

ارزیابی مدل ایده‌پردازی خودکشی براساس باورهای هیجانی در بزرگسالان با سابقه نامالایمات کودکی: اثرات میانجی‌گری سریالی تنظیم هیجانی و سندرم بحران خودکشی به‌عنوان یک آسیب اجتماعی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۹/۱۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۱/۲۰

نرجس عامری^۱، محمود نجفی^{۲*}

مقاله پژوهشی

چکیده مبسوط

مقدمه: دوره کودکی از جمله دوره‌های مهم زندگی هر فرد محسوب می‌شود که نظریه‌پردازان و متخصصان درخصوص اهمیت این دوره و آسیب‌های جبران‌ناپذیر آن تاکید داشته‌اند (جنکینز و همکاران، ۲۰۲۵). یکی از پیامدهای آسیب‌های دوران کودکی، افزایش خطر خودکشی در بزرگسالی است (یو و همکاران، ۲۰۲۲). سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۱) تاکید می‌کند که ترومای دوران کودکی یک مشکل جهانی فراگیر است و تخمین زده می‌شود که یک میلیارد کودک دو تا هفده ساله در سال گذشته انواع بدرفتاری فیزیکی، جنسی، عاطفی یا چندگانه را تجربه کرده‌اند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱). با توجه به افزایش نرخ خودکشی در افراد با سابقه نامالایمات کودکی، نیاز به شناسایی مکانیسم‌های خاصی وجود دارد که افراد را در معرض افکار و رفتارهای مرتبط با خودکشی قرار می‌دهد. این عوامل ممکن است به‌عنوان اهداف مهمی برای مداخله درمانی و کمک به ایجاد تغییر پایدار برای افراد آسیب‌دیده باشند. باورهای مربوط به هیجانات به‌عنوان یک عامل خطر به‌طور گسترده برای نقش آن در خودکشی مورد مطالعه قرار گرفته است (کنلند و همکاران، ۲۰۲۴). اگرچه آسیب‌پذیری‌های شناختی مدت‌هاست برای نقش‌شان در خودکشی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، اما به تنهایی مستقیماً منجر به خودکشی نمی‌شوند (روساریو-ویلیامز و همکاران، ۲۰۲۱). یک تجربه منفی حاد خاص که هم با باورهای مربوط به هیجانات و هم با خودکشی مرتبط است، توانایی تنظیم هیجان است (کنلند و همکاران، ۲۰۲۴). اگرچه عوامل خطر طولانی‌مدت برای خودکشی به خوبی مشخص شده است؛ توانایی این صفات برای پیش‌بینی رفتار خودکشی قریب‌الوقوع محدود است (کولمنرو-ناوارته و همکاران، ۲۰۲۴). به همین دلیل، تحقیقات اخیر بر شناسایی خطرات روانی که در کوتاه‌مدت تا میان‌مدت قبل از رفتار خودکشی رخ می‌دهد، متمرکز شده است (راجرز و همکاران، ۲۰۱۹). در این زمینه، سندرم بالینی پیشنهاد شده است که با وجود حالت‌های پیش از خودکشی، با علائم حاد و به سرعت در حال افزایش، که مقدم بر رفتار خودکشی است، مشخص می‌شود. (بلوخ-الکوبی و همکاران، ۲۰۲۰). با این حال، مکانیسم‌های خاص که از طریق آن باورهای مربوط به هیجانات با رفتار خودکشی مرتبط است هنوز ناشناخته است و خلا پژوهشی در این زمینه وجود دارد. بنابراین، در مطالعه حاضر به بررسی نقش میانجی تنظیم هیجانی و سندرم بحران خودکشی در رابطه باورهای مربوط به هیجانات با ایده‌پردازی خودکشی در بزرگسالان با سابقه نامالایمات کودکی پرداخته شده است.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

*نویسنده مسئول: m_najafi@semnan.ac.ir



روش: روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی (تحلیل مسیر) بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بزرگسالان شهر سمنان در سال ۱۴۰۳ که سابقه نامالییات در دوران کودکی دارند، تشکیل می‌دهند. برای تعیین حجم نمونه مورد نظر بر اساس شیوه وستلند (۲۰۱۰) با در نظر گرفتن تعداد سازه‌های مدل، توان آزمون ۹۹ درصد، احتمال خطای ۰/۰۱ و عدم دسترسی به حجم جامعه آماری، حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۲۸۷ نفر به دست آمد. به منظور پوشش ریزش احتمالی نمونه، ۳۴۷ نفر با سابقه نامالییات کودکی به شیوه نمونه‌گیری هدفمند بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل کسب رضایت آگاهانه و کسب نمره بالاتر از خط برش (نمره ۷) در پرسش‌نامه آسیب‌های دوران کودکی بود. در مقابل معیارهای خروج شامل عدم تمایل به شرکت در مطالعه و ناقص بودن پاسخ‌های پرسش‌نامه بودند. پرسش‌نامه پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و امکان انصراف از ادامه همکاری در همه مراحل پژوهش وجود داشت. اطلاعات جمعیت‌شناختی در ابتدای پرسش‌نامه مورد سؤال قرار گرفت. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. درنهایت با حذف پرسش‌نامه‌های مخدوش یا ناقص، ۳۲۰ پرسش‌نامه با استفاده از تحلیل مسیر در نرم‌افزار AMOS²⁴ تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش:

الف) پرسش‌نامه آسیب‌های دوران کودکی (بریمنر و همکاران، ۲۰۰۷؛ ETISR-SF): این پرسش‌نامه دارای ۲۷ گویه است و نمره بالاتر در آن نشان‌دهنده مواجهه بیشتر با ترومای دوران کودکی می‌باشد. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

ب) پرسش‌نامه ایده‌پردازی خودکشی (بک و همکاران، ۱۹۸۸؛ SIS): این مقیاس دارای ۱۹ گویه است و نمرات آن از ۰ تا ۳۸ متغیر می‌باشد؛ نمره بالاتر نشان‌دهنده ایده‌پردازی خودکشی بیشتر است. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

ج) پرسش‌نامه باورها درباره هیجانان (مانسر و همکاران، ۲۰۱۲؛ BAEQ): این پرسش‌نامه دارای ۴۳ گویه است و نمرات آن از ۴۳ تا ۲۱۵ متغیر می‌باشد؛ نمره بالاتر نشان‌دهنده باورهای ناسازگارانه‌تر درباره هیجان‌ها است. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

د) پرسش‌نامه تنظیم هیجان (گراس و جان، ۲۰۰۳؛ ERQ): این پرسش‌نامه دارای ۱۰ گویه و شامل دو خرده‌مقیاس (ارزیابی مجدد شناختی و سرکوب هیجانی) است؛ نمره بالاتر در هر خرده‌مقیاس نشان‌دهنده استفاده بیشتر از آن راهبرد تنظیم هیجان می‌باشد. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد شناختی ۰/۸۹ و برای سرکوب هیجانی ۰/۹۰ به دست آمد.

ه) پرسش‌نامه سندرم بحران خودکشی (بلوخ-الکوبی و همکاران، ۲۰۲۱؛ SCI-2): این پرسش‌نامه دارای ۶۱ گویه است و نمرات آن از ۰ تا ۲۴۴ متغیر می‌باشد؛ نمره بالاتر نشان‌دهنده حضور بیشتر نشانه‌های سندرم بحران خودکشی است. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

یافته‌ها: پیش از انجام تحلیل مسیر، آزمون کلموگروف-اسمیرنوف مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها را تأیید کرد. با توجه به اینکه تحلیل معادلات ساختاری بر اساس ضرایب همبستگی پیرسون حاصل از ماتریس همبستگی نمونه استوار است، قابل ذکر است که همه همبستگی‌ها در سطح ($p > 0.05$) معنی‌دار بودند. همچنین، نتایج مربوط به شاخص‌های برازش نشان داد که مدل در این مطالعه با داده‌ها برازش مطلوبی دارد. بر اساس نتایج، باورها درباره هیجان‌ها با سرکوب هیجانی رابطه مثبت و معنی‌دار ($\beta = 0.35$) و با ارزیابی مجدد شناختی رابطه منفی و معنی‌دار ($\beta = -0.31$) داشت. همچنین، اثرات مستقیم ارزیابی مجدد شناختی ($\beta = -0.50$) و سرکوب هیجانی ($\beta = 0.45$) بر سندرم بحران خودکشی معنی‌دار بود. افزون بر این، اثر مستقیم باورها درباره

هیجان‌ها بر سندرم بحران خودکشی ($\beta = -0/14$) و بر ایده‌پردازی خودکشی ($\beta = 0/12$) مثبت و معنی‌دار بود. اثرات ارزیابی مجدد شناختی ($\beta = -0/17$) و سرکوب هیجانی ($\beta = 0/29$) بر ایده‌پردازی خودکشی نیز معنی‌دار بود و اثر سندرم بحران خودکشی بر ایده‌پردازی خودکشی مثبت و معنی‌دار گزارش شد ($\beta = 0/32$). به‌علاوه، مسیرهای میانجی‌گری زنجیره‌ای از باورها درباره هیجان‌ها به ایده‌پردازی خودکشی از طریق ارزیابی مجدد شناختی و سندرم بحران خودکشی، و همچنین از طریق سرکوب هیجانی و سندرم بحران خودکشی معنی‌دار بودند. در مجموع، نتایج نشان داد که مدل از برازش خوبی برخوردار است. تحلیل بوت‌استرپ نیز نشان داد که تنظیم هیجان (ارزیابی مجدد شناختی و سرکوب هیجانی) و سندرم بحران خودکشی به طور معنی‌داری رابطه بین باورها درباره هیجان‌ها و ایده‌پردازی خودکشی را از طریق میانجی‌گری زنجیره‌ای واسطه‌گری کردند ($\beta = 0/308$; $P < 0/01$). همچنین، اثر غیرمستقیم باورها درباره هیجان‌ها بر سندرم بحران خودکشی از طریق تنظیم هیجان معنی‌دار بود ($\beta = 0/319$; $P < 0/01$). اثرات غیرمستقیم ارزیابی مجدد شناختی بر ایده‌پردازی خودکشی از طریق سندرم بحران خودکشی ($\beta = -0/162$) و سرکوب هیجانی بر ایده‌پردازی خودکشی از طریق سندرم بحران خودکشی ($\beta = 0/146$) نیز معنی‌دار بود ($p > 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد تنظیم هیجانی و سندرم بحران خودکشی به‌طور معنی‌داری رابطه بین باورهای هیجانی با ایده‌پردازی خودکشی در بزرگسالان با سابقه نامالایمات کودکی را واسطه می‌کند. بر اساس نظریه ذهنی‌سازی، ممکن است هیجان‌ها غیرقابل کنترل، خطرناک یا غیرقابل توجه تلقی شوند و افراد قادر به بازنمایی و درک آن‌ها نباشند. این باورها به نوبه خود ممکن است فرایندهای تنظیم هیجان را تحت تأثیر قرار دهند. به طور کلی، یافته‌ها نشان می‌دهند که باورهای هیجانی منفی همراه با سطوح پایین‌تر مقابله اجتنابی و سرکوبی، در ترکیب با سطوح بالاتر ارزیابی مجدد شناختی ممکن است سندرم حاد خودکشی برخی افراد را در برابر آسیب‌پذیری‌های مرتبط با تروما توضیح دهد. طبق نتایج، شناسایی و درمان افراد با تجربه نامالایمات در دوران کودکی می‌تواند عامل موثری در کاهش میزان خطر خودکشی باشد. لازم است متخصصان و درمانگران، نقش آسیب‌های دوران کودکی را در درمان بررسی کنند؛ زیرا ممکن است خطر خودکشی را افزایش دهد. همچنین کاهش باورهای منفی درباره هیجان‌ها از طریق بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی و به دنبال آن کاهش سندرم بحران خودکشی در کاهش خطر خودکشی افراد با تجربه نامالایمات در دوران کودکی موثر است. از آنجایی که مطالعه حاضر مقطعی بود، نمی‌توان علیت را ایجاد کرد. علیرغم ناتوانی در استنتاج علیت، این مطالعه نشان می‌دهد که بین عوامل روانشناختی و خطر خودکشی در افراد با تجربه نامالایمات در دوران کودکی ارتباط وجود دارد. مطالعه حاضر چگونگی ارتباط عوامل روانشناختی با خطر خودکشی را بررسی کرد، اما بررسی سایر عوامل خطر برای خودکشی پیشنهاد می‌شود. در نتیجه، این مطالعه بر اهمیت باورها درباره هیجان‌ها در رفتارهای خودکشی در افراد با تجربه نامالایمات در دوران کودکی تأکید می‌کند و توانایی تنظیم هیجان را به عنوان یک راه بالقوه برای کاهش خطر خودکشی برجسته می‌کند.

