

The Mediating Role of Mentalization and Self-Emotion Regulation in the Relationship between Childhood Trauma and Suicidal Ideation

Nouraei, N., Goodarzi, *M., Aflakseir, A.

Abstract

Introduction: Recent research has focused on the mediating roles of mentalization and emotional self-regulation in the development and manifestation of mental disorders. This study aims to investigate how these constructs mediate the relationship between childhood trauma and suicidal thoughts.

Method: The study design is foundational, employing a correlational-descriptive approach. The study population consists of single men aged 22 to 28, with a sample size of 411 individuals. Data collection involved face-to-face interviews and distribution of questionnaires via a hotline. Research instruments included the Childhood Trauma Questionnaire, Beck's Suicide Ideation Scale, Mentalization, and Hoffman and Kashdan's Emotional Styles.

Results: The model derived from indices such as Chi-square ($p=0.4$), degrees of freedom 1, significance level ($p<0.05$), and goodness-of-fit indices demonstrates a significant fit. Standardized direct and indirect coefficients of the conceptual model indicate that childhood trauma has a significant direct effect on suicidal thoughts. Furthermore, a significant relationship was found through an indirect pathway mediated by certainty and emotional self-regulation components.

Conclusion: Childhood trauma exhibits a significant direct relationship with all three components: certainty, uncertainty, and emotional self-regulation. Attention to this analyzed pathway can inform the development of indirect assessment methods for suicidal thoughts and effective intervention strategies.

Keywords: Childhood trauma; Mentalization; Emotional self-regulation; Suicidal thoughts.

نقش میانجی ذهنی‌سازی و خودتنظیمی هیجانی در رابطه بین ترومای کودکی و افکار خودکشی

نیما نورائی^۱، محمدعلی گودرزی^۲، عبدالعزیز افلاک‌سیر^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۲۷

چکیده

مقدمه: تحقیقات اخیر بر نقش میانجی ظرفیت ذهنی‌سازی و خودتنظیمی هیجانی در شکل‌گیری و بروز و ظهور اختلالات روانی متمرکز شده‌اند. هدف تحقیق حاضر بررسی نقش واسطه‌ای این دو سازه در رابطه بین ترومای کودکی و افکار خودکشی است.

روش: طرح پژوهش از نوع بنیادی و روش مطالعه از نوع همبستگی-توصیفی است. جامعه آماری این پژوهش مردان مجرد بین سنین ۲۲ تا ۲۸ و نمونه آماری شامل ۴۱۱ نفر است. جمع‌آوری داده‌ها بر اساس روش حضوری و از طریق در اختیار دادن سؤالات از طریق پرس‌لاین بوده است. ابزارهای تحقیق شامل پرسشنامه‌های ترومای کودکی، افکار خودکشی بک، ذهنی‌سازی و سبک‌های عاطفی هافمن و کاشدن است.

یافته‌ها: مدل به دست آمده بر اساس شاخص‌های مجذور کای (۴/۰۰)، درجه‌آزادی ۱، سطح معناداری (۰/۰۴۵) و هرکدام از شاخص‌های نیکویی برازش، برازش تطبیقی و ریشه میانگین مربعات خطای برآورد معنادار است. نتایج ضرایب استاندارد شده مستقیم و غیر مستقیم مدل مفهومی نشان داد که ترومای کودکی با اثر مستقیم بر افکار خودکشی معنادار است. همچنین از طریق غیر مستقیم با میانجی‌گری مؤلفه قطعیت و خودتنظیمی هیجانی رابطه معنادار نشان داد.

نتیجه‌گیری: ترومای کودکی با هر سه مؤلفه اطمینان، عدم اطمینان و خودتنظیمی هیجانی بطور مستقیم رابطه معنادار دارد. توجه به مسیر تحلیل شده در تدوین روش ارزیابی غیر مستقیم افکار خودکشی و تدوین مداخله می‌تواند مؤثر واقع شود.

واژه‌های کلیدی: ترومای دوران کودکی؛ ذهنی‌سازی؛ تنظیم هیجانی خود؛ افکار خودکشی.

مقدمه

پدیده خودکشی در سراسر دنیا یکی از عوامل اصلی مرگ و میر است. به گزارش سازمان بهداشت جهانی برآورد می‌شود هر سال بیش از هفتصد هزار نفر در سراسر دنیا به وسیله مرگ خودخواسته به زندگی خود پایان می‌دهند که از این آمار سهم بیشتر به مردان مجرد تعلق دارد (۱). افکار خودکشی و رفتار خودکشی از مشکلات عمده سلامت عمومی هستند که در چندین دهه گذشته کاهش قابل ملاحظه‌ای نداشته‌اند (۲). یکی از پیشرفت‌های کلیدی در بررسی پدیده خودکشی این بوده است این بوده که نشان داده است که رشد و تحول افکار خودکشی و پیشرفت از مرحله فکر به اقدام به خودکشی پدیده‌های متفاوتی هستند که می‌توانند پیش‌بینی‌کننده‌های متمایز و نیرومندی برای خودکشی باشند (۳). با مطالعه ۶۲۰۰ نفر بزرگسال در آمریکا نشان داده شد که ۳۶٪ از آن‌ها که دارای سابقه اقدام به خودکشی بوده‌اند وجود هرگونه افکار فعال خودکشی را در دوره قبل خودکشی به طور کل رد کردند و تنها ۱۱٪ از آن‌ها افکار خودکشی فعال و افکار خودکشی غیر فعال داشته‌اند (۴). همچنین کلارکین و همکاران نیز با انجام مطالعه‌ای بر روی ۳۲۸ دانشجوی نشان دادند که از هر ۴ نفر که افکار خودکشی داشته‌اند یک نفر در مقطعی از زندگی به احتمال بسیار زیاد برنامه خودکشی خود را عملی خواهد کرد (۵). مطالعات نشان داده است که افکار و رفتار خودکشی هر دو با خودکشی مرتبط هستند (۶). همچنین مطالعه طولی مبتنی بر جمعیت نشان داده است که تنها ۷٪ از افراد دارای افکار خودکشی در طول دو سال بعد اقدام به خودکشی داشته‌اند (۷).

ترومای دوران کودکی به عنوان یک عامل خطر مهم در افکار خودکشی شناخته می‌شود. ترومای دوران کودکی که به عنوان نامالایمات اولیه و استرس اولیه زندگی نیز شناخته می‌شود، به وضعیتی اطلاق می‌شود که فردی در معرض یک یا چند رویداد فراتر از توانایی‌های مقابله‌ای در دوران کودکی خود قرار می‌گیرد و این وضعیت باعث می‌شود او برای مدت طولانی در حالت استرس قرار گیرد و در نتیجه درد عاطفی یا روانی زیادی را تجربه کند (۸). مطالعات نشان داده که انواع تروماهای کودکی با افکار خودکشی رابطه معناداری دارند. به عبارت دیگر سوء استفاده جنسی در دوران

کودکی پیش‌بینی‌کننده قوی افکار خودکشی است و در عین حال حمایت اجتماعی ادراک شده رابطه بین افکار خودکشی و غفلت والدین نسبت به کودک را میانجی‌گری می‌کند (۹). همچنین افرادی که در دوره کودکی تروما تجربه کرده‌اند به احتمال بیشتری در روابط خود بی‌تفاوتی و رفتارهای غیر عاطفی نشان می‌دهند. این ویژگی باعث می‌شود این‌گونه افراد احساس تنهایی بیشتری کنند و احساس تنهایی نیز یکی از عوامل مهم پیش‌بینی‌کننده افکار خودکشی است (۸). با این حال به طور کامل درک نشده است که چگونه انواع مختلف بدرفتاری در دوران کودکی بر افکار خودکشی تأثیر می‌گذارند و یا این که چه متغیرهایی رابطه بین ترومای دوران کودکی و افکار خودکشی را واسطه می‌کنند (۱۰).

