Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol/12/ No.5 .2025
Page:29-44

Predicting suicidal thoughts in students with borderline personality disorder symptoms based on impulsivity and cognitive distortions: The mediating role of cognitive emotion regulation

Bahar Moradi[1], Farzad Zandi[2*], Barzan Soleimani[3]
1-Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sanandaj Branch, Sanandaj, Iran
2-Assistand Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Qorveh Branch, Qorveh, Iran. Email: (Corresponding Author), Farzadzandi547@yahoo.com
3-Master of General Psychology, Department of Psychology, Razi University Kermanshah, Kermanshah, Iran.

Received:16/10/2024 **Accepted:** 19/11/2024

Abstract

Introduction: Understanding and identifying suicidal ideation among students with symptoms of borderline personality disorder (BPD) can aid in developing effective interventions. **Aim:** This study aimed to assess the fit of a structural model of suicidal ideation in undergraduate students with BPD symptoms.
Methods: This descriptive–correlational study used structural equation modeling (path analysis). The population comprised undergraduate students with BPD symptoms at Azad University, Sanandaj, during the 2022–2023 academic year. A purposive sample of 288 students completed the Suicidal Ideation Questionnaire, Barratt Impulsiveness Scale, Cognitive Distortions Questionnaire, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, and BPD Symptom Questionnaire. Data were analyzed using path analysis in SPSS-26 and AMOS-26.
Results: Impulsivity and negative cognitive emotion-regulation strategies had significant and positive direct effects on suicidal ideation ($t=8.15$, $p<.001$; $t=6.52$, $p<.001$), whereas positive strategies had a significant negative direct effect ($t=-5.81$, $p<.05$). Cognitive distortions also showed a significant positive direct effect ($t=3.12$, $p<.001$). Indirect effects of impulsivity and cognitive distortions on suicidal ideation through emotion-regulation strategies were also significant ($p<.05$).
Conclusion: Impulsivity, cognitive distortions, and negative emotion-regulation strategies are strong predictors of suicidal ideation, while positive strategies serve a protective role. Strengthening positive emotion-regulation skills in students with BPD symptoms is recommended to reduce suicidal ideation.

Keywords: Suicidal ideation, Impulsivity, Cognition, Emotion regulation, BPD

Moradi B, zandi F, Soleimani B. Predicting suicidal thoughts in students with borderline personalitydisorder symptoms based on impulsivity and cognitive distortions: The mediating role of cognitive emotion regulation. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2025; 12 (5)29-44
URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2369-fa.html

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دوازدهم شماره . ۵، ۱۴۰۴
صفحات: ۴۴-۲۹

پیش‌بینی افکار خودکشی دانشجویان با علائم اختلال شخصیت مرزی بر اساس تکانشگری و تحریف‌های شناختی با نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان

بهار مرادی[۱]، فرزاد زندی[۲*]، برزان سلیمانی[۳]
۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی،گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج، سنندج، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قروه، قروه، ایران (نویسنده مسئول)، Farzadzandi547@yahoo.com
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۲۵ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۳/۰۸/۲۹

چکیده

مقدمه: درک و شناسایی افکار خودکشی در دانشجویان با علائم اختلال شخصیت مرزی می‌تواند به توسعه مداخلات مؤثر کمک کند.
هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین برازش مدل ساختاری افکار خودکشی دانشجویان با علائم اختلال شخصیت مرزی انجام شد.
روش: پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی با طراحی معادلات ساختاری (تحلیل مسیر) در جامعه آماری دانشجویان کارشناسی دارای علائم اختلال شخصیت مرزی دانشگاه آزاد سنندج ۱۴۰۱–۱۴۰۲ با روش نمونه‌گیری هدفمند ۲۸۸ نفری بود. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی افکار خودکشی (۱۹۶۱)، مقیاس تکانشگری بارت (۱۹۹۵)، پرسشنامه‌ی تحریف‌های شناختی (۲۰۰۴)، پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان (۲۰۰۷) و پرسشنامه‌ی علائم اختلال شخصیت مرزی (۱۹۸۴) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل مسیر در نرم‌افزارهای SPSS-26 و AMOS-26 صورت گرفت.
یافته‌ها: تکانشگری و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان تأثیر مستقیم، مثبت و معناداری بر افکار خودکشی داشتند ($p < ۰/۰۰۱$؛ $t= ۶/۵۲$ ، $t= ۸/۱۵$). در حالی که راهبردهای مثبت تأثیر مستقیم، منفی و معناداری داشتند ($p < ۰/۰۵$، $t=-۵/۸۱$). تحریف‌های شناختی نیز تأثیر مستقیم، مثبت و معناداری بر افکار خودکشی داشت ($p < ۰/۰۰۱$، $t= ۳/۱۲$). تاثیر غیرمستقیم تکانشگری و تحریفات شناختی از طریق راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر افکار خودکشی نیز معنادار بود ($p < ۰/۰۵$).
نتیجه‌گیری: تکانشگری، تحریف‌های شناختی و راهبردهای منفی تنظیم هیجان، پیش‌بینی‌کننده‌های قوی افکار خودکشی هستند و راهبردهای مثبت نقش حفاظتی دارند. لذا پیشنهاد می‌شود در مراکز آموزشی، مهارت‌های تنظیم هیجان مثبت در دانشجویان با علائم اختلال شخصیت مرزی برای کاهش افکار خودکشی تقویت شود.

کلمات کلیدی: افکار خودکشی، رفتار تکانشی، شناخت، تنظیم هیجان، اختلال شخصیت مرزی.

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

مقدمه

افکار خودکشی[1] در افراد دارای علائم اختلال شخصیت مرزی[2] غالبا از بی‌نظمی هیجانی و ترس مداوم از طرد شدن ناشی می‌شود (سکوفسکی، گامبین، سوملین و شارپ[3]، ۲۰۲۲). این افراد نوسانات شدید خلقی (مندز-میلر، ناکاراتو و رادیکو[4]، ۲۰۲۲)، و تکانشگری[5] (وایت، دفونتس، وایس، کارندی، وودز و همکاران[6]، ۲۰۲۴) را تجربه می‌کنند که می‌تواند منجر به خودجرحی و افکار خودکشی شود (فولهام، فورسایت و فیتزپاتریک[7]، ۲۰۲۳). در یک پژوهش مشخص شد که ۴۳ درصد از بیماران روانپزشکی که به دلیل خطر خودکشی بستری شده بودند، علائم اختلال شخصیت مرزی داشتند (گرگوری، اسپری، ویلیامسون کوچ-سکونی و اسپینک[8]، اسپینک[8]، ۲۰۲۱). همچنین در پژوهشی دیگر نشان داده شد که ۱۴ درصد از دانشجویان افکار خودکشی دارند و داشتن علائم اختلال شخصیت مرزی یکی از پیش‌بین‌های مهم این افکار است (وونگپاکاران، اون-آروم، کاراوکپانیاوونگ، لوهنن، لیساواتو همکاران[9]، ۲۰۲۱).

