Journal of Social Cognition Open Access

Spring & Summer (2025), Volume 14, Issue 1, Serial 27: 183-199
DOI: https://doi.org/10.30473/sc.2026.75944.3100

ORIGINAL ARTICLE

Effectiveness of Emotional Cognitive Regulation Training on Perceived Social Support, Suicidal Thoughts, and Loneliness in Students with Major Depressive Disorder

Esmaeil Sadri Damirchi[*1], Mohammadreza Noroozi Homayoon[2], Mobin Rashidi[3], Fatemeh Gohari[4]

1. Professor, Department of counseling, Faculty of Education and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
2. PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
3. Master Student in School Counseling, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
4. M.A in Rehabilitation Counseling, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

Correspondence:
Esmaeil Sadri Damirchi
Email: e.sadri@uma.ac.ir

Received: 24/Sep/2024
Revised: 24/Nov/2024
Accepted: 22/Jan/2025

How to cite:
Sadri Damirchi, E.; Noroozi Homayoon, M.; Rashidi, M.; Gohari, G. (2025). Effectiveness of Emotional Cognitive Regulation Training on Perceived Social Support, Suicidal Thoughts, and Loneliness in Students with Major Depressive Disorder , *Journal of Social Cognition, 14 (27),* 183-199. (DOI: 10.30473/sc.2026.75944.3100)

ABSTRACT

The present study aimed to examine the effectiveness of cognitive emotion regulation training on perceived social support, suicidal ideation, and loneliness among students diagnosed with major depressive disorder (MDD) comorbid with migraine headache. This research employed a quasi-experimental design with pre-test, post-test, and a control group. The sample consisted of 30 male students diagnosed with MDD comorbid with migraine, referred by psychological counseling centers, selected through convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received eight sessions of cognitive emotion regulation training based on the protocol by Gratz and Gunderson (2006), while the control group received no intervention. The research instruments included the Perceived Social Support Questionnaire (Zimet et al., 1988), the UCLA Loneliness Scale (Russell et al., 1980), and the Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI). Data were analyzed using SPSS version 27. The results of covariance analysis indicated that cognitive-emotion regulation training had a significant impact on perceived social support, loneliness, and suicidal ideation. The post-test scores showed a significant reduction in loneliness ($F=41.952$, $p<0.01$, $\eta^2=0.646$) and suicidal ideation ($F=114.906$, $p<0.01$, $\eta^2=0.833$). Moreover, perceived social support significantly increased in all subscales, including support from family ($F=182.590$, $p<0.01$, $\eta^2=0.888$), friends ($F=112.928$, $p<0.01$, $\eta^2=0.830$), and significant others ($F=49.797$, $p<0.01$, $\eta^2=0.684$). The findings suggest that cognitive emotion regulation training has a significant and positive effect on enhancing perceived social support and reducing suicidal ideation and loneliness in students with major depressive disorder comorbid with migraine.

KEYWORDS

Cognitive Emotion Regulation Training, Loneliness, Major Depressive Disorder, Perceived Social Support, Suicidal Ideation.

Copyright © 2025 The Authors. Published by Payame Noor University.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Introduction

Major depressive disorder (MDD) is among the most prevalent and debilitating psychiatric disorders during adolescence, a developmental period characterized by profound biological, emotional, and social changes. Adolescents suffering from MDD often experience intense feelings of loneliness, diminished perceived social support, and an increased risk of suicidal ideation, all of which contribute to the persistence and exacerbation of depressive symptoms. Given the critical role of these psychological and interpersonal variables, implementing educational and therapeutic programs aimed at improving emotion regulation and social connectedness has become a central focus in preventive and clinical psychology.

Cognitive emotion regulation (CER) refers to the set of cognitive strategies individuals use to interpret, manage, and respond to emotionally arousing situations. According to Garnefski and Kraaij's model (2006), adaptive strategies such as positive reappraisal, refocusing on planning, and putting things into perspective help reduce emotional distress, whereas maladaptive strategies like rumination, self-blame, and catastrophizing can intensify depressive symptomatology. Previous research has shown that deficits in cognitive emotion regulation are associated with low perceived social support and an elevated risk of suicidal thoughts, particularly among adolescents with mood disorders (Gross & Thompson, 2019; Barzilay et al., 2022).

Enhancing students' cognitive emotion regulation skills may therefore contribute to reducing maladaptive cognitive patterns, strengthening social relationships, and improving overall psychological resilience. Moreover, schools offer an ideal environment for implementing such interventions, as they provide access to at-risk youth in a supportive and structured setting. Despite growing international evidence, few studies in Iran have systematically examined the effectiveness of cognitive emotion regulation training on social support, suicidal ideation, and loneliness in adolescents diagnosed with major depressive disorder. Accordingly, the present study aimed to investigate the effectiveness of cognitive emotion regulation training on perceived social support, suicidal thoughts, and feelings of loneliness among students with major depressive disorder. It was hypothesized that students who received cognitive emotion regulation training would show a significant reduction in suicidal ideation and loneliness, as well as an increase in perceived social support compared to those in the control group.

Method

This study employed a quantitative approach and a quasi-experimental design with a pre-test–post-test control group. The purpose was to examine the effectiveness of cognitive emotion regulation training on loneliness, suicidal ideation, and perceived social support among high school students diagnosed with major depressive disorder (MDD) in Baneh during the 2024–2025 academic year.

The statistical population consisted of all male secondary school students in Baneh who were identified as having symptoms of depression. Initially, school counselors and psychologists affiliated with the Education Department provided a list of 200 students exhibiting depressive symptoms. Subsequently, the Beck Depression Inventory (BDI)—a 21-item instrument developed by Aaron T. Beck in the 1960s—was administered to assess the severity of depressive symptoms. Each item is scored on a 4-point scale ranging from 0 to 3, with total scores above 20 used as the cutoff criterion for inclusion. To confirm diagnostic accuracy, a clinical interview based on DSM-5 criteria was conducted by an experienced clinical psychologist. The diagnostic interview included key indicators such as diminished interest or pleasure, significant weight changes, sleep disturbances, psychomotor agitation, feelings of worthlessness or excessive guilt, and concentration difficulties.

Based on the BDI scores and DSM-5 interview results, 30 eligible students aged between 13 and 18 years were selected and randomly assigned to either the experimental group (n = 15) or the control group (n = 15). The sampling method was purposive, focusing on individuals with confirmed MDD diagnoses. Although the relatively small sample size may limit

generalizability, methodological rigor was enhanced through strict inclusion criteria and random assignment.

Inclusion criteria consisted of: (a) meeting DSM-5 criteria for MDD, (b) obtaining a score above the cutoff point on the BDI, (c) providing written informed consent from both the student and their parents, and (d) absence of psychotropic medication or concurrent psychotherapy. Exclusion criteria included absence from more than two training sessions, lack of cooperation, or initiation of psychiatric medication during the study.

The experimental group participated in eight 90-minute group training sessions based on Garnefski's (2006) model of cognitive emotion regulation. These sessions were designed to enhance emotional awareness, acceptance, and cognitive reappraisal in relation to loneliness, suicidal thoughts, and perceived social support. The control group did not receive any intervention and only participated in pre- and post-testing.

Instruments

1. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS; Zimet et al., 1988): This 12-item scale measures perceived social support from *family, friends,* and *significant others* using a 5-point Likert scale (1 = strongly disagree to 5 = strongly agree). Higher scores indicate higher perceived social support. The Persian version demonstrated excellent reliability (Cronbach's $\alpha = 0.90$; subscales: family = 0.87, friends = 0.84, significant others = 0.89).
2. UCLA Loneliness Scale (Russell et al., 1980): This 20-item scale assesses the subjective experience of loneliness on a 4-point Likert scale (1 = never to 4 = always). Ten items are positively worded and reverse-scored. The Persian version showed high internal consistency in the current sample (Cronbach's $\alpha = 0.88$).
3. Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI; Beck et al., 1979): This 19-item self-report measure evaluates the severity of suicidal thoughts. Items are rated on a 3-point scale (0–2), yielding a total score from 0 to 38. The current study reported excellent reliability (Cronbach's $\alpha = 0.90$).

Intervention Protocol

The training sessions were adapted from Gratz and Gunderson's (2006) school-based model of emotional regulation. Each session lasted 90 minutes and combined theoretical instruction, guided imagery, and behavioral assignments. The sessions focused sequentially on *emotional awareness, acceptance, positive and negative emotion recognition, and cognitive reappraisal*. The program emphasized increasing awareness of emotional states, learning to accept emotions without judgment, and applying adaptive regulation strategies in daily interpersonal contexts.

Findings

The study examined the effectiveness of cognitive emotion regulation training on perceived social support, suicidal thoughts, and feelings of loneliness among students diagnosed with major depressive disorder. Results of the multivariate analysis of covariance (MANCOVA) revealed a significant overall difference between the experimental and control groups (Wilks' Lambda = 0.033, $F = 110.821$, $p < .001$, $\eta^2 = .97$). Follow-up ANCOVA analyses demonstrated that participants in the experimental group reported significantly higher perceived social support after the intervention ($F = 123.06$, $p < .001$, $\eta^2 = .82$). In contrast, feelings of loneliness decreased notably ($F = 41.95$, $p < .01$, $\eta^2 = .65$), and suicidal thoughts were also significantly reduced ($F = 114.90$, $p < .001$, $\eta^2 = .83$) compared with the control group. These findings suggest that cognitive emotion regulation training effectively enhances positive social and emotional functioning while reducing maladaptive cognitive patterns in depressed adolescents.

