲). چرا که بر اساس این رویکرد، خودانتقادی که در افراد افسرده و دارای خود آسیب‌رسانی با قصد خودکشی بالا است، شکلی از خشم ثانویه ناسازگارانه است که می‌تواند با رشد هیجان‌های سازگارانه اولیه مانند غم، شرم یا ترس، تغییر شکل پیدا کند (بیلی، هلمووا و رابلوا، ۲۰۲۳). همچنین در درمان هیجان‌مدار بین تجربه هیجانی آشفته‌کننده و آشفتگی کلی، تفاوت وجود دارد. زمانی که افراد به مرحله آشفتگی کلی می‌رسند، هیجان‌های تجربه شده در این سطح، بسیار کلی و غیرمتمایز هستند و فرد در این سطح، احساس درماندگی، ناامیدی، خستگی، افسردگی و تحریک پذیری دارد. در این شرایط، برخی احساسات مانند خشم، ممکن است که آشکارتر باشند و مانع تجربه احساسات زیربنایی دردناک‌تر مانند غم و یا شرم شوند. درمان هیجان‌مدار از این احساسات هسته‌ای و زیربنایی دردناک، پرده بر می‌دارد. از طرفی هیجان‌ها در پاسخ‌دهی رفتاری مناسب، نقش مهمی دارند. در رویکرد هیجان‌مدار، خود درمانی‌های مشکل‌ساز که مهم‌ترین آنها اجتناب‌های رفتاری به دنبال اجتناب‌های هیجانی است، شناسایی و کاهش می‌یابند (تیمولاک و کیا، ۲۰۲۲). بنابراین افراد، آمادگی انجام فعالیت‌هایی به منظور مدیریت محیط را پیدا می‌کنند. همچنین درمان هیجان‌مدار به افراد دارای افکار و رفتارهای خودآسیب‌رسان کمک می‌کند تا با تلفیق نیازها، تعامل‌ها و ساخت مجدد تعامل‌ها بر پایه ادراک‌های جدید از تجارب منفی خود، به بازسازی و تسهیل راه‌حل‌های جدید برای مشکلات کهنه و قدیمی، بپردازند و رفتارهای انطباقی و منعطف‌تری در برابر رویدادهای برانگیزاننده خشم داشته باشند (جباری و عقیلی، ۱۴۰۲).

به نظر می‌رسد، درمان هیجان‌مدار غالباً بر گذشته تمرکز دارد و پیاده کردن آنچه که در جلسات درمانی هیجان‌مدار، درک و تجربه شده، می‌تواند در قالب اصلاح سبک زندگی نمود داشته باشد. با توجه به محتوای بسته تدوین شده در خصوص اصلاح سبک زندگی، که در آن بر کاهش احساس حقارت و کاهش ترس‌هایی مانند ترس از کامل نبودن، ترس از تأیید نشدن، ترس از آسیب‌پذیری و ترس از رنج کشیدن تمرکز شده است و با توجه به نقش این موارد در برانگیختن خشم ناسازگارانه در افراد، به نظر می‌رسد که اصلاح سبک زندگی و کاهش احساس حقارت و ترس‌های مذکور بتواند، کاهش خشم را نیز به واسطه مکانیزم‌های پذیرش شرم، عدم اجتناب رفتاری و درک جدید از رویدادها و تجارب ناخوشایند که به احساس حقارت و ترس‌های مطرح شده، مرتبط هستند، به همراه داشته باشد.

در خصوص دومین مضمون اصلی یعنی عوامل بازدارنده درمان، دو زیرمضمون با عنوان دشوار بودن انتقال یادگیری‌ها به بیرون از جلسات و انتظارات دیگران در خصوص بهبودی سریع استخراج شد. در تبیین این مضامین می‌توان گفت؛ درمان هیجان‌مدار، تکالیفی به مراجع می‌دهد تا بیرون از جلسات درمان انجام دهد، اما از آنجایی که غالب تکالیف در جلسه درمان انجام می‌شود (تیمولاک و کیا، ۲۰۲۲)، انتقال یادگیری‌ها به بیرون از جلسه، گاهی برای برخی از مراجعان دشوار است. به نظر می‌رسد برای این افراد، تکالیف بیشتری برای بیرون از جلسه باید طراحی شود. از طرفی خشم ناسازگارانه به واسطه کاهش حمایت اجتماعی می‌تواند روابط بین‌فردی را مختل کند (کای^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). در این شرایط، انتظارات خانواده و دوستان برای بهبودی سریع فردی که تحت درمان است،

