ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2021;10(2):109-116

مجله طب انتظامی

وب‌سایت مجله: http://jpmed.ir

مقاله اصیل

دسترسی آزاد

# پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان در بیماران انگاره‌پرداز خودکشی

سید حامد سجادپور[1]، لیلا حیدری نسب[2]*، محمد رضا شعیری[2]، محمد غلامی فشارکی[3]

[1] دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
[2] دانشیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
[3] استادیار گروه آمار زیستی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

## چکیده

**اهداف:** خودکشی یکی از دلایل اصلی مرگ‌ومیر زودرس در جهان است، بنابراین شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده خودکشی اهمیت بسیاری دارد. هدف از پژوهش حاضر پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان در بیماران انگاره¬پرداز خودکشی است.

**مواد و روش‌ها:** تعداد ۱۴۱ نفر از بیماران با افکار خودکشی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های تخصصی و بخش اورژانس بیمارستان‌های امام حسن (ع)، امام رضا (ع) و امام علی (ع) شهرستان بجنورد، در بهار سال ۹۸ به شیوه سرشماری وارد مطالعه شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌های دشواری در تنظیم هیجان و افکار خودکشی Beck توسط این بیماران تکمیل شد.

**یافته‌ها:** تعداد ۵۵ مرد و ۸۶ زن در مطالعه شرکت داشتند. میانگین سنی بیماران با افکار خودکشی ۲۳/۵ سال بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که از بین مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان سه زیرمقیاس دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان (P<۰/۰۰۱) عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (P<۰/۰۵) و عدم وضوح هیجانی (P<۰/۰۱)، توانسته‌اند به‌طور معناداری نمره افکار خودکشی را پیش‌بینی کنند.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که راهبردهای تنظیم هیجان، پذیرش پاسخ‌های هیجانی و وضوح هیجانی می‌توانند افکار خودکشی را پیش‌بینی کند.

**نحوه استناد به این مقاله**
Sadjadpour SH, HeydariNasab L, Shairi M, Gholami Fesharaki M. *Predicting Suicidal Thoughts Based on Components of difficulty in emotion regulation in suicide ideators.* J Police Med. 2021;10(2):109-116.

**نویسنده مسئول*:**
آدرس پستی: تهران- ابتدای آزادراه تهران قم- روبروی حرم مطهر- دانشگاه شاهد.
کدپستی: ۳۳۱۹۱۱۸۶۵۱
تلفن ثابت: -
فکس: -
پست الکترونیک: lhnpsy@gmail.com

**تاریخچه مقاله:**
دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۰۹
پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۱۹
چاپ: ۱۳۹۹/۰۱/۱۵

**کلیدواژه‌ها:** افکار خودکشی، تنظیم هیجان، انگاره‌پردازان خودکشی

## لینک‌های استناد

[1] The neurobiology of suicide ... [2] Repetitive nonsuicidal self-injury as experiential ... [3] Comparison of Effective Socio-Cultural ... [4] A Survey on the Suicidal Behavior in Iranian Military ... [5] Police views of suicidal persons and the law criminalizing ... [6] The effects of psychotherapy for adult ... [7] Effectiveness of online and mobile telephone applications ... [8] Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm ... [9] Natural disasters and suicidal behaviours ... [10] Recent Suicidal Ideation and Behavior ... [11] Multidimensional assessment of emotion ... [12] Clarifying the role of emotion dysregulation ... [13] Measurement of emotion dysregulation ... [14] Understanding the relationship between emotional ... [15] The Cry of Pain. [16] Elaborating the cry of pain model of suicidality ... [17] Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ... [18] Difficulties in emotion regulation and suicide ideation ... [19] Suicidal behavior and problems with emotion ... [20] Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal ... [21] Correlation between Distress Tolerance and Emotion ... [22] Manual for the Beck scale for suicide ... [23] Prevalence of Suicidal Ideation in Soldiers ... [24] Cognitive-behavioral treatment of borderline ... [25] Association between adolescent suicide ideation ... [26] Suicide as escape from self ... [27] The Collaborative Assessment and Management ... [28] Dialectical behavior therapy adapted for suicidal ... [29] Emotion regulation difficulties, youth–adult relationships ... [30] Thought suppression and self-injurious thoughts ... [31] Finding meaning through emotional understanding ... [32] Police contact within 3 months of suicide and associated ...

*Copyright © 2021, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

[ Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.22286241.1400.10.2.3.5 ]

[ DOI: 10.30505/10.2.107 ]

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2021;10(2):109-116

Journal of Police Medicine

Journal Homepage: http://jpmed.ir

Original Article Open Access

# Predicting Suicidal Thoughts Based on Components of difficulty in emotion regulation in suicide ideators

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

[1] Ph.D. in Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.
[2] Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.
[3] Assistant Professor, Department of Biostatistics, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

## ABSTRACT

**Aims:** Suicide is a fundamental cause of premature deaths in the world. Therefore, it is very important to identify predictors of suicide. The aim of the present study was to predict suicidal ideation based on the components of difficulty in emotion regulation in suicide ideators.

**Materials & Methods:** The statistical population of this study was the patients referring to the psychiatric clinics in Imam Reza and Imam Ali hospitals in Bojnourd with suicidal thoughts in the spring of 2019, which, according to the latest report, consisted of 233 people. Using the available sampling method, 141 patients were selected and completed the difficulty in emotion regulation questionnaire and Beck's suicidal ideation questionnaire.

