Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
No 46, Volume 12, Issue 2

Original Article

Comparison of Dissociative Experiences and Difficulties in Emotion Regulation Between Suicide Ideators and Suicide Attempters

Seyed Hamed Sajjadpour [1], Leila HeydariNasab [2,*], Mohammadreza Shairi [2], Mohammad Gholami Fesharaki [3]

[1] PhD of Clinical Psychology, Shahed University of Tehran, Tehran, Iran
[2] Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Shahed University of Tehran, Tehran, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Biostatistics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran
*** Corresponding author:** Leila HeydariNasab, Faculty of Science, Shahed University of Tehran, Tehran, Iran. E-mail: lhnpsy@gmail.com

DOI: 10.29252/nkjmd-120210

How to Cite this Article:
Sajjadpour SH, HeydariNasab L, Shairi MR, Gholami Fesharaki M. Comparison of Dissociative Experiences and Difficulties in Emotion Regulation Between Suicide Ideators and Suicide Attempters. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2020;**12**(2):37-63. DOI: 10.29252/nkjms-120210

Received: 07 Jul 2019
Accepted: 06 May 2020
Keywords:
Suicide Ideators
Suicide Attempters
Dissociative Experiences
Difficulties in Emotion Regulation

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to compare the Dissociative Experiences and a six-dimensional conceptualization of emotion dysregulation between people who have suicide ideation and suicide attempt.

Methods: Participants were patients referred to Imam Hasan Hospital of North Khorasan with suicide Attempts, and to Psychiatric clinics in north Khorasan who had suicide ideation. In a comparative casual study, a total of 141 patients of young adults were considered. 76 of them who had suicidal ideation but no suicide attempts were compared with the rest (n = 65) who had at least one suicide attempt in the last week. They completed measures of Dissociative Experiences, emotion dysregulation and suicidal ideation.

Results: suicide Attempters reported significantly more Dissociative Experiences) P < 0.021(and difficulties with Impulse Control (P < 0.001) -which is one of the six-dimensional conceptualization of emotion dysregulation- than suicide ideators.

Conclusions: Screening and identification of people who have significant dissociative experiences and difficulties with impulse control is essential due to a high risk of suicide attempt. Therefore, they should be given higher priority to receive medical treatments and Psychotherapy.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

Copyright *© 2020 The Author(s); Published by Journal of North Khorasan Medical Sciences. This is an open access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses /by-nc/4.0/) which permits others to copy and redistribute material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
دوره ۱۲، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۹

مقاله پژوهشی

مقایسه تجارب گسستگی و دشواری در تنظیم هیجان در بیماران دارای افکار خودکشی و اقدام کننده به خودکشی

سید حامد سجادپور[۱]، لیلا حیدری نسب[۲*]، محمد رضا شعیری[۲]، محمد غلامی فشارکی[۳]

[۱] دکتری تخصصی، گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد تهران، تهران، ایران
[۲] دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد تهران، تهران، ایران
[۳] استادیار، گروه آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران
[*] **نویسنده مسئول:** لیلا حیدری نسب، دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد تهران، تهران، ایران. ایمیل: lhnpsy@gmail.com

DOI: 10.29252/nkjms-120210

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۴/۱۶
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۲/۱۷
واژگان کلیدی:
افکار خودکشی
اقدام به خودکشی
تجارب گسستی
دشواری در تنظیم هیجان

چکیده

مقدمه: خودکشی یکی از دلایل اصلی مرگ و میر زودرس در جهان است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه تجارب گسستگی و مولفه های دشواری در تنظیم هیجان در انگاره پردازان و اقدام کنندگان به خودکشی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع علّی مقایسه ای است. جامعه مطالعه حاضر بیماران بستری در بیمارستان امام حسن(ع) استان خراسان شمالی با مشکل اقدام به خودکشی، همچنین بیماران مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی استان خراسان شمالی با افکار خودکشی بودند. که از میان آنها ۱۴۱ بیمار در دو گروه، بیماران بستری اقدام کننده به خودکشی(۶۵ بیمار) و بیماران مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی با فکر خودکشی درخور توجه بالینی (۷۶ بیمار) به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، و پرسشنامه های دشواری در تنظیم هیجان گرتز و روئمر (۲۰۰۴)، نسخه ی دوم مقیاس تجربیات گسستگی (۱۹۹۳) و پرسشنامه افکار خودکشی بک (۱۹۹۱) را تکمیل کردند. داده های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۲ با آزمون های آماری مانوا و تی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: تجارب گسستگی در گروه اقدام کننده به خودکشی بالاتر از فکر خودکشی بود ($P = ۰/۰۲۱$). از بین مولفه های دشواری در تنظیم هیجان تنها دشواری در کنترل تکانه در بین دو گروه تفاوت معناداری داشت ($P < ۰,۰۰۱$).