لذا پرداختن به افکار خودکشی و عوامل مؤثر بر آن امری حیاتی است، چراکه این افکار به میزان بالایی اقدام به خودکشی و مرگ را پیش‌بینی می‌کنند (باند، بندل، رودریگز، انستیس و انستیس[10]، ۲۰۲۲). افکار خودکشی، که غالبا با تفکرات مداوم درباره پایان دادن به زندگی خود مشخص می‌شود، می‌تواند در اشکال مختلفی ظاهر شود، از جمله ایده‌های گذرا یا برنامه‌ریزی دقیق. این افکار ممکن است از یک تعامل پیچیده بین عوامل روان‌شناختی، محیطی و بیولوژیکی ناشی شوند (سکوفسکی و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از پیش‌بین‌های افکار خودکشی تکانشگری است (وایت و همکاران، ۲۰۲۴). تکانشگری به‌عنوان تمایل به عمل کردن بر اساس خواسته‌ها یا نیازهای فوری بدون تأمل یا در نظر گرفتن پیامدهای احتمالی تعریف می‌شود. این ویژگی رفتاری غالبا با دشواری‌های مربوط به خودتنظیمی هیجانی (الیوت، جانسون، پرلستین، لوپز و کرن[11]، ۲۰۲۳) همراه است و می‌تواند در زمینه‌های مختلفی ظاهر شود و منجر به تصمیمات پرخطر و پیامدهای منفی در حوزه‌های بین فردی، تحصیلی و شغلی گردد (وایت و همکاران، ۲۰۲۴).

این رابطه با بی‌نظمی هیجانی و اضطراب زمینه‌ای که به‌طور معمول در افراد مبتلا به اختلالات خلقی و شخصیتی مشاهده می‌شود، تشدید می‌شود (انور، سوردلو، جوبز، تیمپانو، ماندل و همکاران[12]، ۲۰۲۲). علاوه بر این، افراد تکانشگر ممکن است در ارزیابی پیامدهای بلندمدت اعمال خود دچار مشکل شوند، که این امر منجر به افزایش احتمال اقدام به افکار خودکشی بدون تأمل کافی می‌گردد (وایت و همکاران، ۲۰۲۴). این ناتوانی در ارزیابی صحیح پیامدها، همراه با الگوهای تفکر غیرمنطقی که به‌عنوان تحریفات شناختی[13] شناخته

[1]. Suicidal Thoughts
[2]. Borderline Personality Disorder Symptoms
[3]. Sekowski, Gambin, Sumlin & Sharp
[4]. Mendez-Miller, Naccarato & Radico
[5]. Impulsivity
[6]. Waite, DeFontes, Weiss, Karnedy, Woods et al.
[7]. Fulham, Forsythe & Fitzpatrick
[8]. Gregory, Sperry, Williamson, Kuch-Cecconi & Spink
[9]. Wongpakaran, Oon-Arom, Karawekpanyawong, Lohanan, Leesawat et al.
[10]. Bond, Bandel, Rodriguez, Anestis & Anestis
[11]. Elliott, Johnson, Pearlstein, Lopez & Keren
[12]. Anvar, Swerdlow, Jobes, Timpano, Mandel et al.
[13]. Cognitive Distortions

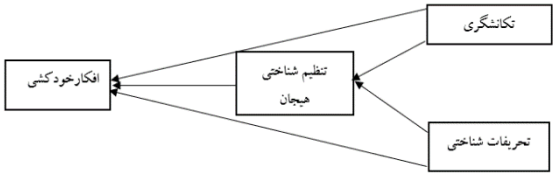
می‌شوند، می‌تواند به‌طور قابل‌توجهی بر شدت و فراوانی افکار خودکشی تأثیر بگذارد. تحریفات شناختی الگوهای تفکر غیرمنطقی‌اند که درک فرد از خود و محیط را مخدوش کرده و موجب ناراحتی عاطفی و رفتارهای ناکارآمد می‌شوند (کومار[1]، ۲۰۲۴).

این تحریفات می‌توانند به‌طور قابل‌توجهی به تکانشگری و افکار خودکشی کمک کنند (راتر، چیپریانی، اسمیت، رامجاس، واکارو و همکاران[2]، ۲۰۲۰)، به‌عنوان مثال، افراد دارای علائم اختلال شخصیت مرزی ممکن است در تفکر دوگانه (همه یا هیچ) گرفتار شوند و بر این باور باشند که عدم دستیابی به استانداردهای خاص معادل با بی‌ارزشی کامل است، که می‌تواند منجر به تشدید افکار خودکشی شود (ماسون، کلی و دشون[3]، ۲۰۲۳). علاوه بر این، تحریفات شناختی می‌توانند توانایی فرد را در تنظیم مؤثر هیجانات و اتخاذ تصمیمات منطقی مختل کنند و بدین ترتیب احتمال اقدام‌های تکانشی در پاسخ به افکار نگران‌کننده را افزایش دهند (دپروا و کمبالبرت[4]، ۲۰۲۲).

از سوی دیگر، توانایی تنظیم شناختی هیجان‌ها[5] نیز می‌تواند افکار خودکشی را پیش‌بینی کند (کلمنرو-ناوارته، گارسیا-سانچو و سالگوئرو[6]، ۲۰۲۲). تنظیم شناختی هیجان به کنترل آگاهانه افکار برای شکل‌دهی پاسخ‌های عاطفی سازگار اشاره دارد (سیلورس[7]، ۲۰۲۲). با این حال تنظیم شناختی هیجان نقش حیاتی در شکل‌دهی به آسیب‌پذیری افراد نسبت به افکار خودکشی دارد، چراکه استراتژی‌های مؤثر تنظیم شناختی هیجان می‌توانند شدت هیجانات منفی و تحریفات شناختی مرتبط با افکار خودکشی را کاهش دهند، به‌عنوان مثال، ارزیابی شناختی، که شامل بازتفسیر یک موقعیت منفی به‌منظور تغییر تأثیر عاطفی آن است، می‌تواند احساسات ناامیدی و یأس را که غالبا پیش‌درآمد افکار خودکشی هستند، کاهش دهد، در مقابل، استراتژی‌های ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان، مانند تفکر مکرر یا سرکوب احساسات، ممکن است ناراحتی عاطفی و تکانشگری را تشدید کرده و بدین ترتیب خطر افکار خودکشی را افزایش دهند (کلمنرو-ناوارته و همکاران، ۲۰۲۲).

بنابراین، با توجه به مباحث مطرح‌شده و بررسی پیشینه پژوهشی، فرض بر این است تکانشگری و تحریفات شناختی به‌طور مستقیم افکار خودکشی را پیش‌بینی می‌کنند و توانایی تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان میانجی این روابط عمل می‌کند، به‌ویژه در افراد دارای علائم اختلال شخصیت مرزی. اگرچه مطالعات متعددی ارتباط‌های جزئی میان این متغیرها را نشان داده‌اند، آزمون هم‌زمان یک مدل میانجی‌گر یکپارچه در جمعیت‌های بالینی هنوز محدود است. لذا مسئله اصلی پژوهش این است که نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان در توضیح چگونگی تأثیر تکانشگری و تحریفات شناختی بر شدت افکار خودکشی به‌صورت کامل روشن نشده است. از این‌رو، پرسش اصلی پژوهش حاضر این است که آیا تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به‌عنوان یک میانجی مؤثر در رابطه بین تکانشگری و تحریفات شناختی با افکار خودکشی عمل کند یا خیر؟ در ادامه مدل مفهومی پژوهش ذکر شده است.