چکیده

مقدمه: تجربه تروما در کودکی اثرات جبران‌ناپذیری بر ذهن فرد در بزرگسالی می‌گذارد و با افکار خودکشی مرتبط است. هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی تنظیم هیجانی و سندرم بحران خودکشی در رابطه بین باورهای هیجانی با ایده‌پردازی خودکشی در بزرگسالان با سابقه نامالایمات کودکی بود.

روش: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی (تحلیل مسیر سریالی) بود. جامعه آماری را کلیه بزرگسالان شهر سمنان که سابقه نامالایمات در دوران کودکی دارند، تشکیل دادند که از این میان ۳۲۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های آسیب‌های دوران کودکی برمنر و همکاران (۲۰۰۷)، ایده‌پردازی

خودکشی بک و همکاران (۱۹۸۸)، باورها درباره هیجان‌ات مانسر و همکاران (۲۰۱۲)، تنظیم هیجان گراس و جان (۲۰۰۳) و سندرم بحران خودکشی بلچ‌الوکی و همکاران (۲۰۲۱) بود. به منظور تحلیل مدل پژوهش از روش تحلیل مسیر استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که باورهای هیجانی بر ایده‌پردازی خودکشی اثر مستقیم و معناداری دارد و باورهای هیجانی با ایده‌پردازی خودکشی از طریق تنظیم هیجانی و سندرم بحران خودکشی مرتبط است ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: طبق نتایج به دست آمده، باورهای منفی درباره هیجان‌ات با سرکوبی هیجانی بالاتر و توانایی ارزیابی مجدد پایین‌تر همراه بود که با سندرم بحران خودکشی بیشتر مرتبط بود که در نهایت با خطر خودکشی بالاتر همراه بود. با شناخت و کسب بینش درخصوص چرخه شکل‌گیری افکار خودکشی به‌ویژه نسبت به عوامل میانجی می‌توان، مقدماتی برای طراحی برنامه‌های آموزشی، پیشگیری‌رانه و درمانی در عدم گرایش به خودکشی، طراحی و اجرا کرد و از شیوع افکار خودکشی کاست.

کلمات کلیدی: ایده‌پردازی خودکشی، باورهای هیجانی، تنظیم هیجان، سندرم بحران خودکشی، نامالایمات کودکی.

Evaluation of the Suicide Ideation Model Based on Emotional Beliefs in Adults with a History of Childhood Adversity: Serial Mediating Effects of Emotion Regulation and Suicide Crisis Syndrome as a Social Harm

Received: 2025/12/10 Accepted: 2026/4/9

Narjes Ameri¹, Mahmoud Najafi^{2*}

Original Article

Abstract

Introduction: Traumatic experiences in childhood have irreparable effects on the adult mind and are associated with suicidal thoughts. The aim of the present study was to investigate the mediating role of emotion regulation and suicide crisis syndrome in the relationship between emotional beliefs and suicidal ideation among adults with a history of childhood adversity.

Method: The research employed a descriptive-correlational design using serial path analysis. The statistical population consisted of all adults in Semnan with a history of childhood adversity, from which 320 participants were selected through purposive sampling. The instruments used in this study included questionnaires on childhood trauma, suicidal ideation, beliefs about emotions, emotion regulation, and suicide crisis syndrome. Path analysis was used to analyze the proposed research model.

Results: The findings showed that emotional beliefs had a direct and significant effect on suicidal ideation. Furthermore, emotional beliefs were related to suicidal ideation through the serial mediating roles of emotion regulation and suicide crisis syndrome ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the results, negative beliefs about emotions were associated with greater emotional suppression and lower reappraisal ability, which in turn were associated with higher suicide crisis syndrome and ultimately with greater suicide risk. By understanding and gaining insight into the cycle of suicidal thoughts—particularly the mediating factors—it is possible to design and implement educational, preventive, and therapeutic programs to prevent suicidal tendencies and reduce the prevalence of suicidal ideation.

Keywords: Suicidal Ideation, Emotional Beliefs, Emotion Regulation, Suicide Crisis Syndrome, Childhood Adversity.

1 .PhD Student, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

2 .Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran

*Corresponding Author: m_najafi@semnan.ac.ir

مقدمه

دوره کودکی از جمله دوره‌های مهم زندگی هر فرد محسوب می‌شود که نظریه‌پردازان و متخصصان در خصوص اهمیت این دوره و آسیب‌های جبران‌ناپذیر آن تاکید داشته‌اند (جنکینز^۱ و همکاران، ۲۰۲۵). سازمان بهداشت جهانی^۲ (۲۰۲۱) تاکید می‌کند که ترومای دوران کودکی یک مشکل جهانی فراگیر است و تخمین زده می‌شود که یک میلیارد کودک دو تا هفده ساله در سال گذشته انواع بدرفتاری فیزیکی، جنسی، عاطفی یا چندگانه را تجربه کرده‌اند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱). بدرفتاری با کودکان یک اصطلاح کلی است که برای توصیف همه اشکال کودک آزاری، بی‌توجهی، آزار جسمی، سوءاستفاده جنسی و سوءاستفاده عاطفی استفاده می‌شود (اندرو-جاور^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). تحقیقات نشان داده است که سوءاستفاده طولانی مدت عاطفی، فیزیکی و جنسی در دوران کودکی منجر به عوارضی مانند اختلالات شخصیتی (سودهییر^۴ و همکاران، ۲۰۲۴)، سوء مصرف مواد (دی‌نیکولا^۵ و همکاران، ۲۰۲۴) و خودکشی (جنکینز و همکاران، ۲۰۲۵؛ عامری و نجفی، ۱۴۰۳) می‌شود. براین اساس، یکی از پیامدهای آسیب‌های دوران کودکی، افزایش خطر خودکشی در بزرگسالی است (یو^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). افزایش خطر خودکشی در بزرگسالی به عنوان یکی از پیامدهای آسیب‌های دوران کودکی و نوجوانی شناخته شده است (رحمانی و رحیمی، ۱۴۰۴) که رابطه میان ناملایمات و آسیب‌های دوران کودکی و افزایش خطر افکار و اقدام به خودکشی هم در جمعیت عمومی و هم در جمعیت بالینی نشان داده شده است (پارک^۷ و همکاران، ۲۰۲۱؛ حفاظی طریقه و نجفی، ۱۴۰۳).

خودکشی، خاتمه عمدی زندگی خود و یک مسئله جدی بهداشت عمومی است که سالانه بیش از ۷۰۰۰۰۰ نفر بر اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند که آن را به یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر در سراسر جهان تبدیل می‌کند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱). ایده‌پردازی خودکشی به عنوان طیفی از رفتارها که شامل تفکر در مورد خودکشی یا فکر، برنامه‌ریزی برای خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی می‌شود، مفهوم‌سازی شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱). تأثیرات خودکشی بسیار گسترده است؛ به طوری که به ازای هر زندگی از دست رفته در اثر خودکشی، ۱۳۵ نفر دیگر به طور مستقیم یا غیرمستقیم تحت تأثیر قرار می‌گیرند و ممکن است به خدمات بالینی یا حمایتی نیاز داشته باشند (مارتین^۸ و همکاران، ۲۰۲۱). خودکشی اغلب با افکار خودکشی و افکار نوسانی همراه با قصد فرد برای خودکشی با یا بدون برنامه‌ریزی مشخص می‌شود (راگرسون^۹ و همکاران، ۲۰۲۴؛ افشاری، ۱۴۰۴). همچنین ممکن است قبل از خودکشی یک یا چند اقدام به خودکشی و رفتارهای خودآزاری غیرکشنده به طور هدفمند با یا بدون قصد نتیجه‌کشنده، انجام گیرد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۱).

باتوجه به افزایش نرخ خودکشی در افراد با سابقه ناملایمات کودکی، نیاز به شناسایی مکانیسم‌های خاصی وجود دارد که افراد را در معرض افکار و رفتارهای مرتبط با خودکشی قرار می‌دهد. این عوامل ممکن است به عنوان اهداف مهمی برای مداخله درمانی و کمک به ایجاد تغییر پایدار برای افراد آسیب‌دیده باشند. اگرچه علت شناسی دقیق افکار و رفتارهای خودکشی همچنان نامشخص است، عوامل زیادی وجود دارد که می‌تواند فرد را به فکر خودکشی سوق دهد و مدل‌های زیادی از خودکشی ارائه شده است. بسیاری از نظریه‌ها به آسیب‌پذیری‌های شناختی به عنوان عوامل خطری اشاره دارند که تصور می‌شود فرد را مستعد خودکشی

1. Jenkins
2. World Health Organization
3. Andreo-Jover
4. Sudheer
5. Di Nicola
6. Wu
7. Park
8. Martin
9. Rogerson

می‌کند (دینگ و کندی^۱، ۲۰۲۱). به طور خاص، باورهای مربوط به هیجانات^۲ به‌عنوان یک عامل خطر به‌طور گسترده برای نقش آن در خودکشی مورد مطالعه قرار گرفته است (کنلند^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). باورهای ناسازگار در مورد هیجانات شامل باورهایی است مبنی بر اینکه هیجانات طاقت‌فرسا و غیرقابل کنترل، شرم‌آور و غیرمنطقی، بی‌فایده، نامعتبر و بی‌معنی، خطرناک یا مسری هستند (استرودل^۴ و همکاران، ۲۰۲۳).