نتیجه گیری: بر اساس یافته های این پژوهش می توان نتیجه گرفت، تجارب گسستگی و دشواری در کنترل تکانه در گروه اقدام کنندگان بالاتر از افرادی است که صرفا فکر خودکشی را تجربه می کنند.

مقدمه

سالها تلاش و تحقیق پیشگیرانه در زمینه خودکشی در شناسایی عوامل پیش بین و کاهش نرخ خودکشی با شکست مواجه شده است [۱, ۲]. فرانکلین، هانگ، فاکس و ریبریو [۳] دلیل اصلی کمبود پیشرفت در زمینه جلوگیری از افکار و رفتار خودکشی را اظهارات نظری تست نشده و شناسایی عوامل خطر ضعیف دانستند و پیشنهاد دادند که برای توسعه مداخلات موثر باید از طرح های تجربی استفاده شود. این پژوهشگران اذعان داشتند: در دهه‌های گذشته خودکشی به‌عنوان یکی از مشکلات وابسته به اختلالات خلقی قلمداد شده است و مداخلات رایج برای این پدیده، همان مداخلات مبتنی بر درمان اختلالات خلقی بوده است [۳]. بااین‌حال، نتایج فرا تحلیل جامع کویجپرز و همکاران [۴] نشان داد که اثر درمان‌های اختصاصی اختلالات خلقی، بر انگاره پردازی و خطر اقدام به خودکشی بسیار ناچیز بوده و در مجموع، اندازه‌ی اثر به‌دست‌آمده، غیر معنادار محاسبه شد. یک دلیل برای پیشرفت محدود، دانش ناکافی در مورد تفاوت متغیرهایی است که انگاره پردازان خودکشی را از اقدام کنندگان متمایز می سازد. تمایز انگاره پردازان از اقدام کنندگان بسیار مهم است، زیرا اکثر افرادی که افکار خودکشی را تجربه می کنند، اقدام به خودکشی نمی کنند [۵, ۶]. یکی از مهمترین متغیرهایی که می تواند طبق نظریه های پیشین نقش مهمی در گذار از مرحله فکر به اقدام ایفا کند تجربیات گسستگی است. گسستگی، به اختلالی در یکپارچگی و هماهنگی فرآیندهای مربوط به هشیاری، حافظه، هویت و ادراک اشاره دارد که می‌تواند به طور موقت یا مزمن رخ دهد [۷]. درجات مزمن گسستگی معمولاً می‌توانند در قالب دو اختلال قابل‌تشخیص، خود را نشان دهند: مسخ شخصیت و مسخ واقعیت مسخ شخصیت به احساس مداوم یا تکرارشونده‌ی تجربه‌ی جدا بودن از خود اشاره دارد. مسخ واقعیت به احساس مداوم یا تکرارشونده‌ای اشاره دارد که طی آن، فرد احساس می‌کند که محیط پیرامون وی، واقعی نیست [۸]. تجربیات گسستگی می تواند به عنوان متغیری که گذار از مرحله فکر به عمل را تسهیل می کند مورد بررسی قرارگیرد،گسستگی به‌تنهایی پیش‌بین قوی رفتار خودکشی است [۹-۱۱]. و در اختلالاتی که میزان خودکشی بالایی دارند از قبیل اختلال استرس پس از سانحه، اختلال شخصیت مرزی و رفتار خودجرحی، به‌وفور مشاهده می‌شود و نقش کاهش‌دهنده حساسیت به درد (افزایش‌دهنده آستانه درد) را دارد

Copyright © 2020 The Author(s); Published by Journal of North Khorasan Medical Sciences. This is an open access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses /by-nc/4.0/) which permits others to copy and redistribute material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

[۱۲]، که خود می‌تواند عامل انگیزشی قوی برای خودکشی بدون درد باشد [۱۳]. براساس فرضیه‌ای که توسط ارباک ارائه شده است، به نظر می‌رسد که گسستگی می‌تواند با عدم حساسیت نسبی به درد فیزیکی و بی‌تفاوتی به بدن، اقدام به خودکشی را فراخوانی کند [۱۴].ارتباط بین درد فیزیکی وافکار و رفتارهای خودکشی در پژوهش‌های سال‌های گذشته تائید شده است [۱۵, ۱۶]. درواقع گسستگی می‌تواند فرصتی طلایی برای خودکشی بدون درد فراهم آورد. بنابراین، بیمارانی که گسستگی را تجربه می‌کنند، در مقایسه با بیمارانی که این تجارب را ندارند، خیلی محتمل‌تر است که در تاریخچه زندگی‌شان رفتارهای خودکشی را تجربه کنند [۱۷].

