

The comparison attachment styles and Alexithymia in suicidal attempts and control group

Maryam Ghorbani¹, Maryam Najafi²

1-Assist.prof, Department psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran (Corresponding Author).

E-mail: ma.najafi20016@gmail.com

2- M.A in General Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

Received: 23/11/2019

Accepted: 09/03/2020

Abstract

Introduction: Suicide can be defined as a conscious act of self-harm that leads to death.

Aim: The aim of this study was to comparison attachment styles and alexithymia in suicidal attempts and control group.

Method: In this casual comparative study, 100 individuals (50 suicide attempts and 50 normal individuals) were selected by convenience sampling. All participant completed the attachment styles questionnaire and Toronto emotional alexithymia scale. Data were analyzed using MANOVA by SPSS-21.

Results: The results showed that the difference between two groups was significant in difficulty in regulating emotions. Also, the difference between the two groups in avoidant and secure attachment style is significant ($p<0.05$).

Conclusion: According to result, it can be argued that interpersonal and emotional factors play a meaningful role in suicide. It seems that interpersonal factor and emotional characteristic should be considered in planning for prevention and treatment of suicide.

Keywords: Attachment styles, Affective symptoms, Suicide

How to cite this article : Ghorbani M, Najafi M. The comparison attachment styles and Alexithymia in suicidal attempts and control group. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (1): 30-42 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-655-fa.pdf>

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.

مقایسه سبک‌های دل‌بستگی و ناگویی هیجانی بین اقدام‌کنندگان به خودکشی و افراد گروه کنترل

مریم قربانی^۱، مریم نجفی^۲

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: ma.najafi20016@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۱۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۹/۰۲

چکیده

مقدمه: خودکشی را می‌توان به عنوان اقدامی آگاهانه در خودآزاری تعریف نمود که به مرگ منتهی می‌گردد.

هدف: پژوهش حاضر مقایسه سبک‌های دل‌بستگی و ناگویی هیجانی در بیماران اقدام‌کننده به خودکشی و افراد بهنجار است.

روش: به همین منظور، در یک مطالعه علی‌مقایسه‌ای از بین کلیه افراد اقدام‌کننده به خودکشی و افراد عادی شهرستان گنبد، به روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۵۰ نفر از افراد اقدام‌کننده و تعداد ۵۰ نفر افراد بهنجار انتخاب شده و پرسشنامه سبک‌های دل‌بستگی هازن و شیور و ناگویی هیجانی تورنتو را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس و در نرم‌افزار SPSS ۱۸ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در بعد دشواری در تنظیم هیجانات در ناگویی هیجانی تفاوت بین دو گروه معنادار است. همچنین تفاوت بین سبک دل‌بستگی اجتنابی و ایمن در دو گروه معنادار ($p < 0/05$) است.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها می‌توان بیان کرد نقص در بیان و تشخیص احساسات در رفتارهای پرخطر از جمله خودکشی مؤثر باشد. ارتباط نادرست بین فراخوان و ارزیابی محرک هیجانی، منجر به نقص در پردازش اطلاعات هیجانی می‌شود. به نظر می‌رسد در خودکشی عوامل بین فردی و ویژگی‌های هیجانی نقش دارند که در برنامه‌ریزی جهت پیشگیری و درمان باید به آن‌ها توجه نمود.