**Findings:** In the present study, data were analyzed based on the information from 141 subjects, 55 of whom were male, and 86 were female. The mean age of participants was 23.5 years. The results of regression analysis showed that, among the components of difficulty in emotion regulation, three subscales of limited access to emotion regulation strategies (P<0.001), non-acceptance of emotional responses (P<0.05), and lack of emotional clarity (P<0.01) have been able to predict the suicidal ideation score significantly.

**Conclusion:** Based on the findings of this study, it can be concluded that emotion regulation strategies, acceptance of emotional responses, and emotional clarity can predict suicidal thoughts.

**How to cite this article**
Sadjadpour SH, HeydariNasab L, Shairi M, Gholami Fesharaki M. *Predicting Suicidal Thoughts Based on Components of difficulty in emotion regulation in suicide ideators.* J Police Med. 2021;10(2):109-116.

***Correspondence:**
Address: Tehran - Tehran Qom Freeway Primary - in front of the holy shrine - Shahed University.
Postal code:3319118651
Tel: -
Fax: -
Mail: lhnpsy@gmail.com

***Article History***
*Received: 30/12/2019*
*Accepted: 09/12/2020*
*ePublished: 04/04/2020*

**KEYWORD:** Suicidal Ideation, Emotion Regulation, Suicidal Ideation

## CITATION LINKS

[1] The neurobiology of suicide ... [2] Repetitive nonsuicidal self-injury as experiential ... [3] Comparison of Effective Socio-Cultural ... [4] A Survey on the Suicidal Behavior in Iranian Military ... [5] Police views of suicidal persons and the law criminalizing ... [6] The effects of psychotherapy for adult ... [7] Effectiveness of online and mobile telephone applications ... [8] Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm ... [9] Natural disasters and suicidal behaviours ... [10] Recent Suicidal Ideation and Behavior ... [11] Multidimensional assessment of emotion ... [12] Clarifying the role of emotion dysregulation ... [13] Measurement of emotion dysregulation ... [14] Understanding the relationship between emotional ... [15] The Cry of Pain. [16] Elaborating the cry of pain model of suicidality ... [17] Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ... [18] Difficulties in emotion regulation and suicide ideation ... [19] Suicidal behavior and problems with emotion ... [20] Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal ... [21] Correlation between Distress Tolerance and Emotion ... [22] Manual for the Beck scale for suicide ... [23] Prevalence of Suicidal Ideation in Soldiers ... [24] Cognitive-behavioral treatment of borderline ... [25] Association between adolescent suicide ideation ... [26] Suicide as escape from self ... [27] The Collaborative Assessment and Management ... [28] Dialectical behavior therapy adapted for suicidal ... [29] Emotion regulation difficulties, youth–adult relationships ... [30] Thought suppression and self-injurious thoughts ... [31] Finding meaning through emotional understanding ... [32] Police contact within 3 months of suicide and associated ...

*Copyright © 2021, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

[ Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-12 ]
[ DOR: 20.1001.1.22286241.1400.10.2.3.5 ]
[ DOI: 10.30505/10.2.107 ]

## مقدمه

خودکشی یک نگرانی مهم در مورد سلامت عمومی جامعه است که آن را با عوامل مختلف اجتماعی، بیولوژیکی و روان‌شناختی مرتبط دانسته‌اند [۱]. میزان شیوع تمایل به رفتارهای خودکشی و انگاره‌پردازی خودکشی در جوامع مختلف، در طول دهه‌های اخیر، رو به افزایش بوده است [۲]. خودکشی، امروزه به‌عنوان یکی از معضلات مهم سلامت روان به‌ویژه در جمعیت جوان به شمار می‌رود. خودکشی دومین علت پیشتاز در مرگ افراد ۱۵ تا ۲۹ ساله است [۳]. در پژوهشی [۴] نرخ شیوع اقدام به خودکشی در دانشجویان ایرانی بین ۱/۸ تا ۳/۵ درصد و انگاره‌پردازی خودکشی بین ۶/۲ تا ۴۲/۷ درصد برآورد شد؛ بنابراین مسئله خودکشی در ایران نیز همچون سایر کشورها مسئله‌ای حائز اهمیت در جمعیت جوان است که نیاز به بررسی‌های علمی دقیق و جامع دارد [۴]. افسران پلیس غالباً اولین پاسخ‌دهندگان به افراد بحران‌زده هستند، اما به‌طورکلی آموزش‌های کمی برای این نقش می‌بینند. آموزش پلیس در مورد رفتار خودکشی ممکن است به تعمیق درک آن‌ها کمک کرده و به بهبود شیوه برخورد با افراد خودکشی کننده کمک کند. این امر همچنین ممکن است تعهدات پلیس در برابر جلوگیری از خودکشی را تقویت کند [۵].

در سال‌های اخیر تلاش‌های پژوهشی بسیاری شده است تا مداخلات پیشگیرانه مؤثر برای غلبه بر معضل خودکشی، شناسایی یا طراحی شود، ولی متأسفانه نتایج مطالعات مروری و فرا تحلیلی نشان می‌دهند که مداخلات حال حاضر، از اثربخشی کافی در بلندمدت برخوردار نیستند [۷،۶]. یکی از دلایل مطرح‌شده، این است که فرآیندهای مؤثر بر خودکشی، هنوز به‌قدر کافی در قالب پژوهش‌های استاندارد، بررسی نشده‌اند [۸].

افرادی که رفتارهای خودکشی را انجام می‌دهند، اغلب درگذشته دستخوش تجاربی از قبیل خشونت بین فردی، فقدان عزیزان یا بلایای طبیعی شده‌اند [۹]. بااین‌حال، بیشترین مواردی که در ادبیات پژوهشی موردبررسی قرارگرفته‌اند، افسردگی، گسستگی و تکانش گری است که با اختلال در نظم‌بخشی هیجانی مرتبط هستند [۱۰].