^۱. Timulak & Keogh

^۲. Bailey, Halamova & Vrablova

^۳. Cui

می تواند عامل مزاحمی باشد. به خصوص آنکه دو نفر از مشارکت کنندگان، قبلاً (نه در یک سال اخیر) در معرض دارو درمانی صرف بوده اند و درمان روانشناختی را تجربه نکرده بودند و دو نفر دیگر هم هیچ تجربه ای از درمان دارویی یا روانشناختی نداشته اند. وقتی این افراد، درمان روانشناختی را تجربه می کنند و اعضای خانواده هم در جریان این مسأله قرار می گیرند، انتظار بیشتری برای بهبودی سریعتر دارند. این انتظار، می تواند فشار مضاعفی را به فرد وارد کند و خودش عاملی برای تجربه مجدد خشم ناسازگارانه باشد.

امروزه پدیده دردناک اجتماعی - روانی خودکشی، در جامعه دانشجویان نیز به وفور دیده می شود. بر اساس پژوهش حاضر به نظر می رسد، سن، متأهل بودن، داشتن تحصیلات تکمیلی، شاغل بودن یا حتی تحصیل در رشته های مرتبط با روانشناسی نیز لزوماً نمی تواند عامل پیشگیری کننده ای باشد. این بدین معنا است که این پدیده در همه جوامع در حال شیوع است و البته آمار آن همچنان در دختران داری افسردگی بالاتر است. در این میان، افسردگی اختلالی است که همیشه تشخیص آن آسان نیست و نمود بیرونی آن توسط نشخوارهای ذهنی و تکراری فرد، کنترل و بازداری می شود که می تواند زندگی او را فلج کنند. همچنین خشم می تواند در زنان به علت نحوه جامعه پذیری هیجانی، سرکوب شود و در قالب غم و در نهایت افسردگی نمایان شود. این مسأله فرهنگی در جوامع جمع گرای آسیایی بیشتر است و البته در برخی خرده فرهنگ ها شدت بیشتری هم دارد. بنابراین اگر بتوان بر روی کاهش خشم و تفکر ارجاعی کارکرد، می توان انتظار کاهش افسردگی هم به عنوان پیامد ثانویه در نظر گرفت. از طرفی درمان هایی که به طور مستقیم و با کار بروی افکار و یا رفتار بر کاهش افسردگی متمرکز هستند، در جامعه دانشجویان و افراد جوانتر کمتر مورد استقبال قرار می گیرند. این مسأله، لزوم توجه به درمان هایی که با کار بر روی هیجان ها و دادن تکالیف به دنبال تغییر افکار و رفتارها هستند (درمان هیجان مدار) و همچنین درمان هایی که با تمرکز بر تغییر سبک زندگی فرد، امکان عبور از گذشته را به سوی آینده ای کارآمدتر و سالم تر فراهم می کنند (اصلاح سبک زندگی) برجسته تر می کند. چرا که تغییرات برخاسته از درمان هیجان مدار در کنار اصلاح سبک زندگی، امکان تداوم تغییرات را فراهم می کند. از طرفی انجام کیفی پژوهش هایی از این دست، علاوه بر بررسی تأثیر آنها بر متغیرهای مورد نظر، اطلاعات مهم تری را مانند مکانیزم های تأثیرگذاری، مفاهیم درمان بخش و یا موانع درمان بخش را آشکار خواهد کرد. این مسأله می تواند زمینه طراحی دقیق تر بسته های آموزشی - درمانی و پیشگیرانه را در زمینه آسیب روانی - اجتماعی خودکشی فراهم کند. از جمله محدودیت های پژوهش، احتیاط در تعمیم نتایج به علت اجرای آن در جامعه دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه و کم بودن پیشینه تحقیق با طرح کیفی بود. در خصوص پیشنهادها نیز می توان به اجرای پژوهش در جامعه پسران و مقایسه نتایج، در نظر گرفتن متغیرهای مزاحم فرهنگی - اجتماعی و توجه به اهمیت نقش خانواده، دوستان و محیط در مراقبت مدبرانه و همراه با حمایت از فرد اقدام کننده به خودآسیب رسانی با قصد خودکشی و برگزاری جلسات آموزشی برای این افراد اشاره کرد.