Discussion and Conclusion

The results indicate that cognitive emotion regulation training can play a pivotal role in

improving adolescents' emotional well-being by fostering adaptive cognitive strategies and reducing negative affective states. Enhanced emotion regulation skills help students reinterpret distressing experiences more constructively, thereby increasing their perceived social support and mitigating feelings of isolation. The significant decline in suicidal thoughts further highlights the preventive value of this training in clinical and educational settings. In line with previous studies, the findings suggest that emotion regulation serves as a protective psychological factor that reduces vulnerability to depressive and suicidal symptoms. Consequently, implementing cognitive emotion regulation programs in schools and counseling centers can promote students' mental health, strengthen interpersonal bonds, and prevent high-risk behaviors. Future research should include longitudinal follow-ups and larger samples to confirm the long-term stability of these therapeutic effects.

Keywords
Cognitive Emotion Regulation Training, Loneliness, Major Depressive Disorder, Perceived Social Support, Suicidal Ideation.

دوفصلنامه شناخت اجتماعی

دورهٔ چهاردهم، شمارهٔ ۱، پیاپی ۲۷، بهار و تابستان ۱۴۰۴ (۱۹۹-۱۸۳)

DOI: 10.30473/sc.2026.75944.3100

«مقاله پژوهشی»

اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجانی بر حمایت اجتماعی ادراک شده، افکار خودکشی و احساس تنهایی دانش‌آموزان دارای اختلال افسردگی اساسی

اسماعیل صدری دمیرچی[*۱] iD، محمدرضا نوروزی همایون[۲] iD، مبین رشیدی[۳] iD، فاطمه گوهری[۴] iD

۱. استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم‌تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم‌تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره مدرسه، گروه مشاوره، دانشکده علوم‌تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۴. کارشناس ارشد مشاوره توان‌بخشی، گروه مشاوره، دانشکده علوم‌تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

نویسنده مسئول:
اسماعیل صدری دمیرچی
رایانامه: e.sadri@uma.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۷/۰۳
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۳/۰۹/۰۴
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۰۳

استناد به این مقاله:
صدری دمیرچی، اسماعیل؛ نوروزی همایون، محمدرضا؛ رشیدی، مبین؛ و گوهری، فاطمه (۱۴۰۴). اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجانی بر حمایت اجتماعی ادراک شده، افکار خودکشی و احساس تنهایی دانش‌آموزان دارای اختلال افسردگی اساسی، *دوفصلنامه شناخت اجتماعی*، ۱۴ *(۲۷)*، ۱۸۳-۱۹۹.
(DOI: 10.30473/sc.2026.75944.3100)

چکیده

پژوهش حاضر باهدف اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجانی بر حمایت اجتماعی ادراک شده، افکار خودکشی و احساس تنهایی دانش‌آموزان دارای اختلال افسردگی اساسی انجام شد.این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. نمونه شامل ۳۰ دانش‌آموز مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (در دو گروه ازمایش و کنترل) که از طریق مراکز مشاوره روانشناسی معرفی شدند و به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت درمان آموزش تنظیم شناختی هیجان (گراتز و گاندرسون ۲۰۰۶) قرار گرفت. ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت و همکاران ۱۹۸۸، مقیاس احساس تنهایی راسل، و پرسشنامه افکار خودکشی بک بودند که برای سنجش متغیرهای پژوهش مورد استفاده قرار گرفتند. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss-27 تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان شناختی-هیجانی تأثیر معناداری بر حمایت اجتماعی ادراک شده، احساس تنهایی و افکار خودکشی در دانش‌آموزان با اختلال افسردگی اساسی داشته است. میانگین نمرات احساس تنهایی پس از درمان با کاهش قابل توجه ($F=41.952$, $p<0.01$, $\eta^2=0.646$) و افکار خودکشی نیز با کاهش معنی‌دار ($F=114.906$, $p<0.01$, $\eta^2=0.833$) همراه بود. همچنین در خرده‌مقیاس‌های حمایت اجتماعی، مولفه‌های خانواده ($F=182.590$, $p<0.01$, $\eta^2=0.888$)، دوستان ($F=112.928$, $p<0.01$, $\eta^2=0.830$) و دیگران ($F=49.797$, $p<0.01$, $\eta^2=0.684$) افزایش معنادار یافتند. نتایج نشان داد که آموزش تنظیم شناختی هیجانی بر بهبود حمایت اجتماعی ادراک شده، افکار خودکشی و احساس تنهایی دانش‌آموزان دارای اختلال افسردگی اساسی تاثیر مثبت و معناداری داشته است.

واژه‌های کلیدی

آموزش تنظیم شناختی هیجانی، حمایت اجتماعی ادراک شده، افکار خودکشی، احساس تنهایی اختلال افسردگی اساسی.

حق انتشار این مستند، متعلق به نویسندگان آن است. ۱۴۰۴ ©. ناشر این مقاله، دانشگاه پیام نور است.

این مقاله تحت گواهی زیر منتشرشده و هر نوع استفاده غیرتجاری از آن مشروط بر استناد صحیح به مقاله و با رعایت شرایط مندرج در آدرس زیر مجاز است.
Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی[1] یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین مشکلات روان‌پزشکی است که می‌تواند تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. این اختلال معمولاً با احساس غم و اندوه، کاهش علاقه یا لذت نسبت به فعالیت‌های روزمره، تغییر در اشتها و خواب، احساس گناه یا بی‌ارزشی، مشکل در تمرکز، کاهش انرژی یا احساس خستگی و علائم دیگر همراه است (فرایز و همکاران[2]، ۲۰۲۳). براساس آمار، حدود ۳/۸ درصد از جمعیت جهان به این اختلال مبتلا هستند؛ این میزان در بزرگسالان ۵ درصد و در سالمندان ۵/۷ درصد است. همچنین افسردگی در زنان حدود ۵۰ درصد بیشتر از مردان دیده می‌شود. در موارد شدید، افسردگی می‌تواند به خودکشی منجر شود؛ پدیده‌ای که سالانه جان بیش از ۷۰۰ هزار نفر را در سراسر جهان می‌گیرد (سازمان بهداشت جهانی[3]، ۲۰۲۳). علت اصلی افسردگی هنوز به‌طور کامل مشخص نشده، اما به‌نظر می‌رسد ترکیبی از عوامل ژنتیکی، محیطی و زیستی در بروز آن نقش دارند (مارکس و همکاران[4]، ۲۰۲۳؛ کوبا و همکاران[5]، ۲۰۲۴). نکته مهم این است که حدود نیمی از بیماران به داروهای ضدافسردگی معمول پاسخ مناسبی نمی‌دهند، که این موضوع نشان می‌دهد فراتر از فرضیه‌های کلاسیک مربوط به اختلال در انتقال‌دهنده‌های عصبی مانند سروتونین، عوامل دیگری نیز در افسردگی نقش دارند (کالدیرولی و همکاران[6]، ۲۰۲۱؛ کوبا و همکاران، ۲۰۲۴).

افسردگی در دانش‌آموزان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی این گروه سنی است که می‌تواند بر عملکرد تحصیلی، روابط اجتماعی و سلامت روانی آن‌ها تأثیر منفی بگذارد (نوروزی همایون و همکاران، ۲۰۲۵). عوامل مختلفی مانند فشارهای تحصیلی، مشکلات خانوادگی و تنش‌های اجتماعی در شکل‌گیری افسردگی نقش دارند (مایر و کیم[7]، ۲۰۲۲). افسردگی در دانش‌آموزان معمولاً با احساس تنهایی[8] و افکار خودکشی[9] ارتباط قوی دارد، به‌طوری‌که تنهایی می‌تواند شدت افسردگی و خطر افکار خودکشی را افزایش دهد (شویتاج و همکاران[10]، ۲۰۲۵). همچنین، حمایت اجتماعی ادراک شده [11]به‌عنوان یک عامل محافظتی مهم شناخته می‌شود که می‌تواند تأثیر منفی افسردگی و احساس تنهایی را کاهش دهد و از بروز افکار خودکشی جلوگیری کند (لی و همکاران[12]، ۲۰۲۵). بنابراین، تقویت حمایت اجتماعی در محیط مدرسه می‌تواند نقش کلیدی در کاهش علائم افسردگی و پیشگیری از پیامدهای خطرناک آن داشته باشد. با توجه به شیوع بالای علائم افسردگی و تأثیرات احتمالی آن بر پیامدهای رشد، درک نحوه بروز هم‌زمان علائم افسردگی در سطح نشانه‌ها و تغییرات رشدی آن‌ها بسیار مهم است. چنین بینشی می‌تواند راهنمایی برای ایجاد نظام‌های شناسایی زودهنگام و راهبردهای مداخله‌ای برای دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی باشد، که این امر می‌تواند به کاهش شدت افسردگی و اثرات بلندمدت آن بر این دانش‌آموزان کمک کند.

همانطور که گفته شد افسردگی در دانش‌آموزان به‌طور قابل‌توجهی با افزایش احساس تنهایی، سبک‌های دلبستگی و انزوا ارتباط دارد (نوروزی همایون و همکاران، ۲۰۲۵). احساس تنهایی به عنوان تجربه‌ای ناخوشایند تعریف می‌شود که وقتی فرد احساس می‌کند روابط اجتماعی‌اش کمتر از آنچه نیاز دارد، است (گیل و سالیوان[13]، ۲۰۲۵). در دانش‌آموزان، احساس تنهایی می‌تواند ناشی از انزوای اجتماعی، فقدان حمایت همسالان یا مشکلات ارتباطی باشد که به‌طور قابل‌توجهی سلامت روان آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (بیلیسن و همکاران[14]، ۲۰۲۵). مطالعات نشان داده‌اند که احساس تنهایی در دانش‌آموزان می‌تواند به افزایش خطر افکار و رفتارهای خودکشی منجر شود، چرا که این احساس باعث تشدید ناراحتی‌های روانی و کاهش حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌شود (کالاتی و همکاران[15]، ۲۰۱۹). بنابراین، توجه به کاهش تنهایی و افزایش حمایت اجتماعی در محیط‌های مدرسه‌ای برای پیشگیری از مشکلات روانی و افکار خودکشی ضروری است.