یکی دیگر از متغیرهایی که در گذار از مرحله فکر به اقدام مطرح شده است دشواری در تنظیم هیجان می باشد. از نظر گراتز و روئمر دشواری در نظم بخشی هیجانی را می توان در قالب شش مؤلفه تعریف کرد: ۱-فقدان آگاهی از هیجانات و درک آن ها (این بعد تمایل به توجه نشان دادن به هیجانات را نشان می دهد)۲- نپذیرفتن پاسخهای هیجانی (تمایل فرد به پاسخ های هیجانی منفی ثانویه به هیجانات منفی یا عدم پذیرش واکنش های فرد به آشفتگی ها را نشان می دهد). ۳- دشواری در انجام رفتار هدفمند (به دشواری هایی در تمرکز کردن و تکمیل کردن تکالیف و دست به عمل سازنده زدن برای رسیدن به اهداف دلخواه، به هنگام تجارب هیجانی منفی اشاره دارد). ۴- دشواری در کنترل تکانه (به توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و حفظ کنترل رفتارها اشاره دارد.)۵- دسترسی محدود به راهبردهای نظم بخشی هیجانات نیز به این باور اشاره دارد که راه های کمی برای نظم بخشی هیجانی به هنگام عصبی بودن فرد وجود دارد و ۶-عدم وضوح هیجانات نیز به میزان شناخت فرد از تجارب هیجانی خود اشاره دارد [۱۸].

نتایج تحقیقات نشان می دهد، بدتنظیمی هیجانی حتی پس از کنترل اثر اختلالات روانشناختی می تواند خودکشی را پیش بینی کند [۱۹, ۲۰]. اما نتایج متناقضی در خصوص پیشبینی انگاره پردازی و اقدام به خودکشی در پژوهش های مختلف ارائه شده است. به عنوان مثال هاتکویچ و همکاران به این نتیجه رسیدند که افراد با دشواری در تنظیم هیجان بالا بیشتر احتمال دارد به خودکشی فکر کنند، ولی دشواری در تنظیم هیجان، رفتار خودکشی را پیشبینی نمی کند [۲۱]. با این حال، لاو و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که رابطه بین دشواری در تنظیم هیجان و اقدام به خودکشی قوی، ولی پیچیده است [۲۲]. آنها بیان داشتند که اگر چه افراد با دشواری در تنظیم هیجان به میزان بالاتری در اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند ولی به نظر می رسد همراستا با نظریه ایده به چارچوب عمل، گرایش افراد با تنظیم هیجان بالا به رفتار های دردناک و برانگیزنده از جمله رفتار خودجرحی باعث فراهم آمدن ظرفیت بالاتری از توانایی خودکشی می شود [۲۲, ۲۳]. از دیگر سو نتیجه پژوهش نیسیو، فانگ، رودریگز و روزنتال [۲۴] نشان داد که بین دشواری در تنظیم هیجان در افراد افسرده ای که سابقه اقدام به خودکشی داشته اند با افراد سالم تفاوت معناداری وجود دارد. آنها بیان داشتند که پژوهش های آینده باید به این سوال پاسخ دهد که کدام یک از مولفه های تنظیم هیجان می تواند رفتار خودکشی را پیش بینی کند. لذا پژوهش حاضر با مقایسه مولفه های دشواری در تنظیم هیجان در دو گروه انگاره پردازان و اقدام کنندگان می تواند به به‌تصریح یک موضوع بحث‌برانگیز در ادبیات پژوهشی خودکشی، بپردازد. با وجود منطق نظری و سایر مطالعاتی که ذکر آن رفت هیچ پژوهش تجربی یافت نشد که تجربیات گسستگی و دشواری در تنظیم هیجان را به عنوان یک متغیر متمایزکننده انگاره پردازان از اقدام کنندگان به خودکشی بیازماید. لذا پژوهش حاضر قصد دارد تا به مقایسه تجارب گسستگی و دشواری در تنظیم هیجان، بین انگاره پردازان و اقدام کنندگان به خودکشی بپردازد.

سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین تجارب گسستگی و مولفه های دشواری در تنظیم هیجان در انگاره پردازان و اقدام کنندگان به خودکشی تفاوت معناداری وجود دارد؟