[1] . Kumar
[2] . Rutter, Cipriani, Smith, Ramjas, Vaccaro et al.
[3] . Mason, Kelley & DeShong
[4] . Deperrois & Combalbert
[5] . Cognitive Emotion Regulation
[6] . Colmenero-Navarrete, García-Sancho & Salguero
[7] . Silvers



شکل ۱. مدل مفهومی خطرپذیری براساس باورهای اساسی، الگوهای ارتباطی خانواده و ابراز وجود با نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها، توصیفی-همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی دانشجویان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ مشغول به تحصیل بودند. برای برآورد حجم نمونه، از روش کلاین[1]در مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. بر اساس این روش، در صورتی‌که تعداد سازه‌های اصلی ۵ سازه یا کمتر باشد، حداقل حجم نمونه ۱۰۰ و حداکثر ۳۰۰ نفر لازم است (کلاین[1]، ۲۰۲۳). بنابراین، در پژوهش حاضر با در نظر گرفتن افت نمونه‌ها، ۳۰۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند از میان جامعه آماری فوق انتخاب و در پژوهش شرکت کردند. از این تعداد، ۱۲ پرسشنامه به‌طور کامل تکمیل نشده و کنار گذاشته شدند؛ در نهایت، داده‌های ۲۸۸ نفر وارد تحلیل شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل: تحصیل در مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج و داشتن علائم اختلال شخصیت مرزی (نمره بالاتر از ۱۵ در پرسشنامه علائم اختلال شخصیت مرزی کلاریج و بروکس (۱۹۸۴)) بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل پرسشنامه ناقص یا دارای بیش از ۱۰ درصد آیتم بدون پاسخ یا الگوی پاسخ‌دهی غیرقابل اعتماد و بستری‌بودن یا ابتلا به وضعیت روان‌پزشکی حاد که مانع شرکت کامل در پژوهش می‌شد. روش جمع‌آوری اطلاعات به‌این‌صورت بود که پس از دریافت کد اخلاق و مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی، واحد سنندج، پژوهشگران به‌صورت حضوری به دانشکده‌ها مراجعه کردند و ابتدا پرسشنامه «علائم اختلال شخصیت مرزی» را بین دانشجویان توزیع کردند. تنها آن‌دسته از دانشجویانی که معیارهای ورود را احراز کردند (کسب نمره بالاتر از ۱۵ در پرسشنامه کلاریج و بروکس (۱۹۹۴)، رضایت آگاهانه کتبی و توانایی تکمیل پرسشنامه‌ها)، برای تکمیل سایر پرسشنامه‌ها شامل: افکار خودکشی، رفتارهای تکانشگری، تنظیم شناختی هیجان و تحریف‌های شناختی دعوت شدند. همه پرسشنامه‌ها به‌صورت خودگزارش و در محیطی آرام تکمیل شد و پژوهشگران حاضر بودند تا در صورت نیاز توضیحات لازم را ارائه دهند. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند انجام شد؛ در مجموع ۳۰۰ پرسشنامه تکمیل گردید که پس از بررسی کیفیت داده‌ها ۱۲ پرسشنامه به‌دلیل ناقص‌بودن یا الگوی پاسخ‌دهی نامعتبر حذف شد و نهایتا داده‌های ۲۸۸ نفر وارد تحلیل شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، مؤلفه‌های زیر رعایت شد: ۱) شرکت افراد در این پژوهش به‌صورت داوطلبانه و با کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان بود. ۲) اطلاعات کافی در مورد چگونگی پژوهش به تمامی شرکت‌کنندگان ارائه شد و همچنین اصل رازداری و محرمانه ماندن تمامی مشخصات

[1] .Kline

شرکت‌کنندگان حفظ گردید. به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، از روش‌های آمار توصیفی، آزمون همبستگی پیرسون و مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از تحلیل مسیر در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و نرم‌افزار Amos نسخه ۲۶ استفاده شد. در مطالعه حاضر، ۲۸۸ نفر از دانشجویان کارشناسی شرکت کردند. از این تعداد، ۶۲ درصد (۱۷۹ نفر) زن و ۳۸ درصد (۱۰۹ نفر) مرد بودند. از نظر رشته تحصیلی، ۲۰ درصد (۵۸ نفر) در رشته روانشناسی، ۲۵ درصد (۷۱ نفر) در رشته مهندسی کامپیوتر، ۲۰ درصد (۵۸ نفر) در رشته علوم اجتماعی، ۱۵ درصد (۴۳ نفر) در رشته مدیریت و ۲۰ درصد (۵۸ نفر) در رشته زیست‌شناسی مشغول به تحصیل بودند. از نظر دامنه سنی، ۱۸ درصد (۵۲ نفر) در گروه سنی ۱۸ تا ۲۲ سال، ۴۷ درصد (۱۳۵ نفر) در گروه سنی ۲۳ تا ۲۷ سال، و ۳۵ درصد (۱۰۱ نفر) بالای ۲۸ سال بودند. از نظر معدل تحصیلی، ۱۰ درصد (۲۹ نفر) دارای معدل کمتر از ۱۴، ۳۵ درصد (۱۰۱ نفر) دارای معدل بین ۱۴ تا ۱۶، ۴۰ درصد (۱۱۵ نفر) دارای معدل بین ۱۶ تا ۱۸، و ۱۵ درصد (۴۳ نفر) دارای معدل بالای ۱۸ بودند.

ابزار

پرسشنامه افکار خودکشی[1]: این پرسشنامه توسط بک[2] در سال ۱۹۶۱ تدوین شده و دارای ۱۹ سوال است که حوزه‌های آرزوی مرگ[3]، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نافعال[4]، مدت و فراوانی افکار خودکشی[5]، احساس کنترل بر خود[6]، عوامل بازدارنده خودکشی[7] و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی[8] را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس مقیاس سه‌درجه‌ای از ۰ تا ۲ انجام می‌شود، که دامنه نمرات آن بین ۰ تا ۳۸ قرار دارد؛ نمرات بالا بیانگر افکار خودکشی بالا و نمرات پایین نشانه عدم افکار خودکشی است. بک، استیر و رانیری[9] (۱۹۸۸) نشان دادند که همبستگی بین نسخه‌های خودگزارش‌دهی و ارزیابی بالینی بالاتر از ۰/۹۰ است، که حاکی از اعتبار همزمان قوی این ابزار می‌باشد. همچنین، آلفای کرونباخ این پرسشنامه با استفاده از روش آزمون باز–آزمون برای مؤلفه‌ها از ۰/۸۷ تا ۰/۹۷گزارش شده است. در ایران نیز، اصفهانی، هاشمی و علوی (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۰ به دست آوردند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ به دست آمد.

مقیاس تکانشگری بارت[10]: پرسشنامه رفتارهای تکانشگری توسط بارت در سال ۱۹۹۵ طراحی شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ سوال است که سه عامل تکانشگری حرکتی[11]، شناختی[12] و بی‌برنامگی[13] را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از ۱ تا ۴ انجام می‌شود و دامنه نمرات آن بین ۳۰ تا ۱۲۰ قرار دارد؛ نمرات بالا نشان‌دهنده تکانشگری زیاد و نمرات پایین بیانگر عدم تکانشگری است. پیتون، استنفورد و بارت[14] (۱۹۹۵) روایی و پایایی این پرسشنامه را به ترتیب

[1] . Suicidal Ideation Questionnaire
[2] . Beck
[3] . Desire for death
[4] . Active and passive suicidal desire
[5] . Duration and frequency of suicidal thoughts
[6] . Sense of control over oneself
[7] . Protective/inhibiting factors against suicide (suicide inhibitors)
[8] . Protective/inhibiting factors against suicide (suicide inhibitors)
[9] . Beck, Steer & Ranieri
[10] . Barratt Impulsiveness Scale
[11] . Motor Impulsivity
[12] . Cognitive Impulsivity
[13] . Non-planning Impulsivity
[14] . Patton, Stanford & Barrat

۰/۸۳ و ۰/۸۴ گزارش کردند. در ایران نیز، جاوید، محمدی و رحیمی (۱۳۹۱) اعتبار کل این پرسشنامه را از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آوردند. ضریب پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان[1]: این پرسشنامه توسط گرانفسکی و کرایج[2] در سال ۲۰۰۷ طراحی شده و شامل ۱۸ ماده است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی می‌سنجد. نمره‌گذاری این ابزار بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) انجام می‌شود و شامل ۹ زیرمقیاس است: خودسرزنشگری[3]، دیگرسرزنشگری[4]، تمرکز بر فکر/ نشخوارگری[5]، فاجعه‌نمایی (فاجعه‌آمیزپنداری)[6]، کم‌اهمیت‌شماری[7]، تمرکز مجدد مثبت[8]، ارزیابی مجدد مثبت[9]، پذیرش[10]، و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی[11]. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی استفاده‌ی بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. گرانفسکی و کرایج (۲۰۰۷) اعتبار این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ بین ۷۵/۰ تا ۸۷/۰ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز بشارت و بزازیان (۱۳۹۳) اعتبار این ابزار را از طریق آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها بین ۷۶/۰ تا ۹۰/۰ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۸۲/۰ به دست آمد.