کلیدواژه‌ها: سبک‌های دل‌بستگی، ناگویی هیجانی، خودکشی

مقدمه

اضطراب، پرخاشگری، اختلالات سایکوتیک و سایر اختلالات شخصیتی است (هیزمن و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان داده است که ویژگی‌های شخصیتی مانند تکانش‌گری (جینر و همکاران، ۲۰۱۳)؛ اختلالات شخصیت (جینر و همکاران، ۲۰۱۳)؛ کولکاری و همکاران، ۲۰۱۳؛ ودیگ، ۲۰۱۳) رخدادهای منفی و نحوه تفسیر آن (آکان، ۲۰۱۱) و سبک دلبستگی (اوزونی دواجی و همکاران، ۲۰۱۱، گروپام و همکاران، ۲۰۱۰) با خودکشی مرتبط هستند. بر اساس نظریات بالبی، دلبستگی به معنای پیوند عاطفی است که در کودکی، بین کودک و مراقب اصلی وی شکل می‌گیرد و بر رشد اجتماعی و احساس کودک در کل زندگی مؤثر است (گوردن، ۲۰۰۸). به نظر وی، پایه و اساس فهم چگونگی تأثیر فرایندهای دلبستگی در روابط بزرگ‌سالی است و علت اصلی تداوم و پیوستگی بین تجارب دلبستگی اولیه با شناخت‌ها، احساسات و رفتارها در روابط بعدی است. این الگوها در مراحل مختلف رشد- آگاهانه و ناآگاهانه (عمدتاً ناآگاهانه)- در سطح روابط میان فردی تعمیم یافته، نقش مهمی در شکل‌گیری شناخت‌ها، عواطف و رفتارهای ما بازی کرده و معمولاً در مقابل اصلاح و تغییر مقاوم‌اند (رمضانی، اسفندآباد، طهماسبی، ۱۳۸۶). نتایج پژوهش کدیر و بیفولکو (۲۰۱۳) و جونز و همکاران (۲۰۱۴) نشان داده وجود هر نوع سبک دلبستگی ناایمن با افسردگی یک‌ساله و افکار منفی رابطه دارد. تمرکز بر خصوصیات درون شخصی به عنوان بررسی علل پیامدها از جمله خودکشی بیشتر بر تأثیر متغیرهای بین شخصی تأکید داد. بالبی پیشنهاد می‌کند که آسیب‌شناسی روانی از طرد و غفلت والدین در دوران کودکی ظاهر می‌شود. نوروان تحلیل‌گران مدل

خودکشی یک مسئله مهم بهداشت عمومی است و در برخی از کشورها هشتمین علت مرگ در افراد بزرگ‌سال است. در سطح جهان روزانه ۱۰۰۰ نفر در اثر خودکشی می‌میرند (روی، ۲۰۰۰). اقدام به خودکشی یا شبه خودکشی ۱۰-۸ برابر شایع‌تر از موارد خودکشی است (کانتور، ۲۰۰۰). در سطح جهان، هر سال تقریباً ۸۰۰۰۰۰ نفر توسط خودکشی می‌میرند (WHO، ۲۰۱۴) علاوه بر این، شیوع طول عمر خودکشی در اروپا ۵/۶ درصد تخمین زده می‌شود (هاردت و همکاران، ۲۰۱۵). خودکشی شایع‌ترین علت مرگ برای مردان در سنین ۲۰-۴۹ سال در انگلیس و ولز است (دفتر آمار ملی، ۲۰۱۶) و تخمین زده می‌شود که یک نفر در پانزده سالگی در برخی از نقاط زندگی خود اقدام به خودکشی کرده باشد (مکمنوس، ۲۰۱۶). علاوه بر این، شیوع زندگی ایده آل خودکشی در اروپا ۵/۵ درصد تخمین زده می‌شود (هاردت و همکاران، ۲۰۱۵). در حال حاضر خودکشی دهمین عامل اصلی مرگ در ایالات متحده است و دومین علت اصلی مرگ و میر برای افراد ۱۰ تا ۳۴ ساله (مرکز کنترل و پیشگیری بیماری‌ها، ۲۰۱۴) است. در تبیین خودکشی، گروهی صاحب نظر به ساختارهای اجتماعی عنایت داشته و گروهی دیگر این پدیده را برگرفته از مسائل فردی و روانی دانسته‌اند (کلدی و گراوند، ۱۳۸۱). از دیدگاه روان‌پزشکی خودکشی یک بیماری روانی است که ریشه‌ی آن را باید در سایر بیماری‌های روانی جستجو کرد. در عین حال که خودکشی خود یکی از نشانه‌های اختلالات روانی است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). مهم‌ترین اختلالات روانی که با خودکشی ارتباط بیشتری دارند شامل افسردگی،