روش کار

طرح این پژوهش توصیفی از نوع علی –مقایسه ای است. جامعه این پژوهش تمامی بیماران خودکشی کننده بستری در بیمارستان امام حسن بجنورد و تمامی انگاره پردازان خودکشی مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی استان خراسان شمالی است. با توجه به اینکه حداقل حجم نمونه در مطالعات علی مقایسه ای ۱۵ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شده است [۲۵]. نمونه پژوهش حاضر ۱۴۱ بیمار انگاره پرداز و اقدام کننده به خودکشی درنظر گرفته شد که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شده بودند. از بین بیماران بستری اقدام کننده به خودکشی، ۶۵ بیمار و از بین افراد مراجعه کننده به کلینیک های روانپزشکی با انگاره پردازی خودکشی ۷۶ بیمار به صورت در دسترس با رضایت آگاهانه انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش برای گروه انگاره پرداز، عبارت بودند از: دامنه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال(سن جوانی)، عدم وجود اقدام به خودکشی در طول عمر، مراجعه به روانپزشک یا روانشناس بالینی با گزارش فکر خودکشی، کسب نمره حداقل ۵، در مقیاس انگاره پردازی خودکشی بک. ملاک‌های خروج برای جمعیت انگاره پرداز شامل: دریافت بیش از یک ماه داروی روانپزشکی و دریافت بیش از چهار جلسه رواندرمانی مرتبط با خودکشی در طی یک سال اخیر می‌باشد.

ملاک های ورود به پژوهش برای گروه اقدام به خودکشی، عبارت بودند از: دامنه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال(سن جوانی)، وجود اقدام به خودکشی در طول یک هفته اخیر، بستری شدن در بیمارستان به دلیل اقدام به خودکشی. ملاک های خروج برای جمعیت اقدام کننده شامل: دریافت بیش از یک ماه داروی روانپزشکی و دریافت بیش از چهار جلسه رواندرمانی مرتبط با خودکشی در طی یک سال اخیر می‌باشد. داده های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۲ با آزمون های آماری مانوا و تی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است برای انجام این پژوهش، ضمن جلب رضایت آگاهانه اعضای نمونه و توضیح اهداف پژوهش، تاییدیه اخلاقی نیز از دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی اخذ شده است.

ابزار

۱. مقیاس تجربیات گسستگی (DES-II)

این پرسشنامه شامل ۲۸ پرسش درباره تجربیات زندگی روزمره است. این مقیاس به‌عنوان ابزاری معتبر و پایا جهت کمی سازی تجارب تجزیه ای در جمعیت بالینی و غیربالینی طراحی‌شده است. پاسخ دهندگان پاسخ های خود را، از ۰ تا ۱۰۰درجه بندی می کنند که بیانگر درصد مواقعی است این تجارب خاص برایشان رخ می دهد. ثبات درونی این

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است [۲۶] . اعتبار بازآزمایی آن در مطالعات مختلف از ۰/۷۹ تا ۰/۹۶ گزارش شده است [۲۷]. کیان پور، غنی زاده و بدیعی(۲۰۱۲) با کمک سه متخصص زبان انگلیسی و تائید نهایی سه روانپزشک نسخه فارسی این پرسشنامه را ترجمه و تنظیم کرده اند. آن‌ها با اجرای این پرسشنامه روی ۱۲۸ مرد مبتلا به وابستگی به دارو، آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۶ و پایایی بازآزمایی آن را در فاصله سه هفته ای با اجرا روی ۲۰ دانشجو ۰/۹۶ گزارش کرده اند [۲۸].

۲. پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان گرتز و روئمر (DERS)

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان(DERS) یک ابزار سنجش ۳۶ آیتمی است، که گستره پاسخ‌های آن در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد [۱۸]. تحلیل عاملی وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (۶ سوال با دامنه۶ تا ۳۰)، دشواری در انجام رفتار هدفمند (۵ سوال با دامنه ۵ تا ۲۵)، دشواری در کنترل تکانه (۶ سوال با دامنه ۶ تا ۳۶)، فقدان آگاهی هیجانی(۶ سوال با دامنه ۶ تا ۳۶)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی(۸ سوال با دامنه ۸ تا ۴۰)، عدم وضوح هیجانی(۵ سوال با دامنه ۵ تا ۲۵) را نشان داد(۵). نتایج مطالعه گراتز و همکاران نشان داد که این مقیاس همسانی درونی بالایی، (۰/۹۳) داشت (۵). هر شش زیرمقیاس DERS، آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ دارند. همچنین DERS همبستگی معناداری با مقیاس NMR و پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ، هایز و همکاران) دارد [۱۸]. بر اساس مطالعه عزیزی و همکاران میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ برآورد شد و همچنین، در پژوهش آن‌ها داده‌های حاصل از این مقیاس با مقیاس انتظار تعمیم‌یافته تنظیم هیجان منفی و پرسشنامه پذیرش و عمل روایی همگرای مقیاس را تأیید کرده است [۲۹].

