



Structural Relationships of Insecure Attachment and Feeling of Shame with Suicidal Thoughts of People with Depressive Symptoms: The Mediating Role of Emotion Dysregulation

Raheleh Yeganeh¹, Raheleh Bagheri Fard², Fatemeh Zamani Samani^{3*},
Mansoureh Sadat Rajaeizadeh⁴

1. Master of Clinical Psychology, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.
2. Master of Clinical Psychology, Hamadan Branch, Islamic Azad University, Hamadan, Iran.
3. Master of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
4. Master of General Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Fatemeh Zamani Samani, Master of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: Fatemezamanisamani@gmail.com

Received: 1 Dec 2023

Accepted: 22 Sep 2024

Abstract

Introduction: People with depressive symptoms are one of the groups at risk of suicide, and suicidal thoughts are an important predictive factor for committing suicide and completing it. Therefore, the present study was conducted to investigate the structural relationships of insecure attachment and feelings of shame with suicidal thoughts of people with depressive symptoms and consider the mediating role of emotional dysregulation.

Methods: The present research was correlation-based on structural equations. The statistical population of the study included all the people with depression symptoms who were referred to the clinics in Tehran city in 2023, of which 180 people were selected as available. They responded to the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck Suicidal Ideation Scale, Adult Attachment Inventory, Difficulties in Emotion Regulation Scale, and Shame Questionnaire. For data analysis, Pearson correlation, structural equation modeling, and SPSS-26 and AMOS-24 software were used.

Results: The results showed that the direct impact of emotional dysregulation ($T=14.30$, $\beta=0.74$) was significant on suicidal thoughts. The direct impact of insecure attachment ($T=3.88$, $\beta=0.49$) and shame ($T=10.48$, $\beta=0.33$) on emotional dysregulation was significant. Also, the indirect effect of insecure attachment on suicidal thoughts through the mediating role of emotional dysregulation is significant ($P < 0.05$, $\beta = 0.43$) and the indirect effect of shame on suicidal thoughts through the mediating role of emotional dysregulation is significant ($P < 0.05$, $\beta=0.57$). The results also showed that the research variables explained a total of 55% of the variance of suicidal thoughts.

Conclusions: Based on the findings of the research, it can be concluded that a better clinical understanding of emotion regulation in the pathology of suicidal thoughts is a key element in the evaluation and clinical work with people with depressive symptoms. Therefore, based on a coherent understanding of the emotional characteristics of depressed people, emotion regulation models can provide a promising potential for the accuracy of psychological diagnosis, prevention, and therapeutic effectiveness in this field.

Keywords: Suicidal thoughts, Shame, depression, Emotional dysregulation, Insecure attachment.



ارتباط ساختاری دلبستگی ناایمن و احساس شرم با افکار خودکشی در افراد دارای علائم افسردگی: نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی

راحله یگانه^۱، راحله باقری فرد^۲، فاطمه زمانی سامانی^{۳*}، منصوره سادات رجایی زاده^۴

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد همدان، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: فاطمه زمانی سامانی، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

ایمیل: Fatemezamanisamani@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۷/۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۹/۱۱

چکیده

مقدمه: افراد دارای علائم افسردگی یکی از گروه های در معرض خودکشی می باشند و افکار خودکشی یک عامل پیشگویی کننده مهم برای اقدام به خودکشی و تکمیل آن است. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی روابط ساختاری دلبستگی ناایمن و احساس شرم با افکار خودکشی افراد دارای علائم افسردگی با توجه به نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی انجام شد. **روش کار:** پژوهش حاضر همبستگی مبتنی بر معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد دارای علائم افسردگی مراجعه کننده به کلینیک های سطح شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند که از میان آنها ۱۸۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب و به پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم، پرسشنامه افکار خودکشی بک، پرسشنامه سبک های دلبستگی بزرگسالان، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان و پرسشنامه احساس شرم پاسخ دادند. برای تحلیل داده ها از همبستگی پیرسون، مدل یابی معادلات ساختاری و از نرم افزار SPSS-26 و AMOS-24 استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد اثر مستقیم بدتنظیمی هیجانی ($\beta = 0/74, T=14/30$) بر افکار خودکشی معنادار بود. اثر مستقیم دلبستگی ناایمن ($\beta = 0/49, T=3/88$) و احساس شرم ($\beta = 0/33, T=10/48$) بر بدتنظیمی هیجانی معنادار بود. همچنین اثر غیرمستقیم دلبستگی ناایمن بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی معنی دار ($\beta = 0/43, P<0/05$) و اثر غیرمستقیم احساس شرم بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی معنی دار ($\beta = 0/57, P<0/05$) بود. نتایج همچنین نشان داد که متغیرهای پژوهش در مجموع ۵۵ درصد از واریانس افکار خودکشی را تبیین کردند.

نتیجه گیری: براساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت، درک بالینی بهتر از تنظیم هیجان در آسیب شناسی افکار خودکشی یک عنصر کلیدی در ارزیابی و کار بالینی با افراد دارای علائم افسردگی می باشد. بنابراین براساس درک منسجم از ویژگی های هیجانی افراد افسرده، مدل های تنظیم هیجان می تواند پتانسیل امیدوارکننده ای را برای دقت تشخیص روان شناختی، پیشگیری و اثربخشی درمانی در این زمینه ارائه دهند.

کلیدواژه ها: افکار خودکشی، احساس شرم، افسردگی، بدتنظیمی هیجانی، دلبستگی ناایمن.

(Bryan) و همکاران (۶) به این نتیجه رسیدند که افراد در امتداد زنجیره خطر از افکار خودکشی به برنامه ریزی (۳۴٪) و از ایده به اقدام (۲۹٪) حرکت می کنند، که اکثر اقدام های خودکشی در طول سال اول پس از شروع افکار خودکشی رخ می دهد.

شواهد پژوهشی اخیر نشان داده است که یکی از عناصر کلیدی مرتبط با آسیب پذیری رشدی برای افکار و رفتارهای خودکشی (Suicidal thoughts and behaviors) قرار گرفتن در معرض تجربیات نامطلوب دوران کودکی است (۷). فرزندپروری (والدگری) آسیب زا (harmful parenting) و روابط دلبستگی اولیه مختل شده از جمله این تجربیات نامطلوب می باشد (۸). اگرچه چندین پژوهشگر طیفی از چارچوب های نظری را برای درک علت شناسی افکار و رفتارهای خودکشی پیشنهاد کرده اند (۹). آدام (Adam) اولین نویسنده ای بود که مدل رشدی را پیشنهاد کرد که در آن سیستم دلبستگی (attachment system) نقش اصلی را در ظهور رفتار خودکشی ایفا می کند (۱۰). براساس این مدل تجربیات نامطلوب اولیه با والدین و سایر تجربیات منفی دوران کودکی می تواند منجر به ایجاد دلبستگی های نایمن شود که می تواند به عنوان یک عامل آسیب پذیری روانی برای خطر خودکشی در آینده عمل کند (۱۱). افراد دارای دلبستگی های نایمن هنگام مواجهه با پریشانی، خزانه مقابله ای کمتری دارند و مستعد خلق افسرده هستند (۱۲). همچنین ممکن است افراد با دلبستگی نایمن، رویدادهای بین فردی منفی را به معنای ناشایستگی و بی کفایتی خود تفسیر کنند که این تفسیرها می تواند با ایجاد نشانه های افسردگی ارتباط پیدا کند (۱۳).

مدل دلبستگی علاوه بر روابط بین فردی، بر تنظیم هیجانات و نحوه سازگاری افراد با عوامل استرس زا تأثیر می گذارند. از جمله مولفه های دیگری که به حفظ دلبستگی، ابتدا به والدین و در نهایت به دیگران در محیط اجتماعی خدمت می کنند، هیجانات خودآگاهی مانند شرم (Shame) هستند. نکته حیاتی در تجربه هیجانات خودآگاه مانند شرم این است که فرد متوجه می شود که دیگران می توانند او را ببینند و او کنترلی بر آنچه دیده می شود، ندارد و بالعکس. بنابراین تجربه بین اذهانی پیش نیاز تجربه این گونه هیجانات است. فرض بر این است که تعاملات والد-فرزندی که به تحول ظرفیت ذهنی سازی و ایجاد دلبستگی ایمن صدمه می زنند یعنی پاسخگو نبودن

براساس جدیدترین داده های ملی ایالت متحده خودکشی (Suicide) در حال حاضر دومین عامل مرگ و میر در بین افراد ۱۰ تا ۲۴ ساله است (۱). اگرچه میزان خودکشی در کشورهای اسلامی پایین است اما شواهدی دال بر افزایش آن در ایران وجود دارد. میزان خودکشی در ایران از غالب کشورهای غربی پایین تر است، اما از بقیه کشورهای خاورمیانه بالاتر است و در طی سه دهه اخیر رشد معناداری داشته است (۲). خودکشی یک مسئله مهم بهداشت عمومی است، به طوری که تخمین زده می شود سالانه ۸۰۰۰۰۰ نفر در سراسر جهان بر اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند که نشان می دهد تعداد اقدام به خودکشی ممکن است ۲۰ برابر این رقم باشد (۱). افزایش موارد خودکشی در میان جوانان در سال ۲۰۱۸ زمانی که سازمان جهانی بهداشت اعلام کرد که خودکشی دومین عامل مرگ و میر افراد بین ۱۵ تا ۲۹ سال است، به سطح هشدار رسیده است و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۳۰ افزایش ۲۵ درصدی داشته باشد (۲). نتایج مطالعات پیشین، عواملی اعم از قرار گرفتن در معرض خودکشی در میان بستگان یا دوستان، سوء استفاده دوران کودکی، گرایش جنسی، اضطراب اجتماعی و افسردگی را به عنوان عوامل خطر افکار خودکشی، گزارش نموده اند (۳). همچنین افراد دارای علائم افسردگی یکی از گروه های در معرض خودکشی می باشند و افکار خودکشی یک عامل پیشگویی کننده مهم برای اقدام به خودکشی و تکمیل آن است (۴). کامینگز و کامینگز (Cumings and Cumings) (۵) خودکشی را یک فرآیند سه مرحله ای می دانند آنها پیشنهاد می کنند که مرحله ۱ مرحله «ایده پردازی» است، که طی آن فرد بیشتر و بیشتر به خودکشی فکر می کند. با این حال، ترس از خودکشی هنوز از جذابیت آن بیشتر است. ممکن است فرد به افکار منفی فکر کند (خانواده من بدون من وضعیت بهتری خواهند داشت) اما هنوز شروع به تدوین برنامه خاصی نکرده است. مرحله ۲ مرحله «برنامه ریزی» است که طی آن فرد شروع به تدوین یک برنامه خاص برای خودکشی می کند. ممکن است دوستان و خانواده متوجه کاهش خلق و خوی فرد یا کناره گیری او شوند. افراد در مرحله ۲ نیاز اساسی به مراقبت روان شناختی موثر دارند. مرحله ۳ «خودکشی» زمانی شروع می شود که فرد تصمیم می گیرد به زندگی خود پایان دهد. همچنین، برایان