دل‌بستگی را در اختلالات شخصیت پذیرفته‌اند که مشکلات دل‌بستگی در اوایل کودکی می‌تواند علت اصلی اختلالات شخصیت و نیز خودکشی باشد. سبک‌های دل‌بستگی از منابع درون فردی هستند که می‌توانند سطوح تنش و ناتوانی را در شرایط ناگوار تعدیل کنند و اثرات منفی تنش را کم‌رنج‌تر جلوه دهند (دیویدسون، ۲۰۰۹). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که کاهش و یا عدم رابطه با والدین و عدم گفتگو با آنان (کشاوری، ۱۳۸۵)، احساس تنهایی، افسردگی، افکار و باورهای منفی در مورد خود (هالچین و ویتبورن^۱، ۱۳۸۴)، پیوند با خانواده (کارتر^۲ و همکاران، ۲۰۰۶) و انسجام خانواده (سان و همکاران، ۲۰۰۶) با نرخ پائین‌تر ایده-پردازی خودکشی رابطه داشته‌اند و نرخ بالای رفتارهای خودکشی در افرادی که در خانواده‌های آشفته زندگی کرده‌اند مشاهده شده است (آکلیما و هری^۳، ۲۰۰۵). به نظر سان^۴ و همکاران (۲۰۰۶) انسجام خانوادگی، تعارضات و حمایت همسالان، نوع سبک دل‌بستگی افراد با والدین به صورت معناداری پیش‌بینی‌کننده‌ی عزت نفس و افسردگی بوده‌اند که از این بین افسردگی عامل میانجی قدرتمندی برای پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی بوده است. می‌مون و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند که دل‌بستگی و حمایت خانواده در خودکشی تأثیر دارد و بر نقش کنترل غیرمستقیم دل‌بستگی والد-کودک در کاهش احتمال تلاش‌های خودکشی‌گرایانه تأکید دارند نوجوانانی که دل‌بستگی مثبت بهتری با والدینشان دارند کمتر در معرض خطر خودکشی قرار دارند.

به نظر می‌رسد که سبک دل‌بستگی با مشکلات هیجانی درونی نیز رابطه دارد (براون و همکاران، ۲۰۱۳؛ کاتر و همکاران، ۲۰۰۱). بشارت (۱۳۹۱)، در پژوهش خود نشان داد که بین ناگویی هیجانی با سبک دل‌بستگی ایمن رابطه منفی و با سبک‌های دل‌بستگی اجتنابی و دوسوگرا رابطه مثبت است و مکانیسم‌های دفاعی در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و ناگویی هیجانی تأثیر واسطه‌ای دارد؛ بنابراین از عوامل درون شخصی مهم دیگر در اختلالات هیجانی و رفتاری می‌توان به الکسی تیمیا یا ناگویی هیجانی اشاره کرد. ناگویی هیجانی یک مفهوم چند بعدی است و برخی ویژگی‌های آن شامل ناتوانی در به کارگیری احساسات، مشکلات هیجانی، تفکر انتقادی در مورد واقعیت‌های کم‌اهمیت بیرونی، کاهش یادآوری رؤیایها، دشواری در تمایز بین حالت‌های هیجانی و حس-های بدنی، فقدان جلوه‌های عاطفی چهره، ظرفیت محدود برای همدلی و خودآگاهی و نارسایی در تنظیم مدیریت هیجان‌ها تعریف نموده‌اند (تیلور و بگبی، ۲۰۰۰). مطابق با رویکرد صفت‌مدار، دسته‌ای از پژوهش‌ها ثبات زمانی نارسایی هیجانی را مورد تردید قرار داده‌اند و آن را به عنوان یک حالت (و نه یک صفت) پیامد درماندگی شخصی معرفی کرده‌اند. بر اساس این رویکرد، نارسایی هیجانی صرفاً یک مکانیسم مقابله‌ای برای محافظت از خود علیه درماندگی هیجانی مرتبط با موقعیت‌های شدیداً آسیب‌زا است (بشارت، ۱۳۸۷). بررسی مشکلات افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در حوزه‌های بین فردی و روابط با دیگران، در سال‌های اخیر مورد توجه محققان قرار گرفته است. در این راستا، مونت باروکی و همکاران (۲۰۰۴)، دریافتند که ناگویی هیجانی با نیاز برای دریافت تأیید از سوی دیگران، ترس و ناراحتی از صمیمیت با