اگرچه آسیب‌پذیری‌های شناختی مدت‌هاست برای نقش‌شان در خودکشی مورد مطالعه قرار گرفته‌اند، اما به تنهایی مستقیماً منجر به خودکشی نمی‌شوند (روساریو-ویلیامز^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). صرفاً باورهای مربوط به هیجانات مستقیماً منجر به خودکشی نمی‌شود، اما تجربیات منفی ناشی از آن ویرانگر است (آدال^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). یک تجربه منفی حاد خاص که هم با باورهای مربوط به هیجانات و هم با خودکشی مرتبط است، توانایی تنظیم هیجان است (کنلند و همکاران، ۲۰۲۴). تحقیقات نشان داده است افرادی که باورهای ناکارآمدی در مورد هیجانات دارند، تمایل دارند هیجانات منفی و آسیب‌شناسی روانی شدیدتری را تجربه کنند و بیشتر درگیر استراتژی‌های تنظیم هیجان ناسازگارانه در مقابل راهبردهای سازگارانه شوند (سامرویل^۷ و همکاران، ۲۰۲۴؛ آربولو^۸ و همکاران، ۲۰۲۴؛ هانگ و کانگس^۹، ۲۰۲۲؛ فورد و گراس^{۱۰}، ۲۰۱۹). فورد و گراس (۲۰۱۸) نیز مدلی را پیشنهاد کردند که توضیح می‌دهد چگونه باورهای مربوط به هیجانات ممکن است بر مراحل مختلف فرآیند تنظیم هیجان تأثیر بگذارد. درواقع، شواهد فزاینده‌ای وجود دارد که از نقش باورها در مورد هیجانات در تنظیم هیجانی حمایت می‌کند. برای مثال، کنلند و دویدیو^{۱۱} (۲۰۲۰) دریافتند که تنظیم هیجانی واسطه ارتباط بین باورها در مورد انعطاف‌پذیری هیجانات و سطوح افسردگی است. علاوه بر این، یک بررسی سیستماتیک اخیر توسط هونگ و کانگاس^{۱۲} (۲۰۲۲) نشان داد که باورها در مورد کنترل‌پذیری هیجانات با استراتژی‌های تنظیم هیجانی سازگارانه (یعنی ارزیابی مجدد و حمایت‌جویی) مرتبط است. با این حال، اگر فرد یک باور فراشناختی ناسازگاری داشته باشد که هیجانات غیرقابل کنترل، شرم‌آور یا بی‌فایده هستند، آنگاه انگیزه او برای کاهش هیجان با استفاده از یک استراتژی مقابله‌ای ناسازگارانه (مثلاً اجتناب یا حواس‌پرتی) خواهد بود. بنابراین، باورهای فراشناختی که یک فرد در مورد هیجانات و راهبردهای تنظیم هیجانی دارد، در ایجاد واکنش فرد به تجربه هیجانات، به شیوه‌ای سازگارانه یا ناسازگارانه دخیل است (کاین^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، به نظر می‌رسد که باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری هیجانات به‌ویژه با تأثیر بر استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی و وجود علائم بالینی مرتبط است (سامرویل و همکاران، ۲۰۲۳) و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجانی، ارتباط بین باورهای غیرقابل کنترل و علائم آسیب‌شناسی روانی را میانجی‌گری می‌کند (کاس و اوزون^{۱۴}، ۲۰۲۴).

بر اساس شواهدی که تنظیم هیجان و آسیب‌شناسی روانی را به هم مرتبط می‌کنند، تحقیقات اخیر به بررسی اینکه آیا وجود مشکلات در تنظیم هیجان ممکن است در بروز رفتار خودکشی دخیل باشد، انجام شده است. در این خصوص، کولمنرو-ناوارته^{۱۵}

1. Ding & Kennedy
2. Beliefs about Emotions
3. Kneeland
4. Strodl
5. Rosario-Williams
6. Aadahl
7. Somerville
8. Arbulu
9. Hong & Kangas
10. Ford & Gross
11. Kneeland & Dovidio
12. Hong & Kangas
13. Cain
14. KOÇ & UZUN
15. Colmenero-Navarrete

و همکاران (۲۰۲۲) یک بررسی سیستماتیک از مطالعاتی انجام دادند که ارتباط بین تنظیم هیجانی و خودکشی را مورد بررسی قرار داد. آنها (از ۷۶ مطالعه شناسایی شده) دریافتند که مشکلات در تنظیم هیجانی با رفتار خودکشی (هم افکار خودکشی و هم اقدام به خودکشی) مرتبط است و این نتیجه در بین مطالعات در سنین مختلف (نوجوانان، بزرگسالان جوان و بزرگسالان) و نوع نمونه (جمعیت بالینی و عمومی) سازگار است. افرادی که بیشتر در راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه (مانند سرکوب هیجان)، کمتر در راهبردهای انطباقی (مثلاً ارزیابی مجدد)، و نگرش‌ها و باورهای ناکارآمد در مورد هیجانات خود (مثلاً عدم وضوح، عدم پذیرش هیجانات) شرکت می‌کنند، تمایل به نشان دادن سطوح بالاتری از رفتار خودکشی دارند. این نتایج با این ایده همخوان است که توانایی افراد برای تنظیم مؤثر هیجانات ناراحت‌کننده که با عوامل مرتبط با خودکشی مرتبط هستند (به عنوان مثال، احساس سنگینی، تعلق یا ناامیدی)، می‌تواند به توضیح رفتار خودکشی کمک کند (کولمنرو-ناوارته و همکاران، ۲۰۲۲).

اگرچه عوامل خطر طولانی‌مدت برای خودکشی به خوبی مشخص شده است؛ توانایی این صفات برای پیش‌بینی رفتار خودکشی قریب‌الوقوع محدود است (کولمنرو-ناوارته و همکاران، ۲۰۲۴). به همین دلیل، تحقیقات اخیر بر شناسایی خطرات روانی که در کوتاه‌مدت تا میان‌مدت قبل از رفتار خودکشی رخ می‌دهد، متمرکز شده است (گالینکر^۱ و همکاران، ۲۰۱۷؛ راجرز^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). در این زمینه، سندرم بالینی پیشنهاد شده است که با وجود حالت‌های پیش از خودکشی، با علائم حاد و به سرعت در حال افزایش، که مقدم بر رفتار خودکشی است، مشخص می‌شود. سندرم بحران خودکشی، به عنوان یک حالت روانی پیش از خودکشی شامل اختلالات شناختی و عاطفی تعریف می‌شود که هدف آن توضیح فرآیندهای روانی رخ داده در روزها، ساعت‌ها و دقیقه‌های قبل از اقدام به خودکشی است (گالینکر و همکاران، ۲۰۱۷؛ بلوخ-الکوبی^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). سندرم بحران خودکشی دارای پنج مولفه به دام افتادن^۴ (احساس فراگیر نیاز به فرار از موقعیتی که غیرقابل تحمل تلقی می‌شود)، اختلالات عاطفی^۵ (شامل درد عاطفی، نوسانات سریع عواطف منفی، بی‌لذتی حاد و احساس شدید ترس و نگرانی)، از دست دادن کنترل شناختی^۶ (نشخوار فکری در مورد مشکلات خود، انعطاف‌ناپذیری شناختی، ناراحتی‌های جسمانی مانند سردرد یا فشار در سر به دلیل نشخوار بیش از حد و تلاش‌های مکرر و ناموفق برای سرکوب افکار ناراحت‌کننده)، برانگیختگی بیش از حد^۷ و کناره‌گیری اجتماعی^۸ است (گالینکر، ۲۰۱۷). هر یک از این عناصر بر اساس تحقیقات تجربی در نظر گرفته شده‌اند که روابط معنی‌داری را بین آنها و رفتار خودکشی نشان می‌دهد (شاک^۹ و همکاران، ۲۰۱۹). سندرم بحران خودکشی نشان‌دهنده تلاشی پیشگام برای بررسی همه جانبه این مؤلفه‌ها در هماهنگی است که به شکل‌گیری یک سندرم حالت شناختی و عاطفی یکپارچه می‌رسد که پیشنهاد می‌شود قبل از رفتار کوتاه‌مدت خودکشی باشد (گالینکر، ۲۰۲۳؛ گالینکر و همکاران، ۲۰۱۷).

در پژوهش‌های پیشین نشان داده است که سندرم بحران خودکشی یک سازه قوی است که قادر به پیش‌بینی رفتار خودکشی قریب‌الوقوع است (بلوخ-الکوبی و همکاران، ۲۰۲۱؛ بارزیلای^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰؛ گالینکر و همکاران، ۲۰۱۷؛ راجرز و همکاران، ۲۰۲۰؛ یاسین^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰). گالینکر و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که سندرم بحران خودکشی می‌تواند رفتار خودکشی را در دو ماه پس از ترخیص در نمونه‌ای از بیماران بستری روانپزشکی پرخطر پیش‌بینی کند. اخیراً، بارزیلای و همکاران (۲۰۲۰)

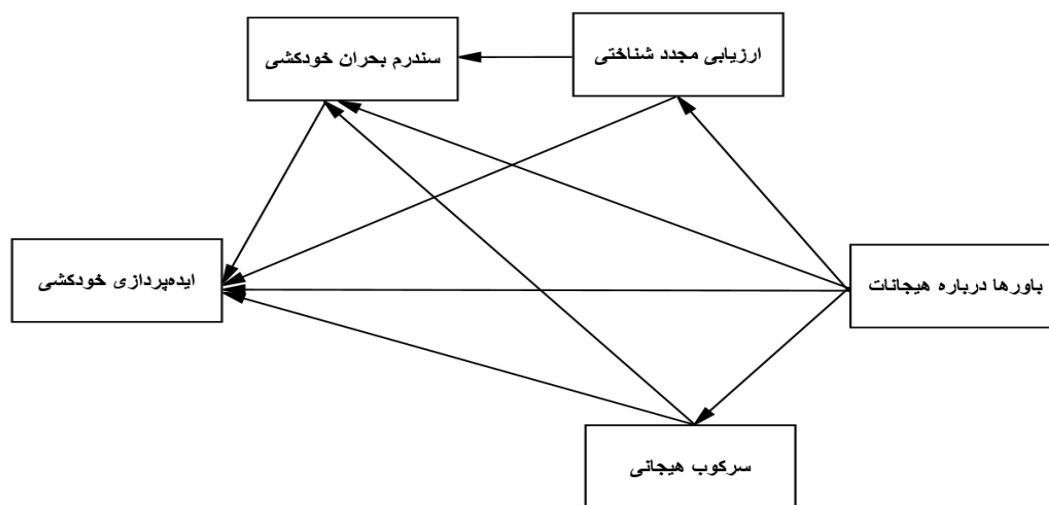
1. Galyner
 2. Rogers
 3. Bloch-Elkouby
 4. Entrapment
 5. Affective Disturbance
 6. Loss of Cognitive Control
 7. Hyperarousal
 8. Social Withdrawal
 9. Schuck
 10. Barzilay
 11. Yaseen

این نتایج را در نمونه‌ای از ۸۶۷ بیمار روانپزشکی بستری و سرپایی بررسی نموده و طبق نتایج، نمره کل سندرم بحران خودکشی، یک اقدام تقریباً خودکشی را (در یک پیگیری یک ماهه) حتی پس از کنترل تأثیر افکار خودکشی و سابقه اقدام به خودکشی پیش‌بینی می‌کند. علاوه بر این، براساس مدل روایت-بحرانی خودکشی (کوهن^۱ و همکاران، ۲۰۲۲؛ گالینکر و همکاران، ۲۰۱۷)، عوامل خطر بلندمدت (مانند تجربه تروما در دوران کودکی) با رفتار خودکشی از طریق سندرم بحران خودکشی، که نزدیک‌ترین عامل خطر برای خودکشی است، مرتبط هستند. مطالعات مختلف نقش واسطه‌ای سندرم بحران خودکشی را بین عوامل بلندمدت و رفتار خودکشی در نمونه‌های روانپزشکی بررسی کرده‌اند (کوهن و همکاران، ۲۰۱۸؛ ۲۰۱۹؛ ۲۰۲۲) و دریافته‌اند که سندرم بحران خودکشی ارتباط بین عوامل خطر مزمن مختلف (مانند تروما) و عوامل خودکشی در طول زندگی و رفتار خودکشی در ماه گذشته را میانجی‌گری می‌کند (کوهن و همکاران، ۲۰۱۹). این اثر میانجی نیز در یک مطالعه آینده‌نگر پیدا شده است. کوهن و همکاران (۲۰۲۲) نشان دادند که سندرم بحران خودکشی تأثیر عوامل استرس‌زای مزمن (ترومای دوران کودکی، دلبستگی ناایمن و تکانشگری) و رویدادهای استرس‌زای زندگی را بر روی رفتار خودکشی در یک دوره پیگیری یک ماهه واسطه می‌کند. باتوجه به آنچه بیان شد، اختلالات شناختی و عاطفی، با شیوع بالایی از احساس به دام افتادن یا ناتوانی در کنترل شناختی مشخص می‌شود و ممکن است وجود مشکلات در تنظیم هیجانات در بروز سندرم حاد خودکشی نقش داشته باشد که در نهایت منجر به خودکشی گردد. به‌طور کلی، این نتایج نشان می‌دهد که سندرم بحران خودکشی یک سازه مهم برای پیشبرد دانش فعلی از خودکشی است که قادر به پیش‌بینی رفتار خودکشی در کوتاه‌مدت و مکانیسم احتمالی است که از طریق آن عوامل خطر مزمن ممکن است با رفتار خودکشی مرتبط شوند. با این حال، این یک ساختار نسبتاً جدید است و کمتر در مورد اینکه چرا افراد در نهایت از این سندرم رنج می‌برند، شناخته شده است.