بد تنظیمی هیجان که به‌عنوان عدم تحمل و حساسیت نسبت به پریشانی هیجانی و نیاز به فرار از هیجانات منفی توصیف می‌شود [۱۱]، رابطه نیرومندی با میل به خودکشی دارد [۱۲]. ازنظر *Gratz* و *Roemer* دشواری در نظم‌بخشی هیجانی را می‌توان در قالب ۶ مؤلفه تعریف کرد: ۱-فقدان آگاهی از هیجانات و درك آن‌ها (این بُعد تمایل به توجه نشان دادن به هیجانات را نشان می‌دهد) ۲- نپذیرفتن پاسخ‌های هیجانی (تمایل فرد به پاسخ‌های هیجانی منفی ثانویه به هیجانات منفی یا عدم پذیرش واکنش‌های فرد به آشفتگی‌ها را نشان می‌دهد). ۳- دشواري در انجام رفتار هدفمند (به دشواری‌هایی در تمرکز کردن و تکمیل کردن تکالیف و دست به عمل سازنده زدن براي رسیدن به اهداف دلخواه، به هنگام تجارب هیجانی منفی اشاره دارد). ۴- دشواري در کنترل تکانه (به توانایی کنترل رفتارهاي تکانشی و حفظ کنترل رفتارها اشاره دارد.) ۵- دسترسی محدود به راهبردهاي نظم‌بخشی هیجانات نیز به این باور اشاره دارد که راه‌های کمی براي نظم‌بخشی هیجانی به هنگام عصبی بودن فرد وجود دارد و ۶-عدم وضوح هیجانات نیز به میزان شناخت فرد از تجارب هیجانی خود اشاره دارد [۱۱].

*Weinberg* و *Klonsky* ساختار ۶ عاملی دشواری در تنظیم هیجان را تأیید کردند و ارتباط معناداری بین ایده خودکشی و همه خرده مقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان، به‌استثنای فقدان آگاهی هیجانی، در جمعیت عمومی نوجوانان جامعه را نشان دادند. در مطالعه آن‌ها همبستگی بین خرده مقیاس‌های دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان و عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی با افکار خودکشی بالاتر بود [۱۳]. درواقع، مطابق با مدل آبشار هیجان [۱۴]، هنگامی‌که شدت هیجانات منفی و نشخوارهای فکری به یك وضعیت غیرقابل‌تحمل فزونی یابد، نقصانی را در راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان وارد می‌کند که این دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم احساسات و عدم وجود رفتار هدفمند در سوق دادن فرد به‌سوی انگاره خودکشی مؤثر است. همچنین مطابق با مدل گریه برای درد [۱۵] خودکشی یك واکنش به موقعیت‌های استرس‌زا است که در آن فرد شکست را می‌فهمد و امیدی به حل آن ندارد [۱۶]؛ با استفاده از این مدل، افراد هنگامی‌که هیجانات منفی شدید را، غیرقابل‌تحمل می‌پندارند، و هنگامی‌که فاقد راهبردهای ادراک‌شده برای تنظیم مناسب هیجانات و حل وضعیت پریشانی هستند، به خودکشی رو می‌آورند [۱۶].

نتایج پژوهش *Rajappa* و همکاران نشان می‌دهد، بد تنظیمی هیجانی حتی پس از کنترل اثر اختلالات روان‌شناختی می‌تواند خودکشی را پیش‌بینی کند [۱۷]. *Hatkevich* و همکاران به این نتیجه رسیدند که افراد با دشواری در تنظیم هیجان بالا بیشتر احتمال دارد به خودکشی فکر کنند [۱۸]. نتیجه پژوهش *Neacsiu* و همکاران نشان داد که بین دشواری در تنظیم هیجان در افراد افسرده‌ای که سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند با افراد سالم تفاوت معناداری وجود دارد. آن‌ها بیان داشتند که پژوهش‌های آینده باید به این سؤال پاسخ دهند که کدام‌یک از مؤلفه‌های تنظیم هیجان می‌تواند خودکشی را پیش‌بینی کند [۱۹]. پژوهش‌های معدودی که به بررسی رابطه این مؤلفه‌ها با افکار خودکشی پرداخته‌اند، در جمعیت عمومی جامعه صورت گرفته‌اند. حتی مطالعات محدودی که بر روی بیماران انگاره‌پردازان و اقدام کنندگان به خودکشی صورت گرفته، ملاک ورود را فکر یا اقدام به خودکشی در طی یک سال گذشته و یا در طول عمر در نظر گرفته‌اند، درحالی‌که لزوم انجام پژوهش در زمان‌های بسیار نزدیک به انگاره پردازی یا اقدام به خودکشی در ادبیات پژوهشی این حوزه مؤکداً توصیه‌شده است [۲۰]. لذا پژوهش حاضر از معدود پژوهش‌هایی است که به فاصله حداکثر یک هفته از فکر جدی یا اقدام به خودکشی در نظر دارد تا در گروهی از بیماران انگاره پرداز خودکشی این فرضیه را بیازماید که کدام‌یک از مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان قادر است افکار خودکشی را پیش‌بینی کند.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش را بیماران با افکار خودکشی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های تخصصی و اورژانس بیمارستان‌های امام حسن(ع) امام رضا(ع) و امام علی (ع) شهرستان بجنورد، در بهار سال ۹۸ تشکیل می‌دادند که طبق آخرین گزارش مشتمل بر ۲۳۳ نفر بودند. از این تعداد، ۱۵۵ نفر برای شرکت در پژوهش رضایت داشتند و حائز شرایط

[ Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-12 ]
[ DOR: 20.1001.1.22286241.1400.10.2.3.5 ]
[ DOI: 10.30505/10.2.107 ]

ورود به مطالعه بودند. روش نمونه‌گیری مطالعه حاضر سرشماری بود. از بین ۱۵۵ بیمار، نتایج ۱۴ نفر به دلایلی ازجمله احتمال پاسخ‌دهی به شیوه شانسی و غیردقیق و عدم تکمیل بخش اعظمی از پرسشنامه از تحلیل کنار گذاشته شدند. بنابراین حجم نمونه پژوهش حاضر ۱۴۱ نفر بود. معیارهای ورود عبارت بودند از: داشتن حداقل ۱۵ سال و حداکثر ۲۹ سال سن (سن جوانی به گزارش سازمان ورزش و جوانان)، گزارش فکر خودکشی ظرف یک هفته گذشته، مراجعه به روان‌پزشک با گزارش فکر خودکشی ظرف یک هفته گذشته، کسب حداقل نمره ۶ در پرسشنامه انگاره پردازی خودکشی بک (وجود خطر بالای خودکشی)، دادن پاسخ مثبت به سؤال پنجم پرسشنامه انگاره پردازی خودکشی بک (سؤال ۵: به خودکشی تمایل دارم). معیارهای خروج عبارت بودند از: عدم پاسخگویی به بیش از ۵ سؤال پرسشنامه‌ها و پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها به شیوه شانسی و غیردقیق.

**روش اجرا:** پس از معرفی بیماران انگاره پرداز خودکشی توسط روان‌پزشک‌های درمانگاه‌های تخصصی و اورژانس بیمارستان‌های امام حسن(ع) امام رضا(ع) و امام علی(ع)، محققان به تخت‌ها و کلینیک‌های مربوطه مراجعه و در مورد اهداف پژوهش، و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها توضیحاتی به بیماران ارائه کردند. بیمارانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند.

**پرسشنامه‌های پژوهش:**

۱. پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان Gratz و Roemer (Difficulty In Emotion Regulation Scale; 2004):

مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (DERS) یک ابزار سنجش ۳۶ آیتمی است، که گستره پاسخ‌های آن در مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ قرار می‌گیرد [۱۱]. تحلیل عاملی وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (۶ سؤال با دامنه ۶ تا ۳۰)، دشواری در انجام رفتار هدفمند (۵ سؤال با دامنه ۵ تا ۲۵)، دشواری در کنترل تکانه (۶ سؤال با دامنه ۶ تا ۳۶)، فقدان آگاهی هیجانی (۶ سؤال با دامنه ۶ تا ۳۶)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (۸ سؤال با دامنه ۸ تا ۴۰)، عدم وضوح هیجانی (۵ سؤال با دامنه ۵ تا ۲۵) را نشان داد [۱۱] در مطالعه Gratz و Roemer همسانی درونی بالایی، (۰/۹۳) گزارش شد (۵). هر ۶ زیرمقیاس DERS، آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ داشتند. همچنین DERS همبستگی معناداری با مقیاس NMR و پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ، هایز و همکاران) دارد [۱۱]. 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 کرد [۲۱].

۲. مقیاس سنجش انگاره پردازی خودکشی Beck Beck): Scale For Suicidal Ideation; 1991)

مقیاس افکار خودکشی بک (BSIS) یک ابزار خود سنجی ۱۹ سؤالی است. این پرسشنامه به‌منظور آشکارسازي و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و طرح‌ریزی براي ارتکاب به خودکشی در طی هفته گذشته تهیه‌شده است [۲۲]. در آزمون افکار خودکشی Beck سؤال ۵ کاربرد غربالگري دارد. اگر پاسخ‌ها نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافعال باشد؛ آزمودنی باید ۱۴ سؤال بعدي را نیز ادامه دهد. در مقیاس Beck، می‌توان خطر خودکشی را به شرح زیر تعیین کرد: وجود افکار خودکشی با خطر پایین (۵-۰)، وجود افکار خودکشی با خطر بالا (۶-۱۹)، وجود افکار خودکشی با خطر بسیار بالا (۲۰-۳۸).

مقیاس افکار خودکشی Beck با مقیاس ناامیدي بک و پرسشنامه افسردگی Beck از ۰/۶۴ تا ۰/۷۵ همبستگی دارد. مقیاس افکار خودکشی Beck داراي پایایی بالایی است. با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ به‌دست‌آمده است؛ و با استفاده از روش آزمون - باز آزمون، پایایی آزمون ۰/۵۴ به‌دست‌آمده است [۲۲]. در پژوهش انیسی و همکاران مقیاس بک با مقیاس افسردگی Goldberg ۰/۷۶ همبستگی داشت. همچنین اعتبار مقیاس Beck با استفاده از روش آلفاي کرونباخ برابر با ۰/۹۵ و از روش دونیمه کردن ۰/۷۵ به دست آمد [۲۳].