¹- Halgin & Whitbourne

²- Carter

³- Akleema & Hari

⁴- Sun

سبک دل‌بستگی اجتنابی بیشتر است. با توجه به مطالب بیان شده و علی‌رغم گستره وسیعی از تحقیقاتی که به بررسی ابعاد گوناگون ناگویی هیجانی و سبک‌های دل‌بستگی پرداخته‌اند، مرور مطالعات نشان می‌دهد که ناگویی هیجانی در بیماران افسرده و مضطرب بیشتر صورت گرفته است و در بیماران اقدام‌کننده به خودکشی تاکنون پژوهش مستقیمی صورت نگرفته است؛ لذا پژوهش حاضر در این پژوهش در پی پاسخگویی به این سؤال است که آیا بین الکی تیمیا به عنوان یک عامل درون فردی و سبک دل‌بستگی به عنوان یک عامل بین فردی در بیماران اقدام‌کننده به خودکشی و افراد بهنجار تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر علی - مقایسه‌ای از نوع پس‌رویدادی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد اقدام‌کننده به خودکشی شهرستان گنبد در سال ۱۳۹۶ است که به بیمارستان شهید مطهری این شهر مراجعه کردند. همچنین افراد بهنجار جامعه شامل کلیه زنان و مردان بین ۱۶ تا ۴۰ سال ساکن شهر گنبد کاووس است. نمونه پژوهش حاضر به دلیل عدم دسترسی به آمار دقیق تعداد بیماران اقدام‌کننده به خودکشی ۱۰۰ نفر (۵۰ بیمار اقدام‌کننده به خودکشی در بیمارستان و ۵۰ نفر افراد بهنجار) است که برای افراد اقدام‌کننده به خودکشی در فاصله زمانی ۱ سال کلیه افرادی که اقدام به خودکشی کرده‌اند و توسط روان‌پزشک خودکشی آنان تأیید گردیده بود، با استفاده از نمونه در دسترس انتخاب و پس از گفتگو در مورد نحوه انجام پژوهش در صورت تمایل فرد به سؤالات پرسشنامه پاسخ دادند.

دیگران و عدم اهمیت به روابط با دیگران ارتباط دارد. مگانک و بوگرت (۲۰۰۷) و سانا و همکاران (۲۰۱۳)، نشان دادند که ناگویی هیجانی با سطح پایین عاطفه و پیوند با دیگران، عدم بیان مشکلات خود با دیگران و راهبردهای مقابله‌ای نامناسب در موقعیت‌های بین فردی، مرتبط است که گاهی ناتوانی منجر به خودکشی فرد می‌شود. رابطه بین ناگویی هیجانی با افسردگی (بارباسیو و همکاران، ۲۰۱۵؛ ونگر و دومیتراسکو، ۲۰۱۵) در مطالعات بسیاری مورد تأیید قرار گرفته است.