مراقب، طرد آشکار- زمینه سازی هیجانات خودآگاه را ایجاد می نماید. درواقع افرادی چنین احساسات دردناکی را تجربه می نمایند که والدینشان در کودکی آنها را به ذهن خود نیاورده باشند (۱۴). احساس شرم یکی از مولفه های اساسی در طیف مشکلات روانی است به طوری که خودانتقادگری بالا در شرم می تواند تبیین کننده عود بیماری روانی از قبیل افسردگی در افراد باشد (۱۵). به طور کلی در زمینه هیجانات خودآگاه می توان بیان نمود که در صورت عدم ایجاد ظرفیت ذهنی سازی و دلبستگی ایمن توسط والدین در دوران کودکی، افراد احساس می کنند که فهمیده نشده اند و مستعد تجربه احساسات خودآگاهی چون شرم و احساس گناه کاذب هستند (۱۶). شواهد پژوهشی نشان می دهد که شرم به طور واضح و قوی تری با آسیب شناسی روانی و ناکارآمدی از جمله رفتار آسیب رسان به خود و خودکشی مرتبط است (۱۷). افرادی که مستعد شرم هستند ممکن است خود را ناکافی یا ناهنجار بدانند و در صورت قرار گرفتن در معرض تحقیر، افکار خودکشی ممکن است منعکس کننده یک فرار خیالی از این احساسات دردناک باشد (۱۸). از سویی دیگر، تنظیم هیجان (Emotion regulation) یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش وری موفق بوده که با پیامدهای سلامت جسمانی، روانی، عملکرد حرفه ای و اجتماعی همراه است (۱۹).

تنظیم هیجان یک مهارت بنیادی است که برای عملکرد انطباقی در حوزه های مختلف ضروری است و به عنوان فرآیندهای درونی و بیرونی درگیر در نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش های هیجانی برای دستیابی به اهداف تعریف می شود (۲۰). اگرچه مفهوم تنظیم هیجان تابع تعاریف و تفاسیر مختلفی است، اما اغلب به عنوان فرآیندها یا راهبردهایی برای مدیریت برانگیختگی هیجانی استفاده می شود تا عملکرد بین فردی مناسب ممکن شود (۲۱). از سوی دیگر، بدتنظیمی هیجان (Emotion dysregulation) غالباً با تلاش های ناموفق در راستای اجتناب از هیجان مشخص می شود که باعث به کارگیری راهبردهای سازش نایافته برای پاسخ دهی به هیجان ها می شود. پاسخ های غیرقابل پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها هنگام مواجهه با آشفتگی های هیجانی و نقص در استفاده کارآمد از اطلاعات هیجانی نمونه هایی از این راهبردها هستند (۲۲ و ۲۳). در نتیجه، بدتنظیمی هیجانی در تعدادی از زمینه های مختلف مشاهده شده است و به عنوان یک عنصر مشترک در بسیاری از اختلالات روانی

وجود دارد (۲۴)، به عنوان مثال، در سبک های فرزندپروری مشکل ساز مشاهده شده است (۲۵). در این راستا مارتین (Martin) و همکاران (۲۶) در پژوهش خود نشان دادند که ایجاد دلبستگی بین نگاره های مهم (significant figures) و کودکان برای عملکرد روان شناختی مناسب اساسی است، زیرا رشد اجتماعی- هیجانی و شناختی نوزاد را تضمین می کند. افزون بر این بدتنظیمی هیجانی با افسردگی، اختلالات خوردن (eating disorder)، اعتیاد (addiction) و اختلالات شخصیت (personality disorders) مرتبط است (۲۷). از سوی دیگر، تنظیم هیجانات به شدت با سبک های دلبستگی (attachment styles) مرتبط است. در واقع، مطالعات نظری و تجربی متعددی ظرفیت تنظیم هیجان را به عنوان یک بسط طبیعی سیستم دلبستگی شناسایی کرده اند (۲۸). اهمیت رابطه بین دلبستگی و تنظیم هیجانات در این واقعیت نهفته است که یک نوزاد ظرفیت محدودی برای تنظیم هیجان در سال های اول زندگی دارد. در نتیجه، کودک برای حفظ سطح فعال سازی فیزیولوژیکی خود به تنظمی که توسط نگاره های دلبستگی (attachment figures) ارائه می شود، وابسته است (۲۹). در واقع مشاهده شده است که افراد دارای سبک های دلبستگی ایمن تمایل به جلب حمایت و صمیمیت از دیگران به شیوه ای آرامش بخش دارند که به آنها اجازه می دهد تا ظرفیت بیشتری برای تنظیم هیجانات خود داشته باشند. در مقابل، سبک های دلبستگی نالایمن تمایل به نشان دادن راهبردهای بیش فعالی دارند، و آنها را به تجربه هیجانات طاقت فرسا و جستجوی راهبردهای پرانرژی برای حفظ نزدیکی با دیگران سوق می دهد (۲۸،۳۰).

در این راستا، افکار خودکشی یک مشکل مهم در حوزه سلامت روان است چرا که هر چه سطح افکار خودکشی که فرد تجربه می کند شدیدتر باشد، احتمال اقدام به خودکشی و رخداد خودکشی کامل افزایش می یابد. بنابراین شناسایی عوامل خطر (risk factors) و فرآیندهای شناختی و هیجانی که به فکر خودکشی منجر می شود می تواند در غربال کردن، پیشگیری، ارزیابی و درمان خودکشی موثر باشد. همچنین در پژوهش های مبتنی بر معادلات ساختاری با بررسی روابط مستقیم و غیرمستقیم شایسته است معلوم کنیم که این عوامل خطر چگونه با هم تعامل دارند تا بهترین نقطه را برای مداخله انتخاب کنیم. لذا، برای کمک به پیشگیری از خودکشی تعیین متغیرهای روان شناختی

شود شدت نشانه ها را براساس یک مقیاس از ۰ تا ۳ درجه بندی کند. نمره ۰-۱۳ نشانگر هیچ یا کمترین افسردگی، نمره ۱۴-۱۹ نشانگر افسردگی خفیف، نمره ۲۰-۲۸ نشانگر افسردگی متوسط و نمره ۲۹-۶۳ نشانگر افسردگی شدید می باشد (۳۱). نتایج پژوهش بک و همکاران (۳۱) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای ۰/۹۱) و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته (۰/۹۳) گزارش کرده اند. همچنین نتایج پژوهش بک (Beck) و همکاران نشان داد که همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی روانپزشکی افسردگی هاملتون (Hamilton Depression Rating Scale) برای جمعیت بالینی و غیربالینی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۲ می باشد که تاییدی در جهت روایی همگرا مطلوب پرسشنامه بود (۳۱). در پژوهشی دیگر برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و همبستگی معناداری با ناامیدی گزارش شده است (۳۲). حمیدی و همکاران (۳۳) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و همبستگی آن را با پرسشنامه سلامت عمومی ضریب همبستگی ۰/۸۰ به عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند.

۲- پرسشنامه افکار خودکشی بک (Beck Suicidal Ideation Scale): مقیاس افکار خودکشی بک یک ابزار ۱۹ سوالی است که در سال ۱۹۹۱ ساخته شد (۳۴). نمره گذاری پرسشنامه به روش لیکرت بوده و دامنه نمرات هر سوال صفر تا ۲ می باشد. مجموع نمرات شخص در این مقیاس در دامنه صفر تا ۳۸ قرار دارد. ضرایب همبستگی مقیاس افکار خودکشی بک برای بیماران بستری ۰/۹۰ و برای بیماران درمانگاهی ۰/۹۴ می باشد. همچنین مقیاس افکار خودکشی بک دارای پایایی بالایی بوده و با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ به دست آمده است (۳۴). در ایران انیسی و همکاران (۳۵) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و همبستگی این ابزار را با پرسشنامه سلامت عمومی ضریب همبستگی ۰/۷۶ به عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند.

۳- پرسشنامه سبک های دلبستگی بزرگسالان (adult attachment inventory): پرسشنامه سبک های دلبستگی بزرگسال، با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازان و شیور در سال ۱۹۸۷ (۳۶) ساخته و در مورد نمونه های دانشجویی، دانش آموزی و جمعیت ایرانی هنجاریابی شده است. یک آزمون ۱۵ گویه ای است و سه زیر خرده مقیاس شامل سبک دلبستگی ایمن؛ سبک دلبستگی نایمن دوسوگرای

مرتبط با افکار و رفتار خودکشی مهم است تا امکان مداخلات روان شناختی هدفمندتر برای جلوگیری از خودکشی فراهم شود. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی روابط ساختاری دلبستگی نایمن و احساس شرم با افکار خودکشی افراد دارای علائم افسردگی با توجه به نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر توصیفی- همبستگی از نوع الگوی معادلات ساختاری است که در سال ۱۴۰۲ بر روی ۱۸۰ نفر از افراد دارای علائم افسردگی مراجعه کننده به کلینیک های سطح شهر تهران به روش نمونه گیری دردسترس انجام شد. شیوه اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از هماهنگی با کلینیک های سطح شهر تهران و کارشناسان آن مراکز و انجام هماهنگی های لازم، نسبت به اجرای مطالعه اقدام شد. برای اجرای مطالعه نیز، پس از احراز ملاک های ورود و خروج از پژوهش و به علاوه اخذ رضایت کتبی شرکت در پژوهش و رعایت کدهای اخلاقی، پرسشنامه ها در یک اتاق ساکت بر روی آزمودنی ها اجرا گردید. ملاک های ورود به مطالعه شامل داشتن علائم افسردگی (کسب نمره بالای ۲۰ در پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم)، ساکن تهران، تحصیلات در حد خواندن و نوشتن، تکمیل فرم رضایت نامه شرکت در پژوهش و ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارتند از: تکمیل ناقص پرسشنامه ها. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی از جمله، اصل محرمانگی و رازداری، رضایت هر فرد برای شرکت در پژوهش و امکان انصراف از همکاری در صورت عدم تمایل، مورد توجه قرار گرفت. روش تحلیل داده ها با استفاده از شاخص های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل سازی معادلات ساختاری بود. داده های حاصل از پرسشنامه های مدنظر به وسیله برنامه آماری AMOS-24 و SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای گردآوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