۳. مقیاس سنجش انگاره پردازی خودکشی بک (BSIS)

مقیاس افکار خودکشی بک (BSIS) یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی است. این پرسشنامه به‌منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی در طی هفته گذشته تهیه‌شده است [۳۰]. در آزمون افکار خودکشی بک سؤال ۵ استفاده غربالگری دارد. اگر پاسخ‌ها نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافعال باشد؛ آزمودنی باید ۱۴ سؤال بعدی را نیز ادامه دهد. مقیاس افکار خودکشی بک با مقیاس ناامیدی بک و پرسشنامه افسردگی بک از ۰/۶۴ تا ۰/۷۵ همبستگی داشت. مقیاس افکار خودکشی بک دارای پایایی بالایی است. با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ به‌دست‌آمده است؛ و با استفاده از روش آزمون - بازآزمون، پایایی آزمون ۰/۵۴ به‌دست‌آمده است [۳۰]. در پژوهش انیسی و همکاران مقیاس بک با مقیاس افسردگی گلدبرگ ۰/۷۶ همبستگی داشت. همچنین اعتبار مقیاس بک با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و از روش دونیمه کردن ۰/۷۵ به دست آمد [۳۱].

یافته ها

نمونه این پژوهش شامل ۱۴۱ بیمار انگاره پرداز و اقدام کننده به خودکشی بود که میانگین سنی گروه انگاره پرداز(N = ۷۶) ۱۸/۱۷ بود که از این تعداد ۴۶/۱ درصد، مذکر و ۵۳/۹ درصد، مونث بودند. ۱/۳ درصد در متوسطه اول،۸۱/۶ درصد در متوسطه دوم،۱۵/۸ درصد در مقطع کارشناسی و۱/۳ درصد در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند، یا فارغ التحصیل شده بودند.۹۳/۴درصد مجرد و ۶،۶ درصد متاهل بودند. میانگین سنی گروه اقدام کننده(N = ۶۵)،۱۸/۵۴ بود که از این تعداد۳۰/۸درصد مذکر و۶۸/۲درصد مونث بودند. ۹/۳ درصد در متوسطه اول، ۸۰ درصد در متوسطه دوم، ۹/۲ درصد در مقطع کارشناسی و۱/۵درصد در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند، یا فارغ التحصیل شده بودند. ۷۰/۸ درصد مجرد و۲۴/۶ درصد متاهل و۴/۶ مطلقه بودند. آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه با توجه به گروه ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. آماره های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	میانگین(انحراف معیار)
عدم وضوح هیجانی	
انگاره پردازان	۱۳/۷۴ (۴/۷۰)
اقدام کنندگان	۱۳/۸۲ (۰۸/۴)
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	
انگاره پردازان	۲۳/۶۳ (۶/۵۷)
اقدام کنندگان	۲۵/۴۹ (۶/۹۸)
فقدان آگاهی هیجانی	
انگاره پردازان	۱۷/۶۲ (۳/۸۸)
اقدام کنندگان	۱۸/۹۰ (۴/۸۴)
دشواری در کنترل تکانه	
انگاره پردازان	۱۸/۵۷ (۴/۹۵)
اقدام کنندگان	۲۱/۵۲ (۵/۰۴)
دشواری در انجام رفتار هدفمند	
انگاره پردازان	۱۸/۰۰ (۴/۰۹)
اقدام کنندگان	۱۷/۶۶ (۴/۳۸)
عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	
انگاره پردازان	۱۶/۴۷ (۵/۹۹)
اقدام کنندگان	۱۵/۷۷ (۵/۵۳)
تجارب گسستی	
انگاره پردازان	۸۸۸/۶۸ (۴۵۱/۰۶)
اقدام کنندگان	۱۱۱۵/۱۲ (۴۴۵/۳۸)

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

برای بررسی تفاوت نمرات مولفه های دشواری در تنظیم هیجان در دو گروه انگاره پردازان و اقدام کنندگان به خودکشی از تحلیل واریانس چند متغیره(مانوا) استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو ویلکز نرمال بودن توزیع مولفه های دشواری در تنظیم هیجان را تایید کرد. یکی از مفروضه های آزمون مانوا برابری ماتریس کواریانس ها است، که برای بررسی آن از آزمون باکس استفاده شد. نتایج این آزمون در مورد دشواری در تنظیم هیجان هیچ نوع تخطی از مفروضه را نشان نداد. (P < ۰/۰۵ ؛f =۱ /۴۸ ؛M = ۳۲/ ۶۶ باکس). نتایج تحلیل مانوا نشان داد تفاوت معناداری در ترکیب خطی مولفه های دشواری در تنظیم هیجان در دو گروه انگاره پرداز و اقدام کننده به خودکشی وجود دارد(P > ۰/۰۰۱ ؛ F = ۴/۲۰ ؛ ۰/۸۴۲ لامبدای ویلکز).برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس به شرح زیر استفاده شد.

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود تنها در مولفه دشواری در کنترل تکانه بین ۲ گروه انگاره پردازان و اقدام کنندگان به خودکشی تفاوت معنادار وجود دارد(P < ۰/۰۰۱). با توجه به آماره های توصیفی نمرات اقدام کنندگان در این مولفه بالاتر است.