مرور یافته‌های اندک پژوهشی در زمینه رابطه بین ناگویی هیجانی و افسردگی به عنوان یکی از علل مهم خودکشی مبین شیوع بالای ناگویی هیجانی (۱۱-۴۸ درصد) در میان افراد افسرده است (بارباسیو و همکاران، ۲۰۱۵؛ ونگر و دومیتراسکو، ۲۰۱۵). در پژوهشی که توسط وایس و همکاران (۱۹۹۲) انجام شد بیماران با ناگویی هیجانی سطوح بالای اضطراب و افسردگی را نشان دادند. کارور^۵ و میلر (۲۰۰۶) معتقدند که نارسایی در تنظیم عواطف نقش مهمی در اختلالات خلقی دارند. بررسی نقش ناگویی هیجانی در اختلالات خلقی نه تنها یک یافته مهم از لحاظ علمی است بلکه به عنوان پایه‌ای برای تحقیقات کاربردی در جهت شناسایی صفات شخصیتی مرتبط با مشکلات هیجانی به عنوان عوامل سهیم در پدیدایی اختلالات خلقی می‌تواند با آشکار سازی نقش ناگویی هیجانی در اختلال افسردگی رهنمودی مناسب برای پیشگیری و عدم تداوم این اختلال باشد. در این پژوهش نشان داده شد که نقص در بیان و تشخیص احساسات در رفتارهای پرخطر از جمله خودکشی مؤثر باشد و میزان خودکشی در افراد دارای

⁵- Carver

نارسایی هیجانی و متغیرهای فوق نیز معنادار بودند (سلیمانی و همکاران، ۱۳۹۰).

پرسشنامه سبک دل‌بستگی هازن و شیور: مقیاس دل‌بستگی بزرگ‌سالان که با استفاده از مواد آزمون دل‌بستگی هازن و شیور ساخته شده استفاده شد. این پرسشنامه یک آزمون ۱۵ سؤالی است و سه سبک دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دو سوگرا را در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (کاملاً مخالفم ۱، مخالفم ۲، نظری ندارم ۳، موافقم ۴، کاملاً موافقم ۵) می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای دانشجویان دختر ۰/۷۴، ۰/۷۱ و ۰/۶۹؛ و برای دانشجویان پسر ۰/۷۲، ۰/۷۱، ۰/۷۲ بود که نشانه همسانی درونی مقیاس دل‌بستگی بزرگ‌سالان است. همچنین ضرایب همبستگی بین نمره‌ی آزمودنی‌ها در دو نوبت، با فاصله‌ی دو هفته برای کل آزمودنی‌ها $I=0/92$ آزمودنی‌های پسر $I=0/93$ و آزمودنی‌های دختر $I=0/90$ است که نشان دهنده‌ی پایایی بازآزمایی رضایت بخشی برای این مقیاس (فنی و نولر، ۱۹۹۰). ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های خرده مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دو سوگرا در مورد یک نمونه دانشجویی (۱۴۸۰ نفر شامل ۸۶۰ دختر و ۶۲۰ پسر) برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۴، ۰/۸۵ (برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۸۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۴، ۰/۸۵ و ۰/۸۶ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس دل‌بستگی بزرگ سال است. روایی بر اساس ضرایب توافق کندال برای سبک‌های دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دو سوگرا به ترتیب ۰/۶۱/۸۰، ۰/۰ و ۰/۷۵ محاسبه شد (حاتمی ورز، ۱۳۸۹).

یافته‌ها

آزمودنی‌ها بر اساس سن و جنس هم‌تا شده‌اند. ملاک‌های ورود شامل داشتن سابقه خودکشی، محدوده‌ی سنی ۱۶ تا ۴۰ سال، رضایت آگاهانه، عدم ابتلا به اختلال روانی دیگر و ملاک‌های خروج عدم رضایت آگاهانه، ابتلا به اختلالات دیگر بودند. یافته‌ها به صورت گروهی و با شرط گمنامی مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها به روش تحلیل واریانس و در نرم افزار ۱۸ SPSS تحلیل شد.