پرسشنامه تحریف‌های شناختی[12]: این پرسشنامه توسط حامامجی و بیوک‌اوزتورک[13] در سال ۲۰۰۴ تدوین شده است و دارای ۱۹ سوال است که سه حوزه طرد در روابط بین فردی[14]، انتظارات غیرواقع‌بینانه در روابط[15] و سوء ادراک در روابط بین فردی[16] را ارزیابی می‌کند. پرسشنامه مذکور به صورت مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملا مخالفم (نمره ۱) تا کاملا موافقم (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود که دامنه نمرات آن بین ۱۹ تا ۹۵ است. حامامجی و بیوک‌اوزتورک (۲۰۰۴) اعتبار مقیاس را با محاسبه همبستگی آزمون-بازآزمون برابر ۰/۷۴ گزارش کردند و ضریب همسانی درونی آلفای کرونباخ را ۰/۶۷ به دست آوردند. همچنین روایی آن از طریق همبستگی با مقیاس باورهای غیرمنطقی، مقیاس افکار خودکار و مقیاس گرایش به تعارض در روابط بین فردی به ترتیب ۰/۴۵، ۰/۵۳ و ۰/۵۳ به دست آمده است که همگی در سطح ۰/۹۹ معنی‌دار هستند. در ایران نیز، اسماعیل‌پور، بخشی‌پور و محمدزادگان (۱۳۹۳) پایایی این پرسشنامه را از روش همسانی درونی بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ به دست آوردند. در پژوهش حاضر نیز، ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۰ به دست آمد.

پرسشنامه علائم اختلال شخصیت مرزی[17]: این پرسشنامه توسط کلاریج و بروکس[18] در سال ۱۹۸۴ تدوین

[1] .Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
[2] . Garnefski & Kraaij
[3] . Self-blame
[4] . Other-blame
[5] . Rumination / Focus on thought
[6] . Catastrophizing
[7] . Putting into perspective (minimization / de-emphasizing)
[8] . Positive refocusing
[9] . Positive reappraisal
[10] . Acceptance
[11] . Refocus on planning

[12] . Cognitive Distortions Questionnaire
[13] . Hamamci & Büyüköztürk
[14] . Rejection in interpersonal relationships
[15] . Unrealistic expectations in relationships
[16] . Misperceptions (distorted perceptions) in interpersonal relationships
[17] . Personality Disorder Symptoms Questionnaire)
[18] . Claridge & Broks

شد و شامل ۲۴ سؤال است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌صورت بلی (نمره ۱) و خیر (نمره صفر) انجام می‌شود و دامنه نمرات بین ۰ تا ۲۴ متغیر است؛ به‌طوری‌که نمرات بالا نشان‌دهنده وجود علائم اختلال شخصیت مرزی و نمرات پایین بیانگر فقدان علائم این اختلال هستند. کلاریج و بروکس (۱۹۸۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند و روایی همزمان آن را با مقیاس‌های روان‌گسستگی و روان‌آزردگی آیزنک به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ اعلام کرده‌اند. در ایران نیز، محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده (۱۳۸۴) ضریب پایایی این پرسشنامه را از طریق آزمون-بازآزمون برای کل پرسشنامه ۰/۸۴ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۵۰ تا ۰/۷۳ به دست آورده‌اند. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۷ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۵۷ تا ۰/۶۴ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز، ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ به‌دست آمد.

یافته‌ها

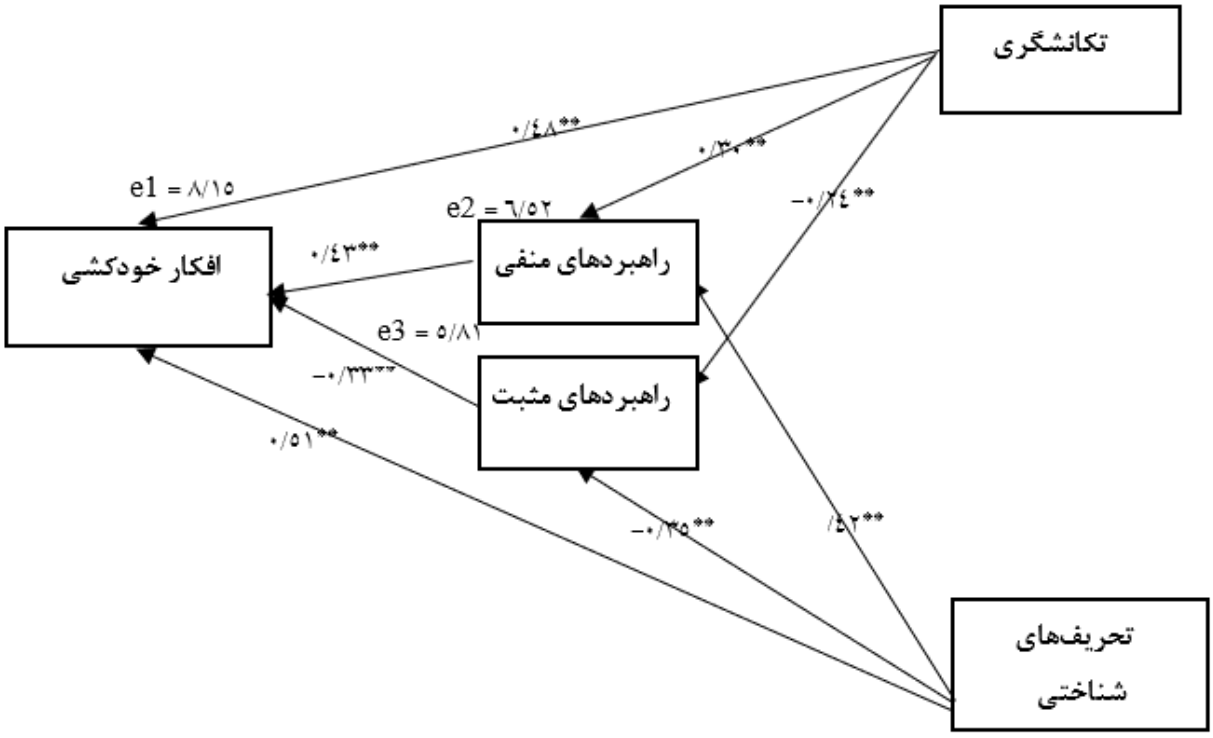
میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به ترتیب زیر بود: افکار خودکشی ۲۵/۸۹ (±۳/۷۰)، تکانشگری ۸۲/۷۵ (±۵/۱۳)، تحریف‌های شناختی ۷۱/۹۴ (±۴/۰۵)، راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان ۴۷/۰۹ (±۴/۸۷) و راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان ۶۱/۲۲ (±۴/۱۸). قبل از تجزیه‌وتحلیل مدل‌یابی روی داده‌ها، پیش‌فرض‌های لازم بررسی شد که یکی از آن پیش‌فرض‌ها آزمون کولموگروف - اسمیرنوف بود که برای همه متغیرهای پژوهش بین ۱ تا zمقدار شاخص ۱/۸۴ و سطح معناداری آن‌ها بیشتر از ۰/۰۵ بود. علاوه بر آزمون کولموگروف - اسمیرنوف یکی از پیش‌فرض‌های رایج محاسبه آماره‌های چولگی و است. دامنه چولگی و کشیدگی بین ۲- تا ۲+ کشیدگی ملاک نرمال بودن متغیرها است. در پژوهش حاضر دامنه چولگی و کشیدگی در دامنه مذکور قرار گرفت، بنابراین داده‌ها نرمال هستند. علاوه بر مواردی که ذکر شد، برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین-دست آمد واتسون استفاده گردید که میزان آن ۱/۹۲ به که نشان از مستقل‌بودن خطاها می‌باشد. در جدول شماره ۱، نتایج ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرها ذکر شده است.