با توجه به اینکه خروجی آزمون کولمونگروف- اسمیرنف نرمال بودن توزیع در متغیر تجارب گسستگی را تایید می کند، برای مقایسه این متغیر در دو گروه، از آزمون تی مستقل استفاده شد.

جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین تجارب گسستگی در گروه انگاره پردازان و اقدام کنندگان به خودکشی وجود دارد (۰/۰۲۱ = P).

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه های دشواری در تنظیم هیجان

متغیرها	آماره F	معناداری	ضریب اتا
عدم وضوح هیجانی	۰/۰۱۱	۰/۹۲	۰/۰۰۰
دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی	۲/۶۵	۰/۱۱	۰/۰۱۹
فقدان آگاهی هیجانی	۳/۸۰	۰/۰۸	۰/۰۲۲
دشواری در کنترل تکانه	۱۲/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۰۸۱
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۰/۲۷	۰/۶۴	۰/۰۰۲
عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	۰/۵۲	۰/۷۲	۰/۰۰۴

جدول ۳. نتیجه آزمون t جهت مقایسه تجارب گسستگی بین انگاره پردازان و اقدام کنندگان به خودکشی

متغیر	میانگین	T	سطح معناداری	وان
تجارب گسستگی				
انگاره پردازان خودکشی	۸۸۸/۶۸ (۴۵۱/۰۶)	-۲/۳۳	۰/۰۲۱	۰/۶۳۸
اقدام کنندگان به خودکشی	۱۰۷۳/۹۷ (۴۹۳/۳۸)			

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تجارب گسستگی و دشواری در تنظیم هیجان، بین بیماران دارای فکر خودکشی و اقدام کننده به خودکشی بود. نتایج نشان داد که بین تجارب گسستگی در گروه فکر و اقدام به خودکشی تفاوت وجود دارد. یافته های این پژوهش با یافته های کیلیچ، کوشکون، بوزکورت، کایا و زوراغلو [۳۲]، فخری [۳۳]، کالاتی، بنساسی و کورتت، [۱۷] همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که تجارب گسستگی عامل مهمی در رفتار خودکشی محسوب می شود. بر اساس مطالعه حاضر، گسستگی عامل مهمی است که می تواند افرادی را که صرفا فکر خودکشی دارند را از اقدام کنندگان بازشناسد. در تبیین این مساله می توان به ذکر چند دلیل پرداخت. اول اینکه گسستگی با کاهش درد می تواند موجب کاهش ترس از مرگ شود و ظرفیت لازم برای اقدام به خودکشی را فراهم آورد. دوم آنکه در تجارب گسستگی دو فرایند اساسی ایجاد می شوند: جداسازی و از دست دادن کنترل(نه به معنای تکانشگری بلکه به معنای کاهش توانایی نظارت بر رفتار). جداسازی به تضعیف تجربه جهان و خود از طریق فاصله گرفتن، بی حسی، ملموس نبودن دنیا، محدودیت شناختی و عاطفی افراطی اشاره دارد. بسیار منطقی است که رفتار های خود آسیب رسان به فرایند گسستگی که احساسات بدنی و تجربیات شخص از خود و دنیا را محدود می کند، نیاز دارند. این فرایند با محافظت از فرد در برابر درد و وحشت ذاتی خودکشی، فرد را قادر می سازد تا به خود آسیب برساند [۱۴].

متغیر مهم دیگری که در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت دشواری در تنظیم هیجان بود. یافته های مطالعه حاضر نشان داد که از بین مولفه های دشواری در تنظیم هیجان تنها متغیر دشواری در کنترل تکانه می تواند انگاره پردازان خودکشی را از اقدام کنندگان تمیز دهد. این یافته با نتایج مطالعه نیسیو و همکاران [۲۴] و ام سی هیوج و همکاران [۳۴] همسو است.

نتایج پژوهش ورتزل و آرسینیگاس(۲۰۱۳) نشان داد که سطوح پایین سرتونین که در افراد خودکشی کننده دیده می شود، مشابه افرادی است که در کنترل تکانه مشکل دارند. در واقع کاهش فعالیت سرتونرژیک ممکن است به رفتارهای تکانشی و به دنبال آن خودکشی ختم شود. سرتونین موجود در لب پیشانی در افراد خودکشی کننده کمتر از میزان عادی است. این منطقه مغز مسئول کنترل تکانه نیز هست، بنابراین افراد با ورودی های کمتر سرتونرژیک به این منطقه به احتمال بیشتر در مواجهه با وقایع استرس زای زندگی دچار اختلال در کنترل تکانه خواهند شد، که می تواند منجر به خودکشی شود [۳۵]. از دیگر سو پژوهش گرتز و روئمر [۳۶] و راجاپا و همکاران [۲۰] از قدرت پیشگویی تکانشگری در رفتار خودکشی حمایت نمی کند. بنابراین به نظر می رسد که ممکن است مکانیزهای تنظیم هیجان در زیرمجموعه های مختلف خودکشی نقش متفاوتی ایفا کنند. بنابراین

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

Copyright *© 2020 The Author(s); Published by Journal of North Khorasan Medical Sciences. This is an open access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses /by-nc/4.0/) which permits others to copy and redistribute material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.*

پژوهش های آینده باید به این سوال پاسخ دهد که کدام مولفه تنظیم هیجان در چه افراد و در چه زمینه ای می تواند رفتار خودکشی را پیش بینی کند.