ابزار

پرسشنامه ناگویی هیجانی: این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط تیلور ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بگبی، پاکر و تیلور تجدید نظر گردید و در بین روش‌های متفاوت سنجش ناگویی خلقی، پر استفاده‌ترین و احتمالاً معتبرترین پرسشنامه است. پرسش‌نامه الکسی تیمیای تورنتو یک پرسشنامه ۲۰ سؤالی است که دارای سه بعد دشواری در تشخیص احساسات (DIF) ۷ ماده، دشواری در توصیف احساسات (DDF) ۵ ماده و تمرکز بر تجارب بیرونی (EOT) ۸ ماده است. سؤال‌ها بر حسب معیار ۵ نقطه ای لیکرت (از کاملاً موافقم = ۱ تا کاملاً مخالفم = ۵) نمره گذاری می‌گردند. روایی هم زمان مقیاس نارسایی هیجانی، بر حسب همبستگی بین مقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در مقیاس نارسایی هیجانی کل با هوش هیجانی ($I=0/080$)، بهزیستی روان شناختی ($I=-0/078$) و درماندگی روان شناختی ($I=-0/044$) همبستگی معنادار وجود دارد. ضرایب همبستگی بین زیر مقیاس‌های

درصد) متأهل در گروه بیمار و در گروه بهنجار، ۱۴ نفر (معادل ۰/۲۸ درصد) مجرد و ۳۶ نفر مرد (معادل ۰/۷۲ درصد) بوده اند. منظور بررسی سؤالات این پژوهش، ابتدا میانگین و انحراف معیار هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه شد که در جدول ۱ ارائه شده است.

میانگین سنی گروه بیمار ۲۴/۶۶ و گروه بهنجار ۲۶/۱۸ است. از کل اعضای نمونه اقدام کننده به خودکشی، ۲۱ نفر (معادل ۴۲ درصد) مرد و ۲۹ نفر (معادل ۰/۵۸) زن می باشند. در گروه بهنجار نیز ۲۳ مرد (معادل ۰/۴۶ درصد) مرد و ۲۷ نفر (معادل ۰/۵۴) زن شرکت داشتند. همچنین ۱۸ نفر (معادل ۰/۳۶ درصد) مجرد، ۳۲ نفر (معادل ۰/۶۴

جدول ۱ مقایسه تفاوت میانگین نمره کل و خرده مقیاس های الکی تیمیا در بیماران اقدام کننده به خودکشی و افراد بهنجار

متغیر	مؤلفه	اقدام کننده به خودکشی	بهنجار
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
ناگوی هیجانی	دشواری در تشخیص احساسات	۲/۶۸ (۰/۷۶۹)	۲/۴۰ (۰/۶۶۸)
		۲/۴۵ (۰/۵۴۹)	۲/۴۵ (۰/۵۴۹)
	تمرکز بر تجارب	۳/۰۷ (۰/۳۶۶)	۳/۱۲ (۰/۵۸۲)
	نمره کل	۲/۹۰ (۰/۴۸۲)۴۸۳	۲/۸۸ (۰/۴۶۴)
	اجتنابی	۲/۸۳ (۰/۳۷۳)	۲/۲۶ (۰/۴۹۰)
	ایمن	۳/۷۰ (۰/۴۱۵)	۲/۳۳ (۰/۵۱۴)
سبک دل بستگی	دوسوگرا	۳/۲۳ (۰/۵۶۹)	۳/۳۲ (۰/۴۴۶)

نتایج تحلیل واریانس در خصوص مقایسه ناگوی هیجانی بین دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس ناگویی هیجانی بین دو گروه

توان آزمون	مجذور سهمی اتا	معناداری	ضریب F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	ناگویی هیجانی
۰/۹۹	۰/۲۸	۰/۰۵	۳/۸۶	۱۶۳۶/۰۸	۱	۱۶۳۶/۰۸	دشواری در توصیف احساسات
۰/۸۵	۰/۰۹	۰/۱۲	۱/۵۴	۲۰۸/۵۳	۱	۲۰۹/۵۳	دشواری در تشخیص احساسات
۰/۸۵	۰/۰۹	۰/۵۹	۰/۵۴	۲۰۸/۵۳	۱	۲۰۹/۵۳	تمرکز بر تجارب بیرونی
۰/۴۹	۰/۰۴	۰/۸۷	۰/۱۵	۷۳/۹۶	۱	۷۳/۹۶	نمره کل
P<۰/۰۱ ۸/۹۲ ۰/۵۳							لامبدای ویلکس

به منظور بررسی معناداری تفاوت میانگین‌ها از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. نتایج در جدول ۳ نمایش داده شده است.

