توانمندی روانشناختی، سال ۱، شماره ۱، شماره پیاپی ۱، بهار ۱۴۰۴
psychological capability journal (PCJ),1(1), 2025

The role of Emotional Beliefs in Predicting Suicidal Ideation in Adults with a History of Childhood Adversity

نقش باورهای هیجانی در پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی در بزرگسالان با سابقه ناملایمات کودکی

Narjes Ameri (Corresponding Author)
PhD Student, Department of Clinical psychology, Semnan University, Semnan, Iran
Email: n-ameri2020@semnan.ac.ir

نرجس عامری (نویسنده مسئول)
دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

Abstract

Childhood adversity is known as one of the strongest predictors of psychological trauma in adulthood; however, not all people with a history of trauma experience suicidal thoughts. The determining factor in this is the way an individual processes and believes about their emotions. The present study aimed to investigate the role of emotional beliefs in predicting suicidal ideation in adults with a history of childhood adversity. This was a descriptive-correlational study. The statistical population consisted of all adults in Semnan who had a history of childhood adversity, of whom 320 were selected through purposive sampling. In this study, the childhood trauma questionnaires of Bremner et al. (2007), suicidal ideation of Beck et al. (1988), and beliefs about emotions of Manser et al. (2012) were used. Pearson correlation test and stepwise regression were used to analyze the data. The results showed that emotional beliefs were positively and significantly correlated with suicidal ideation in adults with a history of childhood adversity. The regression results also indicated that emotional beliefs explained 53% of the variance in suicidal ideation. According to the results obtained, emotional beliefs played an important role in suicidal ideation in adults with a history of childhood adversity. Based on these findings, it is suggested that special attention be paid to the role of emotional beliefs in therapeutic and preventive interventions to prevent the occurrence of self-harming behaviors.

Keywords: *suicidal ideation, emotional beliefs, childhood adversity*

چکیده

ناملایمات دوران کودکی به عنوان یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های آسیب‌های روان‌شناختی در بزرگسالی شناخته می‌شود؛ با این حال، همه افراد با سابقه تروما دچار افکار خودکشی نمی‌شوند. عامل تعیین‌کننده در این میان، نحوه پردازش و باورهای فرد نسبت به هیجانات خود است. پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش باورهای هیجانی در پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی در بزرگسالان با سابقه ناملایمات کودکی انجام شد. این پژوهش توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری را کلیه بزرگسالان شهر سمنان که سابقه ناملایمات در دوران کودکی دارند، تشکیل دادند که ۳۲۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در این پژوهش از پرسشنامه‌های آسیب‌های دوران کودکی برمنر و همکاران (۲۰۰۷)، ایده‌پردازی خودکشی بک و همکاران (۱۹۸۸) و باورها درباره هیجانات مانسر و همکاران (۲۰۱۲) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون رگرسیون گام به گام استفاده شد. نتایج نشان داد که باورهای هیجانی با ایده‌پردازی خودکشی در بزرگسالان با سابقه ناملایمات کودکی همبستگی مثبت و معنادار داشتند. نتایج رگرسیون نیز حاکی از این بود که باورهای هیجانی ۵۳ درصد از واریانس ایده‌پردازی خودکشی را تبیین کردند. طبق نتایج به دست آمده، باورهای هیجانی، نقش مهمی را در ایده‌پردازی خودکشی در بزرگسالان با سابقه ناملایمات کودکی داشتند. بر اساس این یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود که در مداخلات درمانی و پیشگیرانه، توجه ویژه‌ای به نقش باورهای هیجانی صورت گیرد تا از بروز رفتارهای خودآسیب‌رسان پیشگیری شود.

واژه‌های کلیدی: *ایده‌پردازی خودکشی، باورهای هیجانی، ناملایمات کودکی*

نوع مقاله : پژوهشی | دریافت : ۱۴۰۴/۰۲/۰۸ | پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۰۳