**تجزیه‌وتحلیل آماری داده‌ها:** داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه‌وتحلیل شدند و از آزمون‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار، و آمار استنباطی شامل همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به سبک ورود (Enter) در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

**ملاحظات اخلاقی:** در مراحل اجرا و جمع‌آوری داده‌های پژوهش سعی شد تمام اطلاعات آزمودنی‌ها محرمانه بماند و این اطمینان به آزمودنی‌ها داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه بوده و فقط به‌صورت گروهی و بدون ذکر نام تحلیل خواهد شد. در زمان ارائه پرسشنامه‌ها و قبل از تکمیل آن‌ها، به شرکت‌کنندگان در مورد نوع پژوهش و فعالیتی که باید انجام دهند، توضیح داده شد. از همه افراد رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه اخذ گردید. محقق متعهد شد که اگر شرکت‌کننده‌ای تمایل به دریافت نتایج آزمون‌های خود را داشته باشد، آن‌ها را با رعایت مسائل روان‌شناختی، در اختیار قرار دهد. به این منظور ایمیل و شماره تماس پژوهشگر در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد. پس از اتمام تکمیل پرسشنامه‌ها، با هدیه‌ای از شرکت‌کنندگان قدردانی شد. پژوهش حاضر دارای کد اخلاق IR.NKHUMS.1398.001 است که به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی رسیده است.

## یافته‌ها

به‌طورکلی، ۱۵۵ بیمار با انگاره پردازی خودکشی در این پژوهش شرکت کردند که ۱۴ نفر آن‌ها طی غربالگری داده‌ها از نمونه اولیه کنار گذاشته شدند؛ بنابراین، ویژگی‌های جمعیت شناختی در توصیف نمونه مربوط به ۱۴۱ آزمودنی با میانگین سنی ۲۳/۵ سال است که درنهایت تحلیل داده‌ها روی آن‌ها انجام شد. اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه یادشده در جدول ۱ ارائه گردیده است.

**جدول ۱)** توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی ۱۴۱ بیمار با انگاره‌پردازی خودکشی

| ویژگی | | فراوانی (n) | درصد فراوانی (%) |
|---|---|---|---|
| جنسیت | مذکر | ۵۵ | ۳۹ |
| | مؤنث | ۸۶ | ۶۱ |
| جمع | | ۱۴۱ | ۱۰۰ |
| سن | ۱۸-۱۵ | ۱۰۸ | ۷۶/۶ |
| | ۲۹-۱۸ | ۳۳ | ۲۳/۴ |
| جمع | | ۱۴۱ | ۱۰۰ |



[ Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-12 ]
[ DOR: 20.1001.1.22286241.1400.10.2.3.5 ]
[ DOI: 10.30505/10.2.107 ]

میانگین و انحراف معیار انگاره پردازی خودکشی ۷±۱۵/۶۰ و خرده مقیاس‌های دشواری در تنظیم هیجان شامل فقدان آگاهی هیجانی ٤/٣٦±١٨/٢٣، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی ٥/٧٨±١٦/١٥، دشواری در کنترل تکانه ٥/٣٥±٢٠/٦٠، دشواری در انجام رفتار هدفمند ٤/٤٢±١٧/٥١، عدم وضوح هیجانی ٤/٤٨±١٤/٨٠، و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی ٦/٧٧±٢٤/٣٥ بوده است که نتایج آن در جدول ۲ ارائه‌شده است.

یکی از مفروضات مهم رگرسیون این است که نباید بین متغیرها رابطه هم خطی وجود داشته باشد. بدین معنی که هیچ‌یک از متغیرهای مستقل نباید رابطه خطی با همدیگر داشته باشند. رابطه هم خطی وضعیتی است که نشان می‌دهد یک متغیر مستقل تابعی خطی از سایر متغیرهای مستقل است. نتایج مربوط به بررسی وضعیت هم‌بستگی بین متغیرها نشان داد که رابطه هم خطی بین متغیرهای مستقل وجود نداشته و این مفروضه رعایت شده است. این نتایج در جدول ۳ ارائه‌شده است.

**جدول ۲)** شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای مطالعه در ۱۴۱ بیمار با انگاره پردازی خودکشی

| پرسشنامه | متغیر | میانگین | انحراف معیار | کمینه | بیشینه |
|---|---|---|---|---|---|
| انگاره پردازی خودکشی | نمره کل | ۱۵/۶۰ | ۷ | ۶ | ۳۶ |
| دشواری در تنظیم هیجان | فقدان آگاهی هیجانی | ۱۸/۲۳ | ۴/۳۶ | ۶ | ۲۸ |
| | عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی | ۱۶/۱۵ | ۵/۷۸ | ۶ | ۳۰ |
| | دشواری در کنترل تکانه | ۲۰/۶ | ۵/۳۵ | ۷۹ | ۳۳ |
| | دشواری در انجام رفتار هدفمند | ۱۷/۵۱ | ۴/۴۲ | ۵ | ۲۵ |
| | عدم وضوح هیجانی | ۱۴/۸ | ۴/۴۸ | ۶ | ۲۷ |
| | دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی | ۲۴/۳۵ | ۶/۷۷ | ۱۰ | ۴۰ |

**جدول ۳)** همبستگی بین متغیرهای پژوهش

| متغیر پژوهشی | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ۱. افکار خودکشی | ۱ | | | | | | |
| ۲. فقدان آگاهی هیجانی | ۰/۱۲۳ | | | | | | |
| ۳. عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی | ۰/۱۱۷ | ۰/۱۱۵ | ۱ | | | | |
| ۴. دشواری در کنترل تکانه | ۰/۳۴۷** | ۰/۱۴۲ | ۰/۳۶۱** | ۱ | | | |
| ۵. دشواری در انجام رفتار هدفمند | ۰/۲۳۴** | ۰/۴۱** | ۰/۳۰۴** | ۰/۴۴۵** | ۱ | | |
| ۶. عدم وضوح هیجانی | ۰/۳۳۳** | ۰/۲۹۲** | ۰/۳۶۵** | ۰/۲۵۷** | ۰/۱۷۳* | ۱ | |
| ۷. دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی | ۰/۴۵۰** | ۰/۱۰۴ | ۰/۴۵۱** | ۰/۶۵۵** | ۰/۵۵۳** | ۰/۲۹۵** | ۱ |