مطابق با جدول ۲، تفاوت بین دو گروه در خرده‌مقیاس دشواری در توصیف احساسات معنادار است؛ اما در سایر خرده‌مقیاس‌ها و نیز نمره کل الکسی تیمیا تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0.05$).

جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس بین گروه‌ها در متغیر سبک دل‌بستگی

توان آزمون	مجذور سهمی اتا	معناداری	ضریب F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	سبک دل‌بستگی
۰/۹۹	۰/۲۵	۰/۰۰۱	۳۲/۶۴	۷۳/۹۶	۱	۷۳/۹۶	سبک دل‌بستگی اجتنابی
۰/۲۹	۰/۰۱	۰/۱۶	۲۱/۴	۶۹/۸۱	۱	۶۹/۸۱	سبک دل‌بستگی ایمن
۰/۸۵	۰/۰۹	۰/۰۰۳	۹/۳۱	۲۰۸/۵۳	۱	۲۰۹/۵۳	سبک دل‌بستگی دوسوگرا

بر اساس نتایج به دست آمده تفاوت دو گروه در مؤلفه دشواری در تشخیص احساسات ناگویی هیجانی معنادار است ($p < 0.05$). این نتایج در راستای نتایج تحقیقات محققانی چون پلیس ۶ (۲۰۰۶)، پورسلی ۷ (۱۹۹۹، ۲۰۰۳) و شاهقلیان (۲۰۰۷) همسو است. سالمین و تویکا (۲۰۰۱)، سالمین و همکاران (۲۰۰۶)، نیز در پژوهش

نتایج جدول ۳ حاکی از معناداری تفاوت بین دو گروه در سبک دل‌بستگی اجتنابی و ایمن است. با توجه به نمرات جدول ۲ میانگین نمره سبک دل‌بستگی اجتنابی در اقدام کنندگان به خودکشی کمتر از گروه سالم است؛ اما این تفاوت در سبک دل‌بستگی دوسوگرا معنادار نیست.

بحث

^۶- Peles

^۷- Porcelli

شناسایی و ابراز احساس ارتباط دارد. ارتباط بین ارزیابی ثانویه و آمادگی برای عمل می تواند با ناتوانی در ابرازگری هیجانی مرتبط باشد. نقص در اجرا که در واقع علامت مشخص ناگویی هیجانی است به عاطفه سطحی، تظاهرات هیجانی معیوب، بدکارکردی در ابراز هیجان، زبان و حرکات بیانگر چهره ای نامتناسب منجر می شود. این امر می تواند در درازمدت افراد را دچار خستگی روانی کرده و زمینه ساز بروز اقدام به خودکشی در آنان شود، به این صورت که دشواری در تنظیم احساسات هیجانی شدید ممکن است یک عامل مشترک خودکشی باشد (وایمن و همکاران، ۲۰۰۹؛ پیسانی و همکاران، ۲۰۱۳). در تبیین این یافته همچنین می توان به ارتباط بین اقدام به خودکشی و حوزه های خاص تنظیم احساسات و به طور ویژه عدم پذیرش و بروز تکانه ها اشاره کرد (رجاپا و همکاران، ۲۰۱۲). در افراد مبتلا به افسردگی (مشکل در تنظیم احساسات با رفتارهای وابستگی بیمارگون و خودکشی همراه است (هاسکینگ و همکاران، ۲۰۱۰). نتایج دیگر پژوهش نشان داد که همچنین در سبک دل بستگی تفاوت به دست آمده بین سبک دل بستگی اجتنابی و ایمن معنادار است. نتایج به دست آمده با نتایج مطالعات که حاکی از نقش خانواده در نقش والد اولیه و خانواده را در بروز خودکشی نشان داده اند، همسو است. برای مثال پیوند اعضای خانواده (کارتر^۸ و همکاران، ۲۰۰۶) و انسجام خانواده (سان و همکاران، ۲۰۰۶) با نرخ پایین تر ایده پردازی خودکشی رابطه داشته اند و نرخ بالای رفتارهای خودکشی در افرادی که در خانواده های آشفته زندگی کرده اند مشاهده شده است (آکلیما و هری،