مقدمه

خودکشی به عنوان یک بحران جدی در حوزه بهداشت عمومی، یکی از اصلی‌ترین عوامل مرگ و میر قابل پیشگیری در سطح جهان محسوب می‌شود که عواقب اجتماعی، اقتصادی و روانی گسترده‌ای به دنبال دارد (راگرسون[1] و همکاران، ۲۰۲۴). با وجود اینکه اقدام به خودکشی مرحله نهایی این پدیده محسوب می‌شود، ایده پردازی خودکشی، که شامل افکار، برنامه‌ریزی‌ها و خیال‌پردازی‌ها در مورد آسیب رساندن به خود یا پایان دادن به زندگی است، به عنوان نیرومندترین پیش‌بین اقدام واقعی عمل می‌کند. لذا، شناسایی و درک دقیق عوامل خطر روان‌شناختی که افراد را به سمت این افکار ویرانگر سوق می‌دهند، حیاتی‌ترین اولویت در پژوهش‌ها است (مارتین[2] و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از بنیادی‌ترین عوامل زمینه‌ساز که در اکثر مدل‌های آسیب‌شناسی روانی به آن اشاره شده است، تجربه ناملایمات دوران کودکی است (جنکینز[3] و همکاران، ۲۰۲۵). این ناملایمات که طیف گسترده‌ای از سوءرفتارهای جسمی، عاطفی، جنسی و غفلت را در بر می‌گیرند، به‌عنوان عوامل زمینه‌ساز مشکلات روانشناختی در فرد عمل می‌کنند که در بزرگسالی، ممکن است منجر به بروز افکار ورفتارهای خودکشی در فرد شوند (پارک[4] و همکاران، ۲۰۲۱).

اگرچه ارتباط نزدیکی بین ایده پردازی خودکشی و اختلالات روان‌پزشکی عمده مانند افسردگی و اختلال دوقطبی وجود دارد (روساریو-ویلیامز[5] و همکاران، ۲۰۲۱)، اما مدل‌های فرآیندی خودکشی تأکید می‌کنند که آسیب‌پذیری نه صرفاً از تشخیص بالینی، بلکه از طریق مکانیسم‌های شناختی و عاطفی مشترک، به‌ویژه ناتوانی فرد در مدیریت و تحمل دردهای هیجانی شدید، واسطه می‌شود (اربئلا[6] و همکاران، ۲۰۲۴). از منظر مدل‌های شناختی و عاطفی، خودکشی نه یک عمل بی‌دلیل، بلکه یک راه‌حل افراطی و انطباق‌ناپذیر برای فرار از پریشانی هیجانی غیرقابل تحمل است. فردی که با هیجانات منفی (مانند ناامیدی، شرم، یا خشم) روبروست، در صورت نداشتن مهارت‌های کافی برای مدیریت، این وضعیت را به صورت یک بحران غیرقابل حل تجربه می‌کند. در نتیجه، ناتوانی در تنظیم هیجان به عنوان محور آسیب‌پذیری در طیف وسیعی از رفتارهای خودآسیب‌رسان، از جمله ایده پردازی خودکشی، شناسایی شده است (ائودهل[7] و همکاران، ۲۰۲۱). این ناتوانی، نه تنها در مهارت‌های رفتاری، بلکه در ادراکات بنیادین و شناختی فرد از ماهیت خود هیجانات ریشه دارد. در این راستا، سازه باورهای هیجانی به‌عنوان یک عامل فراشناختی، نقشی محوری پیدا می‌کند. باورهای هیجانی، ارزیابی‌های پایدار و فراگیر فرد در مورد هیجاناتش هستند؛ از جمله اینکه آیا هیجانات قابل کنترل‌اند، تا چه حد خطرناک یا مضر محسوب می‌شوند، و چه ارزشی در زندگی روزمره دارند (فورد و گراس[8]، ۲۰۱۹). این باورها، چارچوب ذهنی را فراهم می‌آورند که فرد بر اساس آن تصمیم می‌گیرد چگونه با یک حالت هیجانی شدید برخورد کند (کاین[9] و همکاران، ۲۰۲۴). به طور خاص، باورهای منفی هیجانی هستند که مسیر آسیب‌پذیری را هموار می‌سازند (فورد و گراس، ۲۰۱۹). همچنین، رابطه بین باورهای منفی هیجانی و ایده پردازی خودکشی از طریق مکانیسم‌های شناختی-عاطفی قابل تبیین است. هنگامی که فرد هیجانات درونی خود را کنترل‌ناپذیر یا خطرناک می‌بیند، ناگزیر به استراتژی‌های اجتنابی یا سرکوب‌کننده روی می‌آورد. این اجتناب و تلاش برای حذف هیجان، نه تنها پریشانی را کاهش نمی‌دهد، بلکه منجر به کاهش شدید تحمل پریشانی می‌شود (مارتین و همکاران، ۲۰۲۱). فرد در مواجهه با کوچکترین ناراحتی عاطفی، آن را به سرعت به عنوان یک فاجعه ارزیابی می‌کند که باید فوراً پایان یابد. این چرخه، به‌ویژه در ترکیب با

---

1. Rogerson
2. Martin
3. Jenkins
4. Park
5. Rosario-Williams
6. Arbulu
7. Aadahl
8. Ford & Gross
9. Cain

نشخوار فکری درباره ناتوانی در کنترل احساسات، فرد را به سمت یک وضعیت ناامیدی عمیق سوق می‌دهد، که در آن شخص به این نتیجه می‌رسد که تنها راه اجتناب از درد هیجانی مداوم و غیرقابل تحمل، پایان دادن به زندگی است (فورد و گراس، ۲۰۱۹). بنابراین، باورهای منفی هیجانی، زمینه‌ساز حل مسئله می‌شوند، زیرا هیجانات نه به عنوان یک بخش طبیعی و گذرا از زندگی، بلکه به عنوان یک تهدید دائمی و غیرقابل تحمل درک می‌شوند (کاین و همکاران، ۲۰۲۴).