** p<۰/۰۱ : * p<۰/۰۵

**جدول ٤)** نتایج تحلیل رگرسیون هم‌زمان جهت بررسي پیش‌بینی افکار خودکشی بر اساس مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان

| متغیرهاي پیش‌بین | متغیر ملاک | ضریب رگرسیون | خطای استاندارد | ضریب استاندارد رگرسیون | آماره آزمون | سطح معناداري |
|---|---|---|---|---|---|---|
| عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی | افکار خودکشی | ۰/۲۴ | ۰/۱۱ | ۰/۲۰ | ۲/۲۴ | ۰/۰۲۷ |
| عدم وضوح هیجانی | | ۰/۴۳ | ۰/۱۳ | ۰/۲۷ | ۳/۲۲ | ۰/۰۰۲ |
| دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی | | ۰/۴۳ | ۰/۱۱ | ۰/۴۲ | ۳/۸۰ | ۰/۰۰۰ |
| | F=۸/۵۶ | ADj. R2=۰/۲۵ | | R2=۰/۲۷ | | R=۰/۵۳ |

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که سه زیرمقیاس دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان (P<۰/۰۰۱)، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (P<۰/۰۵) و عدم وضوح هیجانی (P<۰/۰۱)، توانسته‌اند به‌طور معناداری نمره افکار خودکشی را پیش‌بینی کنند؛ و درمجموع نتیجه تحلیل رگرسیون نشان می‌دهد که ۰/۲۵ از واریانس متغیر ملاک (افکار خودکشی) توسط متغیرهای پیش‌بین (مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان) تبیین شده‌اند.

در این پژوهش، زیرمقیاس‌های فقدان آگاهی هیجانی (P<۰/۶۶۴)، دشواری در کنترل تکانه (P<۰/۳۶۲) و دشواری در انجام رفتار هدفمند (P<۰/۸۰۸)، نتوانستند به‌طور معناداری افکار خودکشی را پیش‌بینی کنند.

## بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که از میان مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی و عدم وضوح هیجانی توانسته‌اند افکار خودکشی را پیش‌بینی کنند. این یافته که دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان بافکر خودکشی رابطه دارد، هم‌راستا با پژوهش‌های پیشین است [۱۱، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۲۴، ۲۵]. *Gratz* و *Roemer* [۱۱] دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، یا این باور که پس از ناراحت شدن، روش‌های کمی برای تنظیم مؤثر احساسات وجود دارد را عاملی برای بروز افکار خودکشی دانستند.

تعجب‌آور نیست که دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان با بروز ایده‌های خودکشی مرتبط باشد، چراکه افکار خودکشی ممکن است یک‌راه حل برای حل مسئله احساسات غیرقابل‌تحمل و مدیریت این هیجانات و پریشانی‌ها باشد. به‌ویژه در شرایط استرس‌زا مانند درگیری مداوم بین فردی و تجربه



[ Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-12 ]
[ DOR: 20.1001.1.22286241.1400.10.2.3.5 ]
[ DOI: 10.30505/10.2.107 ]

ترومای شدید که نیاز به راهبردهای تنظیم هیجانات، بیشتر احساس می‌شود [۱۸]. این ایده که افکار خودکشی به دلیل عدم وجود راهبردهای تنظیم هیجان، ممکن است به‌عنوان یک استراتژی حل مسئله به وجود آید، به‌خوبی با مدل فرار از خودکشی *Baumeister* [۲۶] و همچنین با رویکردهای خاص خودکشی، مانند ارزیابی تعاملی برای مدیریت خودکشی *Jobes* [۲۷] و *DBT* برای خودکشی نوجوانان *Rathus* و *Miller* [۲۸] هم‌راستاست. هر دو این درمان‌های مبتنی بر شواهد درزمینهٔ درمان دشواری در تنظیم هیجان و نقص حل مسئله به‌منظور کاهش خطر خودکشی پیش‌بینی‌شده‌اند. بنابراین، به نظر می‌رسد ادبیات نظری و تجربی، و همچنین مداخلات بالینی برای خودکشی، با یافته فعلی دسترسی محدود به استراتژی‌های نظارتی مؤثر که یکی از حوزه‌های بی‌نظمی هیجان است، همگرا هستند. همچنین یافته‌های Pisani و همکاران [۲۹] و Rajappa و همکاران [۱۷] نشان داد که از بین مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان، به‌طور منحصربه‌فردی ایده خودکشی را پیش‌بینی می‌کند. این مسئله ممکن است به دلیل عدم وجود روش‌های مؤثر تنظیم احساسات در شرایط پرتنش باشد [۱۱].

یافته‌های پژوهش حاضر از رابطه دشواری در کنترل تکانه و افکار خودکشی حمایت نکرد. برخلاف مطالعه حاضر، در مطالعه Hatkevich و همکاران، مشکلات کنترل تکانه رابطه منفی قابل‌توجهی با افکار خودکشی، نشان داد. در آن پژوهش مشکلات بیشتر در کنترل تکانه با عدم وجود افکار خودکشی در ارتباط بود [۱۸]. در مقابل، Weinberg و Klonsky ارتباط مستقیمی بین دشواری در کنترل تکانه با افکار خودکشی یافتند [۱۳]. بنابراین با توجه نتایج متناقض، لزوم بررسی بیشتر این مؤلفه در پژوهش‌های آتی احساس می‌شود.