۱- پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (Beck Depression Inventory-II (BDI-II): این آزمون ابتدا در سال ۱۹۶۱ از سوی بک (Beck) معرفی شد، در سال ۱۹۷۱ در آن تجدید نظر شد و در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. همچنین این آزمون در مجموع از ۲۱ ماده مرتبط با نشانه های مختلف تشکیل می شود و از آزمودنی خواسته می

اضطرابی؛ سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی را اندازه‌گیری می‌کند. سوالات پرسشنامه توسط علامت گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه ای از نوع لیکرت شامل هرگز نمره ۰، به ندرت نمره ۱، بعضی اوقات نمره ۲، اغلب اوقات نمره ۳ و تقریباً همیشه نمره ۴ نمره گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره برای سبک دلبستگی ایمن ۱ تا ۴۰، برای سبک اجتنابی ۱ تا ۳۰ و برای سبک دوسوگرا ۱ تا ۳۵ است. هر چه در عبارات مربوط به هر سبک نمره بالاتری کسب شود به همان میزان شخص از آن سبک دلبستگی برخوردار است. هازان و شیور (۳۷) پایایی بازآزمایی کل این پرسشنامه را ۰/۸۱ و کولینز و رید (۳۸) نیز پایایی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آوردند. روایی مقیاس دلبستگی کولینز و رید به استخراج سه عامل عمده منجر شد که توسط پژوهشگران به عنوان ظرفیت پیوستن به روابط صمیمی و نزدیک تفسیر می‌شود. دیواندیری (۳۹) با مطالعه‌ای که بر روی ۵۱۳ تن از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد کاشمر انجام داد روایی همگرایی پرسشنامه سبک‌های دلبستگی با روش محاسبه میانگین واریانس استخراج شده را ۰/۷۰ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ نمونه فوق را ۰/۹۴ گزارش کرد.

۴- مقیاس دشواری در تنظیم هیجان (Difficulties in Emotion Regulation Scale): یک ابزار سنجش ۳۶