به نظر می‌رسد در رابطه بین تروماهای مختلف در کودکی و افکار خودکشی در افراد، متغیرهای واسطه‌ای و عوامل مختلف وجود دارد که برای درک دقیق‌تر خودکشی نیازمند هستیم تا بررسی‌های دقیق‌تری روی روابط این متغیرها انجام دهیم تا با ارائه تصویر روشن‌تری از روابط این متغیرها بتوان برنامه‌های بهتری برای پیشگیری و جلوگیری از کنترل افکار خودکشی و حوادث ناگوار آینده تدوین کرد.

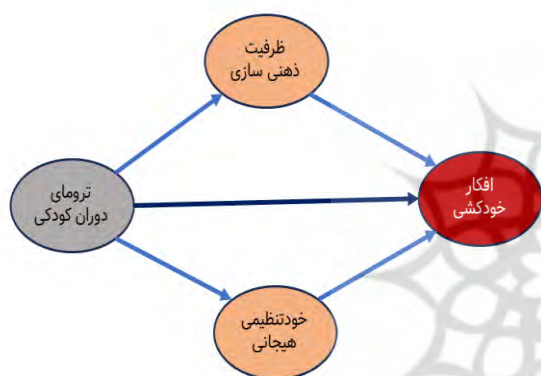
یکی از این متغیرها ظرفیت ذهنی‌سازی است. امروزه مفهوم ذهنی‌سازی در چارچوب نظریه ذهنی‌سازی به سازوکار مهمی برای درک آسیب‌شناسی در محیط‌های بالینی و تحقیقات بالینی تبدیل شده است. از نگاه بوش ذهنی‌سازی عبارت است از ظرفیت توجه و حفظ این توجه در خدمت ترجمه و فهم رفتار به صورت ذهنی تا بتوان به وسیله آن درک کرد که فرد مقابل چه احساسی دارد و یا چه فکری می‌کند (۱۱). ظرفیت ذهنی‌سازی یکی از اجزاء کلیدی و عامل طبیعی تأثیرگذار در سازماندهی به خود است. این عامل در کنار تنظیم هیجانی و فرآیندهای کنترل توجه در فرآیند دل‌بستگی‌های اولیه رشد می‌کنند (۱۲). در مطالعه‌ای که بر روی ۶۲۳ نفر انجام شد نتایج نشان داد که ظرفیت ذهنی‌سازی با سبک‌های تنظیم هیجانی، دل‌بستگی به خود و دیگران و رفتارهای اجتماعی و هیجانی مرتبط بوده است (۱۳).

یکی از موانع مهم در مسیر بهبود ذهنی‌سازی، افکار منفی است که در ترکیب آن‌ها می‌توان مشکلات روانی وجودی نظیر افسردگی، اضطراب و استرس را تشخیص داد (۱۴).

تاکنون در هیچ تحقیقی به طور همزمان رابطه میانجی دو متغیر ذهنی‌سازی و خودتنظیمی هیجانی با ترومای کودکی و افکار خودکشی مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین هدف مطالعه حاضر بررسی نقش میانجی ذهنی‌سازی و خودتنظیمی هیجانی در رابطه بین ترومای کودکی و افکار خودکشی جهت درک بهتر پدیده افکار خودکشی است.

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر از نوع بنیادی و روش مطالعه از نوع همبستگی-توصیفی می‌باشد. متغیرهای پژوهش شامل متغیر پیش‌بین (تجربه ترومای دوران کودکی)، متغیر ملاک (افکار خودکشی) و متغیرهای رابط (ظرفیت ذهنی‌سازی و خودتنظیمی هیجانی) بوده است. مدل مفهومی این تحقیق در نمودار ۱ نشان داده شده است.



نمودار ۱) مدل مفهومی پژوهش حاضر

آزمودنی‌ها: جامعه آماری عبارت بود از مردان مجرد دامنه‌ی سنی ۲۲ تا ۲۸ ساله که در یکی از شهرستان‌های اصفهان یا شیراز سکونت داشتند. همچنین ملاک‌ها خروج شامل موارد زیر بود سابقه تأهل، مصرف هرگونه مواد مخدر در حداقل یک سال گذشته، مصرف هر نوع نوشیدنی دارای الکل در ۸ ماه گذشته، مصرف هر نوع داروی روان‌پزشکی به هر دلیلی به جز افسردگی، افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، اضطراب، حمله هراس و یا وسواس، دریافت تشخیص اختلال خلقی بجز موارد ذکر شده در طول زندگی، مصرف هر نوع داروی روان‌پزشکی در ۶ ماه گذشته، داشتن هر نوع تاریخچه ترومای عاطفی شامل جدایی از خانواده یا دوست، از دست دادن فرد نزدیک، شکست بزرگ در هر حوزه کاری یا تحصیلی و یا ترومای جسمانی شامل تصادفی، از دست دادن اعضای بدن و بیماری سخت (مانند سکت

بنابراین ظاهر شدن افکار منفی و عمل به آن‌ها می‌تواند سبب کاهش سطح ذهنی‌سازی شود و نهایتاً به وجود مشکلات روانی بزرگ‌تر از افسردگی و اضطراب منجر شود (۱۵). اما چطور ذهنی‌سازی و خودتنظیمی هیجانی به عنوان عوامل میانجی در رابطه میان ترومای دوران کودکی و افکار خودکشی مطرح می‌شوند؟ در این رابطه بررسی فرضیه رابطه بین افکار و رفتار خودکشی با اختلال در تنظیم هیجانات را بررسی و تأیید شده است، به طور مثال؛ افرادی که گزارش داده‌اند نسبت به هیجانات و احساسات خود اطلاعات کمی دارند و در درک آن‌ها توانایی کمتری دارند نسبت به افرادی که نسبت به هیجانات خود فهم و شفافیت بهتر و بیشتری دارند احتمال دارد بیشتر درگیر فکر خودکشی شوند. درک نکردن خوب احساسات ممکن است منجر به دشواری در یافتن معنی زندگی شود و به نوبه خود در افکار و رفتار خودکشی در شرایط پر استرس این افراد تأثیرگذار باشد (۱۶) و از طرفی در بررسی فرضیه نقش میانجی دلبستگی و ذهنی‌سازی در رابطه بین بدرفتاری دوران کودکی، خودآزاری و داشتن افکار و رفتار خودکشی نشان داده است که بدرفتاری دوران کودکی هم به طور مستقیم و هم به طور غیر مستقیم از طریق مسیرهای دلبستگی، ذهنی‌سازی با خودآزاری، افکار و رفتار خودکشی مرتبط است (۱۷). مطالعه ای دیگر نیز که به بررسی روابط طولی ۱۸ ماهه بین بدرفتاری در دوران کودکی، مشکلات تنظیم هیجان، و افکار خودکشی و خودآسیمی غیر خودکشی در نوجوانان بستری در بیمارستان روان‌پزشکی پرداخته شده است، نتایج نشان داده است که راهبردهای تنظیم هیجان به عنوان میانجی بین بد رفتاری در دوران کودکی و افکار خودکشی ۱۸ ماهه و خودآزاری غیر خودکشی نقش دارند (۱۵).

با این حال بررسی مسیر تحلیلی این دو میانجی در این رابطه لازم است اما چطور ذهنی‌سازی و خودتنظیمی هیجانی به عنوان عوامل میانجی در رابطه میان ترومای دوران کودکی و افکار خودکشی مطرح می‌شوند؟ به نظر می‌رسد که فرآیند توسعه ظرفیت ذهنی‌سازی و خودتنظیمی هیجانی می‌تواند در کاهش عواطف منفی و افکار خودکشی تأثیرگذار باشد. از این رو می‌توان فرض کرد که ذهنی‌سازی و خودتنظیمی هیجانی به عنوان میانجی‌هایی در رابطه میان ترومای دوران کودکی و افکار خودکشی عمل می‌کنند.

اسکن کرده و وارد صفحه پاسخدهی بشوند. این امر از این جهت انجام گرفت که شرکت‌کنندگان مجبور به ارسال صفحات مجازی پیام‌رسان یا شماره خود نباشند تا حریم خصوصی آن‌ها حفظ شود.