محدودیت مطالعه حاضر این بود که از آنجایی که نمونه مورد مطالعه شامل بیماران ۱۵ تا ۲۹ ساله مراجعه کننده به کلینیک ها و بیمارستان‌های استان خراسان شمالی، بوده است، تعمیم نتایج به نمونه های عمومی و نمونه هایی با ویژگی های جمعیت شناختی متفاوت نظیر سن، تحصیلات و مواردی از این قبیل با محدودیت مواجه است. لذا پیشنهاد می شود مطالعات آینده نتایج پژوهش حاضر را در نمونه هایی با سایر ویژگی های جمعیت شناختی بررسی کنند.

نتیجه گیری

به طور کلی یافته های مطالعه حاضر نشان داد که گسستگی و کنترل تکانه متغیر های مهمی هستند که می توانند افراد با انگاره پردازی خودکشی را از اقدام کنندگان تمیز دهند. بنابراین با توجه به خطر بالای اقدام به خودکشی در افرادی که تجارب گسستی بالایی را تجربه می کنند و یا در کنترل تکانه مشکل دارند، این افراد باید در اولویت مداخلات خودکشی قرار بگیرند. و درمان این عوامل می تواند احتمال اقدام به خودکشی در این افراد را کاهش دهد.

تشکر و قدردانی

در انتها بر خود لازم می دانیم تا زحمات بی دریغ جناب آقای دکتر سید کاوه حجت به خاطر زحمات و راهنمایی های ارزنده شان تشکر نماییم. همچنین از کارکنان محترم آموزش و اورژانس بیمارستان های امام حسن(ع) و امام رضا(ع) بجنورد به خاطر مساعدت بی دریغ شان کمال تشکر را داریم. ضمنا این مقاله مستخرج از پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد تهران با کد اخلاق ۱۳۹۸,۰۰۱ IR.NKHUMS. می باشد که در مورخه ۱۳۹۷/۱۲/۱۴ به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی رسید.