افکار خودکشی به مجموعه اندیشه‌ها، تمایلات یا برنامه‌ریزی‌های ذهنی فرد برای پایان دادن به زندگی خود گفته می‌شود که می‌تواند از تفکرات گذرا تا طرح‌های جدی

1. Major Depressive Disorder (MDD)
2. Fries et al
3. World Health Organization
4. Marx et al
5. Kouba et al
6. Caldiroli et al
7. Meier & Kim
8. Feeling Alone
9. Suicidal Thoughts
10. Świtaj et al
11. Perceived Social Support
12. Li et al
13. Gill & Sullivan
14. Bilecen et al
15. Calati et al

برای اقدام به خودکشی متغیر باشد (سام و همکاران[1]، ۲۰۲۴). این افکار معمولاً نشانه‌ای از درد روانی عمیق و نیاز به کمک فوری هستند و یکی از مهم‌ترین عوامل خطر در سلامت روان به شمار می‌آیند (نوروزی همایون و همکاران، ۲۰۲۵). افکار خودکشی در دانش‌آموزان یکی از جدی‌ترین پیامدهای مشکلات روانی مانند افسردگی و اضطراب است که می‌تواند سلامت روانی و عملکرد تحصیلی آن‌ها را به‌شدت تحت تأثیر قرار دهد (کوتزی[2]، ۲۰۲۴). این افکار معمولاً با احساسات تنهایی، ناامیدی و کمبود حمایت اجتماعی همراه هستند و می‌توانند نشانه‌ای از نیاز فوری به مداخلات روان‌شناختی باشند (هومان و همکاران[3]، ۲۰۲۲). به‌علاوه، کاهش حمایت اجتماعی ادراک‌شده نقش مهمی در افزایش شدت افکار خودکشی در این گروه سنی دارد.

حمایت اجتماعی ادراک‌شده به میزان باوری اطلاق می‌شود که فرد نسبت به در دسترس بودن حمایت عاطفی، اطلاعاتی یا عملی از سوی دیگران (مانند خانواده، دوستان یا معلمان) دارد (ون برکل و همکاران[4]، ۲۰۲۳؛ نوروزی همایون و همکاران، ۲۰۲۵). این نوع حمایت نقش مهمی در مقابله با تنیدگی‌های روانی و بهبود سلامت روان ایفا می‌کند (نوروزی همایون و همکاران، ۲۰۲۵). زمانی که دانش‌آموزان احساس می‌کنند در موقعیت‌های دشوار تنها نیستند و می‌توانند روی دیگران حساب کنند، کمتر در معرض احساساتی مانند ناامیدی، اضطراب و افسردگی قرار می‌گیرند (هوانگ و ژانگ[5]، ۲۰۲۲). فقدان این حمایت می‌تواند به افزایش احساس تنهایی، کاهش عزت‌نفس و بروز افکار منفی از جمله افکار خودکشی منجر شود. همچنین، حمایت اجتماعی می‌تواند نقش واسطه‌ای در کاهش اثرات منفی استرس تحصیلی و اجتماعی بر سلامت روان دانش‌آموزان داشته باشد (کریمی دستکی و محمودی، ۱۴۰۳).

با توجه به نقش مؤلفه‌هایی چون افکار خودکشی، احساس تنهایی و کاهش حمایت اجتماعی ادراک‌شده در تشدید افسردگی دانش‌آموزان، مداخله‌های روان‌شناختی ضرورت می‌یابد. در این پژوهش، از آموزش تنظیم شناختی هیجانی به‌عنوان رویکردی مؤثر برای بهبود سلامت روان و کاهش نشانه‌های افسردگی استفاده شده است. آموزش تنظیم شناختی هیجانی[6] به مجموعه‌ای از راهبردهای شناختی اطلاق می‌شود که افراد از آن‌ها برای مدیریت، تفسیر و پاسخ به تجربه‌های هیجانی خود به شیوه‌ای سازگارانه استفاده می‌کنند (آساره و همکاران، ۱۴۰۳). این آموزش به فرد کمک می‌کند تا با بازبینی مثبت، پذیرش، معنا دادن مجدد به رویدادهای منفی، و کاهش نشخوار فکری و سرزنش خود، هیجانات منفی را کنترل کرده و بهزیستی روان‌شناختی خود را ارتقا دهد (هرمان و همکاران[7]، ۲۰۲۱). آموزش تنظیم شناختی هیجانی می‌تواند با بهبود مهارت‌های شناختی در مدیریت هیجانات منفی، به کاهش افکار خودکشی (نشاط دوست و همکاران، ۱۴۰۰؛ باقری-شیخنگفشه و همکاران، ۱۴۰۱؛ بارزیلای و همکاران[8]، ۲۰۲۲) و احساس تنهایی (پریس و همکاران[9]، ۲۰۲۱؛ اسکات و همکاران[10]، ۲۰۲۴؛ گالبر و همکاران[11]، ۲۰۲۱) در دانش‌آموزان کمک کند. این آموزش همچنین موجب افزایش برداشت مثبت از روابط اجتماعی و در نتیجه ارتقاء حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌شود (عطارخامنه‌ای و همکاران، ۱۴۰۲؛ لوپز و همکاران[12]، ۲۰۲۴؛ سئونگ و همکاران[13]، ۲۰۲۴)، چرا که افراد پس از یادگیری راهبردهای سازگارانه‌تر، تعاملات مؤثرتری با اطرافیان خود برقرار می‌کنند. با توجه به شیوع فزاینده اختلال افسردگی اساسی در میان دانش‌آموزان و پیامدهای نگران‌کننده‌ای همچون افکار خودکشی، احساس تنهایی و کاهش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، انجام مداخلات مؤثر در این حوزه از ضرورت ویژه‌ای برخوردار است. یکی از رویکردهای نوین و مبتنی بر شواهد، آموزش تنظیم شناختی هیجانی است که با تقویت مهارت‌های شناختی و هیجانی، می‌تواند به کاهش هیجانات منفی و ارتقای تاب‌آوری و حمایت اجتماعی دانش‌آموزان کمک کند. از این رو، بررسی اثربخشی این آموزش در بهبود متغیرهای یادشده، می‌تواند گامی مؤثر در پیشگیری از تشدید مشکلات روانی و ارتقای سلامت روانی دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی اساسی باشد. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجانی بر حمایت اجتماعی ادراک‌شده، افکار خودکشی و احساس تنهایی دانش‌آموزان دارای اختلال افسردگی اساسی انجام شده است.

1. Somé et al
2. Coetzee
3. Homan et al
4. van Brakel et al
5. Huang & Zhang
6. Cognitive Emotion Regulation Training
7. Hermann et al
8. Barzilay et al
9. Preece et al
10. Scott et al
11. Gubler et al
12. Lopez et al
13. Seong et al

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش از منظر رویکرد کمی انجام شده و از نظر طراحی، از نوع شبه‌آزمایشی با استفاده از طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون همراه با گروه کنترل اجرا گردیده است، که با هدف بررسی اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجانی بر احساس تنهایی، افکار خودکشی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در شهرستان بانه در سال تحصیلی ۱۴۰۴–۱۴۰۳ انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان پسر مقطع متوسطه دوم در سال تحصیلی ۱۴۰۴–۱۴۰۳ با اختلال افسردگی بود.ابتدا مشاوران مدارس و مراکز مشاوره آموزش و پرورش لیستی از ۲۰۰ دانش آموز پسر که دارای علائم افسردگی بودند را معرفی کردند، سپس از بین دانش آموزان معرفی شده برای تشخیص اختلال افسردگی از پرسش نامه افسردگی بک استفاده شد، این پرسش نامه، توسط آقای آرون بک در دهه ۱۹۶۰ طراحی شد، شامل ۲۱ سوال است که هر سوال شدت یک علامت افسردگی را اندازه گیری می کند، و از ۰ تا ۳ اندازه گیری می شود، در این پژوهش کسب نمره بالاتر از ۲۰ معیار تشخیص افسردگی و ورود به مطالعه بود.همچنین در ادامه برای اطمینان از تشخیص درست اختلال افسردگی از مصاحبه بالینی بر اساس معیار های DSM-5 توسط یک روانشناس بالینی مجرب کمک گرفته شد، این مصاحبه به صورت فردی و بر اساس راهنمای معیارهای تشخیصی DSM-5 طراحی شده بود و شامل موارد(کاهش علاقه یا لذت، کاهش یا افزایش وزن قابل توجه،اختلال درر خواب، بی قراری،احساس بی ارزشی یا گناه غیر منطقی،کاهش تمرکز) بود. که توسط روانشناس بالینی ثبت و تحلیل شد. در نهایت از میان شرکت کنندگان واجد شرایط با توجه بر نمره پرسشنامه و مصاحبه تشخیصی ۳۰نفر انتخاب و به طور تصادفی و ساده در ۲گروه، آزمایش (۱۵ نفر)، کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند.این روش خود نمونه گیری هدفمند است، که بر انتخاب شرکت کنندگانی متمرکز است که ویژگی های خاص موضوع پژوهش را داشته باشند، با توجه به ماهیت هدفمند نمونه گیری و تمرکز بر گروه محدود حجم نمونه انتخاب شده(۳۰ نفر) ممکن است نماینده کامل همه دانش آموزان پسر افسرده شهر بانه نباشد و به همین دلیل تعمیم نتایج پژوهش باید با احتیاط صورت گیرد، با این حال تلاش شد تا با استفاده از معیارهای دقیق ورود و تصادفی ساده در تخصیص افراد به گروه های پژوهش، اعتبار نتایج افزایش یابد. دامنه سنی شرکت کنندگان در پژوهش ۱۳ تا ۱۸ سال بود و همچنین معیارهای ورود به پژوهش شامل: تشخیص بالینی اختلال افسردگی بر اساس معیار تشخیصی DSM-5و کسب نمره بالای نقطه برش در پرسش نامه افسردگی بک،رضایت نامه کتبی و اگانه از دانش آموز و والدین، عدم مصرف داروهای روان پزشکی و عدم مشارکت همزمان در سایر درمان ها بود. و همچنین، معیارهای خروج شامل غیبت در بیش از دو جلسه، عدم همکاری در طول مداخله و مصرف داروهای روان پزشکی در طی پژوهش بود. گروه آزمایش در یک برنامه آموزشی هشت جلسه‌ای مبتنی بر تنظیم شناختی هیجانی، بر اساس مدل گارنفسکی، شرکت کردند؛ در حالی که گروه کنترل طی دوره پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار گردآوری داده‌ها شامل مقیاس احساس تنهایی UCLA، مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) و مقیاس حمایت اجتماعی ادراک‌شده زیمت (MSPSS) بود. به‌منظور تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد و برای بررسی پیش‌فرض‌های آماری از آزمون کولموگروف–اسمیرنوف برای نرمال بودن داده‌ها، آزمون لوین برای همگنی واریانس‌ها و آزمون همگنی شیب رگرسیون استفاده گردید. کلیه تحلیل‌های آماری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام شد.. کلیه ملاحضات اخلاقی از جمله رازداری، محرمانگی و حق انصراف آزادانه در تمام مراحل پژوهش رعایت شد.