این یافته که عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی با افکار خودکشی رابطه دارد، هم‌راستا با پژوهش‌های پیشین است [۱۱، ۱۳، ۱۴، ۲۴، ۲۶]. مطابق با مدل گریه برای درد [۱۵] عدم پذیرش هیجانات منفی یکی از دلایل اصلی روی آوردن به افکار خودکشی است. نظریه Linehan در خصوص خودکشی در اختلال شخصیت مرزی [۲۴] نیز، عدم پذیرش هیجانات منفی را عاملی مهم در رشد افکار و رفتارهای مربوط به خودکشی می‌داند. همچنین Najmi و همکاران [۳۰] اذعان داشتند، سرکوب افکار درونی و تأثیرات مرتبط با آن (عدم پذیرش) ممکن است ارتباط بین تجربیات هیجان‌انگیز و افکار خودکشی را توضیح دهد. علاوه بر این، نشان داده‌شده است که ایده خودکشی با عدم پذیرش هیجانات مرتبط است [۱۳].

یافته‌های پژوهش حاضر هم‌راستا با پژوهش Neacsiu و همکاران [۱۹] رابطه بین عدم وضوح هیجانی و افکار خودکشی را تأیید کرد. Abeyta و همکاران [۳۱]، مکانیسمی را پیشنهاد کردند که از طریق آن وضوح هیجانی کم منجر به خودکشی می‌شود. آن‌ها نشان دادند افرادی که وضوح عاطفی کم دارند، نسبت به افرادی که شفافیت بالایی را گزارش کرده‌اند، بیشتر در معرض تفکر خودکشی قرار داشته‌اند. آن‌ها فرض کردند که عدم فهم صحیح هیجانات ممکن است منجر به مشکلات دریافتن معني زندگي شود، که به‌نوبه خود در شرایط پریشانی شدید منجر به در نظر گرفتن رفتار خودکشی می‌شود. اگر این فرضیه صحیح باشد، یک‌راه روشن برای جلوگیری از خودکشی افزایش وضوح عاطفی در جمعیت‌های آسیب‌پذیر است. البته باید در نظر داشت که مطالعه Rajappa و همکاران از این ارتباط حمایت نمی‌کند [۱۷]؛ بنابراین، یافته‌های مربوط به اهمیت این متغیر در رابطه با افکار خودکشی، متناقض بوده و لزوم تحقیقات بیشتر در این رابطه احساس می‌شود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که لازم است در برداشت و تعمیم نتایج مدنظر قرار گیرند. ازآنجایی‌که مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی بوده است، امکان استنباط روابط علّی-معلولی با محدودیت روبه‌رو است. همچنین نمونه موردمطالعه شامل بیماران ۱۵ تا ۲۹ سال مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و بیمارستان‌های استان خراسان شمالی، بود، بنابراین تعمیم نتایج به نمونه‌های عمومی و نمونه‌هایی با ویژگی‌های جمعیت شناختی متفاوت نظیر سن، با محدودیت مواجه است. ضمناً، تمام ابزارهای مورداستفاده در این پژوهش از نوع خودگزارش‌دهی بوده است که ممکن است سبب شود آزمودنی‌ها در انتخاب پاسخ‌های خود دچار کم یا بیش برآوردی شوند، بدین خاطر نتایج ممکن است تحت تأثیر این امر قرار گیرند.

نتایج پژوهش حاضر حاوی یک نکته حائز اهمیت برای پلیس در خصوص مداخلات پیشگیرانه از خودکشی است. بسیاری از افراد در طی ۳ ماه قبل از خودکشی به یک افسر پلیس مراجعه کرده‌اند [۳۲]. بنابراین، این امر ضروری است که در پیشگیری از خودکشی به نقش پلیس همانند مراقبان بهداشت روان اهمیت داده شود. تدوین برنامه‌های آموزشی برای پلیس درزمینهٔ شناسایی عوامل خطر خودکشی، به‌ویژه دشواری در تنظیم هیجان افراد در معرض خطر خودکشی، هنگامی بیشتر احساس می‌شود که بدانیم دشواری در تنظیم هیجان حتی در غیاب اختلالات روان‌پزشکی پیش‌بینی کننده افکار خودکشی است [۱۷].

## نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که راهبردهای تنظیم هیجان، پذیرش پاسخ‌های هیجانی و وضوح هیجانی می‌توانند افکار خودکشی را پیش‌بینی کنند. بنابراین تمرکز بر بهبود این مؤلفه‌های تنظیم هیجان می‌تواند به‌عنوان یک اولویت در مداخلات پیشگیرانه از خودکشی در نظر گرفته شود.

## تشکر و قدردانی

از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی جهت هماهنگی با بیمارستان‌های استان و مراکز روان‌پزشکی، تشکر و قدردانی می‌شود.

## تضاد منافع

نویسندگان مقاله تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در قبال مطالعه حاضر وجود ندارد.

## سهم نویسندگان

همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله و بازنگری آن سهیم بودند و همه با تائید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

## منابع مالی



[ Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-12 ]
[ DOR: 20.1001.1.22286241.1400.10.2.3.5 ]
[ DOI: 10.30505/10.2.107 ]

هزینه‌ها توسط نویسندگان مقاله تأمین‌شده است.