ابزار

۱. پرسشنامه ترومای کودکی یک ابزار خودگزارش‌دهی ۲۸ گویه‌ای برای نوجوانان بالای ۱۲ سال و بزرگسالان است. ۲۵ گویه این پرسشنامه برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسشنامه و ۳ گویه آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند اختصاص دارد. در صورت بالا بودن نمره از عدد ۱۲ احتمال انکار زیاد خواهد بود. این پرسشنامه شامل ۵ مؤلفه از جمله بررسی سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی است. نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت به سنجش ترومای دوران کودکی می‌پردازد. نمرات بالا در پرسشنامه نشان‌دهنده تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانه آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است. دامنه نمرات برای هر یک از زیر مقیاس‌ها بین ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه بین ۲۵ تا ۱۲۵ است. انفعال و همکاران (۱۹) روایی محتوایی، صوری و ملاکی این پرسشنامه را مناسب ارزیابی کرده‌اند. ابراهیمی و همکاران (۲۰) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنجگانه آن گزارش داده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش انفعال و همکاران (۱۹) برای این پرسشنامه بالای ۰/۷ برآورد شده است.

۲. پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI)، دارای ۱۹ گویه است و برای غربالگری وجود احتمال خودکشی و سنجش شدت افکار خودکشی و همچنین اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها، رفتارها و برنامه‌ریزی برای انجام خودکشی ساخته شده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۳ درجه‌ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. نمره کلی فرد حاصل جمع نمرات است و دامنه نمرات بین ۰ تا ۳۸ قرار می‌گیرد. ارزیابی افکار خودکشی در فرد بر اساس نمره کسب شده توسط افراد به صورت عدم وجود افکار خودکشی (نمره صفر تا ۳)، دارای افکار خودکشی کم (نمره ۴ تا ۱۱) و دارای افکار خودکشی شدید یا پرخطر (نمره ۱۲ و بیشتر) انجام می‌گیرد. در آزمون افکار خودکشی بک ۵ گویه وجود دارد که

قلبی و غیره) در حداقل یک ماه گذشته. جمع‌آوری داده‌ها بر اساس روش حضوری و از طریق در اختیار دادن لینک پرس‌لاین و یا ابزار همراه محقق بوده است. این روش از آن رو استفاده شده است تا بررسی پاسخ‌ها سریع‌تر و دقیق‌تر انجام گیرد. حجم نمونه با توجه به پیشنهاد کالین (۱۸) که حداقل حجم نمونه را برای استفاده از روش مدلیابی معادلات ساختاری ۲۰۰ نفر و ۶ تا ۱۰ شرکت‌کننده به ازای هر پارامتر عنوان کرده است، ۳۲۷ نفر انتخاب شد. به طور کلی ۶۴۰ نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند، اما ۴۱۱ نفر صرفاً بعد از بررسی معیارها وارد این مطالعه شدند. به منظور اجرای این تحقیق، ابتدا پرسشنامه‌ها پس از اصلاح نگارشی در مدل حرفه‌ای سایت پرس‌لاین آپلود شد. با فعال‌سازی امکانات شرط‌گذاری جهت غربالگری شرایط مجدد، سعی بر بررسی مجدد داوطلبان شد و در صورتی که شرط ورود و یا خروج اعمال شده بود برای جلوگیری از ورود مجدد کنترل ای پی هر دستگاه از طریق این سایت فعال می‌شد. سؤال‌های ابتدایی غربالگری پرسشنامه‌ها به ترتیب شامل افکار خودکشی (جهت سنجش خطر در هر فرد)، ترومای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و سپس خود تنظیمی هیجانی بوده است. در بین پرسشنامه‌ها در صورتی که فرد نمره بالاتر از ۴ در پرسشنامه افکار خودکشی کسب می‌کرد به او توصیه می‌شد با شماره ۱۲۳ تماس بگیرد. جهت بررسی اطمینان به سؤال‌های خودتنظیمی هیجانی ۳ سؤال اختیاری در رابطه با شناخت نمود جسمانی شامل هیجان خشم، غم و انزجار در پرسشنامه قرار داده شد. نمونه‌های شهر اصفهان از طریق حضور در سه باشگاه در منطقه سپاهان‌شهر، میدان آزادی و خیابان توحید میانی و مراجعه به سالن‌های مطالعه میرعماد، میرداماد و مراکز فرهنگی شهرداری و مراکز تفریحی انتخاب شدند. نمونه‌های شهر شیراز از طریق دانشجویان دانشگاه شیراز در زمان سکونت در خوابگاه، اطلاع‌رسانی در مراکز تفریحی (کافی‌شاپ، مراکز خرید و باشگاه‌های بازی) و محیط دانشگاه شیراز بررسی شدند. آزمون‌گیری از آزمون دهندگان آنلاین از طریق صفحه‌های تلگرامی و اینستاگرام انجام شد که بعد از بررسی شرایط ورود از طریق سؤالات اولیه صورت خودگزارش‌دهی صورت گرفت. جهت حفظ احترام به حریم خصوصی شرکت‌کنندگان برای ارسال لینک، از بارکد استفاده شد که در صورت تمایل می‌توانستند آن را

ایران توسط کارشکی (۲۳) گویه‌های ۱۸ و ۲۰ از مؤلفه پنهان‌کاری و گویه‌های ۳ و ۱۴ از مؤلفه تحمل به دلیل بار عاملی کمتر از ۰/۳۰ حذف شدند. محققین بیان می‌کنند که سبک عاطفی یک متغیر در تفاوت فردی است که به تمایلات برای تنظیم احساسات اشاره دارد (۲۲). پرسشنامه ۲۰ سؤالی نهایی سبک عاطفی ابزاری مختصر برای اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی در تنظیم هیجان است.

روند اجرای پژوهش: پرسشنامه‌ها پس از اصلاح نگارشی در مدل حرفه‌ای ابزار آنلاین به جهت دسترسی تحت وب آپلود شد. با فعال‌سازی امکانات شرط‌گذاری جهت غربالگری، سعی بر بررسی مجدد داوطلبان بوده است و در صورتی که شرط ورود و یا خروج اعمال شده بود برای جلوگیری از ورود مجدد کنترل‌ای پی (IP) هر دستگاه از طریق این سایت فعال شد. پرسشنامه‌ها بعد از سؤال‌های ابتدایی غربالگری به ترتیب؛ افکار خودکشی (جهت سنجش خطر در هر فرد)، ترومای دوران کودکی، ذهنی‌سازی و سپس خودتنظیمی هیجانی بوده است. در بین پرسشنامه‌ها در صورتی که فرد نمره بالاتر از ۴ در پرسشنامه افکار خودکشی کسب می‌کرد به او توصیه می‌شد با شماره ۱۲۳ تماس بگیرد و یا به متخصص روان‌درمانگر مراجعه داشته باشد. جهت بررسی اطمینان به سؤال‌های خودتنظیمی هیجانی سه سؤال اختیاری در رابطه با شناخت نمود جسمانی سه هیجان خشم، غم و انزجار در پرسشنامه قرار داده شد.

نمونه‌های شهر اصفهان از طریق حضور در باشگاه‌های ورزشی و فرهنگی در منطقه سپاهان‌شهر، میدان آزادی و توحید میانی و مراجعه به سالن‌های مطالعه میرعماد، میرداماد و مراکز فرهنگی شهرداری و مراکز تفریحی انتخاب شد. نمونه‌های شهر شیراز از طریق دانشجویان دانشگاه شیراز در زمان سکونت در خوابگاه، اطلاع‌رسانی در مراکز تفریحی (کافی‌شاپ، مراکز خرید و باشگاه‌های تفریحی) و محیط دانشگاه شیراز بررسی شدند.

جهت حفظ احترام به حریم خصوصی شرکت‌کنندگان برای ارسال لینک، از بارکد استفاده شد که در صورت تمایل می‌توانستند آن را اسکن کرده و وارد صفحه پاسخ‌دهی شوند. این امر از این جهت انجام گرفت که شرکت‌کنندگان مجبور به ارسال صفحات مجازی پیام‌رسان یا شماره خود در هنگام مراجعه حضوری نباشند تا حریم خصوصی آن‌ها حفظ شود.