جدول ۱ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵
۱- افکار خودکشی	۱				
۲- تکانشگری	۰/۴۸**	۱			
۳- تحریف‌های شناختی	۰/۵۱**	۰/۳۵**	۱		
۴- راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان	۰/۴۳**	۰/۳۰**	۰/۴۲**	۱	
۵- راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	-۰/۳۳**	-۰/۲۴*	-۰/۳۵**	-۰/۳۶**	۱

* p< ۰/۰۵ **p<۰/۰۱

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود ضرایب همبستگی متغیرهای تکانشگری، تحریف‌های شناختی، راهبردهای منفی و راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان با افکار خودکشی به ترتیب برابر با ۰/۴۸، ۰/۵۱، ۰/۴۳و ۰/۳۳- می‌باشد که کلیه همبستگی‌ها در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار می‌باشند. همچنین، لازم به ذکر است که کلیه متغیرها به جزء راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان، با افکار خودکشی همبستگی مثبت داشتند. در ادامه ضرایب مسیر مدل برازش شده همراه با پارامترهای برآوردشده ارائه شده است.



شکل ۱. ضرایب مسیر و پارامترهای استاندارد شده مدل برازش شده پیش‌بینی افکار خودکشی

شکل ۱ مدل برازش شده پیش‌بینی افکار خودکشی را نشان می‌دهد. اعداد روی مسیرها پارامترهای استاندارد شده‌اند. به استثنای اثر مستقیم تکانشگری بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان که در سطح p<۰/۰۵ معنادار می‌باشد، بقیه مسیرها در سطح ۰/۰۰۱ معنادار هستند. از بین متغیرهای برونزاد (تکانشگری و تحریف‌های شناختی)، متغیر تحریف‌های شناختی بیشترین اثر مستقیم بر افکار خودکشی دارد و از بین دو خرده متغیر میانجی (راهبردهای منفی و مثبت تنظیم هیجان)، بیشترین اثر مستقیم بر افکار خودکشی، مربوط به راهبردهای منفی تنظیم هیجان می‌باشد. در ادامه و در جدول ۲ شاخص‌های نیکویی برازش مدل را نشان می‌دهد که میزان انطباق مدل با داده‌های مشاهده‌شده را بیان می‌کند.

جدول ۲. شاخص‌های نیکویی برازش مدل

شاخص	X^2/df	RMES	TLI	IFI	CFI	GFI	AGFI	PRATIO

مقادیر	۲/۷۲	۰/۰۷	۰/۹۱۰	۰/۹۲۰	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۹۲	۰/۹۰۶
بازه قابل قبول	کمتر از ۳	کمتر از ۰/۰۸	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۹۰	بیشتر از ۰/۸۰	بیشتر از ۰/۹۰
نتیجه	تائید	تائید	تائید	تائید	تائید	تائید	تائید	تائید

باتو جه به جدول۲. به منظور بررسی برازندگی مدل از شاخص‌های برازندگی استفاده شده است. تمام شاخص‌ها در سطح مناسبی بود و نشان از برازندگی مناسب مدل با داده‌ها داشت. در نتیجه مدل مفهومی پژوهش تأیید می‌شود. در بررسی الگوی معادلات ساختاری علاوه بر بررسی شاخص‌های برازش کلی مدل، پارامترهای ضرایب مسیر، نسبت بحرانی و سطح معنی‌داری برای هر یک از مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم نیز بررسی شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ و ۴ ذکر شده است.

جدول ۳. اثرات مستقیم متغیرهای پژوهش

متغیر			ضرایب استاندارد	مقدار T	خطای استاندارد	معنی داری
تکانشگری	←	افکار خودکشی	۰/۴۸	۸/۱۵	۰/۰۷	۰/۰۰۱
راهبردهای منفی تنظیم هیجان	←	افکار خودکشی	۰/۳۰	۶/۵۲	۰/۱۱	۰/۰۰۱
راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	←	افکار خودکشی	-۰/۲۴	-۵/۸۱	۰/۱۴	۰/۰۵
تحریف‌های شناختی	←	افکار خودکشی	۰/۵۱	۳/۱۲	۰/۰۵	۰/۰۰۱
تحریف‌های شناختی	←	راهبردهای منفی تنظیم هیجان	۰/۴۲	۷/۲۳	۰/۰۸	۰/۰۰۱
تحریف‌های شناختی	←	راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	-۰/۳۵	-۶/۹۷	۰/۱۴	۰/۰۰۱
تکانشگری	←	راهبردهای منفی تنظیم هیجان	۰/۴۳	۹/۰۶	۰/۰۵	۰/۰۰۱
تکانشگری	←	راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	-۰/۳۳	-۱۰/۲۰	۰/۱۷	۰/۰۰۱

با توجه به جدول شماره ۳، نتایج نشان می‌دهد که تکانشگری تأثیر مستقیم مثبت و معناداری بر افکار خودکشی دارد (۰/۰۰۱ > p، ۸/۱۵ = t). همچنین، راهبردهای منفی تنظیم هیجان تأثیر مستقیم مثبت و معناداری بر افکار خودکشی دارند (۰/۰۰۱ > p، ۶/۵۲ = t). در مقابل، راهبردهای مثبت تنظیم هیجان تأثیر مستقیم منفی و معناداری بر افکار خودکشی دارند (۰/۰۵ > p، ۵/۸۱- =t). تحریف‌های شناختی نیز تأثیر مستقیم مثبت و معناداری بر افکار خودکشی نشان می‌دهد (۰/۰۰۱ > p، ۳/۱۲ =t)، و همچنین تأثیر مستقیم مثبت و معناداری بر راهبردهای منفی تنظیم هیجان دارد (۰/۰۰۱ > p، ۷/۲۳ =t). علاوه بر این، تحریف‌های شناختی تأثیر مستقیم منفی و معناداری بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان دارد (۰/۰۰۱ > p، ۶/۹۷- =t). در نهایت، تکانشگری تأثیر

مستقیم مثبت و معناداری بر راهبردهای منفی تنظیم هیجان دارد (t = ۹/۰۶ ،p < ۰/۰۰۱) و همچنین تأثیر مستقیم منفی و معناداری بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجان دارد (t = −۱۰/۲۰ ،p < ۰/۰۰۱). علاوه بر بررسی اثر مستقیم، متغیر های پژوهش بر افکار خودکشی، اثر غیر مستقیم متغیرهای پیش بین از طریق متغیرهای میانجی با استفاده از آزمون بوت استراپ بررسی شد. نتایج آن در جدول ۴ ذکر شده است.