ابزارها

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده[1]: برای سنجش حمایت اجتماعی ادراک‌شده در شرکت‌کنندگان، از پرسش‌نامه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، استفاده شد که توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) طراحی شده است. این پرسش‌نامه شامل ۱۲ گویه است و سه منبع اصلی حمایت اجتماعی را ارزیابی می‌کند: خانواده، دوستان و افراد مهم دیگر. پاسخ‌دهندگان میزان موافقت خود را با هر گویه بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (۱ = کاملاً مخالفم تا ۵ = کاملاً موافقم) تعیین می‌کنند. نمره کل حمایت اجتماعی از مجموع امتیازات سه خرده‌مقیاس به دست می‌آید و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر حمایت اجتماعی ادراک‌شده

1. Perceived Social Support Questionnaire

است. این ابزار در مطالعات داخلی و بین‌المللی از روایی سازه و پایایی قابل قبولی برخوردار بوده و نسخه فارسی آن که در جامعه دانش‌آموزی ایران به کار رفته، ضریب آلفای کرونباخ بیش از ۰/۸۵ گزارش شده است.نسخه فارسی پرسش نامه در اختیار چند تن از متخصصان قرار گرفت و روایی محتوایی آن مورد تایید قرار گرفت. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس۰/۹۰ و برای خرده مقیاس خانواده، دوستان، افراد مهم، به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۴، ۰/۸۹ به دست آمد که نشان دهنده پایایی مطلوب ابزار است.

پرسش‌نامه احساس تنهایی[1]: برای ارزیابی احساس تنهایی، از پرسش‌نامه پرسش‌نامه احساس تنهایی استفاده شد که توسط راسل، پیلوت و کورتونا (۱۹۸۰) تدوین شده است. این ابزار شامل ۲۰ گویه است که بر اساس مقیاس لیکرت چهارگزینه‌ای (۱ = هرگز تا ۴ = همیشه) نمره‌گذاری می‌شود؛ ده گویه جهت‌گیری منفی (بیانگر احساس تنهایی) و ده گویه جهت‌گیری مثبت (بازتاب پیوند اجتماعی) دارند که گویه‌های مثبت به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل بیانگر میزان احساس تنهایی است. نسخه ترجمه‌شده و بومی‌شده این پرسش‌نامه در ایران دارای روایی و پایایی بالا است و ضریب آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۹ گزارش شده است.ضریب آلفای کرونباخ با استفاده از داده‌های پژوهش حاضر محاسبه شد که مقدار آن برای کل مقیاس ۰/۸۸ به دست آمد و این مقدار بیانگر پایایی مطلوب و قابل قبول ابزار در نمونه پژوهش حاضر است. نسخه فارسی پرسش نامه در اختیار چند تن از متخصصان قرار گرفت و روایی محتوایی آن مورد تایید قرار گرفت.

پرسش‌نامه افکار خودکشی بک[2]: برای سنجش شدت افکار خودکشی، از مقیاس پرسش‌نامه افکار خودکشی بک استفاده شد. این پرسش‌نامه شامل ۱۹ گویه است که هر گویه در مقیاس سه‌درجه‌ای (۰ = عدم وجود فکر، ۱ = خفیف، ۲ = شدید) نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل بین ۰ تا ۳۸ متغیر است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر افکار خودکشی است. پرسش‌نامه شامل پنج سوال غربالگری است که در صورت وجود تمایل به خودکشی، ادامه ۱۴ سوال بعدی ضروری است. مدت زمان متوسط تکمیل پرسش‌نامه حدود ۱۰ دقیقه است. این مقیاس دارای پایایی بالا است؛ ضریب آلفای کرونباخ آن در بازه ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ گزارش شده و پایایی آزمون–بازآزمون آن ۰.۵۴ است. اعتبار مقیاس نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و روش دو نیمه ۰/۷۵ به‌دست آمده است. ضریب الفای کرونباخ با استفاده از داده های پژوهش حاضر محاسبه شد که برای کل مقیاس مقدار۰/۹۰ به‌دست آمد.

مداخله پژوهش

گروه آزمایش در طول ۸ جلسه گروهی (هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه) تحت آموزش و تمرین‌های مبتنی بر درمان تنظیم شناختی هیجان قرار گرفت. این جلسات با هدف ارتقای مهارت های مقابله‌ای، آموزش پذیرش و ارزیابی هیجانات و اگاهی از هیجانات مرتبط با احساس تنهایی، افکار خودکشی و حمایت اجتماعی طراحی و اجرا شدند. جلسات به صورت گروهی، با بهره گیری از محتوای آموزشی و فعالیت های عملی برگزار گردید. در مقابل گروه کنترل تنها در پیش آزمون و پس آزمون شرکت کرده و مداخله ای دریافت نکرد.

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش، ۳۰ دانش آموز دوره متوسطه دوم با محدوده سنی ۱۵ تا ۱۸ سال شرکت داشتند که به دو گروه آزمایش (n=15)و کنترل(n=15) تقسیم شدند. در گروه آزمایش ۵ نفر (۳۳/.) پسر و ۱۰ نفر (۶۷/.) دختر حضور داشتند و در گروه کنترل ۷ نفر پسر (۴۷/.) و ۸ نفر (۵۳/.) دختر شرکت داشتند.

میانگین سنی گروه آزمایش ۱۶/۷ سال و با انحراف معیار ۱/۳ و میانگین سنی گروه کنترل ۱۶/۲ سال و با انحراف معیار ۱/۵ گزارش شد. میانگین سنی کل نمونه برابر با ۱۶/۴۵ سال و با انحراف معیار ۱/۴ بود

برای بررسی تفاوت های معنی دار بین دو گروه در متغیرهای جمعیت شناختی، آزمون‌tمستقل برای مقایسه میانگین سن انجام شد که نشان داد تفاوت میانگین سن گروه آزمایش و کنترل معنی‌دار نیست (P=۰/۳۶، t=۰/۹۲). همچنین آزمون کای دو برای بررسی تفاوت توزیع جنسیتی در دو گروه تفاوت معنی‌داری ندارد (P=۰/۳۷، X^2=۰/۸۰). تمامی شرکت‌کنندگان در مقطع متوسطه دوم تحصیل می کردند و این نمونه به منظور بررسی اثر بخشی تنظیم شناختی هیجانی بر حمایت اجتماعی ادراک شده، افکار خودکشی و احساس تنهایی در دانش آموزان دارای اختلال افسردگی انتخاب شده است.

1. UCLA Loneliness Scale
2. Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI)

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش تنظیم شناختی – هیجان در مدرسه گراتز و گاندرسون (۲۰۰۶)

جلسات	خلاصه محتوای جلسات
دوم	آموزش آگاهی از هیجانات مثبت، مروری کوتاه بر جلسه قبل،آموزش اگاهی از هیجانات، مثبت و انواع آن ها و آموزش توجه به هیجانات مثبت و لزوم استفاده ازآن ها، همراه با مثال به طور تجسم ذهنی (به عنوان مثال تجسم یک لحظه شادی افرین)، تکلیف خانگی، نوشتن هیجانات مثبت عمده
سوم	آموزش آگاهی از هیجانات منفی، مروری کوتاه بر جلسه قبل،آموزش اگاهی از هیجانات منفی و انواع آن ها و آموزش توجه به هیجانات منفی و لزوم استفاده ازآن ها، همراه با مثال به طور تجسم ذهنی (به عنوان مثال تجسم یک صحنه اضطراب)، تکلیف خانگی، نوشتن هیجانات منغی عمده
چهارم	آموزش پذیرش هیجانات مثبت، مرور جلسه قبل، آموزش پذیرش بدون قضاوت میزان (بالا یا پایین) هیجانات مثبت و پیامدهای مثبت و منفی استفاده از این هیجانات، تکلیف خانگی، نظر خواهی از والدین و دوست نزدیک،در مورد پایین یا بالا بودن هیجانات مثبت
پنجم	آموزش پذیرش هیجانات منفی، مرور جلسه قبل، آموزش پذیرش بدون قضاوت میزان (بالا یا پایین) هیجانات منفی و پیامدهای مثبت و منفی استفاده از این هیجانات، تکلیف خانگی، نظر خواهی از والدین و دوست نزدیک،در مورد پایین یا بالا بودن هیجانات منفی
ششم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجانات مثبت، مرور جلسه قبل،آموزش تجربه ذهنی هیجانات مثبت به طور تجسم ذهنی (شادی، علاقه مندی) بازداری ذهنی، آموزش ابراز مناسب این هیجانات
هفتم	آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجانات منفی، مرور جلسه قبل،آموزش تجربه ذهنی هیجانات منفی به طور تجسم ذهنی (اضطراب. غمگین نفرت و خشم) بازداری ذهنی، آموزش بازداری ابراز نامناسب این هیجانات
هشتم	جمع بندی جلسات آموزشی و اجرای پس آزمون