در مجموع، مطالعات به نقش سندرم بحران خودکشی، مشکلات در تنظیم هیجانی و باورهای مربوط به هیجانات، به عنوان عوامل مرتبط با درک بهتر خودکشی اشاره می‌کنند. با این حال، مکانیسم‌های خاص که از طریق آن باورهای مربوط به هیجانات با رفتار خودکشی مرتبط است هنوز ناشناخته است و خلا پژوهشی در این زمینه وجود دارد. مطالعه حاضر با هدف پر کردن شکاف موجود در ادبیات پژوهشی در خصوص پیش‌بینی‌کننده‌های ایده‌پردازی خودکشی در افراد با سابقه نامالایمات کودکی طراحی شده است. در حالی که پژوهش‌های متعددی به بررسی عوامل مرتبط با ایده‌پردازی خودکشی در جمعیت‌های مختلف پرداخته‌اند، تحقیقات اندکی بر روی مکانیسم‌های شکل‌گیری و تداوم این رفتارها در افراد با سابقه نامالایمات کودکی تمرکز کرده است. اهمیت این پژوهش از چندین جنبه قابل تبیین است؛ از یک سو، درک عمیق‌تر از عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خودکشی در افراد با سابقه نامالایمات کودکی امکان طراحی برنامه‌های مداخله موثرتر برای پیشگیری و کاهش این رفتارها را فراهم می‌آورد. همچنین، با بررسی نقش میانجی‌گری تنظیم هیجانی و سندرم بحران خودکشی می‌توان به مکانیسم‌های روانشناختی زیربنایی این ارتباط پیچیده دست یافت. این امر به نوبه خود امکان توسعه مداخلات درمانی هدفمندتر را فراهم می‌کند که بر تقویت مهارت تنظیم هیجانی تمرکز دارند. همچنین با توجه به کمبود مطالعات در این حوزه، پژوهش حاضر می‌تواند به عنوان یک گام اولیه در جهت توسعه دانش نظری در زمینه رفتارهای خودکشی افراد با سابقه نامالایمات کودکی عمل کند و زمینه را برای تحقیقات آتی فراهم آورد. مرور جامع ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد که علی‌رغم مطالعات متعدد در خصوص عوامل موثر بر رفتارهای خودکشی، تاکنون پژوهشی به طور مستقیم به بررسی نقش تنظیم هیجانی و سندرم بحران خودکشی به عنوان عوامل میانجی در این رابطه نپرداخته است. از سوی دیگر در بزرگسالان با سابقه نامالایمات کودکی شیوع خودکشی بالا است و در حال حاضر، یافته‌های این حوزه عمدتاً بر روی نمونه‌های بالینی متمرکز است؛ از این رو، شناسایی عوامل خطر و پیش‌بینی‌کننده‌ها در این جمعیت ممکن است به شناسایی افراد در معرض خطر در مراحل نسبتاً اولیه فرآیند خودکشی کمک کند و رفتار خودکشی را

1. Cohen

قبل از اینکه شدیدتر شود، کاهش می‌دهد. بررسی دقیق مطالعات پیشین پیرامون باورهای هیجانی، تنظیم هیجان، سندرم بحران خودکشی و ایده‌پردازی خودکشی نشان می‌دهد که روابط بین این سازه‌ها بسیار پیچیده‌تر از آن است که بتوان با فرضیه‌های ساده انگارانه آنها را تبیین کرد؛ لذا، پژوهش حاضر با هدف ارائه یک مدل جامع‌تر از عوامل موثر بر رفتارهای خودکشی و روشن‌سازی نقش میانجی‌گری تنظیم هیجانی و سندرم بحران خودکشی در رابطه باورهای مربوط به هیجانات با خودکشی، در مطالعه حاضر به بررسی نقش تنظیم هیجانی و سندرم بحران خودکشی در رابطه باورهای مربوط به هیجانات با ایده‌پردازی خودکشی در بزرگسالان با سابقه نامالایمات کودکی پرداخته شده است. بر همین مبنا، مدل فرضی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی (تحلیل مسیر) بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بزرگسالان شهر سمنان در سال ۱۴۰۳ که سابقه نامالایمات در دوران کودکی دارند، تشکیل می‌دهند. برای تعیین حجم نمونه مورد نظر بر اساس شیوه وستلند^۱ (۲۰۱۰) با در نظر گرفتن تعداد سازه‌های مدل، توان آزمون ۹۹ درصد، احتمال خطای ۰/۰۱ و عدم دسترسی به حجم جامعه آماری، حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۲۸۷ نفر به دست آمد. به منظور پوشش ریزش احتمالی نمونه، ۳۴۷ نفر با سابقه نامالایمات کودکی به شیوه نمونه‌گیری هدفمند بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل کسب رضایت آگاهانه و کسب نمره بالاتر از خط برش (نمره ۷) در پرسش‌نامه آسیب‌های دوران کودکی بود. در مقابل معیارهای خروج شامل عدم تمایل به شرکت در مطالعه و ناقص بودن پاسخ‌های پرسش‌نامه بودند. پرسش‌نامه پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و امکان انصراف از ادامه همکاری در همه مراحل پژوهش وجود داشت. اطلاعات جمعیت‌شناختی در ابتدای پرسش‌نامه مورد سؤال قرار گرفت. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. در نهایت با حذف پرسش‌نامه‌های مخدوش یا ناقص، ۳۲۰ پرسش‌نامه با استفاده از تحلیل مسیر در نرم‌افزار AMOS^{۲۴} تحلیل شدند.

1. Westland

ابزارهای پژوهش

الف) پرسش‌نامه آسیب‌های دوران کودکی (ETISR-SF):^۱ این پرسش‌نامه خود گزارشی کوتاه توسط بریمنر^۲ و همکاران (۲۰۰۷) طراحی شده است و دارای ۲۷ گویه است که چهار حیطه از آسیب‌های ممکن اولیه که قبل از سن ۱۸ سالگی رخ داده است را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه ابعاد ترومای کودکی شامل ترومای کلی (گوپه‌های ۱ تا ۱۱)، سوءاستفاده هیجانی (گوپه‌های ۱۷ تا ۲۱)، سوءاستفاده فیزیکی (گوپه‌های ۱۲ تا ۱۶) و سوءاستفاده جنسی (گوپه‌های ۲۲ تا ۲۷) را مورد بررسی قرار می‌دهد که نیاز به پاسخ دوتایی (بله=نمره ۱، خیر=نمره صفر) دارد و هر تجربه آسیب‌زا به‌صورت جواب‌های (هرگز، به‌ندرت، گاهی، اغلب، همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و امتیازدهی از مجموع گویه‌هایی به دست می‌آید که به آن‌ها پاسخ «بله» داده شده است. کسب نمره ۷ یا بیشتر نشانه وجود تروما و نمره کمتر از ۷ نشانه عدم وجود تروما است (بریمنر و همکاران، ۲۰۰۷). بریمنر و همکاران (۲۰۰۷) آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های ترومای کلی (۰/۷۰)، سوءاستفاده هیجانی (۰/۸۶)، سوءاستفاده فیزیکی (۰/۷۵) و سوءاستفاده جنسی (۰/۸۷) گزارش کردند. در پژوهش بیلماز و دوست^۳ (۲۰۲۳) که اعتبار و روایی این مقیاس را مورد ارزیابی قرار دادند، نتایج نشان داد که مقیاس اضطراب بک با مولفه‌های ترومای کلی (۰/۳۳)، سوءاستفاده هیجانی (۰/۳۲)، سوءاستفاده فیزیکی (۰/۲۷) و سوءاستفاده جنسی (۰/۳۱) همبستگی داشت و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ هفته‌ای برای خرده‌مقیاس‌ها از ۰/۸۰ تا ۰/۹۶ بدست آمد. قدرت الپی فرد و همکاران (۱۴۰۰) آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۷۴ گزارش کردند و روایی ابزار از طریق روایی همگرا بررسی و بین ۰/۲۲ تا ۰/۶۳ گزارش شد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

ب) پرسش‌نامه ایده‌پردازی خودکشی (SIS):^۴ این پرسش‌نامه در سال ۱۹۸۸ توسط بک^۵ و همکاران طراحی شده است و شامل ۱۹ سوال است که به سه بخش اصلی غربالگری افکار خودکشی، ارزیابی افکار خودکشی و ارزیابی آمادگی و قصد اقدام به خودکشی تقسیم می‌شود. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس سه درجه‌ای مخالف (۰)، نسبتاً موافقم (۱) و موافقم (۲) انجام می‌شود و نمره کل این پرسش‌نامه از ۰ تا ۳۸ متغیر است. بک و همکاران در تحقیقات اولیه، روایی همگرای آن را با استفاده از همبستگی این مقیاس با مقیاس هامیلتون ۰/۷۳ و اعتبار آن را با روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش کردند. هم‌چنین، همسانی درونی این ابزار ۰/۹۱ بود. در پژوهش اقدامی و فولادچنگ (۱۴۰۱)، تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که شاخص RMSEA برای مدل این پرسش‌نامه ۰/۰۴ با فاصله اطمینان ۹۰ درصد بین ۰/۰۰۱ و ۰/۰۵ است. سایر شاخص‌های برازش نیز تأیید کردند که مدل با داده‌ها به خوبی انطباق دارد و اعتبار ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

ج) پرسش‌نامه باورها درباره هیجانات (BAEQ):^۶ این پرسش‌نامه توسط مانسر^۷ و همکاران (۲۰۱۲) طراحی شده است و باورهای افراد را در مورد هیجان‌اتشان اندازه‌گیری می‌کند. این پرسش‌نامه، شامل ۴۳ گویه است و در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱)، مخالف (۲)، نظری ندارم (۳)، موافق (۴) و کاملاً موافق (۵) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل این پرسش‌نامه از ۴۳ تا ۲۱۵ متغیر است. گویه‌ها شامل شش خرده‌مقیاس باورهای طاقت‌فرسا و غیرقابل کنترل^۸ (گوپه‌های ۱ تا ۹)، شرم‌آور و

1. Early Trauma Inventory Self-Report-Short Form (ETISR-SF)
2. Bremner
3. Yilmaz & Dost
4. Suicide Ideation Scale (SIS)
5. Beck
6. Beliefs About Emotions Questionnaire (BAEQ)
7. Manser
8. Overwhelming and Uncontrollable