جدول ۴. اثرات غیرمستقیم متغیرهای پژوهش با آزمون بوت استرپ

	فرضیه پژوهش			ضریب استاندارد شده	حد پایین	حد بالا	معنی داری
تکانشگری	راهبردهای منفی تنظیم هیجان	←	افکار خودکشی	۰/۱۳	۰/۰۳	۰/۲۳	۰/۰۰۱
تکانشگری	راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	←	افکار خودکشی	۰/۰۸	۰/۰۴	۰/۲۰	۰/۰۵
تحریف‌های شناختی	راهبردهای منفی تنظیم هیجان	←	افکار خودکشی	۰/۱۳	۰/۰۲	۰/۲۳	۰/۰۰۱
تحریف‌های شناختی	راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	←	افکار خودکشی	۰/۰۸	۰/۰۳	۰/۲۰	۰/۰۵

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر غیرمستقیم تکانشگری از طریق راهبردهای منفی تنظیم هیجان (p < ۰/۰۰۱ و β= ۰/۱۳) و راهبردهای مثبت تنظیم هیجان بر افکار خودکشی(p < ۰/۰۵ و β= ۰/۰۸) معنادار است. همچنین اثر غیر مستقیم تحریف‌های شناختی از طریق راهبردهای منفی تنظیم هیجان (p < ۰/۰۰۱ و β= ۰/۱۳) و راهبردهای مثبت تنظیم هیجان بر افکار خودکشی (p < ۰/۰۵ و β= ۰/۰۸) معنادار بود. در واقع راهبردهای مثبت و منفی تنظیم هیجان نقش میانجی بین متغیرهای پیشبین و افکار خودکشی در دانشجویان ایجاد می‌کنند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی برازش مدل مفهومی افکار خودکشی بر اساس تکانشگری و تحریف‌های شناختی در دانشجویان با علائم اختلال شخصیت مرزی با توجه به نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان صورت گرفت. یکی از یافته‌های این پژوهش تأثیر مثبت و معنادار تکانشگری، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و تحریف‌های شناختی بر افکار خودکشی بود. همچنین تأثیر منفی و معنادار راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان بر افکار خودکشی نیز نشان داده شد. این یافته‌ها با نتایج حاصل از پژوهش‌های (الیوت و همکاران، ۲۰۲۳؛ سکوفسکی و همکاران، ۲۰۲۲؛ فولهام و همکاران، ۲۰۲۳؛ انور و همکاران، ۲۰۲۲) همسو بودند. تکانشگری، به‌معنای تمایل به عمل بدون پیش‌اندیشی، نقش محوری در آسیب‌شناسی روانی افراد دارای علائم اختلال شخصیت مرزی دارد (وایت و همکاران، ۲۰۲۴) و به‌ویژه در شکل‌گیری افکار خودکشی مرتبط است (الیوت و همکاران، ۲۰۲۳). افراد با تکانشگری بالا در تنظیم پاسخ‌های عاطفی فوری دچار مشکل می‌شوند که این امر به تصمیم‌گیری‌های شتاب‌زده و افزایش احتمال خودآزاری یا افکار خودکشی می‌انجامد. تکانشگری توانایی ارزیابی پیامدهای بلندمدت را تضعیف می‌کند و

در مواجهه با هیجانات شدید خطر ورود به رفتارهای مخاطره‌آمیز را افزایش می‌دهد (الیوت و همکاران، ۲۰۲۳). این رابطه در افراد دارای علائم اختلال شخصیت مرزی تقویت می‌شود، زیرا آنان بحران‌های عاطفی و تعارضات بین‌فردی بیشتری را تجربه می‌کنند که زمینه‌ساز واکنش‌های تکانشی است. مطالعات نشان می‌دهد که این جمعیت احتمال بیشتری برای بروز پرخاشگری تکانشی و سوءمصرف مواد دارند که خود ریسک افکار و اقدام به خودکشی را تشدید می‌کند (کارابولوت، اورن، آلنیاق، چارکجی، اومت و همکاران[1]، ۲۰۲۱؛ بوحوس، اشتوفرز-وینترلینگ، شارپ، کراوزه-اوتز، شمهل و همکاران[2]، ۲۰۲۱؛ ریچموند، تول و گراتز[3]، ۲۰۲۰).

علاوه بر این، در این مطالعه مشخص شد راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان نیز به طور معناداری به افزایش افکار خودکشی کمک می‌کند. راهبردهای منفی تنظیم شناختی-هیجان (مثلا نشخوار فکری، سرکوب یا اجتناب) به‌طور معناداری شدت افکار خودکشی را افزایش می‌دهند و نقش مکانیزم‌های مقابله‌ای ناسازگار در تضعیف سلامت روان را نشان می‌دهند (بود، نچیتا و سنتاگوتای تاتار[4]، ۲۰۲۳). این راهبردها پردازش کارآمد هیجانات منفی را مختل کرده و با تجمع پریشانی و افزایش احساس ناامیدی، زمینه‌ساز افکار خودکشی می‌شوند (کولمنرو-ناوارته و همکاران، ۲۰۲۲). در مقابل، راهبردهای سازگار تنظیم شناختی مانند بازنگری شناختی و حل مسئله با تغییر تفسیر تجربیات منفی می‌توانند شدت هیجانات منفی را کاهش دهند و از ورود به چرخه‌های فکری مخرب جلوگیری کنند (سوی، شوخت، کاکشاو و هایدز[5]، ۲۰۲۰). این راهبردهای سازگار همچنین حس کنترل و کارآمدی فرد را افزایش می‌دهند و به کاهش احساس درماندگی مرتبط با افکار خودکشی کمک می‌کنند (انور و همکاران، ۲۰۲۲). با این حال، در دانشجویان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی، کمبود راهبردهای سازگار و اتکا به روش‌های ناسازگار، آسیب‌پذیری آن‌ها در برابر افکار خودکشی را تشدید می‌کند چون توان مقابله با نوسانات عاطفی را کاهش می‌دهد.

همچنین مشخص شد یکی دیگر از پیش‌بینی‌کنندگان معنادار افکار خودکشی تحریف‌های شناختی است. تحریف‌های شناختی مانند: فاجعه‌سازی، تفکر سیاه و سفید یا شخصی‌سازی برداشت‌های منفی از خود و تفسیرهای نادرست از تعارضات بین‌فردی را تقویت می‌کنند که منجر به افزایش پریشانی عاطفی و واکنش‌های تکانشی از جمله افکار خودکشی می‌شود (کومار، کومار و میشرا[6]، ۲۰۲۱). این الگوهای تفکر تحریف‌شده چرخه‌ای از تأثیرات منفی ایجاد می‌کنند که در آن افراد خود را در موقعیت‌های ناامیدکننده‌ای احساس می‌کنند که هیچ راه‌حلی برای آن‌ها وجود ندارد، که این امر آسیب‌پذیری آن‌ها نسبت به خودکشی را افزایش می‌دهد. به عنوان مثال، هنگامی که این افراد با طرد شدن یا انتقاد مواجه می‌شوند، ممکن است این رویدادها را به‌صورت افراطی تفسیر کرده و آن‌ها را به‌عنوان تأییدی بر بی‌ارزشی خود تلقی کنند. شدت عاطفی این باورهای تحریف‌شده، واکنش‌های تکانشی

[1] . Karabulut, Evren, Alniak, Carkci, Umut et al.
[2] . Bohus, Stoffers-Winterling, Sharp, Krause-Utz, Schmahl et al.
[3] . Richmond, Tull & Gratz
[4] . Bud, Nechita & Szentagotai Tatar
[5] . Swee, Shochet, Cockshaw & Hides
[1] . Kumar, P., Kumar & Mishra

مانند خودآزاری یا افکار خودکشی را تحریک می‌کند تا از درد روانی غیرقابل تحمل فرار کنند (کومار، ۲۰۲۴).