آیتمی است که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجان توسط گراتز و رومر (Gratz & Roemer) (۴۰) تدوین شده است. تحلیل عاملی، وجود ۶ عامل عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم وضوح هیجانی را در این مقیاس نشان داده است. نمره هر گزینه به این صورت مشخص می‌شود، تقریباً هرگز=۱، به ندرت=۲، بعضی وقت‌ها=۳، اغلب=۴، تقریباً همیشه=۵. برای نمره گذاری، ابتدا نمره گویه‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵، ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹، ۶۰، ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴، ۶۵، ۶۶، ۶۷، ۶۸، ۶۹، ۷۰، ۷۱، ۷۲، ۷۳، ۷۴، ۷۵، ۷۶، ۷۷، ۷۸، ۷۹، ۸۰، ۸۱، ۸۲، ۸۳، ۸۴، ۸۵، ۸۶، ۸۷، ۸۸، ۸۹، ۹۰، ۹۱، ۹۲، ۹۳، ۹۴، ۹۵، ۹۶، ۹۷، ۹۸، ۹۹، ۱۰۰، ۱۰۱، ۱۰۲، ۱۰۳، ۱۰۴، ۱۰۵، ۱۰۶، ۱۰۷، ۱۰۸، ۱۰۹، ۱۱۰، ۱۱۱، ۱۱۲، ۱۱۳، ۱۱۴، ۱۱۵، ۱۱۶، ۱۱۷، ۱۱۸، ۱۱۹، ۱۲۰، ۱۲۱، ۱۲۲، ۱۲۳، ۱۲۴، ۱۲۵، ۱۲۶، ۱۲۷، ۱۲۸، ۱۲۹، ۱۳۰، ۱۳۱، ۱۳۲، ۱۳۳، ۱۳۴، ۱۳۵، ۱۳۶، ۱۳۷، ۱۳۸، ۱۳۹، ۱۴۰، ۱۴۱، ۱۴۲، ۱۴۳، ۱۴۴، ۱۴۵، ۱۴۶، ۱۴۷، ۱۴۸، ۱۴۹، ۱۵۰، ۱۵۱، ۱۵۲، ۱۵۳، ۱۵۴، ۱۵۵، ۱۵۶، ۱۵۷، ۱۵۸، ۱۵۹، ۱۶۰، ۱۶۱، ۱۶۲، ۱۶۳، ۱۶۴، ۱۶۵، ۱۶۶، ۱۶۷، ۱۶۸، ۱۶۹، ۱۷۰، ۱۷۱، ۱۷۲، ۱۷۳، ۱۷۴، ۱۷۵، ۱۷۶، ۱۷۷، ۱۷۸، ۱۷۹، ۱۸۰، ۱۸۱، ۱۸۲، ۱۸۳، ۱۸۴، ۱۸۵، ۱۸۶، ۱۸۷، ۱۸۸، ۱۸۹، ۱۹۰، ۱۹۱، ۱۹۲، ۱۹۳، ۱۹۴، ۱۹۵، ۱۹۶، ۱۹۷، ۱۹۸، ۱۹۹، ۲۰۰، ۲۰۱، ۲۰۲، ۲۰۳، ۲۰۴، ۲۰۵، ۲۰۶، ۲۰۷، ۲۰۸، ۲۰۹، ۲۱۰، ۲۱۱، ۲۱۲، ۲۱۳، ۲۱۴، ۲۱۵، ۲۱۶، ۲۱۷، ۲۱۸، ۲۱۹، ۲۲۰، ۲۲۱، ۲۲۲، ۲۲۳، ۲۲۴، ۲۲۵، ۲۲۶، ۲۲۷، ۲۲۸، ۲۲۹، ۲۳۰، ۲۳۱، ۲۳۲، ۲۳۳، ۲۳۴، ۲۳۵، ۲۳۶، ۲۳۷، ۲۳۸، ۲۳۹، ۲۴۰، ۲۴۱، ۲۴۲، ۲۴۳، ۲۴۴، ۲۴۵، ۲۴۶، ۲۴۷، ۲۴۸، ۲۴۹، ۲۵۰، ۲۵۱، ۲۵۲، ۲۵۳، ۲۵۴، ۲۵۵، ۲۵۶، ۲۵۷، ۲۵۸، ۲۵۹، ۲۶۰، ۲۶۱، ۲۶۲، ۲۶۳، ۲۶۴، ۲۶۵، ۲۶۶، ۲۶۷، ۲۶۸، ۲۶۹، ۲۷۰، ۲۷۱، ۲۷۲، ۲۷۳، ۲۷۴، ۲۷۵، ۲۷۶، ۲۷۷، ۲۷۸، ۲۷۹، ۲۸۰، ۲۸۱، ۲۸۲، ۲۸۳، ۲۸۴، ۲۸۵، ۲۸۶، ۲۸۷، ۲۸۸، ۲۸۹، ۲۹۰، ۲۹۱، ۲۹۲، ۲۹۳، ۲۹۴، ۲۹۵، ۲۹۶، ۲۹۷، ۲۹۸، ۲۹۹، ۳۰۰، ۳۰۱، ۳۰۲، ۳۰۳، ۳۰۴، ۳۰۵، ۳۰۶، ۳۰۷، ۳۰۸، ۳۰۹، ۳۱۰، ۳۱۱، ۳۱۲، ۳۱۳، ۳۱۴، ۳۱۵، ۳۱۶، ۳۱۷، ۳۱۸، ۳۱۹، ۳۲۰، ۳۲۱، ۳۲۲، ۳۲۳، ۳۲۴، ۳۲۵، ۳۲۶، ۳۲۷، ۳۲۸، ۳۲۹، ۳۳۰، ۳۳۱، ۳۳۲، ۳۳۳، ۳۳۴، ۳۳۵، ۳۳۶، ۳۳۷، ۳۳۸، ۳۳۹، ۳۴۰، ۳۴۱، ۳۴۲، ۳۴۳، ۳۴۴، ۳۴۵، ۳۴۶، ۳۴۷، ۳۴۸، ۳۴۹، ۳۵۰، ۳۵۱، ۳۵۲، ۳۵۳، ۳۵۴، ۳۵۵، ۳۵۶، ۳۵۷، ۳۵۸، ۳۵۹، ۳۶۰، ۳۶۱، ۳۶۲، ۳۶۳، ۳۶۴، ۳۶۵، ۳۶۶، ۳۶۷، ۳۶۸، ۳۶۹، ۳۷۰، ۳۷۱، ۳۷۲، ۳۷۳، ۳۷۴، ۳۷۵، ۳۷۶، ۳۷۷، ۳۷۸، ۳۷۹، ۳۸۰، ۳۸۱، ۳۸۲، ۳۸۳، ۳۸۴، ۳۸۵، ۳۸۶، ۳۸۷، ۳۸۸، ۳۸۹، ۳۹۰، ۳۹۱، ۳۹۲، ۳۹۳، ۳۹۴، ۳۹۵، ۳۹۶، ۳۹۷، ۳۹۸، ۳۹۹، ۴۰۰، ۴۰۱، ۴۰۲، ۴۰۳، ۴۰۴، ۴۰۵، ۴۰۶، ۴۰۷، ۴۰۸، ۴۰۹، ۴۱۰، ۴۱۱، ۴۱۲، ۴۱۳، ۴۱۴، ۴۱۵، ۴۱۶، ۴۱۷، ۴۱۸، ۴۱۹، ۴۲۰، ۴۲۱، ۴۲۲، ۴۲۳، ۴۲۴، ۴۲۵، ۴۲۶، ۴۲۷، ۴۲۸، ۴۲۹، ۴۳۰، ۴۳۱، ۴۳۲، ۴۳۳، ۴۳۴، ۴۳۵، ۴۳۶، ۴۳۷، ۴۳۸، ۴۳۹، ۴۴۰، ۴۴۱، ۴۴۲، ۴۴۳، ۴۴۴، ۴۴۵، ۴۴۶، ۴۴۷، ۴۴۸، ۴۴۹، ۴۵۰، ۴۵۱، ۴۵۲، ۴۵۳، ۴۵۴، ۴۵۵، ۴۵۶، ۴۵۷، ۴۵۸، ۴۵۹، ۴۶۰، ۴۶۱، ۴۶۲، ۴۶۳، ۴۶۴، ۴۶۵، ۴۶۶، ۴۶۷، ۴۶۸، ۴۶۹، ۴۷۰، ۴۷۱، ۴۷۲، ۴۷۳، ۴۷۴، ۴۷۵، ۴۷۶، ۴۷۷، ۴۷۸، ۴۷۹، ۴۸۰، ۴۸۱، ۴۸۲، ۴۸۳، ۴۸۴، ۴۸۵، ۴۸۶، ۴۸۷، ۴۸۸، ۴۸۹، ۴۹۰، ۴۹۱، ۴۹۲، ۴۹۳، ۴۹۴، ۴۹۵، ۴۹۶، ۴۹۷، ۴۹۸، ۴۹۹، ۵۰۰، ۵۰۱، ۵۰۲، ۵۰۳، ۵۰۴، ۵۰۵، ۵۰۶، ۵۰۷، ۵۰۸، ۵۰۹، ۵۱۰، ۵۱۱، ۵۱۲، ۵۱۳، ۵۱۴، ۵۱۵، ۵۱۶، ۵۱۷، ۵۱۸، ۵۱۹، ۵۲۰، ۵۲۱، ۵۲۲، ۵۲۳، ۵۲۴، ۵۲۵، ۵۲۶، ۵۲۷، ۵۲۸، ۵۲۹، ۵۳۰، ۵۳۱، ۵۳۲، ۵۳۳، ۵۳۴، ۵۳۵، ۵۳۶، ۵۳۷، ۵۳۸، ۵۳۹، ۵۴۰، ۵۴۱، ۵۴۲، ۵۴۳، ۵۴۴، ۵۴۵، ۵۴۶، ۵۴۷، ۵۴۸، ۵۴۹، ۵۵۰، ۵۵۱، ۵۵۲، ۵۵۳، ۵۵۴، ۵۵۵، ۵۵۶، ۵۵۷، ۵۵۸، ۵۵۹، ۵۶۰، ۵۶۱، ۵۶۲، ۵۶۳، ۵۶۴، ۵۶۵، ۵۶۶، ۵۶۷، ۵۶۸، ۵۶۹، ۵۷۰، ۵۷۱، ۵۷۲، ۵۷۳، ۵۷۴، ۵۷۵، ۵۷۶، ۵۷۷، ۵۷۸، ۵۷۹، ۵۸۰، ۵۸۱، ۵۸۲، ۵۸۳، ۵۸۴، ۵۸۵، ۵۸۶، ۵۸۷، ۵۸۸، ۵۸۹، ۵۹۰، ۵۹۱، ۵۹۲، ۵۹۳، ۵۹۴، ۵۹۵، ۵۹۶، ۵۹۷، ۵۹۸، ۵۹۹، ۶۰۰، ۶۰۱، ۶۰۲، ۶۰۳، ۶۰۴، ۶۰۵، ۶۰۶، ۶۰۷، ۶۰۸، ۶۰۹، ۶۱۰، ۶۱۱، ۶۱۲، ۶۱۳، ۶۱۴، ۶۱۵، ۶۱۶، ۶۱۷، ۶۱۸، ۶۱۹، ۶۲۰، ۶۲۱، ۶۲۲، ۶۲۳، ۶۲۴، ۶۲۵، ۶۲۶، ۶۲۷، ۶۲۸، ۶۲۹، ۶۳۰، ۶۳۱، ۶۳۲، ۶۳۳، ۶۳۴، ۶۳۵، ۶۳۶، ۶۳۷، ۶۳۸، ۶۳۹، ۶۴۰، ۶۴۱، ۶۴۲، ۶۴۳، ۶۴۴، ۶۴۵، ۶۴۶، ۶۴۷، ۶۴۸، ۶۴۹، ۶۵۰، ۶۵۱، ۶۵۲، ۶۵۳، ۶۵۴، ۶۵۵، ۶۵۶، ۶۵۷، ۶۵۸، ۶۵۹، ۶۶۰، ۶۶۱، ۶۶۲، ۶۶۳، ۶۶۴، ۶۶۵، ۶۶۶، ۶۶۷، ۶۶۸، ۶۶۹، ۶۷۰، ۶۷۱، ۶۷۲، ۶۷۳، ۶۷۴، ۶۷۵، ۶۷۶، ۶۷۷، ۶۷۸، ۶۷۹، ۶۸۰، ۶۸۱، ۶۸۲، ۶۸۳، ۶۸۴، ۶۸۵، ۶۸۶، ۶۸۷، ۶۸۸، ۶۸۹، ۶۹۰، ۶۹۱، ۶۹۲، ۶۹۳، ۶۹۴، ۶۹۵، ۶۹۶، ۶۹۷، ۶۹۸، ۶۹۹، ۷۰۰، ۷۰۱، ۷۰۲، ۷۰۳، ۷۰۴، ۷۰۵، ۷۰۶، ۷۰۷، ۷۰۸، ۷۰۹، ۷۱۰، ۷۱۱، ۷۱۲، ۷۱۳، ۷۱۴، ۷۱۵، ۷۱۶، ۷۱۷، ۷۱۸، ۷۱۹، ۷۲۰، ۷۲۱، ۷۲۲، ۷۲۳، ۷۲۴، ۷۲۵، ۷۲۶، ۷۲۷، ۷۲۸، ۷۲۹، ۷۳۰، ۷۳۱، ۷۳۲، ۷۳۳، ۷۳۴، ۷۳۵، ۷۳۶، ۷۳۷، ۷۳۸، ۷۳۹، ۷۴۰، ۷۴۱، ۷۴۲، ۷۴۳، ۷۴۴، ۷۴۵، ۷۴۶، ۷۴۷، ۷۴۸، ۷۴۹، ۷۵۰، ۷۵۱، ۷۵۲، ۷۵۳، ۷۵۴، ۷۵۵، ۷۵۶، ۷۵۷، ۷۵۸، ۷۵۹، ۷۶۰، ۷۶۱، ۷۶۲، ۷۶۳، ۷۶۴، ۷۶۵، ۷۶۶، ۷۶۷، ۷۶۸، ۷۶۹، ۷۷۰، ۷۷۱، ۷۷۲، ۷۷۳، ۷۷۴، ۷۷۵، ۷۷۶، ۷۷۷، ۷۷۸، ۷۷۹، ۷۸۰، ۷۸۱، ۷۸۲، ۷۸۳، ۷۸۴، ۷۸۵، ۷۸۶، ۷۸۷، ۷۸۸، ۷۸۹، ۷۹۰، ۷۹۱، ۷۹۲، ۷۹۳، ۷۹۴، ۷۹۵، ۷۹۶، ۷۹۷، ۷۹۸، ۷۹۹، ۸۰۰، ۸۰۱، ۸۰۲، ۸۰۳، ۸۰۴، ۸۰۵، ۸۰۶، ۸۰۷، ۸۰۸، ۸۰۹، ۸۱۰، ۸۱۱، ۸۱۲، ۸۱۳، ۸۱۴، ۸۱۵، ۸۱۶، ۸۱۷، ۸۱۸، ۸۱۹، ۸۲۰، ۸۲۱، ۸۲۲، ۸۲۳، ۸۲۴، ۸۲۵، ۸۲۶، ۸۲۷، ۸۲۸، ۸۲۹، ۸۳۰، ۸۳۱، ۸۳۲، ۸۳۳، ۸۳۴، ۸۳۵، ۸۳۶، ۸۳۷، ۸۳۸، ۸۳۹، ۸۴۰، ۸۴۱، ۸۴۲، ۸۴۳، ۸۴۴، ۸۴۵، ۸۴۶، ۸۴۷، ۸۴۸، ۸۴۹، ۸۵۰، ۸۵۱، ۸۵۲، ۸۵۳، ۸۵۴، ۸۵۵، ۸۵۶، ۸۵۷، ۸۵۸، ۸۵۹، ۸۶۰، ۸۶۱، ۸۶۲، ۸۶۳، ۸۶۴، ۸۶۵، ۸۶۶، ۸۶۷، ۸۶۸، ۸۶۹، ۸۷۰، ۸۷۱، ۸۷۲، ۸۷۳، ۸۷۴، ۸۷۵، ۸۷۶، ۸۷۷، ۸۷۸، ۸۷۹، ۸۸۰، ۸۸۱، ۸۸۲، ۸۸۳، ۸۸۴، ۸۸۵، ۸۸۶، ۸۸۷، ۸۸۸، ۸۸۹، ۸۹۰، ۸۹۱، ۸۹۲، ۸۹۳، ۸۹۴، ۸۹۵، ۸۹۶، ۸۹۷، ۸۹۸، ۸۹۹، ۹۰۰، ۹۰۱، ۹۰۲، ۹۰۳، ۹۰۴، ۹۰۵، ۹۰۶، ۹۰۷، ۹۰۸، ۹۰۹، ۹۱۰، ۹۱۱، ۹۱۲، ۹۱۳، ۹۱۴، ۹۱۵، ۹۱۶، ۹۱۷، ۹۱۸، ۹۱۹، ۹۲۰، ۹۲۱، ۹۲۲، ۹۲۳، ۹۲۴، ۹۲۵، ۹۲۶، ۹۲۷، ۹۲۸، ۹۲۹، ۹۳۰، ۹۳۱، ۹۳۲، ۹۳۳، ۹۳۴، ۹۳۵، ۹۳۶، ۹۳۷، ۹۳۸، ۹۳۹، ۹۴۰، ۹۴۱، ۹۴۲، ۹۴۳، ۹۴۴، ۹۴۵، ۹۴۶، ۹۴۷، ۹۴۸، ۹۴۹، ۹۵۰، ۹۵۱، ۹۵۲، ۹۵۳، ۹۵۴، ۹۵۵، ۹۵۶، ۹۵۷، ۹۵۸، ۹۵۹، ۹۶۰، ۹۶۱، ۹۶۲، ۹۶۳، ۹۶۴، ۹۶۵، ۹۶۶، ۹۶۷، ۹۶۸، ۹۶۹، ۹۷۰، ۹۷۱، ۹۷۲، ۹۷۳، ۹۷۴، ۹۷۵، ۹۷۶، ۹۷۷، ۹۷۸، ۹۷۹، ۹۸۰، ۹۸۱، ۹۸۲، ۹۸۳، ۹۸۴، ۹۸۵، ۹۸۶، ۹۸۷، ۹۸۸، ۹۸۹، ۹۹۰، ۹۹۱، ۹۹۲، ۹۹۳، ۹۹۴، ۹۹۵، ۹۹۶، ۹۹۷، ۹۹۸، ۹۹۹، ۱۰۰۰، ۱۰۰۱، ۱۰۰۲، ۱۰۰۳، ۱۰۰۴، ۱۰۰۵، ۱۰۰۶، ۱۰۰۷، ۱۰۰۸، ۱۰۰۹، ۱۰۱۰، ۱۰۱۱، ۱۰۱۲، ۱۰۱۳، ۱۰۱۴، ۱۰۱۵، ۱۰۱۶، ۱۰۱۷، ۱۰۱۸، ۱۰۱۹، ۱۰۲۰، ۱۰۲۱، ۱۰۲۲، ۱۰۲۳، ۱۰۲۴، ۱۰۲۵، ۱۰۲۶، ۱۰۲۷، ۱۰۲۸، ۱۰۲۹، ۱۰۳۰، ۱۰۳۱، ۱۰۳۲، ۱۰۳۳، ۱۰۳۴، ۱۰۳۵، ۱۰۳۶، ۱۰۳۷، ۱۰۳۸، ۱۰۳۹، ۱۰۴۰، ۱۰۴۱، ۱۰۴۲، ۱۰۴۳، ۱۰۴۴، ۱۰۴۵، ۱۰۴۶، ۱۰۴۷، ۱۰۴۸، ۱۰۴۹، ۱۰۵۰، ۱۰۵۱، ۱۰۵۲، ۱۰۵۳، ۱۰۵۴، ۱۰۵۵، ۱۰۵۶، ۱۰۵۷، ۱۰۵۸، ۱۰۵۹، ۱۰۶۰، ۱۰۶۱، ۱۰۶۲، ۱۰۶۳، ۱۰۶۴، ۱۰۶۵، ۱۰۶۶، ۱۰۶۷، ۱۰۶۸، ۱۰۶۹، ۱۰۷۰، ۱۰۷۱، ۱۰۷۲، ۱۰۷۳، ۱۰۷۴، ۱۰۷۵، ۱۰۷۶، ۱۰۷۷، ۱۰۷۸، ۱۰۷۹، ۱۰۸۰، ۱۰۸۱، ۱۰۸۲، ۱۰۸۳، ۱۰۸۴، ۱۰۸۵، ۱۰۸۶، ۱۰۸۷، ۱۰۸۸، ۱۰۸۹، ۱۰۹۰، ۱۰۹۱، ۱۰۹۲، ۱۰۹۳، ۱۰۹۴، ۱۰۹۵، ۱۰۹۶، ۱۰۹۷، ۱۰۹۸، ۱۰۹۹، ۱۱۰۰، ۱۱۰۱، ۱۱۰۲، ۱۱۰۳، ۱۱۰۴، ۱۱۰۵، ۱۱۰۶، ۱۱۰۷، ۱۱۰۸، ۱۱۰۹، ۱۱۱۰، ۱۱۱۱، ۱۱۱۲، ۱۱۱۳، ۱۱۱۴، ۱۱۱۵، ۱۱۱۶، ۱۱۱۷، ۱۱۱۸، ۱۱۱۹، ۱۱۲۰، ۱۱۲۱، ۱۱۲۲، ۱۱۲۳، ۱۱۲۴، ۱۱۲۵، ۱۱۲۶، ۱۱۲۷، ۱۱۲۸، ۱۱۲۹، ۱۱۳۰، ۱۱۳۱، ۱۱۳۲، ۱۱۳۳، ۱۱۳۴، ۱۱۳۵، ۱۱۳۶، ۱۱۳۷، ۱۱۳۸، ۱۱۳۹، ۱۱۴۰، ۱۱۴۱، ۱۱۴۲، ۱۱۴۳، ۱۱۴۴، ۱۱۴۵، ۱۱۴۶، ۱۱۴۷، ۱۱۴۸، ۱۱۴۹، ۱۱۵۰، ۱۱۵۱، ۱۱۵۲، ۱۱۵۳، ۱۱۵۴، ۱۱۵۵، ۱۱۵۶، ۱۱۵۷، ۱۱۵۸، ۱۱۵۹، ۱۱۶۰، ۱۱۶۱، ۱۱۶۲، ۱۱۶۳، ۱۱۶۴، ۱۱۶۵، ۱۱۶۶، ۱۱۶۷، ۱۱۶۸، ۱۱۶۹، ۱۱۷۰، ۱۱۷۱، ۱۱۷۲، ۱۱۷۳، ۱۱۷۴، ۱۱۷۵، ۱۱۷۶، ۱۱۷۷، ۱۱۷۸، ۱۱۷۹، ۱۱۸۰، ۱۱۸۱، ۱۱۸۲، ۱۱۸۳، ۱۱۸۴، ۱۱۸۵، ۱۱۸۶، ۱۱۸۷، ۱۱۸۸، ۱۱۸۹، ۱۱۹۰، ۱۱۹۱، ۱۱۹۲، ۱۱۹۳، ۱۱۹۴، ۱۱۹۵، ۱۱۹۶، ۱۱۹۷، ۱۱۹۸، ۱۱۹۹، ۱۲۰۰، ۱۲۰۱، ۱۲۰۲، ۱۲۰۳، ۱۲۰۴، ۱۲۰۵، ۱۲۰۶، ۱۲۰۷، ۱۲۰۸، ۱۲۰۹، ۱۲۱۰، ۱۲۱۱، ۱۲۱۲، ۱۲۱۳، ۱۲۱۴، ۱۲۱۵، ۱۲۱۶، ۱۲۱۷، ۱۲۱۸، ۱۲۱۹، ۱۲۲۰، ۱۲۲۱، ۱۲۲۲، ۱۲۲۳، ۱۲۲۴، ۱۲۲۵، ۱۲۲۶، ۱۲۲۷، ۱۲۲۸، ۱۲۲۹، ۱۲۳۰، ۱۲۳۱، ۱۲۳۲، ۱۲۳۳، ۱۲۳۴، ۱۲۳۵، ۱۲۳۶، ۱۲۳۷، ۱۲۳۸، ۱۲۳۹، ۱۲۴۰، ۱۲۴۱، ۱۲۴۲، ۱۲۴۳، ۱۲۴۴، ۱۲۴۵، ۱۲۴۶، ۱۲۴۷، ۱۲۴۸، ۱۲۴۹، ۱۲۵۰، ۱۲۵۱، ۱۲۵۲، ۱۲۵۳، ۱۲۵۴، ۱۲۵۵، ۱۲۵۶، ۱۲۵۷، ۱۲۵۸، ۱۲۵۹، ۱۲۶۰، ۱۲۶۱، ۱۲۶۲، ۱۲۶۳، ۱۲۶۴، ۱۲۶۵، ۱۲۶۶، ۱۲۶۷، ۱۲۶۸، ۱۲۶۹، ۱۲۷۰، ۱۲۷۱، ۱۲۷۲، ۱۲۷۳، ۱۲۷۴، ۱۲۷۵، ۱۲۷۶، ۱۲۷۷، ۱۲۷۸، ۱۲۷۹، ۱۲۸۰، ۱۲۸۱، ۱۲۸۲، ۱۲۸۳، ۱۲۸۴، ۱۲۸۵، ۱۲۸۶، ۱۲۸۷، ۱۲۸۸، ۱۲۸۹، ۱۲۹۰، ۱۲۹۱، ۱۲۹۲، ۱۲۹۳، ۱۲۹۴، ۱۲۹۵، ۱۲۹۶، ۱۲۹۷، ۱۲۹۸، ۱۲۹۹، ۱۳۰۰، ۱۳۰۱، ۱۳۰۲، ۱۳۰۳، ۱۳۰۴، ۱۳۰۵، ۱۳۰۶، ۱۳۰۷، ۱۳۰۸، ۱۳۰۹، ۱۳۱۰، ۱۳۱۱، ۱۳۱۲، ۱۳۱۳، ۱۳۱۴، ۱۳۱۵، ۱۳۱۶، ۱۳۱۷، ۱۳۱۸، ۱۳۱۹، ۱۳۲۰، ۱۳۲۱، ۱۳۲۲، ۱۳۲۳، ۱۳۲۴، ۱۳۲۵، ۱۳۲۶، ۱۳۲۷، ۱۳۲۸، ۱۳۲۹، ۱۳۳۰، ۱۳۳۱، ۱۳۳۲، ۱۳۳۳، ۱۳۳۴، ۱۳۳۵، ۱۳۳۶، ۱۳۳۷، ۱۳۳۸، ۱۳۳۹، ۱۳۴۰، ۱۳۴۱، ۱۳۴۲، ۱۳۴۳، ۱۳۴۴، ۱۳۴۵، ۱۳۴۶، ۱۳۴۷، ۱۳۴۸، ۱۳۴۹، ۱۳۵۰، ۱۳۵۱، ۱۳۵۲، ۱۳۵۳، ۱۳۵۴، ۱۳۵۵، ۱۳۵۶، ۱۳۵۷، ۱۳۵۸، ۱۳۵۹، ۱۳۶۰، ۱۳۶۱، ۱۳۶۲، ۱۳۶۳، ۱۳۶۴، ۱۳۶۵، ۱۳۶۶، ۱۳۶۷، ۱۳۶۸، ۱۳۶۹، ۱۳۷۰، ۱۳۷۱، ۱۳۷۲، ۱۳۷۳، ۱۳۷۴، ۱۳۷۵، ۱۳۷۶، ۱