جدول۲. آمار توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل و آزمایش

منبع تغییر			کنترل		آزمایش	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	خانواده	پیش‌آزمون	۹/۱	۱/۲	۹/۴۷	۱/۱
		پس‌آزمون	۱۴/۲۰	۱/۳	۹/۰۷	۱/۳
	دوستان	پیش‌آزمون	۹/۵	۱/۴	۸/۷	۱/۱
		پس‌آزمون	۱۴	۱/۴	۸/۳۳	۱/۲
	دیگران	پیش‌آزمون	۷/۹۳	۱/۱	۸/۲۰	۱/۳
		پس‌آزمون	۱۳/۴۰	۱/۳	۸/۲۰	۱/۸
احساس تنهایی		پیش‌آزمون	۵۸/۴۰	۲/۳	۵۹/۴۰	۲/۹
		پس‌آزمون	۴۶	۲/۴	۵۹/۸۰	۳/۹
افکار خودکشی		پیش‌آزمون	۱۶/۶۷	۳/۲	۱۷/۴۷	۲/۱
		پس‌آزمون	۱۰/۶۰	۲/۴	۱۶/۹۳	۱/۶

جدول ۲ بیانگر نمرات پیش آزمون و پس آزمون برای متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل می باشد. این جدول نشان می دهد که در گروه آزمایش، میانگین نمرات در تمامی خرده مقیاس های حمایت اجتماعی افزایش پیدا نموده است و همچنین میانگین نمرات خرده مقیاس احساس تنهایی پس آزمون آزمایش (۴۶) نسبت به نمرات پیش آزمون (۵۸/۴۰) کاهش چشمگیری داشته است.وپس از برگزاری دوره درمان میانگین نمرات پس آزمون افکار خودکشی (۱۰/۶۰) نسبت به نمرات پیش آزمون (۱۶/۶۷) کاهش قابل توجهی داشته است.

در ادامه به منظور بررسی اثر بخشی درمان شناختی هیجانی بر حمایت اجتماعی ادراک شده،افکار خودکشی، و احساس تنهایی در دانش آموزان با اختلال افسردگی اساسی،از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. تحلیل کواریانس روشی است که به ما این امکان را می دهد تا تاثیر متغیر مستقل را بر متغیر های وابسته با کنترل اثر متغیر های مزاحم بررسی کنیم. لذا ما با استفاده از این روش می توانیم تاثیر متغیر مستقل را به صورت دقیق تری ارزیابی کنیم.

استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس مستلزم رعایت چند مفروضه اساسی است:

۱- بررسی نرمال بودن داده ها، بدین منظور نرمال بودن نمرات متغیر توسط آزمون کلمو گروف – اسمیرنوف تایید گردید، به این صورت که مقدار Z مربوط به آزمون کلموگروف–اسمیرنوف برای تمامی متغیر های پژوهش معنادار نیست ($P>۰/۰۵$).

۲- در این پژوهش قبل از تحلیل داده ها، برای بررسی همگنی واریانس متغیرها، از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون نشان میدهد که مقدار مربوط به آزمون Fلوین معنادار نیست ($P>۰/۰۵$) نتایج آزمون لوین بر روی متغیر های وابسته تحقیق نشان میدهد که واریانس گروه آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای تحقیق متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس تایید می شود.

۳- یکی دیگر از مفروضه های استفاده از آزمون آماری تحلیل کواریانس همگنی شیب رگرسیون است که شیب رگرسیون بین مزاحم و وابسته در سطوح مختلف (آزمایش و گواه) بررسی شد که متغیر های مزاحم با متغیرهای مستقل رابطه نداشته نباشند،در این بخش مقدار F تعامل متغیرهای مزاحم معنادار نمی باشد ($P>۰/۰۵$) که می توان نتیجه گرفت که پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است.

۴-یکی دیگر از مفروضه های استفاده از تحلیل کواریانس وجود رابطه خطی بین متغیر وابسته و متغیر مزاحم است که برای سنجش این مفروضه نمودار پراکنش نمرات پیش آزمون و پس آزمون بررسی شد و نتایج آن نشان داد که شیب های خطوط رگرسیون باهم موازی هستند و یک رابطه خطی بین پیش آزمون و پس آزمون وجود دارد. بنابراین فرض وجود رابطه خطی بین متغیر مزاحم و متغیر وابسته برای استفاده از تحلیل کواریانس تایید می شود.

۵- فرض یکسانی کواریانس ها که یعنی رابطه متغیر مستقل ما با تمام متغیر های وابسته یکسان باشد با استفاده از آزمون ام باکس بررسی و تایید شد ($P>۰/۰۵$).

همانگونه که در جدول (۳) ملاحظه می شود، سطع معنی‌داری تمامی آزمون های چند متغیره اثر پیلایی، لامبدای ویکلز، اثر هوتلینگ، و بزرگترین ریشه کمتر از ۰/۰۵ می باشد که نشان می‌دهد که بین دوگروه حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

باتوجه به اطلاعات جدول ۳ مشاهده می شود که مقدار لامبدای ویلکزبرابر با ۰/۰۳۳می باشد. همچنین مقدار F برای این آزمون۱۱۰/۸۲۱ می باشد. سطع معنی‌داری با درجه آزادی ۵ و ۱۹ کمتر از ۰/۰۱می باشد ($p<۰/۰۱$) که نشان می دهد که بین افراد گروه کنترل و آزمایش حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در ادامه جهت تعیین اینکه این تاثیر کلی در کدام گروها و کدام متغیرها وجود دارد. نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت میانگین های متغیرهای پژوهش ارایه شده است.

جدول۳. نتایج آزمون‌های چندمتغیره اثربخشی درمان شناختی–هیجانی بر حمایت اجتماعی ادراک شده، احساس تنهایی، افکار خودکشی در دانش آموزان با اختلال افسردگی اساسی

	نام آزمون	ارزش (مقدار)	آماره f	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنا داری	اتا
گروه	**اثر پیلایی**	۰/۹۶۷	۱۱۰/۸۲۱	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶۷
	لامبدای ویکلز	/۰۳۳	۱۱۰/۸۲۱	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶۷
	اثر هوتلینگ	۲۹/۱۶۳	۱۱۰/۸۲۱	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶۷
	اثرهوتلینگ	۲۹/۱۶۳	۱۱۰/۸۲۱	۵	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶۷

جدول ۴. نتایج آنالیز کواریانس تاثیر مداخله درمانی شناختی–هیجانی بر حمایت اجتماعی اداراک شده، احساس تنهایی، افکار خودکشی در دانش آموزان با افسردگی اساسی

منبع تغییرات			مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	سطع معنی‌داری	مجذور اتا
حمایت اجتماعی ادراک شده	**دوستان**	**گروه**	۱۹۴/۸۵۱	۱	۱۹۴/۸۵۱	۱۱۱/۹۲۸	۰/۰۱	۰/۸۳۰
		خطا	۴۰/۰۴۰	۲۳	۱/۷۴۱			
	خانواده	**گروه**	۱۶۶/۸۳۷	۱	۱۶۶/۸۳۷	۱۸۲/۵۹۰	۰/۰۱	۰/۸۸۸
		خطا	۲۱	۲۳	۱			

منبع تغییرات			مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
	دیگران	گروه	۱۳۲/۷۲۹	۱	۱۳۲/۷۲۹	۴۹/۷۹۷	۰/۰۱	۶۸۴
		خطا	۶۱/۳۰۵	۲۳	۲/۶۶۵			
احساس تنهایی		گروه	۱۹۸/۹۵۸	۱	۱۹۸/۹۵۸	۴۱/۹۵۲	۰/۰۱	۰/۶۴۶
		خطا	۱۰۹/۰۷۸	۲۳	۴/۷۴۳			
افکار خودکشی		گروه	۹۴۹	۱	۹۴۹	۱۱۴/۹۰۶	۰/۰۱	۰/۸۳۳
		خطا	۱۸۹/۹۵۸	۲۳	۸/۲۵۹			

نتایج جدول ۴ بیانگر تفاوت معناداری بین نمرات پیش آزمون- پس آزمون دو گروه برای متغیرهای تحقیق می باشد. بنابراین می توان گفت درمان شناختی – هیجانی بر حمایت اجتماعی ادراک شده،احساس تنهایی،افکار خودکشی در دانش آموزان با اختلال افسردگی اساسی موثر بوده است.