از منظر عصب‌زیست‌شناختی نیز، مواجهه زودهنگام با ناملایمات کودکی موجب حساسیت بیش از حد سیستم پاسخ به استرس (محور HPA) می‌شود. این حساسیت مفرط باعث می‌شود فرد در بزرگسالی نسبت به محرک‌های تنش‌زا، واکنش‌های هیجانی شدیدی نشان دهد. در واقع، بدرفتاری زودهنگام زمینه‌ساز ایجاد نوعی آسیب‌پذیری زیستی-روانی است. زمانی که کودک در محیطی رشد می‌کند که نه تنها نیازهای هیجانی‌اش برآورده نمی‌شود، بلکه منبع امنیت او (والدین) به منبع ترس تبدیل می‌شود، فرآیند درونی‌سازی نظم‌جویی هیجان با شکست مواجه می‌گردد. این شکست در تحول، منجر به شکل‌گیری باورهای هیجانی ناکارآمد می‌شود و فردی که سابقه بدرفتاری دارد، هیجانات را به عنوان پدیده‌هایی شرم‌آور، غیرقابل‌کنترل و آسیب‌رسان ادراک می‌کند (کنلند[1] و همکاران، ۲۰۲۴). بررسی‌های گسترده نشان می‌دهد که باورهای منفی هیجانی با طیف وسیعی از اختلالات اضطرابی و خلقی مرتبط هستند. با این حال، با وجود شواهدی که بر نقش ناتوانی در تنظیم هیجان در خودکشی تأکید دارند، مطالعات تجربی مستقیمی که سهم تفکیک‌شده‌ی باورهای شناختی درباره هیجانات را در پیش‌بینی شدت ایده پردازی خودکشی بررسی کنند، به شدت محدود است. این فقدان تمرکز، یک شکاف مهم در درک مکانیسم‌های شناختی خودکشی باقی می‌گذارد. به همین دلیل، انجام پژوهشی که بتواند مستقیماً قدرت پیش‌بین ابعاد مختلف باورهای هیجانی را در تعیین شدت افکار خودکشی بسنجد، از اهمیت نظری و بالینی بالایی برخوردار است. پر کردن این شکاف، می‌تواند منجر به توسعه مدل‌های خطر خودکشی شود که عوامل شناختی فرآیندی را بیش از پیش در بر می‌گیرند. لذا سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا مولفه‌های باورهای هیجانی قادر به پیش‌بینی رفتارهای خوداسیب‌رسان در بزرگسالان با سابقه ناملایمات کودکی هستند؟

روش

روش پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بزرگسالان شهر سمنان در سال ۱۴۰۳ که سابقه ناملایمات در دوران کودکی دارند، تشکیل می‌دهند. برای تعیین حجم نمونه مورد نظر بر اساس شیوه وستلند[2] (۲۰۱۰) با در نظر گرفتن تعداد سازه‌های مدل، توان آزمون ۹۹ درصد، احتمال خطای ۰/۰۱ و عدم دسترسی به حجم جامعه آماری، حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۲۸۷ نفر به دست آمد. به منظور پوشش ریزش احتمالی نمونه، ۳۴۷ نفر با سابقه ناملایمات کودکی به شیوه نمونه‌گیری هدفمند بر اساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل کسب رضایت آگاهانه و کسب نمره بالاتر از خط برش (نمره ۷) در پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی بود. در مقابل معیارهای خروج شامل عدم تمایل به شرکت در مطالعه و ناقص بودن پاسخ‌های پرسشنامه بودند. پرسشنامه پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و امکان انصراف از ادامه همکاری در همه مراحل پژوهش وجود داشت. اطلاعات جمعیت‌شناختی در ابتدای پرسشنامه مورد سؤال قرار گرفت. در این مطالعه، اصول اخلاقی پژوهش شامل رازداری و حفظ حریم خصوصی اشخاص رعایت شد. درنهایت با حذف پرسشنامه‌های مخدوش یا ناقص، ۳۲۰ پرسشنامه با استفاده از تحلیل رگرسیون گام به گام در نرم‌افزار spss26 تحلیل شدند.