سپاسگزاری

از تمامی دانشجویانی که با اعتماد به اینجانب در جلسات درمان شرکت کردند و همچنین مسوول محترم مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه، تشکر و قدردانی می کنم.

تعارض منافع

این پژوهش برگرفته از یک طرح درون دانشگاهی با همین عنوان در واحد ساوه است که با هزینه شخصی اینجانب انجام شده است.

منابع

- آرتنگ، هستی و ایزدی، فاطمه. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر پردازش اطلاعات هیجانی و تحریف‌های شناختی بین‌فردی در زنان با نشانه‌های بدنی شهر اصفهان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۰ (۱)، ۶۰-۷۳. <https://10.52547/rbs.20.1.60>
- آرین‌نژاد، شیرین؛ صالحی، مهدیه؛ تقی‌لو، صادق و استکی، مهناز. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار با کاربرد هنر و درمان هیجان‌مدار بر ابرازگری هیجان افراد با سندرم ضربه عشقی. *علوم روانشناختی*، ۲۲ (۱۲۵)، ۹۱۳-۹۳۱. <https://doi.org/10.22034/AFTJ.2022.316683.1280>
- ابریست، اورسولا و استورت، آلان. ا. (۱۹۷۵). *روان‌درمانی آدلری*، ترجمه: نیلوفر قادری. (۱۴۰۱). تهران: ارجمند.
- اصغرزاده، علی؛ محمدپناه اردکان، عذرا و آریان‌پور، حمیدرضا. (۱۴۰۱). بررسی تجربه زیستی نوجوانان دارای سابقه خودزنی. *مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*، ۳ (۲)، ۴۱۷-۴۳۲.
- اکستین، دنیل و کرن، روی. (۲۰۰۲). *ارزیابی و درمان سبک زندگی*، ترجمه: حمید علیزاده، محسن سیفی و فروزان کرمی، (۱۳۸۹). اهواز: رسش.
- الیوت، رابرت؛ واتسون، جین؛ گلدمن، رواندا و گرینبرگ، لزل. (۲۰۱۳). *آموزش درمان هیجان‌مدار*، ترجمه: آرش رضانی و نینا جمشیدنژاد. (۱۴۰۰). تهران: ارسباران.
- امیریان، مرضیه و قجاوندی، کاظم. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری و خودکنترلی زنان شهر اصفهان. *روانشناسی زن*، ۱ (۳)، ۶۹-۸۱.
- برجعی، محمود؛ عسگری‌راد، زهرا و ناصری‌نیا، سجاد. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش شوانکر مبتنی بر نظریه آدلر بر خودکارآمدی، رضایتمندی از زندگی و تنظیم هیجانی زوجین متعارض. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۱۲ (۴۵)، ۱۴۱-۱۶۲. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2020.51732.2379>
- بشارت، محمدعلی؛ طاهری، مریم و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۵). مقایسه کمال‌گرایی، استحکام من، خشم و نشخوار خشم در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواس فکری عملی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۷ (۲۶)، ۸۸-۱۱۵. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2016.6724>
- جباری، نسترن و عقیلی، مجتبی. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار بر رفتارهای خودآسیب‌رسان و نیازهای بین‌فردی در نوجوانان دختر دارای افکار خودکشی. *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۸ (۶۹)، ۶۱-۷۰.
- چلبیانلو، غلامرضا و پرواز، رعنا. (۱۴۰۱). نقش ابعاد سرشت، نشخوار ذهنی، انعطاف‌پذیری شناختی و صفت اضطرابی در پیش‌بینی خلق افسردگی. *مطالعات روانشناختی*، ۱۸ (۱)، ۱۱-۲۴. <https://doi.org/10.22051/PSY.2022.33726.2347>
- حایری میبدی، مهسا؛ جعفری زرچی، فرشته؛ شاهوردی، محمد و حیاتی مطلق، محمد. (۱۴۰۰). نقش خودآگاهی هیجانی، تفکر ارجاعی و سرزندگی ذهنی در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد در زنان مصرف‌کننده مواد مخدر، *رویش روان‌شناسی*، ۱۰ (۱)، ۹۸-۱۰۸.
- خدابنده‌لو، ناصر؛ فتحی اقدم، قربان؛ باباخانی، وحیده و علیجانی، فاطمه. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و درمان هیجان‌مدار بر پاسخ نشخواری دانش‌آموزان پسر متوسطه. *مدیریت ارتقای سلامت*، ۱۰ (۶)، ۱۴۳-۱۵۰.
- دهقان، نیلوفر؛ شریفی، طیب و احمدی، رضا. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر نشخوار ذهنی بیماران قلبی - عروقی. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۳۰ (۱۳۴)، ۱-۱۲. <https://doi.org/10.47176/rjms.30.134>
- رباط جزئی، الهام و جعفری، اصغر. (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی درمان ترکیبی هیجان‌مدار و حل مسئله در کاهش افسردگی و افکار خودکشی مادران با فرزند معنادار. *مطالعات ناتوانی*، ۱۳، ۱-۱۱.