در مورد متغیر احساس تنهایی مقدار F برابر ۴۱/۹۵۲ بوده که در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد ($a = ۰/۰۱$). بنابراین درمان شناختی–هیجانی بر احساس تنهایی به میزان ۰/۶۴۶ واحد تاثیر گذار است ($n^2 = ۰/۷۵۴ \quad p<۰/۰۱$) مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین افکار خودکشی ۱۱۴/۹۰۶ محاسبه شده است و هچنین سطح معنی‌داری برای این مولفه برابر ۰/۰۱ می باشد که ($a = ۰/۰۰۱$) بنابر این درمان شناختی هیجانی بر افکار خودکشی به میزان ۰/۸۳۳ واحد اثر گذار است ($F = ۱۱۴/۹۰۶ \quad n^2 = ۰/۸۳۳$,$P<۰/۰۱$. در مورد مؤلفه خانواده مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین ۱۸۲/۵۹۰ است و همچنین سطح معنی‌داری برای این مولفه برابر ۰/۰۱ است بنابراین درمان شناختی – هیجانی به میزان ۰/۸۸۸ بر مولفه خانواده اثر گذار است ($F = ۱۸۲/۵۹۰ \quad n^2 = ۰/۸۸۸$, $P<۰/۰۱$)، و نتایج جدول (۳) بیانگر تفاوت معناداری بین نمره های پیش آزمون – پس آزمون دو گروه برای مولفه ای دوستان است که مقدار F بەدست آمده برابر ۱۱۲/۹۲۸ و سطح معنی‌داری برای این متغیر ۰/۰۰۱ محاسبه شده است بنابراین درمان شناختی هیجانی به میزان ۰/۸۳۰ واحد بر متغیر دوستان اثر بخش بوده است ($F = ۱۸۲/۵۹۰ \quad n^2 = ۰/۸۳۰$, $P<۰/۰۱$). در ادامه در مورد مولفه دیگران مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین ۴۹/۷۹۷ محاسبه شده و همچنین سطح معنی‌داری برای این متغیر برابر ۰/۰۱ می است ($a = ۰/۰۱$). بنابراین درمان شناختی–هیجانی بر مولفه دیگران به میزان ۰/۶۸۴ اثر گذار است ($F = ۴۹/۷۹۷ \quad n^2 = ۰/۶۸۴$, $P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجانی بر حمایت اجتماعی ادراک شده، افکار خودکشی و احساس تنهایی دانش‌آموزان دارای اختلال افسردگی اساسی بود. نتایج فرضیه اول نشان داد که آموزش تنظیم شناختی هیجانی بر حمایت اجتماعی ادراک شده تاثیر مثبت و معناداری داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های عطارخامنه‌ای و همکاران (۱۴۰۲)، مور و همکاران (۲۰۲۵)، لوپز و همکاران (۲۰۲۴) و سئونگ و همکاران (۲۰۲۴) همسوست. در تبیین این یافته اینگونه می‌توان اذعان داشت که این یافته را می‌توان از منظر نظریه‌های شناختی–رفتاری، پردازش اطلاعات هیجانی، و مدل‌های دلبستگی تحلیل کرد. بر اساس مدل‌های شناختی–رفتاری افسردگی، افراد مبتلا به افسردگی به دلیل سوگیری‌های منفی شناختی، اغلب اطلاعات مثبت و حمایتی را نادیده می‌گیرند و تمایل دارند روابط و منابع حمایتی موجود را ناکافی یا تهدیدآمیز ارزیابی کنند. آموزش تنظیم شناختی–هیجانی با فراهم ساختن راهبردهای بازنگری شناختی، ارزیابی مجدد مثبت و بازساخت باورهای منفی، این الگوهای شناختی تحریف‌شده را اصلاح می‌کند و امکان ادراک واقع‌گرایانه‌تر و مثبت‌تر از شبکه‌های اجتماعی و حمایت‌های موجود را فراهم می‌آورد. علاوه بر این، مکانیزم‌های هیجانی نقش مهمی در شکل‌دهی ادراک حمایت اجتماعی دارند. اختلال افسردگی اغلب با افزایش شدت هیجانات منفی، کاهش هیجان مثبت و اختلال در تنظیم هیجان همراه است. آموزش تنظیم شناختی–هیجانی با تمرکز بر پذیرش هیجانات، مدیریت واکنش‌های هیجانی، و کاهش نشخوارهای ذهنی، توانایی دانش‌آموزان در شناسایی، ارزیابی و استفاده از حمایت‌های موجود را بهبود می‌بخشد. این آموزش با کاهش خودانتقادی

و باورهای منفی خودکار، موانع شناختی درک حمایت اجتماعی را کاهش داده و ظرفیت فرد برای دریافت و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی واقعی افزایش می‌یابد. از سوی دیگر، نتایج پژوهش می‌تواند از دیدگاه نظریه دلبستگی نیز تحلیل شود. بر اساس این نظریه، کیفیت تجربه‌های اولیه دلبستگی و الگوهای شناختی شکل‌گرفته از آن، تأثیر قابل توجهی بر توانایی فرد در برقراری روابط معنادار و درک حمایت اجتماعی دارد. دانش‌آموزان افسرده، به‌ویژه کسانی که سبک دلبستگی ناایمن دارند، معمولاً در ارزیابی منابع حمایتی با مشکل مواجه می‌شوند و احساس تعلق و امنیت اجتماعی پایینی دارند. آموزش تنظیم شناختی–هیجانی با اصلاح باورها و انتظارات منفی از روابط بین‌فردی، نه تنها برداشت ذهنی فرد از حمایت‌های موجود را بازسازی می‌کند بلکه موجب افزایش تمایل به تعامل اجتماعی مثبت و برقرار کردن روابط اعتمادمحور می‌شود. تحلیل این یافته همچنین با مطالعات علوم اعصاب اجتماعی همخوانی دارد؛ پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فعالیت نواحی پیش‌پیشانی و لوب‌های جلویی مغز در افراد افسرده کمتر با پردازش اطلاعات اجتماعی و شناسایی حمایت‌های اجتماعی مرتبط است. تمرین‌های بازنگری شناختی و تنظیم هیجانی می‌تواند فعالیت شبکه‌های عصبی مرتبط با ارزیابی اجتماعی و خودبازخوردی را تقویت کرده و به بازسازی ارتباطات شناختی–هیجانی کمک کند. به بیان دیگر، بازتعریف ذهنی حمایت‌های موجود، نه تنها جنبه شناختی بلکه جنبه نوروبیولوژیکی درک حمایت اجتماعی را نیز ارتقا می‌دهد. از منظر روان‌شناسی رشد و نوجوانی نیز، این یافته اهمیت عملی و کاربردی دارد. نوجوانان در سنین مدرسه به‌ویژه در شرایط افسردگی، با نیاز شدید به تعلق اجتماعی و پذیرش گروهی مواجه‌اند و ناکامی در درک حمایت اجتماعی می‌تواند به انزوا، کاهش انگیزه تحصیلی و تشدید علائم افسردگی منجر شود. آموزش تنظیم شناختی–هیجانی با ارتقای خودآگاهی هیجانی، مهارت‌های شناختی و توانمندی در مدیریت روابط اجتماعی، علاوه بر افزایش ادراک حمایت، می‌تواند به کاهش اثرات منفی انزوای اجتماعی و تنهایی منجر شود و به عنوان مداخله‌ای پیشگیرانه و تقویتی عمل نماید.در نهایت، یافته‌های این فرضیه در راستای پژوهش‌های پیشین است که نشان داده‌اند مداخلات شناختی–هیجانی می‌توانند کیفیت ادراک و تجربه اجتماعی افراد افسرده را بهبود بخشند و اثرات مثبت بر تاب‌آوری روانی و سلامت اجتماعی داشته باشند. به طور خلاصه، آموزش تنظیم شناختی–هیجانی با ارائه راهبردهای شناختی و هیجانی، اصلاح باورهای منفی، افزایش مهارت‌های بین‌فردی و ارتقای خودکارآمدی اجتماعی، موجب بهبود حمایت اجتماعی ادراک‌شده در دانش‌آموزان مبتلا به افسردگی اساسی می‌شود و می‌تواند به عنوان یک مداخله مکمل و پیشگیرانه در برنامه‌های روان‌درمانی چندسطحی برای نوجوانان به کار گرفته شود.

نتایج فرضیه دوم نیز نشان داد که آموزش تنظیم شناختی هیجانی بر کاهش افکار خودکشی تاثیر مثبت و معناداری داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های سبزه پرور و امیری (۲۰۲۵)، هولر و همکاران (۲۰۲۵)، نشاط‌دوست و همکاران (۱۴۰۰)، باقری–شیخنگفشه و همکاران (۱۴۰۱) و بارزیلای و همکاران، (۲۰۲۲) همسوست. در تبیین این یافته اینگونه می‌توان اذعان داشت که در تبیین این یافته این‌گونه می‌توان اذعان داشت که آموزش تنظیم شناختی–هیجانی با فراهم آوردن راهبردهایی همچون بازنگری شناختی، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش هیجانات و تمرکز بر راه‌حل‌ها، به فرد امکان می‌دهد تا افکار خودکار منفی، باورهای ناکارآمد درباره خود، جهان و آینده، و نشخوارهای ذهنی مکرر را شناسایی کرده و جایگزین آنها با الگوهای سازگارانه کند. بر اساس مدل شناختی بک، افکار خودکشی ناشی از فعال‌سازی طرح‌واره‌های منفی در پاسخ به محرک‌های استرس‌زا است؛ بنابراین، آموزش تنظیم شناختی–هیجانی با مداخله در این مسیر، الگوهای فکری خودآزارگرانه را تضعیف کرده و احساس کنترل، امید و خودکارآمدی روانی را افزایش می‌دهد. از دیدگاه علوم اعصاب، تمرین مهارت‌های تنظیم شناختی–هیجانی با تقویت عملکرد قشر پیش‌پیشانی و کاهش فعالیت آمیگدالا، توانایی فرد در مدیریت هیجانات شدید و پاسخ‌های عصبی مرتبط با افکار خودکشی را بهبود می‌بخشد. افزون بر این، ایجاد خودآگاهی شناختی–هیجانی، امکان واکنش‌های سازگارانه در مواجهه با افکار آزاردهنده را افزایش می‌دهد. در بُعد روان‌اجتماعی، کاهش افکار خودکشی با ارتقای کیفیت روابط بین‌فردی، افزایش احساس تعلق و کاهش انزوا همراه است که همگی به طور غیرمستقیم از طریق بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان تقویت می‌شوند. بنابراین، این مداخله به‌عنوان یک رویکرد پیشگیرانه و چندسطحی می‌تواند هم بر ساختارهای شناختی–هیجانی درونی و هم بر عوامل اجتماعی و بین‌فردی تأثیرگذار باشد و با بهبود ادراک کنترل و تاب‌آوری اجتماعی–هیجانی،

ریسک افکار خودکشی در نوجوانان افسرده را کاهش دهد. این تبیین با مطالعات پیشین هم‌راستا است که نشان می‌دهند توانمندسازی مهارت‌های شناختی و هیجانی، کلید کاهش افکار و رفتارهای پرخطر در نوجوانان دارای اختلالات خلقی محسوب می‌شود.