ابزار

[1]. Kneeland
[2]. Westland

۱. پرسشنامه آسیب‌های دوران کودکی[1]: این پرسشنامه خود گزارشی کوتاه توسط برمنر[2] و همکاران (۲۰۰۷) طراحی شده است و دارای ۲۷ گویه است که چهار حیطه از آسیب‌های ممکن اولیه که قبل از سن ۱۸ سالگی رخ داده است را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسشنامه ابعاد ترومای کودکی شامل ترومای کلی (گویه‌های ۱ تا ۱۱)، سوءاستفاده هیجانی (گویه‌های ۱۷ تا ۲۱)، سوءاستفاده فیزیکی (گویه‌های ۱۲ تا ۱۶) و سوءاستفاده جنسی (گویه‌های ۲۲ تا ۲۷) را مورد بررسی قرار می‌دهد که نیاز به پاسخ دوتایی (بله= نمره ۱، خیر= نمره صفر) دارد و هر تجربه آسیب‌زا به‌صورت جواب‌های (هرگز، به‌ندرت، گاهی، اغلب، همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و امتیازدهی از مجموع گویه‌هایی به دست می‌آید که به آن‌ها پاسخ «بله» داده شده است. کسب نمره ۷ یا بیشتر نشانه وجود تروما و نمره کمتر از ۷ نشانه عدم وجود تروما است (برمنر و همکاران، ۲۰۰۷). برمنر و همکاران (۲۰۰۷) آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های ترومای کلی (۰/۷۰)، سوءاستفاده هیجانی (۰/۸۶)، سوءاستفاده فیزیکی (۰/۷۵) و سوءاستفاده جنسی (۰/۸۷) گزارش کردند. قدرت الهی فرد و همکاران (۱۴۰۰) آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۷۴ گزارش کردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

۲. پرسشنامه ایده‌پردازی خودکشی[3]: این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط بک[4] و همکاران طراحی شده است و شامل ۱۹ سوال است که به سه بخش اصلی غربالگری افکار خودکشی، ارزیابی افکار خودکشی و ارزیابی آمادگی و قصد اقدام به خودکشی تقسیم می‌شود. نمره‌گذاری بر اساس مقیاس سه درجه‌ای مخالفم (۰)، نسبتاً موافقم (۱) و موافقم (۲) انجام می‌شود و نمره کل این پرسشنامه از ۰ تا ۳۸ متغیر است. بک و همکاران در تحقیقات اولیه، روایی همگرای آن را با استفاده از همبستگی این مقیاس با مقیاس هامیلتون ۰/۷۳ و اعتبار آن را با روش بازآزمایی ۰/۹۱ گزارش کردند. هم‌چنین، همسانی درونی این ابزار ۰/۹۱ بود. در پژوهش اقدامی و فولادچنگ (۱۴۰۱)، تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که شاخص RMSEA برای مدل این پرسشنامه ۰/۰۴ با فاصله اطمینان ۹۰ درصد بین ۰/۰۰۱ و ۰/۰۵است. سایر شاخص‌های برازش نیز تأیید کردند که مدل با داده‌ها به خوبی انطباق دارد و اعتبار ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

۳. پرسشنامه باورها درباره هیجانات[5]: این پرسشنامه توسط مانسر[6] و همکاران (۲۰۱۲) طراحی شده است و باورهای افراد را در مورد هیجاناتشان اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه، شامل ۴۳ گویه است و در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱)، مخالف (۲)، نظری ندارم (۳)، موافق (۴) و کاملا موافق (۵) نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌ها شامل شش خرده مقیاس باورهای طاقت‌فرسا و غیرقابل کنترل[7] (گویه‌های ۱ تا ۹)، شرم‌آور و غیرمنطقی[8] (گویه‌های ۱۰ تا ۱۹)، نامعتبر و بی‌معنی[9] (گویه‌های ۲۰ تا ۲۶)، بی‌فایده[10] (گویه‌های ۲۷ تا ۳۴)، آسیب‌رسان[11] (گویه‌های ۳۵ تا ۳۹) و مسری[12] (گویه‌های ۴۰ تا ۴۳) هستند. مانسر و همکاران (۲۰۱۲) آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه از ۰/۶۹ تا ۰/۸۸ و برای نمره کل در نمونه بالینی ۰/۹۰ و در نمونه غیربالینی ۰/۸۷ گزارش کردند. همچنین، روایی واگرا و همگرا نیز از طریق محاسبه همبستگی مقیاس با اضطراب (۰/۴۴)، افسردگی (۰/۴۰) و باورهای فراشناختی (۰/۴۹) تایید شد. استرودل[13] و همکاران (۲۰۲۳) آلفای کرونباخ را