رضایی شریف، علی؛ پورعبدل، سعید؛ صبحی قراملکی، ناصر؛ حبیبزاده، عباس و بیکی، مهری. (۱۴۰۱). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خشم بالینی. *پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۷ (۶۶)، ۱۴۲-۱۴۹.

سوئینی، توماس. جی. (۱۳۹۶). *مشاوره و روان‌درمانی آدلری*، ترجمه: آزاده فرقدانی، فاطمه شاطریان محمدی، کبری عبدالمحمدی و فاطمه موسوی، (۱۳۹۳). ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه.

صف‌آرا، مریم و خانابایی، مینا. (۱۳۹۸). نقش تعدیل‌کننده جنسیت در رابطه سبک زندگی اسلامی با خلق مثبت و سلامت روان دانشجویان. *رویش روانشناسی*، ۸ (۹ پیاپی ۴۲)، ۱۲۰-۱۲۷.

صفاری نیا، مجید؛ آقا یوسفی، علیرضا؛ حسینیان، سیمین و مهمان‌نوازان، اشرف. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی آدلری بر اساس سبک زندگی، علاقه اجتماعی بر احساس کهنری و بهزیستی اجتماعی زنان خیانت‌دیده. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۷ (۲۶)، ۹۷-۱۱۸.

طباطبایی، امیر؛ پرخیده، حسن؛ مرتضوی، حامد و طباطبایی چهر، محبوبه. (۱۳۹۲). راهبردهایی برای ارتقاء دقت علمی در تحقیقات کیفی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۵ (۳)، ۶۶۳-۶۷۰. <https://doi.org/10.29252/jnkums.5.3.663>

عرفانیان رزعی، مریم؛ کشاورزی ارشدی، فرناز؛ ولی‌زاده، حامد؛ گلشنی، فاطمه؛ حسنی، فریبا و دولت‌شاهی، بهروز. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان هیجان مدار بر تحمل ناکامی و کیفیت زندگی زناشویی زنان با تجربه سقط‌های مکرر. *مدیریت بهداشت و درمان*، ۱۴ (۴۹)، ۲۱-۳۴. <https://doi.org/10.30495/JHM.2023.75414.11166>

علیجانی، سمیه؛ اکرمی، ناهید و فقیه ایمانی، الهام. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش اصلاح سبک زندگی بر علائم روانشناختی و کنترل میزان قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۳ (۴)، ۵۶۲-۵۷۱.

غفاری، حبیبه؛ میکائیلی منیع، فرزانه و مسعودی، شاهد. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر احساس حقارت، هیجان‌خواهی و سبک‌های دلبستگی زنان متأهل دارای تجربه روابط فرازناشویی. *پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۹ (۲)، ۶۴-۷۶. <https://doi.org/10.22034/IJRN.9.2.7>

فلاح، سمیرا؛ میهن‌دوست، زینب و مامی، شهرام. (۱۴۰۰). رابطه علی بین حافظه فعال، اضطراب و افسردگی با میانجی‌گری تنظیم هیجانی روانشناختی در افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه در زلزله شهرستان سرپل ذهاب. *پژوهش پرستاری*، ۱۶ (۳)، ۸۵-۹۵.