گویه‌های غربالگری نام دارند. اگر پاسخ‌ها نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا غیرفعال باشد، آزمودنی باید ۱۴ گویه بعدی را نیز پاسخ دهد. روایی همزمان مقیاس افکار خودکشی بک با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۷۶ و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ گزارش شده است.

۳. پرسشنامه ذهنی‌سازی (RFQ)، یک ابزار خودگزارش‌دهی و شامل هشت گویه است که عملکرد انعکاسی را با یک مدل دو بعدی شامل اطمینان (قطعیت) و عدم اطمینان (عدم قطعیت) در مورد وضعیت‌های ذهنی ارزیابی می‌کند (۱۳). گویه‌ها در مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت شامل پاسخ‌هایی از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالا نشان‌دهنده ذهنی‌سازی بسیار فعال و نمرات پایین نشان‌دهنده ذهنی‌سازی منفعل است. پرسشنامه عملکرد انعکاسی ثبات درونی قابل‌قبولی را برای هر دو زیرمقیاس اطمینان و عدم اطمینان، با مقادیر آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۶۵ و پایایی بازآزمایی سه هفته‌ای ۰/۸۴ و ۰/۷۵ نشان می‌دهد (۱۳). در پژوهش دروگر و همکاران (۲۱) پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۶۲ و روایی آن با استفاده از روایی محتوایی ۰/۶۲ گزارش شده است. لازم به ذکر است که حداکثر نمره در این آزمون ۹۸ و حداقل نمره ۱۴ می‌باشد.

۴. پرسشنامه سبک‌های عاطفی هافمن و کاشدان (۲۲) شامل ۲۰ گویه است و پاسخگویی به آن‌ها بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از گزینه اصلاً در مورد من درست نیست (۱) تا بی‌نهایت در مورد من درست است (۵) صورت می‌گیرد. در ایران کارشکی (۲۳) روایی محتوایی این پرسشنامه را با استفاده از نظرات متخصصان روانشناسی مورد تأیید قرار داده است و با انجام تحلیل عاملی اکتشافی سه مؤلفه یا خرده مقیاس پنهان‌کاری، سازش‌کاری و تحمل را از آن استخراج کرده است که به ترتیب ۸، ۷ و ۵ گویه دارند. بر اساس گزارش کارشکی (۲۳) پایایی این پرسشنامه برحسب ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های پنهان‌کاری، سازش‌کاری و تحمل به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵ و ۰/۵۰ و برای کل مقیاس یعنی طیف خودتنظیمی هیجانی برابر ۰/۸۱ به دست آمد. در مجموع، شاخص‌های روایی سازه تحلیل مؤلفه‌های اصلی و پایایی آلفای کرونباخ رضایت بخش بود. بعد از هنجاریابی در

یافته‌ها

ابتدا داده‌های پرت شناسایی و حذف شد. سپس نمونه‌هایی که در مؤلفه انکار پرسشنامه ترومای کودکی، نمره بالاتر از ۱۲ گرفته بودند طبق دستورالعمل پاک شدند. همچنین نمره‌گذاری مؤلفه‌هایی که طبق دستورالعمل باید معکوس می‌شدند، انجام شد. داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS ورژن ۲۷ شد. فرضیه‌های پژوهش به وسیله شاخص‌های توزیع (کجی و کشیدگی)، بررسی عدم هم‌خطی، بررسی ضریب همبستگی پیرسون جهت اطمینان از وجود رابطه بین متغیرها و شناسایی مدل از طریق نرم‌افزار AMOS ورژن

۲۶ و بررسی آن از جهت مفروضه‌های روش تحلیل مسیر انجام شد.

اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان بر اساس محل سکونت و نوع سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۲. پروتکل ذهن‌آگاهی (MBCT): اجرای مراحل درمانی (MBCT): روش درمانی ذهن‌آگاهی در ۸ جلسه یک و نیم ساعته پی در پی و در ۸ هفته در ارتباط با مصرف کنندگان هروئین در گروه آزمایشی مطابق با پروتکل ۸ جلسه‌ای ذیل، بکار گرفته شد (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲).

جدول ۱) اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان بر اساس محل سکونت و سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی

متغیر	سطح	فراوانی (درصد)
محل زندگی	اصفهان	۲۷۸ (۶۷/۶)
	شیراز	۱۳۳ (۳۲/۴)
سابقه مصرف داروهای روان‌پزشکی	عدم سابقه مصرف هرگونه دارو	۲۷۷ (۶۷/۴)
	مشکلات خلقی	۲۲ (۵/۴)
	افسردگی، افکار خودکشی	۵۰ (۱۲/۲)
	اقدام به خودکشی	۹ (۲/۲)
	اضطراب، حمله هراس یا سواس	۵۳ (۱۲/۹)

ترومای کودکی و ذهنی‌سازی رابطه معنادار وجود دارد ($t = -0/14$ ، $sig = 0/01$)، بدین معنا که با افزایش ترومای کودکی، ذهنی‌سازی کاهش می‌یابد. همچنین روابط همبستگی مؤلفه‌های ترومای کودکی و ذهنی‌سازی در جدول ۳ ارائه شده است. بررسی ضریب همبستگی پیرسون (جدول ۳) بین ترومای کودکی و خودتنظیمی هیجانی نشان داد که بین این دو متغیر رابطه معنادار منفی وجود دارد ($t = -0/11$ و $sig = 0/05$). بدین معنی که هر چه ترومای کودکی افزایش یابد، خودتنظیمی هیجانی کاهش می‌یابد.

متغیرهای این مطالعه شامل ترومای کودکی (شامل مؤلفه‌های سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی)، افکار خودکشی، ذهنی‌سازی (شامل دو زیر مجموعه اطمینان و عدم اطمینان) و خودتنظیمی هیجانی می‌باشد. در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار و شاخص‌های توزیع داده‌ها (کجی و کشیدگی) نشان داده شده است. برای بررسی نرمال بودن شاخص‌های توزیع از آزمون‌های کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. از آنجایی که آزمون‌های نرمال بودن اغلب به دلیل توان کم آزمون عدم نرمال بودن را نشان می‌دهند، نمودارها و شاخص‌های توزیع نیز بررسی شد که نتایج آن در ادامه ارائه شده است. همان‌طور که در جدول زیر مشخص شده است شاخص‌های کجی و کشیدگی هر گاه بین $\pm 1/96$ باشند، توزیع داده‌ها نرمال است. نتایج به‌دست آمده با توجه به این شاخص‌ها نرمال بودن را تأیید می‌کند. جهت بررسی رابطه‌های همبستگی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد (جدول ۳) که بین

جدول ۲) شاخص‌های توزیع داده‌ها (میانگین، انحراف معیار، کجی و کشیدگی ترومای کودکی، افکار خودکشی، ذهنی‌سازی و خودتنظیمی هیجانی)

متغیر	مؤلفه	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
ترومای کودکی	-	۴۵/۴۷	۱۴/۶۱	۱/۲۱	۱/۵۷
	سوءاستفاده عاطفی	۸/۹۴	۴/۰۰	۱/۳۱	۱/۲۰
	سوءاستفاده فیزیکی	۶/۷۹	۲/۵۶	۱/۶۸	۱/۸۸
	سوءاستفاده جنسی	۷/۳۶	۳/۵۲	۱/۹۱	۳/۵۵
	غفلت عاطفی	۱۳/۰۳	۴/۶۳	۰/۴۵	-۰/۳۶
	غفلت جسمی	۹/۱۳	۳/۴۵	۰/۹۰	۰/۴۸
افکار خودکشی	-	۵/۶۷	۷/۴۲	۱/۵۵	۱/۶۵
ذهنی‌سازی	-	۶۳/۸۴	۱۱/۸۸	-۰/۲۷	۰/۵۷
	اطمینان	۴۳/۱۳	۹/۷۸	-۰/۳۸	۰/۷۰
	عدم اطمینان	۱۹/۲۸	۵/۴۴	-۰/۰۸	-۰/۱۳
خودتنظیمی هیجانی	-	۶۳/۰۵	۱۲/۶۰	۰/۱۱	-۰/۱۵

($\text{sig} = ۰/۰۱$ و $t = ۰/۴۲$)، افکار خودکشی با سوءاستفاده فیزیکی ($\text{sig} = ۰/۰۱$ و $t = ۰/۳۰$)، افکار خودکشی با مؤلفه سوءاستفاده جنسی ($\text{sig} = ۰/۰۱$ و $t = ۰/۲۶$)، افکار خودکشی با غفلت عاطفی ($\text{sig} = ۰/۰۱$ و $t = ۰/۳۸$) و افکار خودکشی با غفلت جسمی ($\text{sig} = ۰/۰۱$ و $t = ۰/۳۴$) رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد. بدین معنا که هرچه ترومای کودکی و یا مؤلفه‌های آن افزایش یابد، افکار خودکشی نیز افزایش می‌یابد.