---

1. Early Trauma Inventory Self-Report-Short Form (ETISR-SF)
2. Bremner
3. Suicide Ideation Scale
4. Beck
5. Beliefs About Emotions Questionnaire (BAEQ)
6. Manser
7. overwhelming and uncontrollable
8. shameful and irrational
9. invalid and meaningless
10. useless
11. damaging
12. contagious
13. Strodl

برای خرده مقیاس‌های باورهای طاقت‌فرسا و غیرقابل کنترل (۰/۹۱)، شرم‌آور و غیرمنطقی (۰/۹۰)، نامعتبر و بی‌معنی (۰/۸۴)، بی‌فایده (۰/۸۰) و آسیب‌رسان (۰/۷۷) گزارش کردند. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

یافته ها

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

جدول ۱: آماره‌های توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- باورهای طاقت‌فرسا	۲۳/۴۶	۵/۷۷	۱						
۲- شرم‌آور و غیرمنطقی	۲۵/۰۷	۶/۹۹	۰/۷۱**	۱					
۳- آسیب‌رسان	۱۱/۴۵	۴/۱۵	۰/۷۹**	۰/۷۸**	۱				
۴- نامعتبر و بی‌معنی	۱۸/۳۴	۵/۷۳	۰/۷۰**	۰/۸۱**	۰/۸۸**	۱			
۵- بی‌فایده	۲۱/۱۹	۷/۱۲	۰/۷۸**	۰/۷۷**	۰/۷۷**	۰/۷۱**	۱		
۶- مسری	۹/۸۱	۲/۱۰	۰/۷۸**	۰/۸۹**	۰/۸۶**	۰/۷۸**	۰/۸۳**	۱	
۷- ایده‌پردازی خودکشی	۱۸/۶۹	۹/۵۱	۰/۶۲**	۰/۵۱**	۰/۷۱**	۰/۶۶**	۰/۵۵**	۰/۶۱**	۱

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد بین مولفه‌های باورهای هیجانی با ایده‌پردازی خودکشی همبستگی معنادار وجود دارد. جهت بررسی مفروضه عدم وجود خودهمبستگی در خطاهای پژوهش، از آماره دوربین-واتسون[1] استفاده شد که مقدار آن ۱/۸۷ به‌دست آمد؛ از آنجا که مقدار مورد نظر در دامنه ۱/۵ تا ۲/۵ قرار دارد میتوان گفت مفروضه عدم وجود خودهمبستگی مورد تأیید است. همچنین مفروضه همخطی برای متغیرهای برونزای پژوهش با استفاده از ضریب تحمل[2] و عامل تورم واریانس[3] بررسی شد. نتایج نشان داد مفروضه همخطی محقق شده است. نتایج پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی براساس مولفه‌های باورهای هیجانی با روش رگرسیون گام به گام در جدول ۲ نشان داده شده است.

[1]. Durbin-Watson
[2]. Tolerance
[3]. Variance Inflation Factors (VIF)

جدول ۲: تحلیل رگرسیون پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی بر اساس مولفه‌های باورهای هیجانی

گام‌ها	متغیرهای پیش‌بین	B	ضریب غیراستاندارد	ضریب استاندارد	R	R2 اصلاح شده	F	سطح معنی‌داری
گام اول	مقدارثابت	۰/۴۲	۰/۴۸					۰/۳۸
	آسیب‌رسان	۰/۸۶	۰/۰۴۷	۰/۷۱	۰/۷۱۴	۰/۵۰۹	۳۳۱/۵۶	**۰/۰۰۱
گام دوم	مقدارثابت	۰/۶۷	۰/۵۰					۰/۱۷
	آسیب‌رسان	۰/۷۲	۰/۰۷۸	۰/۶۰				**۰/۰۰۱
	باورهای طاقت‌فرسا	۰/۱۵	۰/۰۷۱	۰/۱۴	۰/۷۱۹	۰/۵۱۴	۱۷۰/۰۲	*۰/۰۳۲
گام سوم	مقدارثابت	۰/۴۱	۰/۵۱					۰/۴۲
	آسیب‌رسان	۰/۸۲	۰/۰۹	۰/۶۸				**۰/۰۰۱
	باورهای طاقت‌فرسا	۰/۱۹	۰/۰۷۳	۰/۱۷				*۰/۰۰۸
	شرم‌آور وغیرمنطقی	۰/۱۶	۰/۰۷۴	۰/۱۴	۰/۷۲۵	۰/۵۲۱	۱۱۶/۶۰	*۰/۰۲۳
گام چهارم	مقدارثابت	۰/۴۴	۰/۵۰					*۰/۳۷
	آسیب‌رسان	۰/۶۰	۰/۱۱	۰/۵۰				**۰/۰۰۱
	باورهای طاقت‌فرسا	۰/۲۱	۰/۰۷۲	۰/۱۹				*۰/۰۰۳
	شرم‌آورو غیرمنطقی	۰/۲۷	۰/۰۸۱	۰/۲۳				**۰/۰۰۱
	نامعتبر و بی‌معنی	۰/۳۲	۰/۱۰	۰/۲۷	۰/۷۳۴	۰/۵۳۳	۹۲/۰۵	*۰/۰۰۳