کرسول، جان؛ پالوکلاک، ویکی. (۲۰۰۷). *روش‌های پژوهش ترکیبی*، ترجمه: علیرضا کیامنش و جاوید سرایی. (۱۳۹۰). تهران، آبیژ.

کرمپور محمدآبادی، حکمت؛ شیرازی، محمود و ثناگویی محرر، غلامرضا. (۱۴۰۰). تأثیر آموزش راهبردهای پردازش هیجان‌مدار بر استرس ادراک شده و پرخاشگری دانش‌آموزان پسر دارای اختلال سلوک. *سلامت جامعه*، ۱۵ (۴)، ۷۱-۷۸. <https://doi.org/10.22123/CHJ.2022.235056.1523>

کشت ورز کندازی و برزگر، مجید. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش بسته مداخله‌ای سبک زندگی بر زورگویی و تکانش‌گری دانش‌آموزان پسر دوره اول متوسطه شهر شیراز. *روان‌شناسی تربیتی*، ۱۶ (۵۸)، ۴۷-۷۰. <https://doi.org/10.22054/jep.2021.36460.2439>

کمساری، فاطمه؛ قدمی، مجید؛ کشاورز افشار، حسین و احقر، قدسی. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی مشاوره گروهی آدلری و واقعیت درمانی گروهی بر بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان دوره متوسطه اول شهر تهران. *علوم روانشناختی*، ۲۰ (۱۰۱)، ۶۹۱-۷۰۰.

کیهان، فیروزه؛ غنی‌فر، محمدحسن و آهی، قاسم. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص‌های شناختی (اجتناب تجربی و تنظیم هیجان) در زوجین آسیب‌دیده از روابط فرازناشویی. *مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان*. ۴ (۳ پیاپی ۹)، ۱۱-۲۴. <https://doi.org/10.22034/AFTJ.2022.332622.1442>

محمد داوودی، امیرحسین، و اشتری، عزت. (۱۳۹۵). *راهنمای گام به گام: تدوین پروپوزال و نگارش پایان‌نامه کارشناسی ارشد و رساله دکتری*. تهران: روان‌شناسی و هنر.