جهت بررسی مدل مفهومی اصلی یعنی رابطه بین ذهنی‌سازی و خودتنظیمی هیجانی با ترومای کودکی و افکار خودکشی از روش مدل‌یابی ساختاری استفاده شد. شاخص‌های کجی و کشیدگی، نرمال بودن توزیع متغیرها را تأیید کردند (هر گاه قدرمطلق مقدار این دو شاخص کمتر از $۱/۹۶$ باشد توزیع داده‌ها نرمال است). بنابراین وجود همبستگی بین متغیرها نیز تأیید شد. همچنین بررسی همبستگی بین متغیرها حاکی از این است که هیچ همبستگی بالاتر از $۰/۸$ نیست که بتوان با استفاده از آن هم‌خطی بین متغیرها را استنباط کرد. از این رو عدم هم‌خطی متغیرها برای مدل‌یابی تأیید شد. شناسایی مدل که در این مدل مورد ارزیابی و تأیید قرار گرفت، تمامی شاخص‌های برازش مدل (جدول ۴) نشان‌دهنده برازش خوب مدل با داده‌هاست. شاخص برازش مقایسه‌ها (CFI)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نرم شده نیکویی برازش (AGFI) و ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) همگی در سطح مطلوب بدست آمدند.

همچنین رابطه معنادار منفی بین غفلت عاطفی و خودتنظیمی هیجانی ($\text{sig} = ۰/۰۵$ و $t = -۰/۱۱$) و سوءاستفاده عاطفی با خودتنظیمی هیجانی ($\text{sig} = ۰/۰۱$ و $t = -۰/۱۴$) مشاهده شد. به این معنا که هرچه نمره این مؤلفه‌ها افزایش یابد، نمره خودتنظیمی هیجانی کاهش می‌یابد. در رابطه با مؤلفه‌های دیگر در ارتباط با خودتنظیمی هیجانی ارتباط معنادار به دست نیامده است. با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون (جدول ۳) مشخص شد که بین متغیرهای افکار خودکشی و ذهنی‌سازی ($\text{sig} = ۰/۰۱$ و $t = -۰/۲۲$)، افکار خودکشی و مؤلفه اطمینان ($\text{sig} = ۰/۰۱$ و $t = -۰/۱۸$) رابطه همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. به این معنا که هرچه افکار خودکشی افزایش یابد، ذهنی‌سازی و مؤلفه اطمینان کاهش می‌یابد. همچنین، بین متغیر خودکشی و مؤلفه عدم اطمینان ($\text{sig} = ۰/۰۱$ و $t = ۰/۱۴$) رابطه معنادار مثبت مشاهده شد؛ بدین معنا که هرچه افکار خودکشی افزایش یابد، مؤلفه عدم اطمینان ذهنی‌سازی نیز افزایش می‌یابد. به منظور بررسی رابطه بین خودتنظیمی هیجانی و افکار خودکشی از ضریب همبستگی بین متغیر خودتنظیمی هیجانی و افکار خودکشی استفاده شد (جدول ۳). این ضریب حاکی از رابطه معنادار و منفی بین این دو متغیر است ($\text{sig} = ۰/۰۱$ و $t = -۰/۲۲$). به این معنا که هرچه افکار خودکشی افزایش یابد، خودتنظیمی هیجانی کاهش می‌یابد. نتایج حاصل از ضریب همبستگی پیرسون (جدول ۳) نشان داد که بین افکار خودکشی با ترومای کودکی ($\text{sig} = ۰/۰۱$ و $t = ۰/۴۵$)، افکار خودکشی با سوءاستفاده عاطفی

جدول ۳) ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

مؤلفه	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱) ترومای کودکی											
۲) سوءاستفاده عاطفی	۰/۸۶**										
۳) سوءاستفاده فیزیکی	۰/۷۳**	۰/۶۳**									
۴) سوءاستفاده جنسی	۰/۶۰**	۰/۴۰**	۰/۴۰**								
۵) غفلت عاطفی	۰/۸۳**	۰/۶۵**	۰/۴۶**	۰/۲۷**							
۶) غفلت جسمی	۰/۸۱**	۰/۶۰**	۰/۴۳**	۰/۳۵**	۰/۷۱**						
۷) ذهنی‌سازی	-۰/۱۴**	-۰/۱۳**	-۰/۰۹	-۰/۰۹	-۰/۱۳**	-۰/۷۷					
۸) اطمینان	-۰/۱۰*	-۰/۰۷	-۰/۰۹	-۰/۰۸	-۰/۰۸*	-۰/۰۴	۰/۸۹**				
۹) عدم اطمینان	۰/۱۲*	۰/۱۴**	۰/۰۲	۰/۰۵	۰/۱۲*	۰/۰۸	-۰/۵۸**	-۰/۱۴**			
۱۰) خودتنظیمی هیجانی	-۰/۱۱*	-۰/۱۴**	-۰/۳۹	-۰/۶۶	-۰/۱۳*	-۰/۶۴	-	-	-	۱	
۱۱) افکار خودکشی	۰/۴۵**	۰/۴۲**	۰/۳۰**	۰/۲۶**	۰/۳۸**	۰/۳۴**	-۰/۲۲**	-۰/۱۸*	-۰/۱۴**	-۰/۲۲**	۱

علائم ** معناداری در سطح ۰/۰۱ و * ۰/۰۵ را نشان می‌دهند.

جدول ۴) شاخص‌های برازش مدل

شاخص	X2	d.f	X2/df	GFI	AGFI	CFI	RMSE
مقدار گزارش شده	۴/۰۰	۱	۴/۰۰	۰/۹۹	۰/۹۴	۰/۹۸	۰/۰۸
مقدار مناسب	+	کمتر از ۳		۰/۹۵>	۰/۹۰>	۰/۹۵>	کمتر از ۰/۱۰

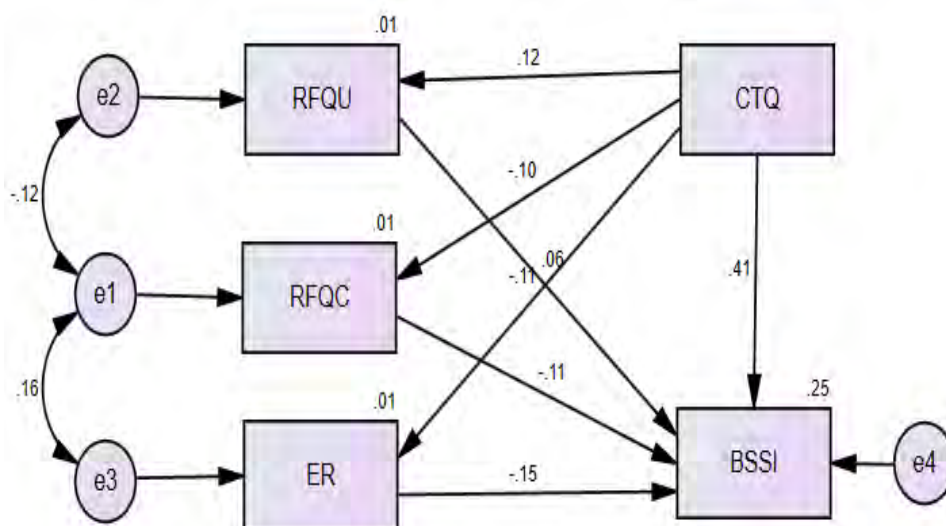
پس از بررسی شاخص‌های برازش مدل، نتایج ضرایب استاندارد شده مستقیم و غیر مستقیم مدل مفهومی نشان داد که ترومای کودکی از طریق اثر مستقیم معنادار بوده است ($\beta = ۰/۴۲$). همچنین از طریق غیر مستقیم ($\beta = ۰/۰۳$) با میانجی‌گری مؤلفه قطعیت ($\beta = -۰/۱۱$) و خودتنظیمی هیجانی ($\beta = -۰/۱۵$) رابطه معناداری مشاهده شد. ترومای کودکی با هر سه مؤلفه اطمینان ($\beta = -۰/۱۰$)، عدم اطمینان ($\beta = -۰/۱۰$)، نرم‌افزار ۲۶ Amos نشان داده شده است.