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر، تأثیر مستقیم مثبت و معنادار تحریف‌های شناختی بر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و تأثیر مستقیم منفی و معنادار بر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان بود. که با نتایج حاصل از پژوهش‌های (کلمنرو-ناوارته و همکاران، ۲۰۲۲؛ دپروا و کمبالبرت، ۲۰۲۲؛ کومار، ۲۰۲۴؛ راوتر و همکاران، ۲۰۲۰) همسو بود. تحریف‌های شناختی الگوهای تفکر مغشوشی هستند که موقعیت‌ها را اغراق‌آمیز منفی تفسیر کرده و به افزایش ناراحتی عاطفی و گرایش به راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار می‌انجامند (کومار، ۲۰۲۴). همبستگی مثبت میان تحریف‌های شناختی و راهبردهای منفی نشان می‌دهد افرادی که تحریف‌های بیشتری دارند، احتمالا از اجتناب یا نشخوار فکری برای مقابله استفاده می‌کنند و کمتر به راهبردهای سازگار متوسل می‌شوند. راهبردهای مثبت تنظیم شناختی، مانند ارزیابی مجدد شناختی یا حواس‌پرتی مثبت، با بازتفسیر موقعیت‌ها ناراحتی عاطفی را کاهش داده و حس تعادل روانی را تقویت می‌کنند (دپروا و کمبالبرت، ۲۰۲۲). ارزیابی مجدد شناختی به‌معنای تغییر تفسیر یک رویداد به‌نفع جنبه‌های فرصت‌آمیز آن است و این فرآیند باعث کاهش احساسات منفی و افزایش منابع مقابله‌ای می‌شود (کلارک[1]، ۲۰۲۲). در نتیجه، تقویت راهبردهای مثبت تنظیم شناختی می‌تواند تاب‌آوری را افزایش داده، احساس کنترل را بهبود بخشد و از تبدیل تحریف‌های شناختی و واکنش‌های تکانشی به افکار مخرب مانند افکار خودکشی جلوگیری کند (تمیر، ویشکین و گوتنبرگ[2]، ۲۰۲۰).

یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش تأثیر مستقیم مثبت و معنادار تکانشگری بر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان و تأثیر مستقیم منفی و معنادار بر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان بود که با نتایج حاصل از پژوهش‌های (الیوت و همکاران، ۲۰۲۳؛ انور و همکاران، ۲۰۲۲؛ میلر و رسین[3]، ۲۰۲۲) همسو بود. تکانشگری، یعنی تمایل به عمل بدون تأمل کافی، افراد را به استفاده از راهبردهای ناکارآمدی مانند نشخوار یا اجتناب سوق می‌دهد و بدین‌وسیله مدیریت واکنش‌های هیجانی را تضعیف می‌کند (الیوت و همکاران، ۲۰۲۳؛ انور و همکاران، ۲۰۲۲). افراد تکانشگر به دلیل گرایش به لذت فوری و دشواری در به‌تعویق‌انداختن پاداش، کمتر از راهبردهای سازنده‌ای نظیر حل مسئله و پذیرش هیجانی بهره می‌برند، امری که تاب‌آوری هیجانی آنان را کاهش می‌دهد (میلر و رسین، ۲۰۲۲). در موقعیت‌های پرتنش، تکانشگری به تصمیم‌گیری‌های شتاب‌زده و واکنش‌های غیراندیشیده می‌انجامد که توانایی به‌کارگیری راهبردهای مؤثر را مختل می‌کند.

علاوه بر این، تکانشگری می‌تواند شدت و ناپایداری احساسات را افزایش دهد و کنترل هیجانی را دشوار سازد، که در افراد دارای علائم اختلال شخصیت مرزی بارزتر است و احتمال روی‌آوردن به رفتارهای خودتخریب‌گرانه را بالا می‌برد (ویت و همکاران، ۲۰۲۴). در نتیجه، فقدان راهبردهای مؤثر تنظیم هیجان در کنار سطوح بالای تکانشگری، خطر بروز خودآسیبی و

[1] . Clark

[2] . Tamir, Vishkin & Gutentag

[3] . Miller & Racine

افکار خودکشی را در جمعیت‌های آسیب‌پذیر به‌طور چشمگیری افزایش می‌دهد.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که اثرات غیرمستقیم تکانشگری و تحریف‌های شناختی بر افکار خودکشی از طریق هر دو نوع راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (منفی و مثبت) معنادار است. این نتایج آشکار می‌سازد که راهبردهای هیجانی نقش میانجی کلیدی بین متغیرهای پیش‌بین و افکار خودکشی ایفا می‌کنند. این یافته با نتایج مطالعات پیشین همسو بود (انور و همکاران، ۲۰۲۲؛ بود و همکاران، ۲۰۲۳؛ دپروا و کمبالبرت، ۲۰۲۲). به نظر می‌رسد تکانشگری افراد را به سمت راهبردهای ناسازگار، مانند نشخوار یا اجتناب، سوق می‌دهد و این امر هیجانات منفی نظیر ناامیدی و اضطراب را تشدید کرده و خطر افکار خودکشی را افزایش می‌دهد (الیوت و همکاران، ۲۰۲۳). در مقابل، راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در حالت کلی می‌توانند اثر حفاظتی داشته باشند، اما اگر ناکارآمد یا به‌طور نامناسب در مواجهه با بحران‌های عاطفی شدید به‌کار گرفته شوند، کارایی خود را در کاهش افکار خودکشی از دست می‌دهند. از سوی دیگر، تحریف‌های شناختی نظیر تفکر دوگانه، تعمیم افراطی یا فیلتر منفی، می‌توانند ادراک فرد از موقعیت‌ها را تحریف کنند و موجب شوند که او نسبت به خود و آینده دیدگاه منفی‌تری داشته باشد. این تحریف‌ها، با کاهش کارآمدی راهبردهای مقابله‌ای مثبت، بستر مساعدی برای بروز افکار خودکشی فراهم می‌آورند. در نتیجه، اثرات تکانشگری نیز از طریق همین تعاملات تشدید می‌شوند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که تعامل میان تکانشگری، تحریف‌های شناختی و راهبردهای تنظیم هیجان نقشی تعیین‌کننده در شکل‌گیری افکار خودکشی در دانشجویان با علائم اختلال شخصیت مرزی دارد.

نتیجه گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که تکانشگری و تحریف‌های شناختی نقش مهمی در شکل‌گیری افکار خودکشی دارند و این تأثیرات از طریق راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان میانجی‌گری می‌شوند. این نتایج اهمیت توجه به سازوکارهای شناختی و هیجانی در تبیین افکار خودکشی و ضرورت طراحی مداخلات مبتنی بر اصلاح تحریف‌های شناختی و تقویت راهبردهای مثبت تنظیم هیجان را برجسته می‌سازد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تمرکز صرف بر دانشجویان با علائم اختلال شخصیت مرزی اشاره کرد؛ بنابراین تعمیم نتایج به سایر گروه‌های جمعیتی باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است با سوگیری پاسخ‌دهی همراه باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با استفاده از نمونه‌های متنوع‌تر جمعیتی و روش‌های ترکیبی (کمی و کیفی) انجام شود. همچنین بررسی کارایی برنامه‌های آموزشی و درمانی مبتنی بر اصلاح تحریف‌های شناختی و تقویت راهبردهای مثبت تنظیم هیجان می‌تواند گامی مؤثر در کاهش افکار خودکشی در افراد آسیب‌پذیر باشد.