غیرمنطقی^۱ (گویه‌های ۱۰ تا ۱۹)، نامعتبر و بی‌معنی^۲ (گویه‌های ۲۰ تا ۲۶)، بی‌فایده^۳ (گویه‌های ۲۷ تا ۳۴)، آسیب‌رسان^۴ (گویه‌های ۳۵ تا ۳۹) و مسری^۵ (گویه‌های ۴۰ تا ۴۳) هستند. مانسر و همکاران (۲۰۱۲) آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه از ۰/۶۹ تا ۰/۸۸ و برای نمره کل در نمونه بالینی ۰/۹۰ و در نمونه غیربالینی ۰/۸۷ گزارش کردند. همچنین، روایی واگرا و همگرا نیز از طریق محاسبه همبستگی مقیاس با اضطراب (۰/۴۴)، افسردگی (۰/۴۰) و باورهای فراشناختی (۰/۴۹) تایید شد. استرودل و همکاران (۲۰۲۳) آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های باورهای طاقت‌فرسا و غیرقابل کنترل (۰/۹۱)، شرم‌آور و غیرمنطقی (۰/۹۰)، نامعتبر و بی‌معنی (۰/۸۴)، بی‌فایده (۰/۸۰) و آسیب‌رسان (۰/۷۷) گزارش کردند. محمدی و همکاران (۱۴۰۰) آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۷۵ گزارش کردند و روایی همگرا را با استفاده از شاخص میانگین واریانس استخراج شده (۰/۵۰) و اعتبار مرکب (۰/۹۴) مطلوب گزارش نمودند و روایی ملاکی با بررسی همبستگی این ابزار با پرسش‌نامه‌های عاطفه مثبت (۰/۲۷-) و منفی (۰/۴۱) و پرسش‌نامه رضایت از زندگی (۰/۲۰-) به دست آمد که نشان داد این پرسش‌نامه از پایایی و روایی مناسب برخوردار است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

(د) پرسش‌نامه تنظیم هیجان (ERQ): این پرسش‌نامه توسط گراس و جان^۶ (۲۰۰۳) طراحی شده است و شامل ۱۰ گویه می‌باشد. این پرسش‌نامه شامل دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد شناختی (۶ گویه) و سرکوب هیجانی (۴ گویه) است و سوالات بر اساس طیف لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمره یک) تا کاملاً موافقم (نمره ۷) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل خرده مقیاس ارزیابی مجدد شناختی از ۶ تا ۴۲ و نمره کل خرده مقیاس سرکوب هیجانی از ۴ تا ۲۸ متغیر است. در پژوهش گراس و جان (۲۰۰۳) روایی سازه ابزار با روش تحلیل عاملی تاییدی (۰/۸۸) و ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۹ و سرکوب هیجانی ۰/۷۳ و پایایی بازآزمایی سه ماهه برای هر دو مولفه ۰/۶۹ گزارش شده است. در پژوهش لطفی و همکاران (۱۳۹۸) برای بررسی روایی تحلیل عاملی صورت گرفته همبستگی میان دو عامل ارزیابی مجدد شناختی و سرکوب هیجانی با کل پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۷۲ بود. ضریب همبستگی محاسبه شده برای ارتباط میان دو عامل ارزیابی مجدد شناختی و سرکوب هیجانی با زیرمقیاس‌های عاطفه مثبت و منفی، نشانگان اضطرابی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۴۷، ۰/۵۳ و ۰/۷۱ بود که بیانگر روایی همگرا و واگرایی این مقیاس بود. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد شناختی (۰/۸۹) و سرکوب هیجانی (۰/۹۰) به دست آمد.

(ه) پرسش‌نامه سندرم بحران خودکشی (SCI-2): این پرسش‌نامه توسط بلوخ-الکوبی و همکاران (۲۰۲۱) طراحی شده است و شامل ۶۱ گویه می‌باشد و شرکت‌کنندگان تجربیات خود را در مورد علائم در چند روز گذشته در مقیاسی از ۰ (اصلاً) تا ۴ (بسیار زیاد) ارزیابی می‌کنند. نمره کل این پرسش‌نامه از ۰ تا ۲۴۴ متغیر است و نمره بالاتر نشان‌دهنده وجود علائم سندرم بحران خودکشی است. این مقیاس وجود و شدت علائم سندرم بحران خودکشی از جمله به دام افتادن، اختلالات عاطفی، ازدست دادن کنترل شناختی، برانگیختگی بیش از حد و کناره‌گیری اجتماعی را ارزیابی می‌کند. بلوخ-الکوبی و همکاران (۲۰۲۱) اعتبار همگرا و اعتبار پیش‌بینی در رابطه با اقدام به خودکشی را ۰/۸۸ و آلفای کرونباخ را ۰/۹۷ گزارش کردند. حنایی و همکاران (۱۴۰۳) ضریب پایایی را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش نمودند و روایی ملاکی با بررسی همبستگی این ابزار با پرسش‌نامه‌های

1. Shameful and Irrational
 2. Invalid and Meaningless
 3. Useless
 4. Damaging
 5. Contagious
 6. Emotion Regulation Questionnaire (Erq)
 7. Gross & John
 8. Suicide Crisis Inventory-2 (Sci-2)

نامیدی بک (۰/۵۷) و پرسش‌نامه افکار (۰/۵۴) و رفتار (۰/۵۳) خودکشی به‌دست آمد که نشان داد این پرسش‌نامه از پایایی و روایی مناسب برخوردار است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر بین ۲۰ تا ۴۰ سال و میانگین سنی آن‌ها ۳۱/۵۵ سال با انحراف معیار ۷/۱۶ است. از بین شرکت‌کنندگان ۱۸۶ نفر (۵۸/۱۲ درصد) زن و ۱۳۴ نفر (۴۱/۸۸ درصد) مرد بودند. از لحاظ تحصیلات نیز ۲۳ نفر راهنمایی، ۱۲۵ نفر دیپلم، ۱۱۰ نفر لیسانس، ۶۲ نفر فوق لیسانس بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی
باورها درباره هیجانات	۱۲۴/۷۹	۲۷/۹۴	۰/۰۱	-۰/۱۴
ارزیابی مجدد شناختی	۱۸/۳۲	۷/۰۶	-۰/۸۷	-۰/۴۵
سرکوب هیجانی	۱۵/۵۸	۵/۲۵	۰/۷۲	-۰/۸۴
سندرم بحران خودکشی	۱۱۲/۴۴	۴۷/۹۹	۰/۸۴	-۰/۵۰
ایده‌پردازی خودکشی	۱۸/۶۹	۹/۵۱	۰/۱۳	۰/۲۷

در جدول فوق میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش ارائه شده است. همچنین در دو ستون دیگر جدول نتایج کجی و کشیدگی جهت نرمال بودن داده‌ها آمده است. همانگونه که مشاهده می‌شود شاخص‌های کجی و کشیدگی همه متغیرهای آشکار بین ۲- و ۲ قرار دارد که و حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرها و مناسب بودن آن‌ها جهت انجام تحلیل مسیر است. پیش از تحلیل داده‌ها، مفروضه‌های تحلیل مسیر مورد بررسی قرار گرفت. در همین راستا جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگوروف-اسمیرنف^۱ استفاده شد که نتایج حاکی از آن بود که نمرات متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال بودند ($p > 0.05$). با توجه به اینکه زیربنای تحلیل مسیر مبتنی بر ماتریس همبستگی نمونه است، در جدول ۲ ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲. ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱- باورها درباره هیجانات	۱				
۲- ارزیابی مجدد شناختی	-۰/۳۱**	۱			
۳- سرکوب هیجانی	۰/۳۵**	-۰/۶۸**	۱		
۴- سندرم بحران خودکشی	۰/۴۰**	-۰/۵۳**	۰/۵۵**	۱	
۵- ایده‌پردازی خودکشی	۰/۳۹**	-۰/۶۴**	۰/۶۸**	۰/۷۱**	۱

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

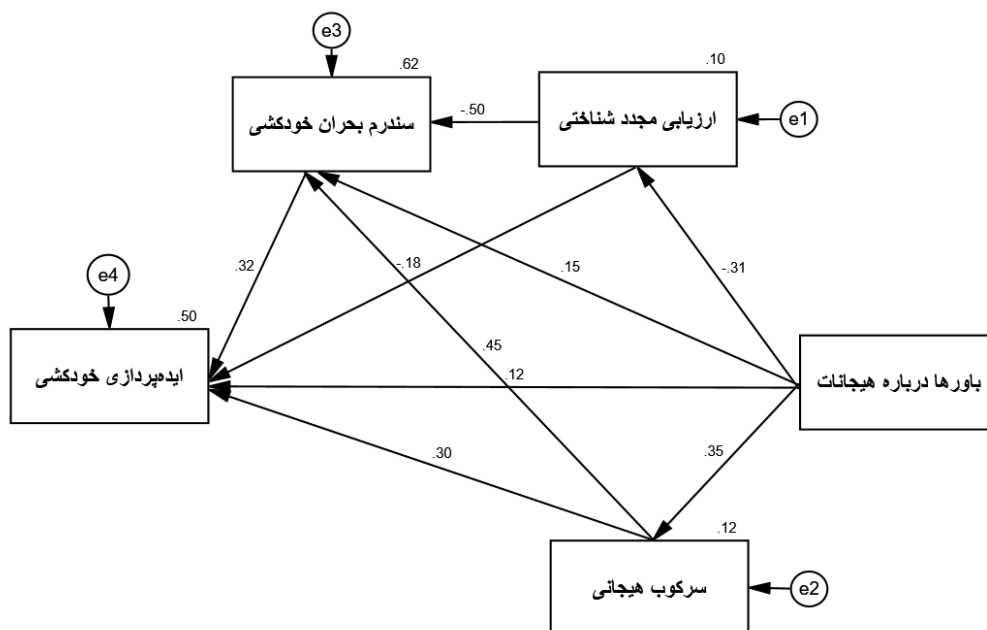
1. Kolmogoro-Smirnov test

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین همه متغیرهای پژوهش همبستگی معنادار وجود دارد. جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین-واتسون^۱ استفاده شد که مقدار آن $1/83$ به دست آمد؛ از آنجا که مقدار مورد نظر در دامنه $1/5$ تا $2/5$ قرار دارد میتوان گفت مفروضه عدم وجود خودهمبستگی مورد تأیید است. همچنین مفروضه همخطی برای متغیرهای برونزای پژوهش با استفاده از ضریب تحمل^۲ و عامل تورم واریانس^۳ بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه همخطی از حد بحرانی ۲ کمتر بود. بررسی شاخص کفایت حجم نمونه^۴ ($0/85$) و شاخص کرویت بارتلت^۵ ($df=15$ و $p < 0/01$) حاکی از برآورده شدن ملاک‌های لازم برای تحلیل مسیر بود. جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل پژوهش

PCLOSE	RMSEA	IFI	AGFI	GFI	NFI	CFI	X ² /df	شاخص برازندگی
$< 0/05$	$< 0/08$	$< 0/90$	$< 0/90$	$< 0/90$	$< 0/90$	$< 0/90$	$5 <$	مقادیر قابل قبول
$0/174$	$0/061$	$0/94$	$0/95$	$0/96$	$0/95$	$0/93$		مقادیر محاسبه شده

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بر اساس معیار هو و بنتلر (۱۹۹۹؛ به نقل از عامری، ۱۴۰۱) مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. ضرایب استاندارد مسیرهای مدل مفهومی در شکل ۲ نشان داده شده است.