پس از بررسی شاخص‌های برازش مدل، نتایج ضرایب استاندارد شده مستقیم و غیر مستقیم مدل مفهومی نشان داد که ترومای کودکی از طریق اثر مستقیم معنادار بوده است ($\beta = ۰/۴۲$). همچنین از طریق غیر مستقیم ($\beta = ۰/۰۳$) با میانجی‌گری مؤلفه قطعیت ($\beta = -۰/۱۱$) و خودتنظیمی هیجانی ($\beta = -۰/۱۵$) رابطه معناداری مشاهده شد. ترومای کودکی با هر سه مؤلفه اطمینان ($\beta = -۰/۱۰$)، عدم اطمینان ($\beta = -۰/۱۰$)، نرم‌افزار ۲۶ Amos نشان داده شده است.

جدول ۵) شاخص‌های برازش مدل

متغیر ملاک	متغیر پیش بین	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل	واریانس تبیین شده
اثر بر افکار خودکشی	ترومای کودکی	۰/۴۲**	۰/۰۳**	۰/۴۵	۰/۲۵
	اطمینان	-۰/۱۱**	-	-	-
	عدم اطمینان	۰/۰۶	-	-	-
اثر بر روی مؤلفه اطمینان ذهنی‌سازی	ترومای کودکی	-۰/۱۰*	-	-۰/۱۰	۰/۰۱
	ترومای کودکی	۰/۱۲**	-	۰/۱۲	۰/۰۱
	ترومای کودکی	-۰/۱۱*	-	-۰/۱۱	۰/۰۱

علائم ** معناداری در سطح ۰/۰۱ و * ۰/۰۵ را نشان می‌دهند.



شکل ۱) مدل تجربی آزمون شده در مطالعه حاضر

آری (۳۰) همخوانی و مشابهت دارد. در تروماهای دوران کودکی، کودک به طور مداوم در شرایط خلقی منفی که بیش از ظرفیت روانی و جسمی اوست قرار می‌گیرد و کودک برای تنظیم مناسب هیجان‌های منفی خود دچار مشکل می‌شود (۱۴). از طرفی تأکید نظریه ذهنی‌سازی برای شکل‌گیری ظرفیت ذهنی‌سازی نیاز به یک ارتباط سالم، ایمن و قابل پیش‌بینی می‌باشد که همین ارتباط در ایجاد سبک دل‌بستگی ایمن نقش اساسی دارد و غفلت مراقبین، بی‌توجهی آن‌ها یا آزار جسمی و روحی کودک در غالب انواع تروماها در ایجاد این دل‌بستگی ایمن مورد نیاز برای ظرفیت ذهنی‌سازی اختلال ایجاد خواهد کرد (۳۱). به این نحو تروماهای دوران کودکی می‌تواند بر ظرفیت ذهنی‌سازی فرد و خودتنظیمی هیجانی تأثیر گذار باشد. از طرفی دیگر آیتا، روتلج، جول و رایبسون (۲۰۱۵) یک مکانیسم را ارائه دادند که از طریق آن عدم وضوح شناخت هیجان‌ات منجر به رفتار خودکشی می‌شود. آن‌ها نشان دادند که افرادی که اعلام کردند وضوح کمی نسبت به فهم هیجان‌های خود دارند، احتمال داشتن افکار خودکشی بیشتری نسبت به کسانی که وضوح بالایی اعلام کرده‌اند، دارند. آن‌ها فرض کردند که عدم درک خوب از هیجان‌ها ممکن است منجر به مشکلات در پیدا کردن معنای زندگی شود، که در نتیجه تحت فشار، باعث جدی‌تر در نظر گرفتن رفتار خودکشی شود (۳۲). همچنین مطالعات گذشته بین ظرفیت ذهنی‌سازی پایین و رفتار خودکشی رابطه نشان داده است؛ اختلالات در ظرفیت

بحث

افکار خودکشی نشانه بسیاری از اختلالات روانی است و در عین حال می‌تواند در پاسخ به رویدادهای نامطلوب زندگی بدون وجود اختلال روانی رخ دهد (۲۴). هدف از این مطالعه فهم ارتباط ترومای کودکی با افکار خودکشی از طریق میانجی‌گرهای ذهنی‌سازی و خودتنظیمی هیجانی به وسیله مدل‌سازی تحلیل مسیر بوده است تا هنگام کار با مراجعانی که ترومای کودکی و افکار خودکشی گزارش می‌دهند الویت‌های تکنیک‌های بالینی و ارزیابی جهت فهم بهتر این مراجعان مشخص‌تر باشد.

تحلیل داده‌های این مطالعه نشان داد که در مسیر ارتباطی بین ترومای کودکی (مؤلفه‌های سوءاستفاده جسمی، جنسی و عاطفی، غفلت عاطفی و جسمی) و افکار خودکشی همبستگی بالایی وجود دارد. در بررسی رابطه بین این دو متغیر از طریق مسیر ذهنی‌سازی (با بررسی هر دو مؤلفه اطمینان و عدم اطمینان) و مسیر خودتنظیمی هیجانی همبستگی معنادار و منفی مشاهده شد. به عبارت دیگر، افرادی که ترومای کودکی بیشتری داشته‌اند، ظرفیت ذهنی‌سازی کمتری را نشان داده‌اند. از سوی دیگر، هرچه ظرفیت ذهنی‌سازی کمتر شود، افکار خودکشی افزایش می‌یابد. نتایج به دست آمده با یافته‌های دویر و همکاران (۲۵)، چو و همکاران (۱۰)، نسیو و همکاران (۱۶)، استاجاکی و همکاران (۱۷) و لی و همکاران (۲۶) و دوبا و همکاران (۲۷) و برسانی و همکاران (۲۸) و موسی و همکاران (۲۹) و لوی-بلز و لو

درونی، بین فردی، اجتماعی و بیرونی در واقع می‌تواند منجر به اختلال در نظم عاطفی شود که به نوبه خود می‌تواند محرکی برای رفتارها و افکار خودکشی باشد (۲۸). همچنین یافته‌ها حاکی از رابطه معنادار و همبستگی معکوس بین ترومای کودکی و خودتنظیمی بود؛ بین غفلت عاطفی و خودتنظیمی هیجانی و همچنین بین سوءاستفاده عاطفی و خودتنظیمی رابطه همبستگی معکوس معنادار وجود دارد. این یافته با یافته‌های پون و همکاران (۱۵)، لقایی و همکاران (۳۹)، پارادا فرناندز و همکاران (۴۰) مشابهت دارد. با بررسی مطالعات گذشته می‌توان گفت ترومای دوران کودکی اغلب باعث اختلال در رشد مدارهای کلیدی مغز درگیر در پردازش و تنظیم هیجانی می‌شود. آمیگدال که مسئول پاسخ‌های ترس است، ممکن است بیش‌فعال شود و منجر به واکنش‌های هیجانی اغراق‌آمیز در مواجهه با این هیجان شود. در مقابل ارتباط بین آمیگدال و قشر جلوی مغز ممکن است ضعیف شود و تنظیم شناختی هیجان‌ها را مختل کند (۴۱). همچنین بر مبنای نظریه ترومای پیچیده، قرار گرفتن در معرض حوادث آسیب‌زا در دوران کودکی می‌تواند منجر به پاسخ‌های ترومایی پیچیده شود. این پاسخ‌ها ممکن است شامل مشکلات در تنظیم هیجان‌ات و رفتار، چالش در شکل‌گیری و حفظ روابط و اختلال در هویت و عزت‌نفس افراد باشد (۴۲).