جدول ۱. شاخص های توصیفی و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	آماره KS	مقدار احتمال
افکار خودکشی	۲۰/۶۷	۹/۰۲	۰/۴۵	-۱/۳۴	۰/۲۱	۰/۳۶
دلبستگی ناایمن	۱۷/۳۱	۱۰/۶۴	۰/۶۴	-۱/۱۷	۰/۲۵	۰/۴۳
شرم	۱۸/۵۹	۸/۶۱	۰/۳۳	-۱/۴۸	۰/۳۱	۰/۱۵
عدم پذیرش	۱۰/۶۵	۴/۴۴	۱/۰۸	۰/۱۱	۰/۴۷	۰/۱۷
اهداف	۱۰/۸۱	۴/۹۱	۱/۳۵	۰/۹۶	۰/۳۶	۰/۲۰
تکانه‌ها	۱۱/۰۸	۵/۰۵	۱/۵۳	۱/۴۷	۰/۳۲	۰/۱۹
آگاهی	۱۱/۸۵	۵/۴۴	۱/۲۲	۰/۶۷	۰/۱۸	۰/۱۲
راهبردها	۱۱/۳۸	۵/۶۳	۱/۶۴	۱/۷۹	۰/۳۵	۰/۱۴
شفافیت	۱۱/۳۱	۴/۷۸	۱/۶۳	۱/۸۵	۰/۳۶	۰/۲۰
نمره کل بدتنظیمی هیجانی	۶۷/۰۸	۲۹/۹۵	۱/۴۲	۱/۱۳	۰/۴۱	۰/۱۳