سپاسگزاری

این پژوهش در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج بررسی و با شناسه اخلاق IR.IAU.SDJ.REC.1402.102 مصوب گردیده است. همچنین از تمامی دانشجویانی که در تمامی مراحل پژوهش یاری رساندند کمال تشکر را داریم. لازم به ذکر است که تمامی هزینه‌های این پژوهش توسط نویسندگان

تأمین شده است و نیز هیچگونه تعارض منافعی وجود نداشت.

References

Anvar, S., Swerdlow, B. A., Jobes, D., Timpano, K. R., Mandel, A. A., Kleiman, E., ... & Johnson, S. L. (2022). Emotion- related impulsivity and suicidal ideation: Towards a more specific model. *British journal of clinical psychology*, *61*(4), 1219-1235.

Bud, S., Nechita, D., & Szentagotai Tatar, A. (2023). Emotion regulation strategies in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychologist*, *27*(2), 142-159.

Bond, A. E., Bandel, S. L., Rodriguez, T. R., Anestis, J. C., & Anestis, M. D. (2022). Mental health treatment seeking and history of suicidal thoughts among suicide decedents by mechanism, 2003-2018. *JAMA network open*, *5*(3), e222101-e222101.

Besharat, M. A., & Bazzazian, S. (2014). Psychometri properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. *Advances in Nursing & Midwifery, 24*(84), 61-79. (In Persian)

Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *398*(10310), 1528-1540.

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.

Claridge, G., & Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function—I: Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, *5*(6), 633-648.

Colmenero-Navarrete, L., García-Sancho, E., & Salguero, J. M. (2022). Relationship between emotion regulation and suicide ideation and attempt in adults and adolescents: a systematic review. *Archives of suicide research*, *26*(4), 1702-1735.

Clark, D. A. (2022). Cognitive reappraisal. *Cognitive and Behavioral Practice*, *29*(3), 564-566.

Deperrois, R., & Combalbert, N. (2022). Links between cognitive distortions and cognitive emotion regulation strategies in non-clinical young adulthood. *Cognitive Processing*, *23*(1), 69-77.

Elliott, M. V., Johnson, S. L., Pearlstein, J. G., Lopez, D. E. M., & Keren, H. (2023). Emotion-related impulsivity and risky decision-making: A systematic review and meta-regression. *Clinical psychology review*, *100*, 102232.

Esmaeili Pour, K., Bakhshi Pour Roudsari, A., & Mohammadzadegan, R. (2014). Determining the factor structure, validity, and reliability of the Interpersonal Cognitive Distortions Scale in students of Tabriz University. Cognitive Strategies in Learning, 2 (3), 53-72. (In Persian)

Esfahani, M., Hashemi, Y., & Alavi, K. (2015). Psychometric assessment of beck scale for suicidal ideation (BSSI) in general population in Tehran. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*, *29*, 268. (In Persian)

Fulham, L., Forsythe, J., & Fitzpatrick, S. (2023). The relationship between emptiness and suicide and self- injury urges in borderline personality disorder. *Suicide and Life‐Threatening Behavior*, *53*(3), 362-371.

Garnefski, N., & Kraaij ,V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European journal of psychological assessment*, *23*(3), 141-149.

Gregory, R., Sperry, S. D., Williamson, D., Kuch-Cecconi, R., & Spink Jr, G. L. (2021). High prevalence of borderline personality disorder among psychiatric inpatients admitted for suicidality. *Journal of Personality Disorders*, *35*(5), 776-787.

Hamamci, Z., & Büyüköztürk, Ş. (2004). The interpersonal cognitive distortions scale: Development and psychometric characteristics. *Psychological Reports*, *95*(1), 291-303.

Javid, M., Mohammadi, N., & Rahimi, C. (2012). Psychometric properties of an Iranian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11).

Psychological Models and Methods, *2*(8), 23-34. (In Persian)

Kumar, S. (2024). Suicidal Ideation and Cognitive Distortions among Undergraduate Students. *Educational Administration: Theory and Practice*, *30*(5), 11239-11245.

Kumar, P., Kumar, P., & Mishra, S. (2021). Socio-demographic variables and suicidal ideation, cognitive distortions, impulsivity and depression in young adults, Patna (Bihar) India. *The International Journal of Indian Psychology*, *9*(1), 2349-3429.

Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*: Guilford publications.

Karabulut, V., Evren, C., Alniak, İ., Carkci, O. H., Umut, G., Cetin, T., & Cengel, H. Y. (2021). Relationship between suicide attempt history and borderline personality disorder, aggression, impulsivity, and self-mutilative behavior among male inpatients with substance use disorder. *Psychiatry and clinical psychopharmacology*, *31*(2), 139.

Mason, C. K., Kelley, K., & DeShong, H. L. (2023). Repetitive negative thoughts and thought control strategies within borderline personality disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders Reports*, 100693.

Miller, A. E., & Racine, S. E. (2022). Emotion regulation difficulties as common and unique predictors of impulsive behaviors in university students. *Journal of American College Health*, *70*(5), 1387-1395.

Mohammadzadeh, A., Goudarzi, M., & Tavakoli, S. M. (2005). Investigating the factor structure, validity, and reliability of the Borderline Personality Scale (STB) among Shiraz University students. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*, *7*(27 & 28), 75-89. (In Persian)

Mendez-Miller, M., Naccarato, J., & Radico, J. A. (2022). Borderline personality disorder. *American family physician*, *105*(2), 156-161.

Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, *51*(6), 768-774.

Rutter, S. B., Cipriani, N., Smith, E. C., Ramjas, E., Vaccaro, D. H., Martin Lopez, M., ... & Perez-Rodriguez, M. M. (2020). Neurocognition and the suicidal process. *Behavioral Neurobiology of Suicide and Self Harm*, 117-153.

Richmond, J. R., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2020). The roles of emotion regulation difficulties and impulsivity in the associations between borderline personality disorder symptoms and frequency of nonprescription sedative use and prescription sedative/opioid misuse. *Journal of contextual behavioral science*, *16*, 62-70.

Swee, G., Shochet, I., Cockshaw, W., & Hides, L. (2020). Emotion regulation as a risk factor for suicide ideation among adolescents and young adults: the mediating role of belongingness. *Journal of youth and adolescence*, *49*(11), 2265-2274.

Sekowski, M., Gambin, M., Sumlin, E., & Sharp, C. (2022). Associations between symptoms of borderline personality disorder and suicidality in inpatient adolescents: The significance of identity disturbance. *Psychiatry research*, *312*, 114558.

Silvers, J. A. (2022). Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Current opinion in psychology*, *44*, 258-263.

Tamir, M., Vishkin, A., & Gutentag, T. (2020). Emotion regulation is motivated. *Emotion*, *20*(1), 115.

Wongpakaran, N., Oon-Arom, A., Karawekpanyawong, N., Lohanan, T., Leesawat, T., & Wongpakaran, T. (2021, October). Borderline personality symptoms: What not to be overlooked when approaching suicidal ideation among university students. In *Healthcare* (Vol. 9, No. 10, p. 1399). MDPI.

Waite, E. E., DeFontes, C., Weiss, N. H., Karnedy, C., Woods, S. E., Haliczer, L. A., & Dixon-Gordon, K. L. (2024). Borderline personality disorder and multidimensional impulsivity: The roles of positive and negative emotion dysregulation. *Journal of Affective Disorders*, *344*, 635-643.