از طرفی بررسی رابطه بین خودتنظیمی هیجانی و افکار خودکشی نشان داد که بین این دو متغیر همبستگی معنادار و معکوس وجود دارد که این یافته مطابق با فرض اصلی مطالعات پیش‌تر ارائه شده و نتایج مطالعات هاتکویچ و همکاران (۴۳) و نسیک و همکاران (۱۶) بوده است. از منظر عصب‌روانشناختی، قشر جلوی مغز در تصمیم‌گیری، کنترل تکانه و تنظیم هیجانی نقش دارد. نقص در این فرآیندهای شناختی و عاطفی می‌تواند به اختلال در قضاوت، شکل‌گیری افکار خودکشی و افزایش آسیب‌پذیری در برابر افکار خودکشی کمک کند (۴۴). در یک مدل رشد خودکشی (۴۵) بی‌نظمی هیجانی را به عنوان مشکل شخصیتی توصیف می‌کند که در کنار مدل‌های کاری درونی مرتبط با سبک دلبستگی نایمن ایجاد شده است. این مشکلات شخصیتی می‌تواند بر توانایی مقابله با هیجان‌ات فعلی در پاسخ به ناامیدی، طرد شدن و از دست دادن تأثیر بگذارد. آدام

ذهنی‌سازی می‌تواند در بهبود شرایط روانی آسیب‌شناختی شامل ناگویی هیجانی، مشکلات در شناخت عاطفی و عاطفه منفی (۳۳-۳۵) نقش داشته باشد. چنین داده‌هایی نشان می‌دهند که سطوح پایین ذهنی‌سازی و تنظیم هیجانی با افزایش آسیب‌پذیری برای طیف گسترده‌ای از احساسات، افکار و رفتارهای ناکارآمد مرتبط است که به نوبه خود می‌تواند منجر به بروز افکار خودکشی شود. از سوی دیگر، توانایی‌های ذهنی‌سازی کافی مشاهده شده است که اثرات انطباقی بر سلامت روان دارد (۲۸). در کنار بحث در رابطه با فرض اصلی مطالعه، همبستگی‌های متغیرها به صورت مجزا مورد بررسی واقع شد:

بررسی همبستگی متغیرهای ترومای کودکی و ذهنی‌سازی نشان داد که رابطه معناداری بین این دو متغیر وجود دارد. بررسی زیر مؤلفه‌ها نشان داد که بین بعضی از آن‌ها نیز رابطه معنادار وجود دارد، بطوری‌که بین ترومای کودکی و مؤلفه اطمینان ذهنی‌سازی (منفی و معنادار)، نمره کل ترومای کودکی و مؤلفه عدم اطمینان ذهنی‌سازی (مثبت و معنادار) سوءاستفاده عاطفی و ظرفیت ذهنی‌سازی (منفی و معنادار)، سوءاستفاده عاطفی و عدم اطمینان (مثبت و معنادار)، غفلت عاطفی و ذهنی‌سازی (منفی و معنادار)، غفلت عاطفی و مؤلفه اطمینان (منفی و معنادار)، غفلت عاطفی و مؤلفه عدم اطمینان (مثبت و معنادار). این یافته با نتایج اوهلمن فوربس (۳۶)، کتزنمن و پاپوچیس (۳۷)، گارون بیسونت و همکاران (۳۸) و لوی بلز و لو آری (۳۰) هم‌سو بوده است. همچنین بررسی رابطه همبستگی بین متغیر افکار خودکشی و ذهنی‌سازی در این مطالعه نشان داده است که بین افکار خودکشی و مؤلفه اطمینان رابطه همبستگی منفی و معنادار وجود داشت و از طرفی بین متغیر خودکشی و مؤلفه عدم اطمینان رابطه همبستگی مثبتی وجود دارد. این یافته با نتایج موزتی و همکاران (۲۹) و استاجاکی و همکاران (۱۷) مطابقت دارد. می‌توان گفت که ذهنی‌سازی یک ظرفیت از پیش تعیین شده تکاملی است که به عنوان ظرفیت درک فرآیندهای ذهنی درونی خود و دیگران، مانند افکار، هیجان‌ها، نیازها، خواسته‌ها و انگیزه‌ها و رابطه آن‌ها با رفتار تعریف شده است (۲۸). این روند ارتباط نزدیکی با تنظیم هیجان دارد و ظرفیت ذهنی پایین در ابتدا با رفتارهای خودکشی مرتبط است. مشکلات ذهنی‌سازی محرک‌های

مشاهده می‌شود. به دلیل ماهیت خودگزارش‌دهی پرسشنامه استفاده شده در خودتنظیمی هیجانی احتمال بیش برآوردی نسبت ظرفیت خودتنظیمی هیجانی وجود دارد، نیاز است تا در کنار استفاده از این پرسشنامه از پرسشنامه‌های موازی سنجش خودتنظیمی هیجانی استفاده کرد که از محدودیت‌های این پژوهش بوده است. از طرفی در بررسی آلفای کرونباخ مؤلفه عدم اطمینان (۰/۳۵) با توجه به پایین بودن مقدار این مؤلفه نتایج حاصل از پرسشنامه در تحلیل این مسیر باید با حساسیت زیاد در نظر گرفته شود.

منابع

1. De Berardis D, Vellante F, Fornaro M, Anastasia A, Olivieri L, Rapini G, et al. Alexithymia, suicide ideation, affective temperaments and homocysteine levels in drug naïve patients with post-traumatic stress disorder: An exploratory study in the everyday 'real world' clinical practice. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2020;24(1):83-7.
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. *Psychological bulletin*. 2017;143(2):187.
3. Klonsky ED, May AM, Saffer BY. Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annu. Rev. Clin. Psychol*. 2016;12:307-30.
4. Wastler HM, Bryan AO, Bryan CJ. Suicide attempts among adults denying active suicidal ideation: An examination of the relationship between suicidal thought content and suicidal behavior. *Journal of clinical psychology*. 2022;78(6):1103-17.
5. Clarkin JF, Lenzenweger MF, Yeomans F, Levy KN, Kernberg OF. An object relations model of borderline pathology. *Journal of personality disorders*. 2007;21(5):474-99.
6. Large M, Corderoy A, McHugh C. Is suicidal behaviour a stronger predictor of later suicide than suicidal ideation? A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2021;55(3):254-67.
7. Klonsky ED, Dixon-Luinenburg T, May AM. The critical distinction between suicidal ideation and suicide attempts. *World psychiatry*. 2021;20(3):439.
8. Wang Y, Warmenhoven H, Feng Y, Wilson A, Guo D, Chen R. The relationship between childhood trauma and suicidal ideation, the mediating role of identification of all humanity, indifference and loneliness. *Journal of affective disorders*. 2022;299:658-65.
9. Bahk Y-C, Jang S-K, Choi K-H, Lee S-H. The relationship between childhood trauma and suicidal ideation: role of maltreatment and potential mediators. *Psychiatry Investig*. 2017;14(1):37.

پیوستاری از افکار خودکشی تا رفتار را توصیف کرد که به موازات تداوم ناامنی دلبستگی و تداوم درونی‌سازی تجربه (از پاسخ‌های بین‌فردی بیرونی از دیگران تا مدل‌های کاری درونی) است. رفتارهای مرگبارتر خودکشی با ناامنی دلبستگی بیشتر و الگوهای کاری درونی منفی خود و دیگران مرتبط است (۴۵). در این مدل، بی‌نظمی هیجانی، آسیب‌پذیری در برابر خطر خودکشی ایجاد می‌کند. این که آیا این منجر به ایده‌پردازی یا تلاش می‌شود به ناامنی دلبستگی و درونی‌سازی تجربه بستگی دارد (۴۵). با بررسی رابطه بین ترومای کودکی و افکار خودکشی، در بررسی فرضیه اصلی رابطه مستقیم متغیر پیش‌بین و ملاک، نتایج نشان داد که افکار خودکشی با سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد. این یافته با یافته‌های ارائه شده، چو و همکاران (۱۰)، دویر و همکاران (۲۵)، هو و همکاران (۴۶)، لی و همکاران (۲۶) و ابراهیمی و همکاران (۲۰) هم‌سو بوده است.