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. تعداد شرکت کنندگان ۱۸۰ نفر بودند. پیش فرض های آماری مدل‌یابی معادلات ساختاری شامل نرمال بودن، استقلال خطاها و همخطی چندگانه، ماتریس همبستگی است که در ادامه به بررسی آنها پرداخته شده است. از آنجایی سطوح معناداری آماره های نرمال بودن کلموگروف اسمیرنوف در جدول ۱- بزرگ تر از ۰/۰۵ هستند ($P < ۰/۰۵$)، لذا توزیع نرمات دارای توزیع نرمال می باشند. مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار دارد. بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. از آنجا که اگر مقدار آماره ی دوربین واتسون (durbin-watson) بین ۱/۵ الی ۲/۵ است، می‌توان استقلال خطاها را پذیرفت. بنابراین می‌توان از مدل یابی معادلات

ساختاری استفاده کرد. همچنین نتایج نشان داد که هیچ کدام از مقادیر آماره تحمل کوچکتر از حد مجاز ۰/۱ و هیچ کدام از مقادیر عامل تورم واریانس بزرگ تر از حد مجاز ۱۰ نمی باشند. بنابراین می‌توان نسبت به مفروضه عدم همخطی چندگانه اطمینان حاصل کرد. از آنجایی که وجود همخطی چندگانه در متغیرهای پیش بین مشاهده نشد، می‌توان از آزمون های پارامتریک ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری استفاده نمود و نتایج آن قابل اطمینان است. در نهایت از آنجایی که یکی از مفروضات مهم در معادلات ساختاری وجود روابط همبستگی معنادار بین متغیرهاست در جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

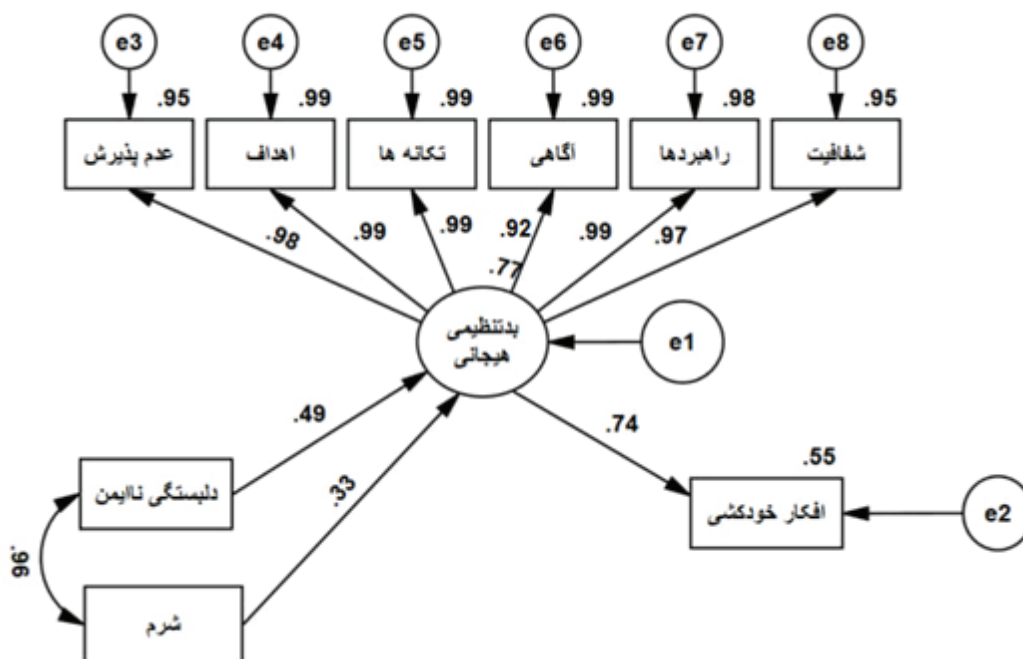
جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- افکار خودکشی	۱									
۲- دلبستگی ناایمن	۰/۷۱**	۱								
۳- شرم	۰/۷۷**	۰/۶۵**	۱							
۴- عدم پذیرش	۰/۷۳**	۰/۷۲**	۰/۸۰**	۱						
۵- اهداف	۰/۷۴**	۰/۷۹**	۰/۵۳**	۰/۵۷**	۱					
۶- تکانه ها	۰/۷۳**	۰/۷۵**	۰/۴۲**	۰/۵۱**	۰/۶۲**	۱				
۷- آگاهی	۰/۷۵**	۰/۸۰**	۰/۶۶**	۰/۵۲**	۰/۷۱**	۰/۶۹**	۱			
۸- راهبردها	۰/۶۹**	۰/۷۴**	۰/۵۲**	۰/۵۹**	۰/۶۳**	۰/۵۴**	۰/۵۴**	۱		
۹- شفافیت	۰/۷۱**	۰/۷۷**	۰/۶۱**	۰/۵۳**	۰/۵۲**	۰/۵۰**	۰/۵۲**	۰/۴۲**	۱	
۱۰- نمره کل بدتنظیمی	۰/۷۳**	۰/۷۹**	۰/۵۳**	۰/۶۳**	۰/۴۱**	۰/۵۲**	۰/۴۳**	۰/۶۸**	۰/۵۹**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱

گردید. در ادامه برای بررسی اثرهای مستقیم و میانجی از روش مدلسازی معادلات ساختاری استفاده شد که نتایج آن در قالب شکل ۱ و جداول اثرات مستقیم و غیرمستقیم ارائه می شود.

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می دهد. بین دلبستگی ناایمن، شرم و بدتنظیمی هیجانی با افکار خودکشی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. همان طور که در جدول ۲ نشان داده شد، همبستگی بین متغیرها معنادار است از این رو، امکان بررسی مدل پژوهش فراهم



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

ناایمن و شرم با میانجی بدتنظیمی هیجانی در مجموع ۵۵ درصد از واریانس افکار خودکشی را تبیین می کنند. در ادامه شاخص های برازش مدل ساختاری در جدول ۳ نشان داده شده است.

شکل ۱. مدل ساختاری و نهایی پژوهش را نشان می دهد. مجموع مجذور همبستگی های چندگانه (R^2) یا واریانس تبیین شده برای افکار خودکشی بر اساس دلبستگی ناایمن و شرم با نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی برابر با ۰/۵۵ بدست آمد، این موضوع بیانگر آن است که دلبستگی

جدول ۳: شاخص های برازندگی مدل پژوهش

نوع شاخص	شاخص ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص های مطلق	CMIN	۶۳/۹۲۳	-
	درجه آزادی (DF)	۲۶	-
	سطح معناداری (P)	۰/۰۰۱	بیشتر از ۰/۰۵
	نسبت کای اسکور به درجه آزادی X^2/df یا $CMIN/df$	۲/۴۵۹	کمتر از ۳
	خطای ریشه ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۵۶	کمتر از ۰/۰۸
شاخص های نسبی	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۰۰۱	کمتر از ۰/۰۵
	شاخص برازش مقایسه ای (CFI)	۰/۹۵۲	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۳۶	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۷۰	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۲۰	بیشتر از ۰/۹۰

را حله یگانه و همکاران

جدول ۳- مشاهده می شود مقدار شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE) $0/001$ و شاخص RMSEA برابر $0/056$ می باشد که نشان دهنده برازش مدل است. در ادامه نتایج جدول ۴ و ۵ اثرات مستقیم و میانجی متغیرهای پژوهش را نشان می دهد و براساس آن می توان به تایید یا رد اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش در افکار خودکشی پرداخت.

جدول ۴: شاخص های استاندارد و غیراستاندارد مدل برازش شده

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	t	P
دل بستگی ناایمن	افکار خودکشی	-	-	-	-	-
شرم	افکار خودکشی	-	-	-	-	-
بدتنظیمی هیجانی	افکار خودکشی	$0/74$	$0/54$	$0/11$	$14/30$	$0/001$
دل بستگی ناایمن	بدتنظیمی هیجانی	$0/49$	$0/39$	$0/05$	$3/88$	$0/001$
شرم	بدتنظیمی هیجانی	$0/33$	$0/67$	$0/06$	$10/48$	$0/001$

با توجه به جدول ۴ در مواردی که آماره T خارج از بازه ی $(+1/96$ و $-1/96)$ قرار دارد یا سطح معنی داری کمتر از $0/05$ است دو متغیر با یکدیگر ارتباط معنادار دارند. با توجه به جدول ۴ می توان مشاهده کرد که مسیر مستقیم متغیر بدتنظیمی هیجانی ($\beta = 0/74, T = 14/30$) بر افکار خودکشی معنادار بود. مسیر مستقیم دل بستگی ناایمن ($T = 3/88$ ،

جهت آزمودن مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) اعمال گردیده است. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص های آمده شده در جدول ۳- استفاده شده است. همچنین اگر شاخص های برازش هنجار شده (NFI)، شاخص برازش هنجار نشده (NNFI)، برازش مقایسه ای (CFI)، برازندگی افزایشی (IFI)، نیکویی برازش (GFI) بزرگتر از $0/90$ است بر برازش مناسب و مطلوب مدل دلالت دارند. همانگونه که براساس

جدول ۵: بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل تحقیق

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	ضریب غیراستاندارد	حد پایین	حد بالا	معناداری
دل بستگی ناایمن	بدتنظیمی هیجانی	افکار خودکشی	$0/43$	$0/501$	$0/654$	$0/001$
شرم	بدتنظیمی هیجانی	افکار خودکشی	$0/57$	$0/780$	$0/816$	$0/001$

انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که دل بستگی ناایمن به صورت غیرمستقیم از طریق بدتنظیمی هیجانی با افکار خودکشی رابطه معنی داری دارد این یافته با پژوهش های تورتنون (Turton) و همکاران (۴۵)، مرتضوی زاده، فورستمایر (Mortazavizadeh Forstmeier) (۴۶)، شاور و میکولینسر (Shaver, Mikulincer) (۴۷) و مارتین (Martin) و همکاران (۴۸) همسو می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت آدم (۱۹۹۴) اولین نویسنده ای بود که یک مدل رشدی از رفتار خودکشی و دل بستگی را پیشنهاد کرد. این مدل نشان می دهد که تجربیات دل بستگی اولیه که با واسطه ای مدل های کاری درونی خود و نگاره دل بستگی (attachment figure) ایجاد می شود، آسیب پذیری نسبت