- نظامی، لطیفه؛ علیوندی وفا، مرضیه؛ خادمی، علی و باباپور خیرالدین، جلیل. (۱۴۰۰). الگویابی بومی آسیب‌پذیری روانی - اجتماعی به افسردگی مداوم در زنان - روش زمینه‌ای. زن و جامعه، ۱۲ (۴۸)، ۵۱-۶۶. <https://doi.org/10.30495/jzv.2021.26520.3422>
- نظرعلی صوفی، اله و میرگل، احمد. (۱۴۰۰). تأثیر مداخله آموزشی - درمانی با رویکرد آدلری بر ارتقاء سرمایه روانشناختی دانشجویان. راهبردهای آموزش در علوم پزشکی. ۱۴(۶)، ۳۵۲-۳۶۱.
- هنریش، فرزانه؛ سعیدی اصل؛ سحر؛ سالاری چینه و منظری توکلی، وحید. (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش راهبردهای مبتنی بر درمان هیجان‌مدار بر مؤلفه‌های هوش کلامی و پرخاشگری دانش‌آموزان پیش‌دستانی. سلامت روان کودک، ۸ (۳)، ۷۷-۸۶. <https://doi.org/10.29252/jcmh.8.3.7>
- هنرکار دستنایی، رحیم؛ واحد، جواد و غفاری، خلیل. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر افسردگی زنان مطلقه شهرکرد. دانش انتظامی، ۷ (۲۵)، ۸۸-۷۲.
- Allan, R. Wiebe, S.a., Johnson, S.M., Piaseckyi, O., & Campbell, T.L. (2022). Practicing emotionally focused therapy online: Calling all relationships. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(2), 424-439. <https://doi.org/101111/jmft.12507>
- Asgari,P., & Dasht Bozorgi, Z. (2022). The effectiveness of healthy lifestyle training and existential therapy on distress tolerance ,health concerns and blood pressure in elderly people with hypertension.*Current Psychology*, 42(3). <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02647-x>
- Bailey, G., Halamova, J., & Vrablova, V. (2023). Client' s facial expressions of self-compassion, self-criticism and self-protection in emotion-focused therapy videos. *International Journal of Environmental Research and Public Health*,20(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph20021129>
- Bell, I.H., Marx, W., Nguyen, K., Grace, S., Gleesen, J., & Alvarez-Jimenez, M. (2023). The effect of Psychological treatment on repetitive negative thinking in youth depression and anxiety: A meta-analysis and meta-regression. *Psychological Medicine*, 53, 6-16. <https://doi.org/10.1017/s0033291722003373>
- Brailovskaia, J., Margrof, J., & Teismann, T. (2023). Repetitive negative thinking mediates the relationship between addictive face book use and suicide-related outcomes: A longitudinal study. *Current Psychology*, 42.6791-6799. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02025-7>
- Bulat, L.R., Susac, N., & Ajdukovic, M. (2024). Predicting prolonged non-suicidal self-injury behaviour and suicidal ideation in adolescence-the role of personal and environmental factors. *Current Psychology*, 43, 1533-1544. <https://doi.org/10.1007/S12144-023-04404-8>
- Caudle, M.M., Dugas, N.N., Patel, K., Moore, R.C., Thomas, M.L., & Bomyea, J. (2024). Repetitive negative thinking as a unique transdiagnostic risk factor for suicidal ideation. *Psychiatry Research*, 334. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115787>
- Cui, R., Owsiany, M.T., Turiano, N., Fiske, A. (2023). Association between anger and suicidal ideation. *Current Psychology*, 42, 13798-13801. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02577-8>
- Deikermann, N., Allen, D., & Tanner, C. (1989). The national league for nursing criteria for appraisal of baccalaureate programs: A critical heremeneutic analysis. New York: NLN Press.
- Eckland, N., & Berenbaum, H. (2021).Exmotional awareness, in daily life: Exploring its potential role in repetitive thinking and healthy coping. *Behavior Therapy*, 52, 338-349. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2020.04.010>
- Edwards, A.C., Singh, M., Peterson, R. E., Webb, B, T., & Gentry, A. E. (2024). Association between polygenic liability to psychopathology and non-suicidal versus suicidal self-injury. *American Journal of Medical Genetics*. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32982>