به طور خلاصه نتیجه‌گیری پژوهش حاضر نشان داد که ترومای کودکی از چهار مسیر مورد مطالعه بر افکار خودکشی تأثیرگذار است که شامل: مسیر مستقیم که به طور مستقیم بر افکار خودکشی تأثیرگذار است و دو مسیر غیر مستقیم از طریق خودتنظیمی هیجانی و از راه مؤلفه اطمینان ذهنی‌سازی و مؤلفه عدم اطمینان ذهنی‌سازی که دو مسیر غیر مستقیم خودتنظیمی هیجانی و اطمینان معنادار بوده‌اند. با توجه به گستردگی عوامل دخیل در شکل‌گیری افکار خودکشی (هم ژنتیکی و هم محیطی) و پیچیدگی آن، در نظر گرفتن عوامل مورد بررسی در این پژوهش می‌تواند در فهم این پدیده و با سنجش مناسب عوامل و در ادامه فهم پدیده افکار خودکشی در انواع مراجعان، مفید باشد.

محدودیت‌ها و پژوهش‌های آینده: در حین مطالعه این پژوهش و مشاهده نتایج و استنباط‌های حاصل از آن، لازم است تا محدودیت‌های آن نیز در نظر گرفته شود:

این مطالعه از نوع همبستگی است از نتایج آن نمی‌توان رابطه علی میان متغیرها را استنباط نمود. به طور مثال، با این مطالعه مشخص نمی‌شود که آیا خودتنظیمی هیجانی با اثر گذاری قبل از ظرفیت ذهنی‌سازی در افکار خودکشی تأثیرگذار است یا برعکس و صرفاً همزمانی این دو متغیر

- victimization, depression, and suicidal ideation among school-attending homeless youth. *Journal of School Violence*. 2018;17(3):298-310.
25. Dvir Y, Ford JD, Hill M, Frazier JA. Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard review of psychiatry*. 2014;22(3):149-61.
26. Li ET, Carracher E, Bird T. Linking childhood emotional abuse and adult depressive symptoms: The role of mentalizing incapacity. *Child abuse & neglect*. 2020;99:104253.
27. Doba K, Saloppé X, Choukri F, Nandrino J-L. Childhood trauma and posttraumatic stress symptoms in adolescents and young adults: The mediating role of mentalizing and emotion regulation strategies. *Child Abuse & Neglect*. 2022;132:105815.
28. Bersani FS, Accinni T, Carbone GA, Corazza O, Panno A, Prevece E, et al., editors. Problematic use of the internet mediates the association between reduced mentalization and suicidal ideation: a cross-sectional study in young adults. *Healthcare*; 2022: MDPI.
29. Musetti A, Pingani L, Zagaria A, Uberti D, Meli S, Lenzo V, et al. Insecure adult attachment and reflective functioning as mechanisms of the relationship between traumatic life events and suicidal ideation: A path analysis. *Frontiers in psychology*. 2022;13:985148.
30. Levi-Belz Y, Lev-Ari L. Thinking for healing: The role of mentalization deficits as moderator in the link between complicated grief and suicide ideation among suicide-loss survivors. *Death studies*. 2023;47(3):360-9.
31. Fonagy P, Allison E. What is mentalization?: The concept and its foundations in developmental research. *Minding the child: Routledge*; 2013. p. 11-34.
32. Abeyta AA, Routledge C, Juhl J, Robinson MD. Finding meaning through emotional understanding: Emotional clarity predicts meaning in life and adjustment to existential threat. *Motivation and Emotion*. 2015;39:973-83.
33. Luyten P, Fonagy P. The neurobiology of mentalizing. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2015;6(4):366.
34. Bateman A, Fonagy P. Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*. 2010;9(1):11.
35. Luyten P, Campbell C, Allison E, Fonagy P. The mentalizing approach to psychopathology: State of the art and future directions. *Annual review of clinical psychology*. 2020;16(1):297-325.
36. Oehlman Forbes D, Lee M, Lakeman R. The role of mentalization in child psychotherapy, interpersonal trauma, and recovery: A scoping review. *Psychotherapy*. 2021;58(1):50.
37. Katzman W, Papouchis N. Effects of childhood trauma on mentalization capacities and dissociative
10. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR, et al. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin*. 2017;143(12):1313.
11. Busch FN. *Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications: Taylor & Francis*; 2011.
12. Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*. 1997;9(4):679-700.
13. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL. *Affect regulation, mentalization and the development of the self: Routledge*; 2018.
14. Brausch AM, Woods SE. Emotion regulation deficits and nonsuicidal self-injury prospectively predict suicide ideation in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2019;49(3):868-80.
15. Poon JA, López Jr R, Marie-Shea L, Liu RT. Longitudinal relations between childhood maltreatment, emotion regulation difficulties, and suicidal ideation and non-suicidal self-injury: an 18-month investigation of psychiatrically hospitalized adolescents. *Research on child and adolescent psychopathology*. 2023;51(9):1315-26.
16. 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.
17. Stagaki M, Nolte T, Feigenbaum J, King-Casas B, Lohrenz T, Fonagy P, et al. The mediating role of attachment and mentalising in the relationship between childhood maltreatment, self-harm and suicidality. *Child Abuse & Neglect*. 2022;128:105576.
18. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling: Guilford publications*; 2023.
19. Enfael N, Omidvar B, Zarenejad M. Predicting Borderline Personality Traits Based on Childhood Trauma and Family Emotional Atmosphere in Drug Addicts. *Pajouhan Scientific Journal*. 2021;19(3):1-11.
20. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014.
21. Drogar E, Fathi-Ashtiani A, Ashrafi E. Validation and Reliability of the Persian Version of the Mentalization Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*. 2020;12(1):1-12.
22. Hofmann SG, Kashdan TB. The affective style questionnaire: development and psychometric properties. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2010;32:255-63.
23. KARESHKI H. Evaluating factorial structure of emotional styles in students. 2013.
24. Moore H, Benbenishty R, Astor RA, Rice E. The positive role of school climate on school

- experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2023;24(2):284-95.
38. Garon-Bissonnette J, Dubois-Comtois K, St-Laurent D, Berthelot N. A deeper look at the association between childhood maltreatment and reflective functioning. *Attachment & Human Development*. 2023;25(3-4):368-89.
39. Laghaei M, Mehrabizadeh Honarmand M, Jobson L, Abdollahpour Ranjbar H, Habibi Asgarabad M. Pathways from childhood trauma to suicidal ideation: mediating through difficulties in emotion regulation and depressive symptoms. *BMC psychiatry*. 2023;23(1):295.
40. Parada-Fernández P, Herrero-Fernández D, Oliva-Macías M, Rohwer H. Stressful life events and hopelessness in adults: the mediating role of mentalization and emotional dysregulation. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020;43:385-92.
41. Kim MJ, Gee DG, Loucks RA, Davis FC, Whalen PJ. Anxiety dissociates dorsal and ventral medial prefrontal cortex functional connectivity with the amygdala at rest. *Cerebral cortex*. 2011;21(7):1667-73.
42. Courtois CA. *Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment*. 2008.
43. Hatkevich C, Penner F, Sharp C. Difficulties in emotion regulation and suicide ideation and attempt in adolescent inpatients. *Psychiatry research*. 2019;271:230-8.
44. Oquendo MA, Mann JJ. The biology of impulsivity and suicidality. *Psychiatric Clinics of North America*. 2000;23(1):11-25.
45. Turton H, Berry K, Danquah A, Pratt D. The relationship between emotion dysregulation and suicide ideation and behaviour: A systematic review. *Journal of affective disorders reports*. 2021;5:100136.
46. Huh HJ, Kim KH, Lee H-K, Chae J-H. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of affective disorders*. 2017;213:44-50.