نتایج فرضیه سوم نیز نشان داد که آموزش تنظیم شناختی هیجانی بر کاهش احساس تنهایی تاثیر مثبت و معناداری داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های سافاریا و همکاران (۲۰۲۵)، پریس و همکاران (۲۰۲۱)، اسکات و همکاران (۲۰۲۴) و گالبر و همکاران (۲۰۲۱) همسوست. در تبیین این یافته اینگونه می‌توان اذعان داشت که در تبیین این یافته این‌گونه می‌توان اذعان داشت که احساس تنهایی اغلب ناشی از تفسیرهای تحریف‌شده از روابط اجتماعی، طرح‌واره‌های طرد، و باورهای منفی درباره خود و دیگران است که در افسردگی شایع می‌باشند. آموزش تنظیم شناختی–هیجانی با ارائه راهبردهایی همچون بازنگری شناختی، پذیرش هیجانات، فاصله‌گیری شناختی و تمرکز بر حل مسئله، به بازسازی این برداشت‌های نادرست و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی کمک می‌کند و امکان تفسیر واقع‌گرایانه‌تر و کمتر تهدیدآمیز تجربیات اجتماعی را فراهم می‌آورد. از منظر علوم اعصاب، این آموزش با تقویت عملکرد قشر پیش‌پیشانی (PFC)، مسئول مهار پاسخ‌های هیجانی و پردازش شناختی پیچیده، و کاهش فعالیت بیش‌فعال آمیگدالا، موجب تنظیم واکنش‌های هیجانی و کاهش حساسیت به نشانه‌های طرد و انزوا می‌شود. افزون بر این، فعال‌سازی شبکه پیش‌فرض مغز (DMN) در بازنگری خودمحورانه و کاهش افکار نشخواری درون‌گرایانه، به توانمندسازی فرد در مدیریت افکار مرتبط با تنهایی کمک می‌کند. در بُعد روان‌شناختی–اجتماعی، آموزش تنظیم شناختی–هیجانی با ارتقای مهارت‌های همدلی، بهبود ارتباطات بین‌فردی و افزایش تحمل هیجانی در موقعیت‌های اجتماعی، زمینه را برای کاهش مستقیم احساس تنهایی فراهم می‌آورد. همچنین، اصلاح الگوهای شناختی منفی و افزایش خودآگاهی هیجانی، فرد را قادر می‌سازد تا تعاملات اجتماعی خود را فعالانه‌تر و مثبت‌تر مدیریت کند و از این طریق شبکه‌های حمایتی موجود را بهتر ادراک کرده و بهره‌برداری سازنده‌تری از آن‌ها داشته باشد. در مجموع، آموزش تنظیم شناختی–هیجانی با ترکیب بازسازی شناختی، تنظیم هیجان و تقویت تعاملات اجتماعی، یک مداخله جامع و مؤثر در کاهش احساس تنهایی دانش‌آموزان افسرده محسوب می‌شود و نشان‌دهنده اهمیت تقویت مهارت‌های شناختی–هیجانی در بهبود تجارب ذهنی و عاطفی مرتبط با تنهایی است.

نتایج کلی پژوهش نشان داد که آموزش تنظیم شناختی–هیجانی به‌طور مؤثر توانسته است حمایت اجتماعی ادراک‌شده را افزایش داده و افکار خودکشی و احساس تنهایی را در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی کاهش دهد. این یافته‌ها حاکی از آن است که مداخلات شناختی–هیجانی با اصلاح الگوهای تفکر منفی، بازسازی شناختی، تقویت انعطاف‌پذیری شناختی و افزایش خودآگاهی هیجانی، توانمندی فرد را در پردازش هیجانات و مدیریت افکار و باورهای منفی ارتقا می‌بخشد. از منظر روان‌شناسی اجتماعی و بین‌فردی، این آموزش با بهبود مهارت‌های ارتباطی، افزایش تاب‌آوری روانی و ارتقای تعاملات مثبت اجتماعی، امکان ادراک و بهره‌برداری بهتر از حمایت‌های موجود را فراهم می‌کند و در نتیجه، کاهش افکار خودکشی و احساس تنهایی را تقویت می‌نماید. به بیان دیگر، آموزش تنظیم شناختی–هیجانی نه تنها به تغییر ساختارهای درونی شناختی–هیجانی کمک می‌کند، بلکه با تقویت توانایی‌های اجتماعی و بهبود تعاملات بین‌فردی، یک رویکرد چندسطحی و جامع برای کاهش پیامدهای روان‌شناختی افسردگی در نوجوانان ارائه می‌دهد. این نتایج با یافته‌های مطالعات پیشین در حوزه روان‌درمانی شناختی–رفتاری، علوم اعصاب اجتماعی و روان‌شناسی رشد هم‌راستا بوده و اهمیت بهره‌گیری از مهارت‌های تنظیم شناختی–هیجانی را در طراحی مداخلات پیشگیرانه و درمانی برای نوجوانان افسرده نشان می‌دهد.با وجود اثربخشی آموزش تنظیم شناختی هیجانی بر متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک‌شده، افکار خودکشی و احساس تنهایی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از جمله تک‌جنسیتی بودن نمونه (همگی دختر)، انتخاب نمونه از یک منطقه جغرافیایی خاص (شهر اردبیل)، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، حجم نمونه محدود و عدم بررسی پیگیری بلندمدت اثرات مداخله. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از نمونه‌های مختلط از نظر جنسیت و متنوع از نظر جغرافیایی بهره گرفته شود، مطالعات طولی برای بررسی پایداری اثرات مداخله در بلندمدت طراحی گردد، و سایر متغیرهای روان‌شناختی و شناختی نظیر عملکرد اجرایی، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری نیز در نظر

گرفته شود. همچنین از نظر کاربردی، توصیه می‌شود که آموزش تنظیم شناختی هیجانی به عنوان بخشی از مداخلات مدرسه‌محور برای پیشگیری از اختلالات هیجانی و ارتقای سلامت روان در مدارس و مراکز مشاوره دانش‌آموزی گنجانده شده و توسط روان‌شناسان و مشاوران آموزش‌دیده اجرا گردد.

References

Asareh, N., Pirani, Z., & Zangeneh Motlagh, F. (2024). Evaluating the effectiveness of cognitive self-compassion and emotion regulation training on motivational self-regulation and social and adaptive functioning of female students with anxiety. *Journal of School Psychology, 13*(1), 76-63. https://doi.org/10.22098/jsp.2024.12063.5463 [Persian]

Attarkhamanehei, F., Kadivar, P., Emamipur, S., & SepahMansur, M. (2023). The mediating role of cognitive emotion regulation in the relationship between perceived social support and academic competence. *J Psychol Sci, 21*(120), 2433-48. https://psychologicalscience.ir/article-1-1759-en.pdf [Persian]

Bagheri-Sheykhangafshe, F., Kiani, A., Savabi-Niri, V., Aghdasi, N., & Bourbour, Z. (2022). The efficacy of acceptance and commitment therapy on psychological capital and emotion regulation of students with suicidal ideation. *International Journal of Behavioral Sciences, 16*(2), 96-102. https://doi.org/10.30491/ijbs.2022.335463.1779 [Persian]

Barzilay, S., Gagnon, A., Yaseen, Z. S., Chennapragada, L., Lloveras, L., Bloch-Elkouby, S., & Galynker, I. (2022). Associations between clinicians' emotion regulation, treatment recommendations, and patient suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 52*(2), 329-340. https://doi.org/10.1111/sltb.12824

Bilecen, B., Diekmann, I., & Faist, T. (2025). The puzzle of loneliness: A sociostructural and transnational analysis of International Chinese Students' networks in Germany. *International Migration, 63*(2), e13298. https://doi.org/10.1111/imig.13298

Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olié, E., Carvalho, A. F., & Courtet, P. (2019). Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *Journal of affective disorders, 245*, 653-667. https://doi.org/10.1016/j.jad. 2018.11.022

Caldiroli, A., Capuzzi, E., Tagliabue, I., Capellazzi, M., Marcatili, M., Mucci, F., Colmegna, F., Clerici, M., Buoli, M., & Dakanalis, A. (2021). Augmentative pharmacological strategies in treatment-resistant major depression: A comprehensive review. *International Journal of Molecular Sciences, 22*(23), 13070. https://doi.org/10.3390/ijms222313070

Coetzee, C. (2024). A Model of the Relationship between PMDD and Suicidal Behaviour, and the Effects of Childhood Abuse among South African University Students (Doctoral dissertation, Stellenbosch: Stellenbosch University). https://B2n.ir/rz8852