شکل ۲. مدل مفهومی پژوهش

جدول ۴ اثرات مستقیم بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

1. Durbin-Watson
 2. Tolerance
 3. Variance Inflation Factors (VIF)
 4. Kaiser-Meyer-Olkin (KmO)
 5. Bartlett

جدول ۴. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای مستقیم مدل پژوهش

نتیجه	P	C.R	SE	ضریب T	ضریب بتا	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین
تأیید	*/0.01**	-۵/۸۵	۰/۰۱۳	-۰/۰۷۸	-۰/۳۱	ارزیابی مجدد شناختی	باورها درباره هیجانات
تأیید	*/0.01**	۶/۷۰	۰/۰۱۰	۰/۰۶۶	۰/۳۵	سرکوب هیجانی	باورها درباره هیجانات
تأیید	*/0.01**	-۱۴/۰۸	۰/۲۱	-۳/۰۸	-۰/۵۰	سندرم بحران خودکشی	ارزیابی مجدد شناختی
تأیید	*/0.01**	۱۲/۵۱	۰/۲۹	۳/۶۹	۰/۴۵	سندرم بحران خودکشی	سرکوب هیجانی
تأیید	*/0.01**	۳/۶۸	۰/۰۵۸	۰/۲۱۵	۰/۱۴	سندرم بحران خودکشی	باورها درباره هیجانات
تأیید	*/0.۰۷*	۲/۷۴	۰/۰۰۹	۰/۰۲۴	۰/۱۲	ایده‌پردازی خودکشی	باورها درباره هیجانات
تأیید	*/0.01**	-۳/۳۷	۰/۰۴۰	-۰/۱۳	-۰/۱۷	ایده‌پردازی خودکشی	ارزیابی مجدد شناختی
تأیید	*/0.01**	۵/۸۱	۰/۰۵۲	۰/۳۰	۰/۲۹	ایده‌پردازی خودکشی	سرکوب هیجانی
تأیید	*/0.01**	۴/۹۴	۰/۰۰۸	۰/۰۴	۰/۳۲	ایده‌پردازی خودکشی	سندرم بحران خودکشی

*/0.1**p<

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می‌شود ضرایب مسیر مربوط به اثرهای مستقیم متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۵ معنادار است. در ادامه به منظور آزمون معناداری نقش میانجی تنظیم هیجانی و سندرم بحران خودکشی در رابطه بین باورها درباره هیجانات با ایده‌پردازی خودکشی از آزمون بوت استراپ^۱ با ۲۰۰۰ نمونه استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون بوت استراپ اثر غیرمستقیم مدل پژوهش

سطح معناداری	حد پایین	حد بالا	خطای استاندارد	اثر غیرمستقیم	مسیر غیر مستقیم
/0.01	۰/۲۲۸	۰/۴۰۷	۰/۰۴۶	۰/۳۱۹	باور هیجانی ← ارزیابی مجدد و سرکوبی هیجان ← سندرم بحران خودکشی
/0.01	-۰/۲۸۹	-۰/۰۵۷	۰/۰۵۹	-۰/۱۶۲	ارزیابی مجدد شناختی ← سندرم بحران خودکشی ← ایده‌پردازی خودکشی
/0.۰۲	۰/۰۴۹	۰/۲۶۵	۰/۰۵۴	۰/۱۴۶	سرکوبی هیجانی ← سندرم بحران خودکشی ← ایده‌پردازی خودکشی
/0.01	۰/۲۴۴	۰/۳۷۱	۰/۰۳۲	۰/۳۰۸	باور هیجانی ← ارزیابی مجدد و سرکوبی هیجان ← سندرم بحران خودکشی ← ایده‌پردازی خودکشی

*/0.1*p<

طبق نتایج جدول ۵، اثر غیرمستقیم باورها درباره هیجانات بر ایده‌پردازی خودکشی از طریق تنظیم هیجانی و سندرم بحران خودکشی معنی‌دار بود ($\beta=0.306$; $P<0.01$) و در مسیرهای غیرمستقیم حد بالا و پایین، صفر را در بر نمی‌گیرد؛ به طوری که باورهای منفی درباره هیجانات با سرکوبی هیجانی بالاتر و توانایی ارزیابی مجدد پایین‌تر همراه بود که با سندرم بحران خودکشی بیشتر مرتبط بود که در نهایت با خطر خودکشی بالاتر همراه بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه باورهای هیجانی با ایده‌پردازی خودکشی در بزرگسالان با سابقه نامالایمات کودکی با نقش میانجی تنظیم هیجانی و سندرم بحران خودکشی و شناسایی روابط مستقیم و غیرمستقیم آنها بود. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد تنظیم هیجانی و سندرم بحران خودکشی به‌طور معنی‌داری رابطه بین باورهای هیجانی با ایده‌پردازی خودکشی در بزرگسالان با سابقه نامالایمات کودکی را واسطه می‌کند. هیچ مطالعه‌ای در پیشینه به طور مستقیم این یافته را تایید نمی‌کند.

1. Bootstrapping

اولین یافته تحقیق، نشان‌دهنده تأثیر مستقیم باورهای هیجانی بر توانایی تنظیم هیجان، سندرم بحران خودکشی و ایده‌پردازی خودکشی بود که باورهای هیجانی به طور مستقیم بر تنظیم هیجان، سندرم بحران خودکشی و ایده‌پردازی خودکشی تأثیر می‌گذارد. این نتیجه با یافته‌های آربولو و همکاران (۲۰۲۴) و هانگ و کانگس (۲۰۲۲) که نشان می‌دهند افرادی که هیجانات را غیرقابل کنترل می‌دانند، کمتر از استراتژی‌های تنظیم هیجان سازگارانه، مانند ارزیابی مجدد شناختی، استفاده می‌کنند؛ مطابقت دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت، باورها مبنی بر غیرقابل تغییر بودن هیجانات و باورهایی مبنی بر اینکه هیجانات آسیب‌رسان هستند، پیامدهای واضحی هم برای تنظیم هیجان و هم برای آسیب‌شناسی روانی دارند (فورد و گراس، ۲۰۱۹). هنگامی که افراد بر این باورند که هیجانات قابل تغییر نیستند (یعنی انعطاف‌پذیر نیستند)، آنها تمایل دارند از راهبردهای مبتنی بر اجتناب و کناره‌گیری برای مدیریت هیجانات استفاده کنند (ویلوکس^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). اساساً، اعتقاد به اینکه هیجانات شرم‌آور و یا غیرقابل کنترل هستند، افراد را برای روش‌های ناکارآمد تنظیم هیجانات آماده می‌کند و در نتیجه آنها را در برابر خطر خودکشی آسیب‌پذیر می‌کند (کولمنرو-ناوارته و همکاران، ۲۰۲۲). به عبارتی، ترس زیاد از هیجانات و وجود باورهایی مبنی بر اینکه هیجانات غیرمنطقی و آسیب‌رسان یا غیرقابل کنترل هستند، با مشکلاتی در تنظیم هیجانات، به ویژه، با تمایل به داشتن یک واکنش منفی ثانویه به پریشانی، با فقدان وضوح هیجانی، و با مشکل در درگیر شدن در رفتارهای خودکشی‌گرایانه همراه است (کاس و اوزون، ۲۰۲۴). همچنین، افزایش استفاده از ارزیابی مجدد شناختی با کاهش رفتار خودکشی مرتبط است و طبق نتایج استفاده محدود از ارزیابی مجدد شناختی با افزایش سندرم بحران خودکشی و میل به خودکشی مرتبط است (کولمنرو-ناوارته و همکاران، ۲۰۲۲).

هم‌چنین نتایج حاکی از آن است که تنظیم هیجان تأثیر مستقیم و معناداری بر سندرم بحران خودکشی و ایده‌پردازی خودکشی دارد که همسو با یافته کولمنرو-ناوارته و همکاران (۲۰۲۲) است. نتایج این استدلال تایید می‌کند که توانایی تنظیم هیجان با تفسیر مجدد یک موقعیت هیجان‌انگیز، روشی سودمند برای مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا است (فورد و گراس، ۲۰۱۸). یکی از توضیح‌های احتمالی برای این موضوع این است که افرادی که از ارزیابی استفاده می‌کنند، احتمال کمتری دارد که موقعیت دشوار را به عنوان شکست ارزیابی کنند یا به دلیل موقعیت احساس کنند که در دام افتاده‌اند. آنها ممکن است بیشتر به دنبال راه‌های جایگزین برای مقابله با حل مشکلات بین فردی و تقویت حمایت اجتماعی باشند (اونگ و تامپسون^۲، ۲۰۱۹). از سوی دیگر، اگر افراد برای اجتناب از افکار ناخواسته و هیجانات منفی (به جای تلاش برای تغییر آنها) از مقابله اجتنابی یا سرکوبی استفاده کنند، ممکن است علیرغم تلاش برای دور نگه داشتن آنها از آگاهی، این هیجانات همچنان به راحتی در دسترس باشند؛ بنابراین افکار و هیجانات منفی که سرکوب می‌شود ممکن است تا حد زیادی ادامه داشته باشند؛ زیرا آنها حل نشده‌اند (هانگ و کانگس، ۲۰۲۲)؛ از این رو، افراد بیشتر در معرض خطر درگیر شدن در رفتارهای خودکشی قرار می‌گیرند. در نتیجه، باورها در مورد موضوع احساسات (فورد و گراس، ۲۰۱۹)، و درک بیشتر از باورهای هیجانی ممکن است بینش‌های مفیدی را در مورد عملکرد هیجانی ارائه دهد که می‌تواند در کاهش علائم مرتبط با خودکشی موثر باشد.

هم‌چنین نتایج حاکی از آن است باورهای هیجانی نه تنها به طور مستقیم بلکه از طریق تنظیم هیجانی و سندرم بحران خودکشی بر ایده‌پردازی خودکشی اثر غیرمستقیم دارد. در این مدل، افرادی با این باور که احساساتشان غیرقابل کنترل است، به احتمال زیاد از سرکوب برای کاهش هیجانات منفی و/یا بازایی کنترل ادراک شده استفاده می‌کنند (هونگ و کانگاس، ۲۰۲۲). درواقع، این باور که هیجانات غیرقابل کنترل هستند با استفاده بیشتر از سرکوب هیجانی و استفاده کمتر از ارزیابی مجدد مرتبط بود (آربولو و همکاران، ۲۰۲۴). با این حال، استفاده از سرکوب هیجانی و باورهای غیرقابل کنترل، به جای تنظیم موثر هیجانات