- Estevez, A., Jauregul, P., Momene, J., Macia, L. & Etxabura, N. (2023). Mediating role of rumination between anger and anxious-depressive symptomatology in family members of people with gamble disorder. *Journal of Gambling Studies*, 39, 1225-1238. <https://doi.org/10.1007/s10899-022-10178-8>
- Goldman, R., & Goldstein, Z. (2022). Case formulation in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 78(3), 436-453. <http://doi.org/10.1002/jclp.23321>
- Halamova, J., kanovsk, M., Varsova, K., Kupeli, N. (2021). Randomised controlled trial of the new short term online emotion focused training for self-compassion and self-protection in a nonclinical sample. *Current Psychology*, 40(1), 333-343. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9933-4>
- Hu, C. S., Zhang, H., Short, L.A., & Hu, S. (2024). Individuals with higher suicide risk showed more anger disgust during rest. *Death Studies*, 48(1), 9-15. <https://doi.org/10.1080/07481187.2023.2186537>
- Jakubowska, a., Zajenkovska, A., kazmierczak, I., Zarazinska, A., Olechowska, Molinska, W., Pinkham, A.E. (2023). Anger Sensivity and relatedness frustration as predictors of depression, *Personality and Individual Differences*, 215. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2023.112379>
- Kim, H., Ryu, S., Jeon, H.J., & Roh, S. (2023). Lifestyle factors and suicide risk: A nationwide population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 328, 215-221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.02.044>
- Kou, J.R., Zeifman, R.J., Morrison, A.S., Heimberg, R.G., Golding, P.R., & Gross, J.J. (2021). The moderating effects of anger suppression and anger expression on cognitive behavioral group therapy and mindfulness-based stress reduction among individual with social anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders*, 285,127-135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.022>
- Larsson, J., Bjureberg, J., Zhao, X., & Hesser, H. (2024). The inner workings of anger: A network analysis of anger and emotion regulation. *Journal of Clinical Psychology*, 80,437-455. <https://doi.org/10.1002/jclp.23622>
- Lu, S., Mcveigh, J.A., Becerra, R., Bucks, R.S., Hunter, M., Naragon-Gainey, K. (2024). Repetitive negative thinking and emotion regulation as mediators of the association between activity-related behaviours and depression. *Journal of Affective Disorder Reports*, 16. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2024.100748>
- Mansueto, G., Marino, C., Plamieri, S., offredi, A., Sarracino, D., Sassaroli, S., Ruggiero, G.M., & et.al. (2022). Difficults in emotion regulation. The role of repetitive negative thinking and metacognitive beliefs. *Journal of Affective Disorders*, 308, 473-483. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.086>
- Miranda, R., Wheeler, A., Chapman, J.E., Ortin-Peralta, A., Manana, J., Rosario-Williams, B., & Anderso, S. (2023). *Journal of Affective Disorders*, 335,401-409. <https://10.1016/j.jad.2023.05.050>
- Mohammadkhoni, SH., Attar, F., Akbari, M. (2023). The linkage between negative affectivity with emotional distress in college student: The mediator and moderator role of difficulty in emotion regulation, repetitive negative thinking, and emotional invalidation. *Current Psychology*, 42,6216-6228. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01904-3>
- Moon, D.S., Chung, U.S., kwack, Y.S., Kim, B. N., Kang, N. R. (2024). Analysing co-occurrence of non-suicidal self-injury with suicidal ideation and related factors among adolescents in Jeju Island. *Journal of Korean Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 35(2), 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.032>
- Oliveira, J., Pedras, S., Inman, R.A., Ramalho, S.M. (2024). Latent profiles of emotion regulation among university students: Links to repetitive negative thinking, internet addiction, and subjective wellbeing. *Frontiers in Psychology*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1272643>
- Park, K., Jaekal, E., Yoon,S., Lee, S.H., & choi, K.H. (2020). Diagnostic utility and psychometric properties of the Beck depression inventory-II among Korean adults. *Frontiers in Pyshology*, 10. <https://doi.org/10.3389.fpsyg.2019.02934>

- Pinheiro, P., Goncalves, M.M., Sousa, I., & Salgado, J. (2021). What is the effect of emotional processing on depression? A longitudinal study. *Pshcotherapy Research*, 31 (4), 507-519. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1781951>
- Pormehr, S., & Dasht Bozorgi, Z. (2024). Effectiveness of health-promoting lifestyle training on mental well-being, vitality, and quality of life of elderly with diabetes. *The Journal of General Psychology*, 151(1), 21-33. <http://doi.org/10.1080/00221309.2023.2171357>
- Ram, D., Koneru, A., Gowdappa, B. (2020). Relationship between life skills, repetitive negative thinking, family function, and life satisfaction in attempted suicide. *Indian Journal of Psychiatry*, 62, 283-289. <https://doi.org/10.4103/psychiatry.Indian.j.psychiatry.533.18>
- Schafer, K.M., Daurio, A., French, J.E., Rogers, M.L., Meltzer, A. Cogle, J.R., Joiner, T.E. (2022). The relationship between anger and suicidal ideation: Inverstigations in two samples. *Journal of clinical Psychology*, 78, 1866-1877. <https://doi.org/10.1002/jclp.23331>
- Tang, Z., Yang, X., Tan, W., ke, Y., kou, C., Zhang, M., Liu, L., & et al. (2024). Patterns of unhealthy lifestyle and their associations with depressive and anxiety symptoms among Chinese young adults: A latent class analysis. *Journal of Affective Disorders*, 352.267-277. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.055>
- Teismann, T., Forkmann, T., Michalak, J., Brailovaskaia, J. (2021). Repetitive negative thinking about suicide: Association with life time suicide attempts. *Clinical Psychology in Europe*, 3(3), 1-14. <https://doi.org/10.32872/cpe.5579>
- Timulak, L., & Keogh, D. (2022). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic Formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09426-7>
- Vafaei, T., Abdolavahab Samavi, S., Whisenhunt, J. L., & Najarpourian, S. (2021). The effectiveness of group training of emotional regulation on adolescent's self-injury, depression and anger. *Journal of Research & Health*, 11(6), 383-392. <https://dx.doi.org/10.32598/JRH.11.6.1602.4>