References

1. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. Annu Rev Clin Psychol. 2016;12:307-30. **doi:** 10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204 **pmid:** 26772209
2. Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. Psychol Bull. 2017;143(2):187-232. **doi:** 10.1037/bul0000084 **pmid:** 27841450
3. Franklin JC, Huang X, Fox KR, Ribeiro JD. What suicide interventions should target. Curr Opin Psychol. 2018;22:50-3. **doi:** 10.1016/j.copsyc.2017.08.002 **pmid:** 30122278
4. Cuijpers P, DeBeurs DP, Van Spijker BAJ, Berking M, Andersson G, Kerkhof JFM. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: A systematic review and meta-analysis. J Affective Disorder. 2012;6:25.
5. ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Verdurmen J, van 't Land H, Vollebergh W, et al. Incidence and course of suicidal ideation and suicide attempts in the general population. Can J Psychiatry. 2009;54(12):824-33. **doi:** 10.1177/070674370905401205 **pmid:** 20047721
6. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. Br J Psychiatry. 2008;192(2):98-105. **doi:** 10.1192/bjp.bp.107.040113 **pmid:** 18245022
7. Forner CC. Dissociation, mindfulness, and creative meditations. New York: Routledge; 2017.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.). Washington, DC2013.
9. Foote B, Smolin Y, Neft DI, Lipschitz D. Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. J Nerv Ment Dis. 2008;196(1):29-36. **doi:** 10.1097/NMD.0b013e31815fa4e7 **pmid:** 18195639
10. Ross CA, Heber S, Anderson G. The Dissociative Disorders Interview Schedule. Am J Psychiatry. 1990;147(12):1698-9. **pmid:** 2244658
11. Sar V, Akyuz G, Dogan O. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. Psychiatry Res. 2007;149(1-3):169-76. **doi:** 10.1016/j.psychres.2006.01.005 **pmid:** 17157389
12. Defrin R, Schreiber S, Ginzburg K. Paradoxical Pain Perception in Posttraumatic Stress Disorder: The Unique Role of Anxiety and Dissociation. J Pain. 2015;16(10):961-70. **doi:** 10.1016/j.jpain.2015.06.010 **pmid:** 26168878
13. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2018;373(1754). **doi:** 10.1098/rstb.2017.0268 **pmid:** 30012735
14. Orbach I. Dissociation, physical pain, and suicide: a hypothesis. Suicide Life Threat Behav. 1994;24:68-79.
15. Calati R, Laglaoui Bakhiyi C, Artero S, Ilgen M, Courtet P. The impact of physical pain on suicidal thoughts and behaviors: Meta-analyses. J Psychiatr Res. 2015;71:16-32. **doi:** 10.1016/j.jpsychires.2015.09.004 **pmid:** 26522868
16. Calati R, Artero S, Courtet P, Lopez-Castroman J. Framing the impact of physical pain on suicide attempts. A reply to Stubbs. J Psychiatr Res. 2016;72:102-3. **doi:** 10.1016/j.jpsychires.2015.10.018 **pmid:** 26613346
17. Calati R, Bensassi I, Courtet P. The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: Meta-analyses. Psychiatry Res. 2017;251:103-14. **doi:** 10.1016/j.psychres.2017.01.035 **pmid:** 28196773
18. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. J Psychopathol Behav Assess. 2004;26(1):41-54. **doi:** 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
19. Selby EA, Anestis MD, Bender TW, Joiner TE, Jr. An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. J Abnorm Psychol. 2009;118(2):375-87. **doi:** 10.1037/a0015711 **pmid:** 19413411
20. Rajappa K, Gallagher M. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts.2012.
21. Hatkevich C, Penner F, Sharp C. Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. Psychiatry Res. 2019;271:230-8. **doi:** 10.1016/j.psychres.2018.11.038 **pmid:** 30502560
22. Law KC, Khazem LR, Anestis MD. The role of emotion dysregulation in suicide as considered through the ideation to action framework. Curr Opinion Psychol. 2015;3:30-5. **doi:** 10.1016/j.copsyc.2015.01.014
23. Anestis MD, Kleiman EM, Lavender JM, Tull MT, Gratz KL. The pursuit of death versus escape from negative affect: An examination of the nature of the relationship between emotion dysregulation and both suicidal behavior and non-suicidal self-injury. Compr Psychiatry. 2014;55(8):1820-30. **doi:** 10.1016/j.comppsych.2014.07.007 **pmid:** 25104613
24. Neacsiu AD, Fang CM, Rodriguez M, Rosenthal MZ. Suicidal Behavior and Problems with Emotion Regulation. Suicide Life Threat Behav. 2018;48(1):52-74. **doi:** 10.1111/sltb.12335 **pmid:** 28261853
25. Delavar A. Theoretical and Practical Principles of Research in the Humanities and Social Sciences. [Persian]: Roshd; 1398.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]

26. Morrison K. The relationship between dissociation, susceptibility to doubt and obsessive-compulsiveness: Doctoral dissertation, University of Surrey; 2015.
27. Bruce AS, Ray WJ, Carlson RA. Understanding cognitive failures: what's dissociation got to do with it? America J Psychol. 2007;1:553-63. **doi:** 10.2307/20445425
28. Kianpoor M, Ghanizadeh A, Badiei H. The relationship between dissociative experiences and the success of treatment through abstinence from opioid-use disorders. Zahedan J Res Med Sci. 2012;14(10):56-60.
29. Shams J, Azizi A, Mirzaei A. Correlation between distress tolerance and emotional regulation with students smoking dependence. Hakim Res J. 2010;13(1):11-8.
30. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1991.
31. Anisi J, Fathi Ashtiani A, Salimi SH, Ahmadi Nodeh Kh. Validity and Reliability of Beck Suicidal Ideation Scale in Soldiers. [Persian]. M J Med Mil Med. 1388;1(7):33-7.
32. Kilic F, Coskun M, Bozkurt H, Kaya I, Zoroglu S. Self-Injury and Suicide Attempt in Relation with Trauma and Dissociation among Adolescents with Dissociative and Non-Dissociative Disorders. Psychiatry Investig. 2017;14(2):172-8. **doi:** 10.4306/pi.2017.14.2.172 **pmid:** 28326115
33. Fakhry H. Dissociative phenomena in attempted suicide. Egyptian J Psychiatr. 2015;36:45-53. **doi:** 10.4103/1110-1105.153779
34. McHugh CM, Chun Lee RS, Hermens DF, Corderoy A, Large M, Hickie IB. Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2019;116:51-60. **doi:** 10.1016/j.jpsychires.2019.05.012 **pmid:** 31195164
35. Wortzel H, Arciniegas DB. A forensic neuropsychiatric approach to traumatic brain injury, aggression and suicide. J Academ Psychiatr Law. 2013;41:274-86.
36. Gratz KL, Roemer L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. Cogn Behav Ther. 2008;37(1):14-25. **doi:** 10.1080/16506070701819524 **pmid:** 18365795

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-21]