نتایج نشان داد که ابتدا باورهای آسیب رسان با ضریبی بالاتر و بعد از آن به ترتیب، باورهای طاقت‌فرسا، شرم‌آور و غیرمنطقی و نامعتبر و بی‌معنی قادر به پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی بودند و توانستند روی هم ۵۳ درصد از ایده‌پردازی خودکشی را پیش‌بینی کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی در بزرگسالان با سابقه ناملایمات کودکی بر اساس مولفه‌های باورهای هیجانی انجام گرفت. نتایج حاکی از آن بود که مولفه‌های باورهای هیجانی می‌توانند ایده‌پردازی خودکشی در بزرگسالان با سابقه ناملایمات کودکی را پیش‌بینی کنند. این یافته با یافته‌های پژوهش اربئلا و همکاران (۲۰۲۴) تاحدودی همسو است. در تبیین این یافته میتوان بیان داشت، سابقه ترومای کودکی، مانند سوءاستفاده‌های جسمی، جنسی، هیجانی، یا غفلت مزمن، در واقع یک رویداد منفرد نیست، بلکه یک محرک ساختاردهنده محسوب می‌شود که سیستم‌های تنظیم هیجانی، شناختی و نوروبیولوژیک فرد را در مراحل حساس رشد مختل می‌سازد (جنکینز و همکاران، ۲۰۲۵). تجربه مزمن عدم ایمنی و پاسخ‌های ناکافی از سوی مراقبان اولیه منجر به اختلال در عملکرد محور هیپوتالاموس–هیپوفیز–آدرنال و سیستم لیمبیک شده و در نتیجه، آستانه تحمل فرد نسبت به استرس کاهش می‌یابد. در این صورت فرد با یک سیستم پاسخ هیجانی بیش از حد حساس مواجه است که در آن، هیجاناتی نظیر ترس، خشم و شرم با شدت و مدت زمان طولانی‌تری فعال می‌شوند و او در حالت دائمی گوش به زنگی هیجانی قرار می‌گیرد. این اختلال نوروبیولوژیک و شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگارانه نظیر نقص/شرم، زمینه آسیب‌پذیری ساختاری را ایجاد می‌کند و از طریق تضعیف مکانیسم‌های مقابله‌ای و تقویت پاسخ‌های هیجانی شدید، راه را برای بروز باورهای هیجانی فراهم می‌سازد (راگرسون و همکاران، ۲۰۲۴). باورهای هیجانی ناسالم و ناکارآمد، قوانین شناختی‌ای هستند که پریشانی هیجانی را تا حد غیرقابل تحمل بالا می‌برند. در افرادی که سابقه تروما دارند، هیجان دیگر یک پاسخ طبیعی نیست، بلکه به عنوان یک تهدید وجودی تلقی می‌شود و این باورها هستند که هویت تهدیدآمیزی به هیجان می‌دهند. فرد برای اجتناب از فعال شدن هیجانات خطرناک، به سرکوب عاطفی، حواس‌پرتی اجباری و نشخوار فکری روی می آورد. تلاش برای کنترل نکردن هیجان، در واقع منجر به افزایش شدت و دوام آن می‌شود (جنکینز و همکاران، ۲۰۲۵).