1. Veilleux

2. Ong & Thompson

منفی، با تسهیل احساس به دام افتادن، اختلالات تأثیرگذار یا عدم کنترل شناختی منجر به سندرم بحران خودکشی می‌شود. در نهایت، سندرم بحران خودکشی منجر به سطوح بالاتری از افکار و تلاش‌های خودکشی می‌شود. به طور مشابه، نقش میانجی سندرم بحران خودکشی با مدل روایت-بحرانی خودکشی (کالینگر، ۲۰۱۷) و با نتایج پژوهش کوهن و همکاران (۲۰۲۲؛ ۲۰۱۸) که در آن سندرم بحران خودکشی ارتباط بین عوامل خطر بلندمدت و خودکشی را واسطه می‌کرد، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت، بر اساس نظریه ذهنیت‌سازی (فوناگی و تارگت^۱، ۲۰۰۳)، هیجان‌ات ممکن است غیرقابل کنترل یا خطرناک و غیرقابل توضیح تلقی شوند و افراد نتوانند آنها را بازنمایی و درک کنند. این باورها به نوبه خود ممکن است بر فرآیندهای تنظیم هیجان تأثیر بگذارند. نظریه زیست اجتماعی نیز نشان می‌دهد که باورها در مورد هیجان‌ات و تمایل به اجتناب از آنها منجر به مشکلاتی در کنترل هیجان‌ات و حفظ پریشانی می‌شود (لینهان^۲، ۱۹۹۳). براساس این دیدگاه، برخی از باورها مبنی بر اینکه هیجان‌ات نامعتبر، طاقت‌فرسا، شرم‌آور، دردناک یا غیرقابل دسترس هستند؛ می‌توانند منجر به ایجاد مشکلات در تنظیم هیجان‌ات شوند (لینهان، ۱۹۹۳). نظریه فرار از خودکشی (باومیستر^۳، ۱۹۹۰) نیز نشان می‌دهد که مشخصات شخصیتی یک فرد پیش از خودکشی شبیه به یک فرد سرکوب‌گر هیجانی است که عواطف مثبت یا منفی را نشان نمی‌دهد (گراس و جان^۳، ۲۰۰۳). به طور خاص، این نظریه وجود دارد که افراد با ایده‌پردازی خودکشی تمایل زیادی به فرار از تجربه خود از عاطفه منفی با وارد شدن به یک حالت نسبتاً بی‌حس و ساختارشکنی دارند، و تصور می‌شود که این حالت بلافاصله قبل از افزایش تمایل به اقدام به خودکشی است (باومیستر، ۱۹۹۰). علاوه بر این، نظریه گریز تصریح می‌کند که عاطفه منفی که فرد سعی می‌کند از آن اجتناب کند، به رغم تلاش‌هایی که برای دور نگه داشتن آن از آگاهی انجام می‌شود، همچنان به آسانی در دسترس است (باومیستر، ۱۹۹۰) که با تحقیقات دیگر مطابقت دارد که نشان می‌دهد سرکوب افکار ناخواسته و احساسات منفی درباره هیجان‌ات، ممکن است در واقع منجر به تحریک افکار خودکشی شود. به طور کلی، یافته‌ها نشان می‌دهند که باورهای هیجانی منفی همراه با سطوح پایین‌تر مقابله اجتنابی و سرکوبی، در ترکیب با سطوح بالاتر ارزیابی مجدد شناختی ممکن است سندرم حاد خودکشی برخی افراد را در برابر آسیب‌پذیری‌های مرتبط با تروما توضیح دهد. طبق نتایج، شناسایی و درمان افراد با تجربه ناملايمات در دوران کودکی می‌تواند عامل موثری در کاهش میزان خطر خودکشی باشد. لازم است متخصصان و درمان‌گران، نقش آسیب‌های دوران کودکی را در درمان بررسی کنند؛ زیرا ممکن است خطر خودکشی را افزایش دهد. همچنین کاهش باورهای منفی درباره هیجان‌ات از طریق بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی و به دنبال آن کاهش سندرم بحران خودکشی در کاهش خطر خودکشی افراد با تجربه ناملايمات در دوران کودکی موثر است.

چندین محدودیت برای این مطالعه وجود داشت. اول، با توجه به ماهیت این مطالعه، شرکت‌کنندگان توسط متخصصین غربالگری نشدند، بلکه از طریق گزارش خود به عنوان افراد با تجربه ناملايمات در دوران کودکی شناسایی شدند که دامنه تعمیم‌پذیری یافته‌ها را محدود می‌سازد. اعتبار پاسخ به پرسش‌نامه‌ها ممکن است به دلیل ماهیت خود گزارشی مطالعه مورد نقد قرار گیرد. با این حال، اقدامات خودگزارشی اغلب اجتناب‌ناپذیر است، به ویژه در تحقیقات خودکشی، و نتایج مطالعه نباید به دلیل ذهنی بودن احتمالی اقدامات مورد استفاده نادیده گرفته شود. علاوه بر این، ماهیت داوطلبانه این مطالعه همچنین امکان تأثیرات یا سوگیری‌های خودگزینی را ایجاد می‌کند، زیرا افرادی که تأثیرات منفی بیشتری را در زندگی روزمره خود تجربه می‌کنند، ممکن است تمایل بیشتری به مشارکت داشته باشند. همچنین نمونه پژوهش نسبتاً همگن بود؛ زیرا عمدتاً از افراد با تجربه ناملايمات در دوران کودکی تشکیل شده بود. به این ترتیب، همگن بودن نمونه، تعمیم یافته‌ها را به قومیت‌ها یا فرهنگ‌های مختلف محدود می‌کند. علی‌رغم این محدودیت‌ها، نتایج نشان داد که داشتن باورهای ناکارآمد درباره هیجان‌ات و استفاده از راهبرد ناسازگارانه

1. Fonagy & Target
2. Linehan
3. Baumeister

تنظیم هیجان با سندرم بحران خودکشی بالاتر و رفتار خودکشی در افراد جامعه و محیط‌های بالینی مرتبط است. نتایج همچنین خواهد اولیه‌ای از یک مدل چند مرحله‌ای را ارائه کرد که در آن باورها درباره هیجان‌ات با خودکشی از طریق توانایی تنظیم هیجان و سندرم بحران خودکشی مرتبط هستند. این نتایج این ایده را ایجاد می‌کند که تنظیم هیجان باید در مدل‌های نظری خودکشی ادغام شوند، و اینکه جهت پیشگیری از خودکشی از مداخلات مبتنی بر شواهد با هدف کاهش باورها در مورد کنترل‌ناپذیری هیجانی و بهبود توانایی تنظیم هیجان بهره برد.

با توجه به ابزارهای سنجش مطالعه، پرسش‌نامه خودکشی به وضوح بین افکار خودکشی، برنامه‌ها یا تلاش‌های قبلی که به صورت جداگانه بر خطر خودکشی تأثیر می‌گذارند، تفاوت قائل نمی‌شود. به این ترتیب، نمی‌توان وجود یا عدم وجود این عوامل فردی را در نمونه تعیین کرد. با این حال، این یک معیار سنجش قابل اعتماد برای تعیین خطر کلی خودکشی در پاسخ‌دهندگان است؛ زیرا به رفتارهای خودکشی فعلی محدود نمی‌شود، بلکه رفتارهای خودکشی گذشته را نیز در نظر می‌گیرد، که عوامل خطر مهمی در پیش‌بینی رفتار خودکشی در آینده هستند. علاوه بر این، مطالعه کنونی بین انواع مختلف رویدادهای تروماتیک دوران کودکی یا میزان رویدادهای آسیب‌زای تجربه شده در تحلیل‌ها تفاوتی قائل نمی‌شود؛ به این ترتیب، تحقیقات آینده ممکن است از بررسی اینکه چگونه تجربیات آسیب‌زا و/یا کمیت رویدادهای آسیب‌زای تجربه شده بر خطر خودکشی تأثیر می‌گذارند، بهره ببرند. در نهایت، از آنجایی که مطالعه حاضر مقطعی بود، نمی‌توان علیت را ایجاد کرد. علیرغم ناتوانی در استنتاج علیت، این مطالعه نشان می‌دهد که بین عوامل روانشناختی و خطر خودکشی در افراد با تجربه نامالایمات در دوران کودکی ارتباط وجود دارد. مطالعه حاضر چگونگی ارتباط عوامل روانشناختی با خطر خودکشی را بررسی کرد، اما بررسی سایر عوامل خطر برای خودکشی پیشنهاد می‌شود. به طور خاص، نقش عوامل روان‌شناختی و اثرات آن ممکن است رابطه بین باورها درباره هیجان‌ات و تنظیم هیجانی و خطر خودکشی را بیشتر روشن کند. در نتیجه، این مطالعه بر اهمیت باورها درباره هیجان‌ات در رفتارهای خودکشی در افراد با تجربه نامالایمات در دوران کودکی تأکید می‌کند و توانایی تنظیم هیجان را به عنوان یک راه بالقوه برای کاهش خطر خودکشی برجسته می‌کند. همچنین پیشنهاد می‌شود که متخصصان از عوامل خطر خودکشی آگاه باشند تا به سرعت عوامل روانشناختی را برای کاهش خطر خودکشی در افراد با تجربه نامالایمات در دوران کودکی شناسایی و درمان کنند.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تعارض منافع را در این مطالعه گزارش نکرده‌اند.

حامی مالی

نویسندگان اذعان می‌کنند که هیچ گونه حمایت مالی دریافت نکرده‌اند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمامی افرادی که در مطالعه شرکت کرده‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

منابع

- افشاری، علی (۱۴۰۴). مقایسه آشفتنگی روان‌شناختی و رفتارهای خودکشی در بین افراد دارای ملال جنسیتی: متقاضی جراحی، جراحی‌شده و افراد عادی. روانشناسی سلامت، ۱۴(۵۵)، ۴۰-۲۷. doi: 10.30473/hpj.2025.72602.6127
- اقدامی، زهرا و فولادچنگ، محبوبه. (۱۴۰۱). پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس کنترل روانشناختی والدین: نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی. مجله روانشناسی، ۲۶(۱)، ۱۱-۱. doi: 20.1001.1.18808436.1401.26.1.11.8
- حفاظی‌طرقبه، لیلا و نجفی، محمود (۱۴۰۳). رابطه ترومای کودکی با افکار خودکشی در دانش‌آموزان: نقش میانجی ذهنی‌سازی و ذهن‌آگاهی. مطالعات روانشناسی تربیتی، ۲۱(۵۶)، ۵۱-۲۷. doi: 10.22111/jeps.2024.49554.5798
- حنایی، نازیلا؛ بساک نژاد، سودابه و هاشمی، سیداسماعیل. (۱۴۰۳). آزمون الگوی ساختاری رفتارهای خودکشی و کمال‌گرایی با میانجی‌گری نومیدی، نیازهای بین‌فردی و سندرم بحران خودکشی در زنان از منظر فرهنگی. مجله روانشناسی فرهنگی، ۱۶(۶۱)، ۱۸-۱. doi: 10.61186/iaiu.1127505
- رحمانی، سیف‌الله و رحیمی، افتخار. (۱۴۰۴). پیش‌بینی‌گریش به خودکشی بر اساس سبک‌های دلبستگی و صفات تاریک شخصیت با نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده در دانشجویان دانشگاه فرهنگیان. پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۱۵(۵۸)، ۳۶-۱۷. doi: 10.22034/spr.2025.495184.2047
- عامری، نرجس (۱۴۰۱). روابط ساختاری طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ولع مصرف در افراد وابسته به مواد تحت درمان نگهدارنده با متادون: نقش میانجی شفقت به خود. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۶(۶۶)، ۴۷-۷۰. http://etiadpajohi.ir/article-fa.html-۲۸۲۸-۱
- عامری، نرجس و نجفی، محمود. (۱۴۰۳). پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی در دانشجویان بر اساس تجربه‌آزاردیدگی در دوران کودکی. چهارمین کنفرانس ملی و اولین کنفرانس بین‌المللی مطالعات کاربردی در فرایندهای تعلیم و تربیت.
- قدرت‌الهی‌فرد، محمدعلی؛ چین‌آوه، محبوبه و امینی‌منش، سجاد. (۱۴۰۰). نقش واسطه‌ای تحمل‌پریشانی و تنظیم‌شناختی هیجان در ارتباط با آسیب‌های دوران کودکی و بروز نشانه‌های اختلال‌های شخصیت‌سواسی-جبری در پرستاران. مجله علوم پزشکی صدرا، ۹(۳)، ۲۸۴-۲۷۱. doi: 10.30476/smsj.2022.90074.1218
- لطفی، مژگان؛ بهرام‌پوری، لیلا؛ امینی، مهدی؛ فاطمی‌تبار، ریحانه؛ بیرشک، بهروز، انتظاری، محمد و شیباسی، یاسمن. (۱۳۹۸). انطباق پرسش‌نامه تنظیم‌هیجان برای کودکان و نوجوانان به زبان فارسی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۹(۱۷۵)، ۱۱۷-۱۲۸. http://jmmums.mazums.ac.ir/article-1-12374-fa.html
- محمدی، مبینا؛ رسولی، امیرحسین؛ ساعد، امید؛ صراحی، پریسا؛ عباس‌زاده، سحر؛ شیشه‌چی، سمانه و موسوی، سیده‌ناز. (۱۴۰۴). بررسی ساختار عاملی، ویژگی‌های روانسنجی و ثبات اندازه‌گیری پرسش‌نامه باورهای هیجانی در جمعیت ایرانی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۳۱(۱)، ۱۹-۲. http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-4221-fa.html
- Aadahl, V., Wells, A., Hallard, R., & Pratt, D. (2021). Metacognitive beliefs and suicidal ideation: an experience sampling study. *International journal of environmental research and public health*, 18(23), 12336. doi: 10.3390/ijerph182312336
- Andreo-Jover, J., Ramos, J. C., Bobes, J., Bravo-Ortiz, M., Cebria, A. I., Crespo-Facorro, B., ... & Carrasco, J. L. (2024). The mediating role of reflective functioning in the association between childhood trauma and suicide attempt. *Journal of psychiatric research*, 171, 30-37. doi: 10.1016/j.jpsychires.2024.01.005
- Arbulu, I., Salguero, J. M., Ramos-Cejudo, J., Bjureberg, J., & Gross, J. J. (2024). Emotion beliefs are associated with emotion regulation strategies and emotional distress. *Current Psychology*, 43(5), 4364-4373. https://doi.org/10.1007/s12144-023-04633-x
- Barzilay, S., Assounga, K., Veras, J., Beaubian, C., Bloch-Elkouby, S., & Galynker, I. (2020). Assessment of near-term risk for suicide attempts using the suicide crisis inventory. *Journal of affective disorders*, 276, 183-190. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.053
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90. https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.1.90