## References


1. Van Heeringen K, Mann JJ. The neurobiology of suicide. Lancet Psychiatry. 2014; 1: 63–72.
2. Howe-Martin LS, Murrell AR, Guarnaccia CA. Repetitive nonsuicidal self-injury as experiential avoidance among a community sample of adolescents. Journal of Clinical Psychology. 2012; 68 (7): 809-29.
3. Ryazi A, Najafianpour B. Comparison of Effective Socio-Cultural and Psychological Factors in Women Suicide in Iran and Tajikistan. Iranian Cultural Research Quarterly. 2016; 8(4).
4. Bakhtar M, Rezaeian M. A Survey on the Suicidal Behavior in Iranian Military Forces: A Systematic Review Study. J Rafsanjan Univ Med Sci. 2018; 16(11): 1065-1080.
5. Osafo J, Akotia CS, Quarshie EN, Boakye KE, Andoh-Arthur J. Police views of suicidal persons and the law criminalizing attempted suicide in Ghana: A qualitative study with policy implications. Sage open. 2017;7(3):2158244017731803.
6. Cuijpers P, de Beurs DP, van Spijker BA, Berking M, Andersson G, Kerkhof AJ. The effects of psychotherapy for adult depression on suicidality and hopelessness: a systematic review and meta-analysis. Journal of affective disorders. 2013;144(3):183-90.
7. Witt K, Spittal MJ, Carter G, Pirkis J, Hetrick S, Currier D, Robinson J, Milner A. Effectiveness of online and mobile telephone applications ('apps') for the self-management of suicidal ideation and self-harm: a systematic review and meta-analysis. BMC psychiatry. 2017 ;17(1):297.
8. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2015;54(2):97- 107.
9. Kõlves K, Kõlves KE, De Leo D. Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review. Journal of affective disorders. 2013 Mar 20;146(1):1-4.
10. Briere J, Kwon O, Semple RJ, Godbout N. Recent Suicidal Ideation and Behavior in the General Population: The Role of Depression, Posttraumatic Stress, and Reactive Avoidance. The Journal of nervous and mental disease. 2019;207(5):320-5.
11. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment. 2004;26(1):41-54.
12. Anestis MD, Bagge CL, Tull MT, Joiner TE. Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. Journal of Psychiatric Research. 2011; 45:603-611.
13. Weinberg, A, Klonsky ED. Measurement of emotion dysregulation in adolescents. Psychol. Assess. 2009; 21:616–621.
14. Selby EA, Anestis MD, Joiner TE. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: emotional cascades. Behav Res Ther. 2008; 46:593–611.
15. Williams JMG. The Cry of Pain. Penguin, London. 2001.
16. Rasmussen SA, Fraser L, Gotz M, MacHale S, Mackie R, Masterton G, et al. Elaborating the cry of pain model of suicidality: testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. Br J Clin Psychol. 2010; 49:15–30.
17. Rajappa K, Gallagher M, Miranda R. Emotion dysregulation and vulnerability to suicidal ideation and attempts. Cogn. Ther. Res. 2012;36,833–839.
18. Hatkevich C, Penner F, Sharp C. Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. Psychiatry Research. 2019;(271):230–238.
19. Neacsiu AD, Fang CM, Rodriguez M, Rosenthal MZ. Suicidal behavior and problems with emotion regulation. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2018;48(1):52-74.
20. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation. Annu Rev Clin Psychol. 2016;12(1):307–30.
21. Azizi AR, Mirzaee A, Shams J. Correlation between Distress Tolerance and Emotion Regulation with Students Smoking Dependence. Hakim J. 2010;(13):11-18.
22. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1991;63.
23. Anisi J, Fathi-Ashtiani A, Soltani Nejad A, Amiri M. Prevalence of Suicidal Ideation in Soldiers and its Associated Factors. J Mil Med. 2006; 8 (2) :113-118.
24. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. NY J: Guilford Press. 1993.
25. Valois RF, Zullig KJ, Hunter AA. Association between adolescent suicide ideation, suicide attempts and emotional self-efficacy. J Child Family Stud. 2015; 24, 237–248.
26. Baumeister RF. Suicide as escape from self. Psychol Rev. 1990;(97):90–113.
27. Jobes DA. The Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS): An evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. Suicide and Life-Threatening Behavior. 2012; 42(6):640-53.
28. Rathus JH, Miller AL. Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. Suicide and life-threatening behavior. 2002;32(2):146-57.
29. Pisani AR, Wyman PA, Petrova M, Schmeelk-Cone K, Goldston DB, Xia Y, et al. Emotion regulation difficulties, youth–adult relationships, and suicide attempts among high school students in underserved communities. J Youth Adolesc. 2013;42:807–820.
30. Najmi S, Wegner DM, Nock MK. Thought suppression and self-injurious thoughts and behaviors. Behav Res Ther. 2007;(45):1957–1965.
31. Abeyta AA, Routledge C, Juhl J, Robinson MD. Finding meaning through emotional understanding: Emotional clarity predicts meaning in life and adjustment to existential threat. Motiv Emot. 2015;39(6):973-83.
32. Linsley KR, Johnson N, Martin J. Police contact within 3 months of suicide and associated health service contact. The British Journal of Psychiatry. 2007;190(2):170-1.


[ Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.22286241.1400.10.2.3.5 ]
[ DOI: 10.30505/10.2.107 ]

این صفحه آگاهانه سفید گذاشته شده است

[ Downloaded from jpmed.ir on 2026-11-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.22286241.1400.10.2.3.5 ]

[ DOI: 10.30505/10.2.107 ]