برای تعیین اثر غیرمستقیم از روش بوت استروپ با ۲۰۰۰ بار فرآیند نمونه گیری استفاده گردید که با توجه به جدول ۵ می توان مشاهده کرد که اثر غیرمستقیم متغیر دل بستگی ناایمن بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی معنی دار است ($b = 0/43, P < 0/05$). اثر غیرمستقیم متغیر شرم بر افکار خودکشی از طریق نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی معنی دار است ($b = 0/57, P < 0/05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی روابط ساختاری دل بستگی ناایمن و احساس شرم با افکار خودکشی افراد دارای علائم افسردگی با توجه به نقش میانجی بدتنظیمی هیجانی

به رفتار خودکشی ایجاد می‌کند. تأثیر این ساختارهای درونی در مشکلات کنونی در تنظیم هیجان، روابط و عزت نفس ضعیف وجود دارد. این مشکلات می‌توانند بر توانایی سازگاری با فقدان، طرد شدن و ناامیدی فعلی تأثیر بگذارند و افرادی که دارای علائم افسردگی هستند را مستعد افکار خودکشی کند (۱۰). در مدل آدام (۱۹۹۴)، تنظیم هیجان به عنوان یک عامل کلیدی در درک آسیب پذیری یا تاب آوری در برابر بحران دلبستگی توصیف شد که در نهایت می‌تواند منجر به افکار و رفتار خودکشی شود. تنظیم هیجان به عنوان آگاهی، پذیرش و درک هیجانات و همچنین توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و استفاده از راهبردهای مناسب در هنگام تجربه هیجانات منفی مفهوم سازی شده است (۴۰). تنظیم هیجان به عنوان بخش مهمی از سیستم دلبستگی در نظر گرفته می‌شود و تحقیقات تجربی نشان می‌دهد که بین امنیت دلبستگی و تنظیم هیجان ارتباط وجود دارد (۴۶). از این نظر، تصور می‌شود که تعاملات اولیه با مراقبان در مدیریت هیجانات دشوار تأثیر می‌گذارد (۴۷). تنظیم هیجان نیز با افکار و رفتار خودکشی مرتبط است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که بین بدتنظیمی هیجانی و افکار خودکشی رابطه وجود دارد (۴۸) کسانی که سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند، مشکلات بیشتری را در تنظیم هیجانات نسبت به افرادی که اقدام به خودکشی نکرده‌اند، گزارش کرده‌اند (۴۹) و رابطه مثبتی بین سطوح بدتنظیمی هیجانی و تعداد اقدام به خودکشی پیدا شده است (۵۰). فکر کردن در مورد خودکشی نیز ممکن است به عنوان یک منحرف کننده از هیجانات دشوار عمل کند. برخی از افراد افکار خودکشی را به عنوان یک مکانیسم مقابله ای توصیف کرده‌اند که به آنها کمک می‌کند تا کنترل را دوباره به دست آورند (۵۱). از سویی دیگر، مطابق با مدل آبشار هیجان (۵۲)، هنگامی که شدت هیجانات منفی و نشخوارهای فکری به یک وضعیت غیرقابل تحمل فزونی یابد، نقصانی در راهبردهای موثر تنظیم هیجان وارد می‌کند که این دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانات و عدم وجود رفتار هدفمند در سوق دادن فرد به سوی افکار خودکشی موثر است (۵۲). همچنین مطابق با مدل گریه برای درد؛ خودکشی یک واکنش به موقعیت های استرس زا است که در آن فرد شکست را می‌فهمد و امیدی به حل آن ندارد، با استفاده از این مدل، افراد هنگامی که هیجانات منفی شدید را، غیرقابل تحمل می‌-

پندارند، و هنگامی که فاقد راهبردهای ادراک شده برای تنظیم مناسب هیجانات و حل وضعیت پریشانی هستند، به خودکشی رو می‌آورند (۵۳).

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که احساس شرم به صورت غیرمستقیم از طریق بدتنظیمی هیجانی با افکار خودکشی رابطه معنی داری دارد این یافته با پژوهش های کایرون (Kyron) و همکاران (۱۷)، کیم (Kim) و همکاران (۱۸)، لسکلا (Leskela) و همکاران (۵۴) و پائولوس (Paulus) و همکاران (۵۵) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت احساس شرم هم با اختلال استرس پس از سانحه و هم با اختلال در تنظیم هیجان همراه است، شرم یک هیجان خودارزیابی منفی و دردناک است و زمانی رخ می‌دهد که فرد معیارهای اخلاقی یا اجتماعی شخصی یا تثبیت شده را برآورده نمی‌کند و اغلب با شناخت های منفی در مورد ویژگی ها، احساس بی ارزشی و رفتارهای اجتنابی همراه است (۵۴). به عبارت دیگر شرم یکی از مولفه های اساسی در طیف مشکلات روانی است به طوری که خود انتقادگری بالا در شرم می‌تواند تبیین کننده بدتنظیمی هیجانی در افراد باشد که متعاقباً منجر به عود بیماری های روانی از قبیل افسردگی می‌شود. اگر در افراد شکست به معنای عیب و ایراد پایدار و کلی به خود باشد راه حل آن ها کناره گیری و اجتناب از تلاش مجدد برای موفقیت و ارتباط اجتماعی است. در واقع در نتیجه شرم، منابع شناختی و بین فردی تحت تأثیر قرار می‌گیرد و این به نوبه خود نه تنها باعث ارزیابی منفی بیشتر از خود می‌گردد، بلکه توانایی افراد را برای مشارکت بین فردی و تلاش جهت مدیریت و تنظیم هیجانات را مختل می‌نماید (۵۵، ۵۶). همچنین، بدتنظیمی هیجانی با افزایش فراوانی هیجانات شدید، تنظیم آنها را دشوارتر می‌کند و در نتیجه منجر به عدم پذیرش هیجانی بیشتر، دشواری بیشتر در تشخیص حالت های هیجانی مختلف و افزایش اتکا به راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگار می‌شود (۵۷). به عنوان مثال، تجربه هیجانات ناراحت کننده در پاسخ به خاطرات درونی یا بیرونی یک رویداد آسیب زا ممکن است منجر به ایجاد الگوهای ناسازگار رفتارهای اجتنابی شود که به منظور کاهش تماس با آن خاطرات است. تجارب مکرر هیجانات ناراحت کننده نیز ممکن است افراد را به انجام رفتارهای مخاطره آمیز و/یا خود ویرانگر در تلاش برای اجتناب و/یا تعدیل تجارب هیجانی ناخواسته سوق دهد. اگرچه این

در این زمینه در افراد دارای علائم افسردگی ارائه دهند. لذا پیشنهاد می شود به درمان های مبتنی بر تنظیم هیجان با هدف کاهش افکار خودکشی در افراد دارای علائم افسردگی توجه ویژه ای شود. پیشنهاد می شود سایر متغیرهای روان شناختی از قبیل متغیرهای شناختی و هیجانی مرتبط با افکار خودکشی مورد بررسی قرار گیرد. در زمینه محدودیت های این پژوهش می توان به مقطعی بودن اشاره کرد، از آنجایی که مطالعه مبتنی بر همبستگی است، بنابراین نتیجه گیری و استنباط از این مطالعه نیز باید براساس روابط همبستگی صورت گیرد نه براساس روابط علت و معلولی؛ همچنین در پژوهش حاضر از مقیاس های خودگزارشی استفاده شده است در نهایت مختصان می توانند از یافته های این پژوهش در آسیب شناسی، ارزیابی و کار بالینی بر روی افراد دارای علائم افسردگی استفاده کنند.

سیاسگزاری

بدین وسیله از تمامی افرادی که در این مطالعه شرکت نموده اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می شود.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان، مقاله فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

References

1. Milliman CC, Dwyer PA, Vessey JA. Pediatric suicide screening: a review of the evidence. *Journal of Pediatric Nursing*. 2021;59:1-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2020.12.011>
2. Keyvanara M, Mousavi SG, Khayyer Z, Ngaosuvan L. A qualitative exploration of motives of suicide attempts among Iranian women. *Australian journal of psychology*. 2020; 72 (2):133-44. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12277>
3. Minkoff K, Bergman E, Beck AT, Beck R. Hopelessness, depression, and attempted suicide. *American Journal of psychiatry*. 1973 Apr;130(4):455-9. <https://doi.org/10.1176/ajp.130.4.455>
4. A. Aradilla-Herrero, J. Tomás-Sábado and J. Gómez-Benito, "Associations between emotional intelligence, depression and suicide risk in nursing students," *Nurse Education Today*, vol. 34, no. 4, pp. 520-525, 2014.

راهبردها ممکن است باعث کاهش فوری پریشانی شوند، اما احتمالاً از مواجهه شدن با اطلاعات اصلاحی در درازمدت جلوگیری می کنند و در نهایت با پردازش هیجانی تداخل می کنند و خطر ایجاد و تشدید رفتارهای پرخطر از قبیل افکار و اقدام به خودکشی را افزایش می دهند (۵۸).

نتیجه گیری

به طور کلی یافته های پژوهش حاضر نشان داد که دل بستگی ناایمن و احساس شرم به صورت غیرمستقیم از طریق بدتنظیمی هیجانی افکار خودکشی در افراد دارای علائم افسردگی را پیش بینی می کنند. افکار خودکشی یک مشکل مهم در حوزه سلامت روان است چرا که هر چه سطح افکار خودکشی که فرد تجربه می کند شدیدتر باشد، احتمال اقدام به خودکشی و رخداد خودکشی کامل افزایش می یابد. بنابراین شناسایی فرآیندهای روان شناختی که به افکار خودکشی منجر می شود می تواند در غربال کردن، پیشگیری، ارزیابی و درمان خودکشی موثر باشد. در این راستا، درک بالینی بهتر از تنظیم هیجان در آسیب شناسی افکار خودکشی یک عنصر کلیدی در ارزیابی و کار بالینی با افراد دارای علائم افسردگی می باشد. بنابراین براساس درک منسجم از ویژگی های هیجانی افراد افسرده، مدل های تنظیم هیجان می تواند پتانسیل امیدوارکننده ای را برای دقت تشخیص روان شناختی، پیشگیری و اثربخشی درمانی

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.07.001>

5. Cummings NA, Cummings JL. Refocused psychotherapy as the first line intervention in behavioral health. Routledge; 2012 Aug 21. <https://doi.org/10.4324/9780203106815>
6. Bryan CJ, Bryan AO, May AM, Klonsky ED. Trajectories of suicide ideation, nonsuicidal self-injury, and suicide attempts in a nonclinical sample of military personnel and veterans. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2015 Jun;45(3):315-25. <https://doi.org/10.1111/sltb.12127>
7. Cleare S, Wetherall K, Clark A, Ryan C, Kirtley OJ, Smith M, O'Connor RC. Adverse childhood experiences and hospital-treated self-harm. *International journal of environmental research and public health*. 2018 Jun;15(6):1235. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061235>
8. Cero I, Sifers SK. Parenting behavior and the interpersonal-psychological theory of