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of clinical psychology*, 44(4), 499-505. DOI: 10.1002/1097-4679(198807)44:4<499::aid-jclp2270440404>3.0.co;2-6
- Bloch-Elkouby, S., Barzilay, S., Gorman, B. S., Lawrence, O. C., Rogers, M. L., Richards, J., ... & Galynker, I. (2021). The revised suicide crisis inventory (SCI-2): Validation and assessment of prospective suicidal outcomes at one month follow-up. *Journal of affective disorders*, 295, 1280-1291. doi: 10.1016/j.jad.2021.08.048
- Bloch-Elkouby, S., Gorman, B., Schuck, A., Barzilay, S., Calati, R., Cohen, L. J., ... & Galynker, I. (2020). The suicide crisis syndrome: A network analysis. *Journal of counseling psychology*, 67(5), 595. doi: 10.1037/cou0000423
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory-self report. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(3), 211-218. doi: 10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c
- Cain, L., Strodl, E., & Howard, G. (2024). Targeting beliefs about emotions via meta-emotion therapy for adolescents with anxiety: A case series study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 54(2), 133-142. <https://doi.org/10.1007/s10879-023-09605-7>
- Cohen, L. J., Ardan, F., Yaseen, Z., & Galynker, I. (2018). Suicide crisis syndrome mediates the relationship between long-term risk factors and lifetime suicidal phenomena. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(5), 613-623. <https://doi.org/10.1111/sltb.12387>
- Cohen, L. J., Gorman, B., Briggs, J., Jeon, M. E., Ginsburg, T., & Galynker, I. (2019). The suicidal narrative and its relationship to the suicide crisis syndrome and recent suicidal behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 413-422. doi: 10.1111/sltb.12439
- Cohen, L. J., Mokhtar, R., Richards, J., Hernandez, M., Bloch-Elkouby, S., & Galynker, I. (2022). The Narrative-Crisis Model of suicide and its prediction of near-term suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 52(2), 231-243. <https://doi.org/10.1111/sltb.12816>
- Colmenero-Navarrete, L., García-Sancho, E., & Salguero, J. M. (2022). Relationship between emotion regulation and suicide ideation and attempt in adults and adolescents: a systematic review. *Archives of suicide research*, 26(4), 1702-1735. DOI:10.1080/13811118.2021.1999872
- Colmenero-Navarrete, L., García-Sancho, E., & Salguero, J. M. (2024). Modeling the associations between emotion regulation, suicide crisis syndrome and suicidal behavior: Results in community and clinical samples. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 54(4), 679-689. <https://doi.org/10.1111/sltb.13078>
- Di Nicola, M., Pepe, M., Montanari, S., Marcelli, I., Panaccione, I., Janiri, D., ... & Sani, G. (2024). Childhood sexual abuse and suicide attempts in patients with substance use disorders: the mediating role of emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect*, 151, 106731. DOI: 10.1016/j.chiabu.2024.106731
- Ding, O. J., & Kennedy, G. J. (2021). Understanding vulnerability to late-life suicide. *Current psychiatry reports*, 23, 1-9. DOI: 10.1007/s11920-021-01268-2
- Fonagy, P., & Target, M. (2003). *Psychoanalytic Theories: Perspectives from Developmental Psychopathology*. London: Whurr Publishers Limited. [Paper reference 1]
- Ford, B. Q., & Gross, J. J. (2018). Emotion regulation: Why beliefs matter. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 59(1), 1. DOI:10.1037/cap0000142
- Ford, B. Q., & Gross, J. J. (2019). Why beliefs about emotion matter: An emotion-regulation perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 28(1), 74-81. <https://doi.org/10.1177/0963721418806697>
- Galynker, I. (2023). *The suicidal crisis: Clinical guide to the assessment of imminent suicide risk*. Oxford University Press.
- Galynker, I., Yaseen, Z. S., Cohen, A., Benhamou, O., Hawes, M., & Briggs, J. (2017). Prediction of suicidal behavior in high risk psychiatric patients using an assessment of acute suicidal state: the suicide crisis inventory. *Depression and anxiety*, 34(2), 147-158. <https://doi.org/10.1002/da.22559>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Hong, E. J., & Kangas, M. (2022). The relationship between beliefs about emotions and emotion regulation: A systematic review. *Behaviour Change*, 39(4), 205-234. DOI:10.1017/bec.2021.23

- Jenkins, K. C., Khazem, L. R., Toleson, S., Kreutzer, K., Bryan, C. J., Jimmy, J., & Gorka, S. M. (2025). Neural indices of cognitive reappraisal impact the association between childhood trauma and suicide risk in adulthood. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 111949. DOI: 10.1016/j.psychresns.2025.111949
- Kneeland, E. T., & Dovidio, J. F. (2020). Emotion malleability beliefs and coping with the college transition. *Emotion*, 20(3), 452. <https://doi.org/10.1037/emo0000559>
- Kneeland, E. T., Cunningham, C., Lattuada, I., Cwalina, M., & Shanahan, M. (2024). How I think about how I feel: Personal beliefs about emotion prospectively predict suicide-related outcomes and depression symptoms. *Journal of Psychiatric Research*, 179, 330-340. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2024.09.033
- KOÇ, M. S., & UZUN, R. B. (2024). Investigating the link between dispositional mindfulness, beliefs about emotions, emotion regulation and psychological health: a model testing study. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 42(2), 475-494. <https://doi.org/10.1007/s10942-023-00522-1>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.
- Manser, R., Cooper, M., & Trefusis, J. (2012). Beliefs about emotions as a metacognitive construct: Initial development of a self-report questionnaire measure and preliminary investigation in relation to emotion regulation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(3), 235-246. DOI: 10.1002/cpp.745
- Martin, A., Oehlman, M., Hawgood, J., & O’Gorman, J. (2023). The role of impulsivity and self-control in suicidal ideation and suicide attempt. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), 5012. doi: 10.3390/ijerph20065012
- Ong, E., & Thompson, C. (2019). The importance of coping and emotion regulation in the occurrence of suicidal behavior. *Psychological reports*, 122(4), 1192-1210. DOI: 10.1177/0033294118781855
- Park, C., Park, I. H., Yoo, T., Kim, H., Ryu, S., Lee, J. Y., ... & Kim, S. W. (2021). Association between childhood trauma and suicidal behavior in the general population. *Chonnam medical journal*, 57(2), 126. doi: 10.4068/cmj.2021.57.2.126
- Rogers, M. L., Bafna, A., & Galynker, I. (2022). Comparative clinical utility of screening for Suicide Crisis Syndrome versus suicidal ideation in relation to suicidal ideation and attempts at one-month follow-up. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 52(5), 866-875. <https://doi.org/10.1111/sltb.12870>
- Rogers, M. L., Chu, C., & Joiner, T. (2019). The necessity, validity, and clinical utility of a new diagnostic entity: Acute Suicidal Affective Disturbance (ASAD). *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 999. <https://doi.org/10.1002/jclp.22743>
- Rogerson, O., O'Connor, R. C., & O'Connor, D. B. (2024). The effects of childhood trauma on stress-related vulnerability factors and indicators of suicide risk: An ecological momentary assessment study. *Journal of affective disorders*, 352, 479-489. DOI: 10.1016/j.jad.2024.02.029
- Rosario-Williams, B., Kaur, S., & Miranda, R. (2021). Examining decentering as a moderator in the relation between non-suicidal self-injury and suicide ideation via cognitive-affective factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(4), 741-754. doi: 10.1111/sltb.12747
- Schuck, A., Calati, R., Barzilay, S., Bloch-Elkouby, S., & Galynker, I. (2019). Suicide Crisis Syndrome: A review of supporting evidence for a new suicide-specific diagnosis. *Behavioral sciences & the law*, 37(3), 223-239. <https://doi.org/10.1002/bsl.2397>
- Somerville, M. P., MacIntyre, H., Harrison, A., & Mauss, I. B. (2024). Emotion controllability beliefs and young people’s anxiety and depression symptoms: A systematic review. *Adolescent research review*, 9(1), 33-51. DOI: 10.1007/s40894-023-00213-z
- Strodl, E., Hubert, M., & Cooper, M. (2023). Psychometric properties and factor structure of the Revised Beliefs About Emotions Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(6), 1471-1481. <https://doi.org/10.1002/cpp.2889>
- Sudheer, Y. S., Kesana, S. D. H., & BAMS, A. P. (2024). Investigating the Relationship Between Childhood Trauma and Adult Personality Disorders: A Longitudinal Study. *Journal of Advanced Medical and Dental Sciences Research*, 12(3), 6-11. doi: 10.1521/pedi.2007.21.4.442
- Veilleux, J. C., Pollert, G. A., Skinner, K. D., Chamberlain, K. D., Baker, D. E., & Hill, M. A. (2021). Individual beliefs about emotion and perceptions of belief stability are associated with symptoms of psychopathology and emotional processes. *Personality and Individual Differences*, 171, 110541. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110541>

- Westland, J. C. (2010). Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electronic commerce research and applications*, 9(6), 476-487. <https://doi.org/10.1016/j.elerap.2010.07.003>
- World Health Organization. *Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates*. 2021. Available online: <https://www.who.int/publications/i/item/97892400266433> (accessed on 19 January 2023).
- Wu, R., Zhu, H., Wu, M. Y., Wang, G. H., & Jiang, C. L. (2022). Childhood trauma and suicide: the mediating effect of stress and sleep. *International journal of environmental research and public health*, 19(14), 8493. DOI: 10.3390/ijerph19148493
- Yaseen, Z. S., Hawes, M., Barzilay, S., & Galynker, I. (2019). Predictive validity of proposed diagnostic criteria for the suicide crisis syndrome: an acute presuicidal state. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(4), 1124-1135. <https://doi.org/10.1111/sltb.12495>