مدل‌های شناختی خودکشی، به‌ویژه مدل فرار از خود، بر درد روانی غیرقابل تحمل به عنوان نیروی محرکه اصلی تأکید می‌کنند. باورهای هیجانی، در واقع عاملی هستند که این درد را ایجاد و تثبیت می‌کنند. هنگامی که فردی با سابقه تروما، هیجانی قوی (مانند اضطراب یا شرم) را تجربه می‌کند، باورهای هیجانی عمل می‌کنند که این وضعیت غیرقابل تغییر است (کاین و همکاران، ۲۰۲۴). در این حالت، ناتوانی در تنظیم هیجان که ریشه در باورهای ناسالم دارد، منجر به احساس بن‌بست هیجانی می‌شود؛ فرد به این نتیجه می‌رسد که هیچ راهکار درونی برای رهایی از وضعیت ذهنی و رنج عاطفی وجود ندارد. در این حالت، هیجان تبدیل به یک تهدید وجودی می‌شود و ناتوانی در تنظیم هیجان که ریشه در باورهای ناسالم دارد، منجر به احساس بن‌بست هیجانی می‌گردد؛ فرد احساس می‌کند که هیچ راهکاری برای رهایی از وضعیت ذهنی فعلی و رنج عاطفی وجود ندارد، جز اتخاذ یک راهکار که همان پایان دادن به زندگی خود است (مارتین و همکاران، ۲۰۲۱). ایده‌پردازی خودکشی در این زمینه، نه یک میل به مرگ، بلکه یک راهکار شناختی نهایی برای فرار از رنج هیجانی پایان‌ناپذیر تلقی می‌شود. این نتیجه‌گیری با مدل یکپارچه خودکشی هم‌خوانی دارد که در آن اختلال در تنظیم هیجان و اجتناب هیجانی، پیش‌بینی‌کننده‌های قدرتمند خودکشی هستند (ائودهل و همکاران، ۲۰۲۱).

پیامدهای بالینی حاصل از این پژوهش بر ضرورت بازنگری در پروتکل‌های ارزیابی و درمانی برای پیشگیری از خودکشی تأکید دارند. ارزیابی خطر خودکشی در جمعیت در معرض خطر تروما باید از یک ارزیابی ساده از حضور ایده‌ها، به یک ارزیابی دو مرحله‌ای تبدیل شود: نخست، ارزیابی عامل خطر دوردست (سابقه و ماهیت تروما)، و دوم، ارزیابی عامل خطر نزدیک و فعال (باورهای هیجانی فرد درباره هیجانات خود). در سطح درمان، گرچه مواجهه با تروما ضروری است، اما مداخلات باید مستقیماً باورهای هیجانی را هدف قرار دهند تا پتانسیل خودکشی کاهش یابد. رویکردهای موج سوم شناختی-رفتاری، مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی، برای این منظور بسیار مناسب هستند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با آموزش پذیرش تجربه هیجانی به جای مبارزه با آن، مستقیماً باور به خطرناک و غیرقابل تحمل بودن هیجانات را تضعیف می‌کند. همچنین، درمان فراشناختی می‌تواند باورهای فراشناختی مربوط به نیاز به کنترل مطلق یا نشخوار فکری را به چالش بکشد و فرد را از سبک‌های مقابله‌ای غیرسازگار که به درد هیجانی منجر می‌شود، رها سازد.

با وجود اهمیت تحلیلی و بالینی یافته‌ها، این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه است. ماهیت مقطعی مطالعه مانع از استنتاج علّی و معلولی قطعی می‌شود. همچنین، تمام داده‌های پژوهش متکی بر خوداظهاری شرکت‌کنندگان بوده‌اند که در مورد سازه‌های حساسی مانند تروما و ایده‌پردازی خودکشی، احتمال سوگیری پاسخ را افزایش می‌دهد. بنابراین، در چشم‌انداز آینده، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌ها به سمت استفاده از طراحی‌های طولی حرکت کنند تا مسیر توسعه باورهای هیجانی پس از تروما و نقش آن در پیش‌بینی دقیق ایده‌پردازی و اقدام به خودکشی به صورت زمانی مورد کاوش قرار گیرد. همچنین، مطالعات آتی می‌توانند از طریق مدل‌سازی معادلات ساختاری، نقش دقیق باورهای هیجانی را به عنوان یک متغیر میانجی یا تعدیل‌گر در مداخلات درمانی بررسی کرده تا پروتکل‌های درمانی بهینه‌سازی شوند. در نهایت، این پژوهش تأییدی است بر اهمیت فراتر رفتن از صرفاً تشخیص رویداد تروما و لزوم هدف‌گیری و تغییر فرایندهای شناختی-هیجانی که به عنوان محرک‌های خطر فعال در افراد آسیب‌پذیر عمل می‌کنند.

سپاسگزاری: نویسندگان مراتب تشکر خود را از همه کسانی که در انجام این مقاله نقش داشته اند اعلام می‌دارد.