- suicide: A mediated moderation analysis with adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2013 Sep 25;150(3):987-92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.025>
9. Barzilay S, Apter A. Psychological models of suicide. *Archives of suicide research*. 2014 Oct 2;18(4):295-312. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.824825>
10. Adam KS. Suicidal behavior and attachment: A developmental model. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives*. (1st ed., pp. 275-298). New York: Guilford Press. 1994.
11. Ainsworth MD. Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*. 1964 Jan 1;10(1):51-8.
12. Cummings EM, Cicchetti D. 11• Toward a Transactional Model of Relations between Attachment and Depression. *Attachment in the preschool years. Theory, research, and intervention*. 1990:339-72.
13. Margolese SK, Markiewicz D, Doyle AB. Attachment to parents, best friend, and romantic partner: Predicting different pathways to depression in adolescence. *Journal of youth and adolescence*. 2005 Dec;34:637-50. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-8952-2>
14. Bateman AW, Fonagy PE. *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 2012.
15. Wille R. The shame of existing: An extreme form of shame. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2014 Aug 1; 95(4):695-717. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12208>
16. Mousavi A, Ghorbani N, Ghazitabatabaee M. An investigation of psychological self-destruction via selfknowledge, self-criticism and feelings of shame and guilt among patients with autoimmune and non-autoimmune disorders alongside healthy individuals. *J Behav Sci*. 2014; 8(1):1-9.
17. Kyron MJ, Badcock AC, Baker-Young E, Stritzke WG, Page AC. Dynamic changes in a desire to escape from interpersonal adversity: A fluid experimental assessment of the interpersonal theory of suicide. *Cognitive Therapy and Research*. 2019 Oct 15;43:926-36. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10013-2>
18. Kim S, Thibodeau R, Jorgensen RS. Shame, guilt, and depressive symptoms: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*. 2011 Jan;137(1):68. <https://doi.org/10.1037/a0021466>
19. Abdollahi A, Hosseinian S, Zamanshoar E, Beh-Pajooch A, Carlbring P. The moderating effect of hardiness on the relationships between problem-solving skills and perceived stress with suicidal ideation in nursing students. *Studia Psychologica*. 2018;60(1):30-41. <https://doi.org/10.21909/sp.2018.01.750>
20. Kazemi Rezaei SA, moradi A, Shahgholian M, Abdollahi M, Parhoon H. Psychometric Properties of Persian Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale-Positive (DERS-P). *Journal of Clinical Psychology*. 2022 Jun 22;14(2).
21. Calkins SD. Origins and outcomes of individual differences in emotion regulation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1994;59(2-3):53-72. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5834.1994.tb01277.x>
22. Khoshsorour S, Rezaei SA. The role of cognitive emotion regulation strategies and perceived social support in predicting quality of life and severity of symptoms of patients with irritable bowel syndrome (IBS). *Iranian journal of rehabilitation research*. 2019 Oct 10;6(1):60-8.
23. kazemi rezaei A, Moradi A, shagholian M, Abdollahi M H, parhoon H. The effect of memory specificity training on reducing cognitive and emotional symptoms in people with post-traumatic stress disorder. *IJPN* 2022; 10 (3) :14-29
24. Barnicot K, Crawford M. Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. *Psychological Medicine*. 2019 Sep;49(12):2060-8. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002878>
25. Parada-Fernández P, Herrero-Fernández D, Oliva-Macías M, Rohwer H. Analysis of the mediating effect of mentalization on the relationship between attachment styles and emotion dysregulation. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2021 Jun;62(3):312-20. <https://doi.org/10.1111/sjop.12717>
26. Martin CG, Roos LE, Zalewski M, Cummins N. A dialectical behavior therapy skills group case study on mothers with severe emotion dysregulation. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2017 Nov 1;24(4):405-15.

- <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.08.002>
27. Bovy L, Tendolkar I, Fernández G, Dresler M. Sleep, emotional memories, and depression. In: *Handbook of behavioral neuroscience* 2019 Jan 1 (Vol. 30, pp. 519-531). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813743-7.00034-7>
 28. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment orientations and emotion regulation. *Current opinion in psychology*. 2019 Feb 1;25:6-10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.006>
 29. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. Mentalizing, epistemic trust and the phenomenology of psychotherapy. *Psychopathology*. 2019 Sep 6;52(2):94-103. <https://doi.org/10.1159/000501526>
 30. Marszał M, Jańczak A. Emotion dysregulation, mentalization and romantic attachment in the nonclinical adolescent female sample. *Current Psychology*. 2018 Dec;37:894-904. <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9573-0>
 31. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck Depression Inventory*. second edition manual. San Antonio (TX): The Psychological Corporation; 1996. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
 32. Smarr KL, Keefer AL. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis care & research*. 2011;63 Suppl 11:S454-66. <https://doi.org/10.1002/acr.20556>
 33. Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakht M, Garmaroudi G, Taheri Tanjani P, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly Population. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015;22(1):189-98. [Persian].
 34. Beck A, Steer R. *Manual for the beck scale for suicide ideation* 5th ed. San Antonio psychological publication. 1991; 5:230-9.
 35. Anisi, J., Fathi, A. A., Salimi, S., & Ahmadi, N. K. [Validity and reliability of Beck suicide scale ideation among soldiers]. *Journal of Military Medicine*. 2005; 7(1), 33-37. (Persian).
 36. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of personality and social psychology*. 1987 Mar; 52(3):511. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.52.3.511>
 37. Besharat M. *Standardization of adult attachment scale*. Tehran University, 2005.
 38. Collins NL, Read S. Cognitive representations of attachment: the structure and function of attachment models. *Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships*. London: Kingsley. 1994.
 39. Divandari H. The young schema questionnaire-short form (SQ-SF): investigation psychometric properties and factor structure between students in Islamic Azad University, Kashmar Branch. *Educational researches*. 2009 Oct 23; 5(20):1-29.
 40. 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 and behavioral assessment*. 2004 Mar; 26(1):41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
 41. Besharat, M. Emotion Regulation Difficulty Scale. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 2019; 13 (47): 89-92.
 42. Azizi A, Azadeh M, Shams J. Investigating the relationship between disturbance tolerance and emotional regulation with students' dependence on smoking. *Jornal of Hakim Health System Research (Hakim)*. 2011;13 (1): 11-18.
 43. Cohen TR, Wolf ST, Panter AT, Insko CA. Introducing the GASP scale: a new measure of guilt and shame proneness. *Journal of personality and social psychology*. 2011 May;100(5):947. <https://doi.org/10.1037/a0022641>
 44. Jokar B, Kamali F. Investigating the Relationship between Spirituality and Shame and Guilt. *Journal of Culture in Islamic University*. 2015;5(1):21-4.
 45. Turton H, Berry K, Danquah A, Green J, Pratt D. An investigation of whether emotion regulation mediates the relationship between attachment insecurity and suicidal ideation and behaviour. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2022 Sep;29(5):1587-98. <https://doi.org/10.1002/cpp.2735>
 46. Mortazavizadeh Z, Forstmeier S. The role of emotion regulation in the association of adult attachment and mental health: A systematic review. *Archives of Psychology*. 2018 Sep 15;2(9). <https://doi.org/10.31296/aop.v2i9.83>
 47. Shaver PR, Mikulincer M. Adult attachment strategies and the regulation of emotion.

- Handbook of emotion regulation. 2007;446:465.
48. Martin C, Vujanovic A, Day SX. Posttraumatic stress disorder symptom severity and emotion regulation in acute-care psychiatric inpatients: associations with suicidality. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2017 Oct 21;26(9):1024-41. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1341443>
49. Gómez-Expósito A, Wolz I, Fagundo AB, Granero R, Steward T, Jiménez-Murcia S, Agüera Z, Fernández-Aranda F. Correlates of non-suicidal self-injury and suicide attempts in bulimic spectrum disorders. *Frontiers in psychology*. 2016 Aug 22;7:1244. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01244>
50. Aneštis MD, Kleiman EM, Lavender JM, Tull MT, Gratz KL. The pursuit of death versus escape from negative affect: An examination of the nature of the relationship between emotion dysregulation and both suicidal behavior and non-suicidal self-injury. *Comprehensive psychiatry*. 2014 Nov 1;55(8):1820-30. <https://doi.org/10.1016/j.comppsyg.2014.07.007>
51. Lakeman R, FitzGerald M. How people live with or get over being suicidal: A review of qualitative studies. *Journal of Advanced Nursing*. 2008 Oct;64(2):114-26. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04773.x>
52. Selby EA, Aneštis MD, Joiner TE. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour research and therapy*. 2008 May 1;46(5):593-611. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.02.002>
53. Rasmussen SA, Fraser L, Gotz M, MacHale S, Mackie R, Mašterton G, McConachie S, O'Connor RC. Elaborating the cry of pain model of suicidality: Testing a psychological model in a sample of first-time and repeat self-harm patients. *British Journal of Clinical Psychology*. 2010 Mar;49(1):15-30. <https://doi.org/10.1348/014466509X415735>
54. Leskela J, Dieperink M, Thuras P. Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*. 2002 Jun;15(3):223-6. <https://doi.org/10.1023/A:1015255311837>
55. Paulus DJ, Vanwoerden S, Norton PJ, Sharp C. Emotion dysregulation, psychological inflexibility, and shame as explanatory factors between neuroticism and depression. *Journal of affective disorders*. 2016 Jan 15;190:376-85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.014>
56. Wille R. The shame of existing: An extreme form of shame. *The International Journal of Psychoanalysis*. 2014 Aug 1; 95(4):695-717. <https://doi.org/10.1111/1745-8315.12208>
57. Doane, Nancy-Jane Kimberly, "Predictors of Posttraumatic Growth, Shame, and Posttraumatic Stress Symptoms in Survivors of Intimate Partner Violence: The Roles of Social Support and Coping". Graduate Student Theses, Dissertations, & Professional Papers. 2010.
58. Forbes CN, Tull MT, Rapport D, Xie H, Kaminski B, Wang X. Emotion dysregulation prospectively predicts posttraumatic stress disorder symptom severity 3 months after trauma exposure. *Journal of Traumatic Stress*. 2020 Dec;33(6):1007-16. <https://doi.org/10.1002/jts.22551>
59. Law KC, Khazem LR, Aneštis MD. The role of emotion dysregulation in suicide as considered through the ideation to action framework. *Current opinion in psychology*. 2015 Jun 1;3:30-5. <https://doi.org/10.1016/j.copsyg.2015.01.014>