Fries, G. R., Saldana, V. A., Finnstein, J., & Rein, T. (2023). Molecular pathways of major depressive disorder converge on the synapse. *Molecular psychiatry, 28*(1), 284–297. https://doi.org/10.1038/s41380-022-01806-1

Gill, A. S., & Sullivan, S. S. (2025). Resonances of Feeling Alone: A Systematic Review Unveiling Older Persons' Loneliness and Its Mechanisms in Residential Care Facilities. *Journal of Advanced Nursing*. https://doi.org/10.1111/jan.16766

Gubler, D. A., Makowski, L. M., Troche, S. J., & Schlegel, K. (2021). Loneliness and well-being during the Covid-19 pandemic: Associations with personality and emotion regulation. *Journal of happiness studies, 22*, 2323-2342. https://doi.org/10.1007/s10902-020-00326-5

Hermann, A., Neudert, M. K., Schäfer, A., Zehtner, R. I., Fricke, S., Seinsche, R. J., & Stark, R. (2021). Lasting effects of cognitive emotion regulation: neural correlates of reinterpretation and distancing. *Social cognitive and affective neuroscience, 16*(3), 268-279. https://doi.org/10.1093/scan/nsaa159

Höller, I., Martens, J., Fönschau, C., & Forkmann, T. (2025). A cross-sectional study on the influence of emotion regulation strategies on the association between trait mindfulness and suicidality. BMC psychology, 13(1), 340. https://doi.org/10.1186/s40359-025-02530-5

Homan, S., Gabi, M., Klee, N., Bachmann, S., Moser, A. M., Michel, S.,... & Kleim, B. (2022). Linguistic features of suicidal thoughts and behaviors: A systematic review. *Clinical psychology review, 95*, 102161. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102161

Huang, L., & Zhang, T. (2022). Perceived social support, psychological capital, and subjective

well-being among college students in the context of online learning during the COVID-19 pandemic. *The Asia-Pacific Education Researcher, 31*(5), 563-574. https://doi.org/10.1007/s40299-021-00608-3

Karimi Dastaki, A., & Mahmudi, M. (2024). The effectiveness of life meaning workshops on resilience, negative affect, and perceived social support in students. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD), 3*(1), 187-197. https://B2n.ir/fr3011 [Persian]

Kouba, B. R., de Araujo Borba, L., Borges de Souza, P., Gil-Mohapel, J., & Rodrigues, A. L. S. (2024). Role of inflammatory mechanisms in major depressive disorder: *from etiology to potential pharmacological targets. Cells, 13*(5), 423. https://doi.org/10.3390/cells13050423

Li, T., Chen, J., Yang, L., Lyu, M., Liu, J., & Ren, P. (2024). Central symptoms and network associations of depressive symptoms among school-aged students: A network analysis. *Journal of Affective Disorders, 345*, 284-292. https://doi.org/10.1016/j.jad. 2023. 10.131

Li, Y., Wang, R., Liu, J., Li, Z., & Zhou, Y. (2025). The complex relationships among self-acceptance, perceived social support, drug use stereotype threat, and subthreshold depression in people with substance use disorder: exploring the mediating and buffering effects. *Frontiers in Psychiatry, 16*, 1444379. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025. 1444379

Lopez, R. B., Courtney, A. L., Liang, D., Swinchoski, A., Goodson, P., & Denny, B. T. (2024). Social support and adaptive emotion regulation: Links between social network measures, emotion regulation strategy use, and health. *Emotion, 24*(1), 130. https://doi.org/10.1037/emo0001242

Marx, W., Penninx, B. W. J. H., Solmi, M., Furukawa, T. A., Firth, J., Carvalho, A. F., & Berk, M. (2023). Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers, 9*, 44. https://doi.org/10.1038/s41572-023-00446-2

Meier, S. T., & Kim, S. (2022). Meta-regression analyses of relationships between burnout and depression with sampling and measurement methodological moderators. *Journal of Occupational Health Psychology, 27*(2), 195. https://psycnet.apa.org/buy/2021-30349-001

Mor, S., Sela, Y., & Lev-Ari, S. (2025). Postpartum mothers' mental health in a conflict-affected region: a cross-sectional study of emotion regulation and social support. Journal of Clinical Medicine, 14(4), 1244. https://www.mdpi.com/2077-0383/14/4/1244

Nasiri, A. , Narimani, M. , Sadri Damirchi, E. and Noroozi Homayoon, M. (2025). A Comparison of the Effectiveness of Transcranial Direct Current Stimulation and Hypnotherapy on Rumination, Self-compassion, and Quality of Life in Divorced Women. *Women's Health Bulletin*, *12*(3), 206-217. http://dx.doi.org/10.30476/whb. 2025. 105249.1333

Neshat Doost, H. T., Mehrabi, H. A., & Mousav, S. G. (2021). The efficacy of Brief Cognitive-Behavioral Therapy in depression, suicidal thoughts and cognitive emotion regulation in women attempting suicide. *Journal of Psychological Science, 20*(106), 1767-1786. http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.106.1767 [Persian]

Noroozi Homayoon, M. , Akhavi Samarein, Z. , Sadeghi, M. , Hatami Nejad, M. and Jafari Moradlo, M. (2025). Comparing the Efficacy of Emotion-Focused Therapy and Transcranial Direct Current Stimulation On Impulsivity, Emotion Regulation, And Suicidal Ideation In Young People With Borderline Personality Disorder. *Journal of Research in Psychopathology*, *6*(1), 33-42. http://dx.doi.org/10.22098/jrp.2024.14488.1221

Noroozi Homayoon, M., Ghohari, F., & Sadri Damirchi, E. (2025). Developing a self-harm model based on cognitive emotion regulation and childhood trauma with the mediating role of insecure attachment styles in students of Ardabil City, Iran: A descriptive study. *PCP, 13*(3), 239–252. http://dx.doi.org/10.32598/jpcp.13.3.1049.1

Noroozi Homayoon, M., Nasiri, A., Sadri Damirchi, E., Narimani, M., & Razmi, M. (0621). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Emotion Regulation Training and Transcranial Direct Current Stimulation on Executive Functions, Perceived Burden, and Loneliness in Students with Major Depression. *Clinical Psychology and Personality*, *23*(2), 1-14. http://dx.doi.org/10.22070/cpap.2025.19843.1637 [Persian]

Noroozi Homayoon, M., Sadeghi, M., Sadri Damirchi,, E., & Hatami Nejad, M. (2024). The Relationship between Sense of Coherence and Perceived Social Support with Resilience: The Mediating Role of Adaptive Cognitive-Emotional Regulation Strategies in Older Adults. *Aging Psychology*, *10*(4), 427-

405. http://dx.doi.org/10.22126/ jap.2025. 11026.1801 [Persian]

Noroozi Homayoon, M., Sadri Damirchi, E., Sadeghi, M., & Hatami Nejad, M. (2025). The structural relationships of perceived social support with craving in substance-dependent individuals undergoing methadone maintenance treatment: The mediating role of anxiety sensitivity. *Etiadpajohi, 18*(74), 85–106. http://dx.doi.org/10.22034/ETI.18.74.8 [Persian]

Preece, D. A., Goldenberg, A., Becerra, R., Boyes, M., Hasking, P., & Gross, J. J. (2021). Loneliness and emotion regulation. *Personality and Individual Differences, 180*, 110974. https://doi.org/10.1016/j.paid. 2021. 110974

Sabzehparvar, M., & Amiri, S. (2025). Is cognitive emotion regulation mediating effects of childhood maltreatment on suicidal ideation: a cross-sectional retrospective study. Frontiers in Psychiatry, 16, 1553687. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1553687

Safaria, T., Saputra, N. E., & Arini, D. P. (2025). The impact of nomophobia: exploring the interplay between loneliness, smartphone usage, self-control, emotion regulation, and spiritual meaningfulness in an Indonesian context. Journal of Technology in Behavioral Science, 10(2), 382-401. https://doi.org/10. 1007/s41347-024-00438-2

Scott, R. A., Zimmer-Gembeck, M. J., Gardner, A. A., Hawes, T., Modecki, K. L., Duffy, A. L.,... & Waters, A. M. (2024). Daily use of digital technologies to feel better: Adolescents' digital emotion regulation, emotions, loneliness, and recovery, considering prior emotional problems. *Journal of Adolescence, 96*(3), 539-550. https://doi.org/10.1002/jad.12259

Seong, H., Lim, H., Jang, G. E., Park, G., Kang, J., & Lee, S. M. (2024). Relationship between interpersonal emotion regulation and social support and their effects on depressive symptoms in Korean emerging adults. *Cognitive Therapy and Research, 48*(4), 661-675. https://doi.org/10.1007/s10608-024-10470-4

Somé, N. H., Noormohammadpour, P., & Lange, S. (2024). The use of machine learning on administrative and survey data to predict suicidal thoughts and behaviors: a systematic review. *Frontiers in psychiatry, 15*, 1291362. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1291362

Świtaj, P., Grygiel, P., Leciak, J., Stefaniak, I., Opozda-Suder, S., & Anczewska, M. (2025). Examining the relationships between self-stigma, loneliness, depressive symptoms, and suicidal ideation among people with bipolar disorder. *Scientific Reports, 15*(1), 3432. https://doi.org/10.1038/s41598-025-87559-7

van Brakel, V., Barreda-Ángeles, M., & Hartmann, T. (2023). Feelings of presence and perceived social support in social virtual reality platforms. *Computers in Human Behavior, 139*, 107523. https://doi.org/10. 1016/j.chb.2022.107523

World Health Organization. (2023). *Depressive disorder* (depression). https://www.who.int/ news-room/fact-sheets/detail/depression