تعارض منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

منابع

اقدامی، زهرا و فولادچنگ، محبوبه. (۱۴۰۱). پیش بینی افکار خودکشی بر اساس کنترل روانشناختی والدین: نقش واسطه‌ای ذهن‌آگاهی. *مجله روانشناسی*، ۲۶(۱)،۱۱-۱.http://iranapsy.ir/Article/22281/FullText

قدرت الهی فرد، محمدعلی؛ چین آوه، محبوبه و امینی منش، سجاد. (۱۴۰۰). نقش واسطه‌ای تحمل پریشانی و تنظیم شناختی هیجان در ارتباط با آسیب‌های دوران کودکی و بروز نشانه‌های اختلال‌های شخصیت وسواسی- جبری در پرستاران. *مجله علوم پزشکی صدرا*، ۹(۳)، ۲۷۱-۲۸۴.https://doi.org/10.30476/smsj.2022.90074.1218

References

Aadahl, V., Wells, A., Hallard, R., & Pratt, D. (2021). Metacognitive beliefs and suicidal ideation: an experience sampling study. *International journal of environmental research and public health*, *18*(23), 12336. https://doi.org/10.3390/ijerph182312336

Arbulu, I., Salguero, J. M., Ramos-Cejudo, J., Bjureberg, J., & Gross, J. J. (2024). Emotion beliefs are associated with emotion regulation strategies and emotional distress. *Current Psychology*, *43*(5), 4364-4373. https://doi.org/10.1007/s12144-023-04633-x

Beck, A. T., Steer, R. A., & Ranieri, W. F. (1988). Scale for suicide ideation: Psychometric properties of a self-report version. *Journal of clinical psychology*, *44*(4), 499-505. DOI: 10.1002/1097-4679(198807)44:4<499::aid-jclp2270440404>3.0.co;2-6

Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory–self report. *The Journal of nervous and mental disease*, *195*(3), 211-218. DOI: 10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c

Cain, L., Strodl, E., & Howard, G. (2024). Targeting beliefs about emotions via meta-emotion therapy for adolescents with anxiety: A case series study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *54*(2), 133-142. https://doi.org/10.1007/s10879-023-09605-7

Ford, B. Q., & Gross, J. J. (2019). Why beliefs about emotion matter: An emotion-regulation perspective. *Current Directions in Psychological Science*, *28*(1), 74-81. https://doi.org/10.1177/0963721418806697

Jenkins, K. C., Khazem, L. R., Toleson, S., Kreutzer, K., Bryan, C. J., Jimmy, J., & Gorka, S. M. (2025). Neural indices of cognitive reappraisal impact the association between childhood trauma and suicide risk in adulthood. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 111949. doi: 10.1016/j.pscychresns.2025.111949

Kneeland, E. T., Cunningham, C., Lattuada, I., Cwalina, M., & Shanahan, M. (2024). How I think about how I feel: Personal beliefs about emotion prospectively predict suicide-related outcomes and depression symptoms. *Journal of Psychiatric Research*, *179*, 330-340. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.09.033

Manser, R., Cooper, M., & Trefusis, J. (2012). Beliefs about emotions as a metacognitive construct: Initial development of a self-report questionnaire measure and preliminary investigation in relation to emotion regulation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *19*(3), 235-246. https://doi.org/10.1002/cpp.745

Martin, A., Oehlman, M., Hawgood, J., & O'Gorman, J. (2023). The role of impulsivity and self-control in suicidal ideation and suicide attempt. *International journal of environmental research and public health*, *20*(6), 5012. https://doi.org/10.3390/ijerph20065012

Park, C., Park, I. H., Yoo, T., Kim, H., Ryu, S., Lee, J. Y., ... & Kim, S. W. (2021). Association between childhood trauma and suicidal behavior in the general population. *Chonnam medical journal*, *57*(2), 126. doi: 10.4068/cmj.2021.57.2.126

Rogerson, O., O'Connor, R. C., & O'Connor, D. B. (2024). The effects of childhood trauma on stress-related vulnerability factors and indicators of suicide risk: An ecological momentary assessment study. *Journal of affective disorders*, *352*, 479-489. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.029

Rosario-Williams, B., Kaur, S., & Miranda, R. (2021). Examining decentering as a moderator in the relation between non-suicidal self-injury and suicide ideation via cognitive–affective factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *51*(4), 741-754. https://doi.org/10.1111/sltb.12747

Strodl, E., Hubert, M., & Cooper, M. (2023). Psychometric properties and factor structure of the Revised Beliefs About Emotions Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *30*(6), 1471-1481. https://doi.org/10.1002/cpp.2889

Westland, J. C. (2010). Lower bounds on sample size in structural equation modeling. *Electronic commerce research and applications*, *9*(6), 476-487. https://doi.org/10.1016/j.elerap.2010.07.003