خود نشان دادند که ویژگی شخصیتی برون گرایی با ناگویی هیجانی رابطه منفی معنادار دارد. نوری، آشتیانی، سلیمی، مرزآبادی و اسماعیلی (۱۳۹۰) و فتحی (۱۳۸۰) در پژوهش خود نشان دادند میزان خودکشی در افراد درون گرا بیشتر از شخصیت برون گرا است. در تبیین این یافته می توان گفت که دشواری در بیان احساسات و سرکوب هیجانی می تواند منجر به تشدید افسردگی و افکار منفی شود و در دراز مدت می تواند افکار خودکشی را تشدید کند. به نظر می رسد افسردگی ممکن است بین افکار و رفتارهای خودکشی نقش مهمی داشته باشد (دبراردیستال، ۲۰۱۷). این ناتوانی را می توان از یک سو محصول کنش وری بهنجار سیستم پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و از سوی دیگر به توان تنظیم و مدیریت هیجانها نسبت داد که فرایند عملی سازی احساسات و هیجانها را در سطح رفتارهای شخصی و تعامل های بین شخصی تقویت می کند. ضعیف بودن مدیریت هیجانها منجر به افزایش رفتارهای پرخطر از جمله خودکشی می شود. براردیس و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود گزارش دادند که مشکل در شناسایی و توصیف احساسات به طور قابل توجهی با افسردگی همراه بود. بارها مشاهده شده است که یک سابقه مشترک در افکار و رفتارهای خودکشی، تجربه پریشانی عاطفی غیرقابل کنترل است (دوور، ۲۰۱۱). علاوه بر این، افرادی که در تنظیم سطح بالایی از پریشانی عاطفی مشکل بیشتری دارند، بیشتر جان خود را توسط خودکشی از دست می دهند. (پیسانی و همکاران، ۲۰۱۳). رفتار خودکشی با راهکارهای ناسازگار برای تنظیم هیجان همراه بوده است (هریس و همکاران، ۲۰۱۸). ارتباط نادرست بین فراخوان و ارزیابی محرک هیجانی، با

⁸- Carter

افراد با سبک دل‌بستگی ایمن عواطف منفی کمتری را نشان می‌دهند، شبکه حمایت اجتماعی و خانوادگی قوی دارند و راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار از خود نشان می‌دهند.

نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان بیان کرد که دشواری در تشخیص احساسات، ناگویی و مشکلات تنظیم هیجانی می‌تواند سبب افزایش اختلالات روانی باشد. تشدید اختلالات روانی در افراد می‌تواند شیوع خودکشی و اقدام به خودکشی را افزایش دهد. برنامه‌های مداخلاتی با هدف بهبود تنظیم هیجانی می‌تواند منجر به کاهش شیوع این اختلالات شود. برخورداری از شبکه حمایت اجتماعی و خانوادگی قوی و راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار، افزایش انسجام و همبستگی خانوادگی و کاهش تعارضات با همسالان در کاهش اقدام به این رفتار از نقش مؤثری برخوردار است. نتایج این تحقیق به دلیل استفاده از ابزار خودگزارشی به جای مطالعه رفتار واقعی افراد این پژوهش را در تعمیم نتایج با محدودیت مواجه کرد. استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. پیشنهاد می‌شود، بررسی سایر عوامل هیجانی مانند نقص در پردازش اطلاعات شناختی و هیجانی و همچنین بررسی عوامل بین فردی در بروز اقدام به خودکشی مورد بررسی بیشتر قرار گیرد تا بتوان به کنترل بیشتر این بحران اجتماعی و فردی کمک نمود.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش ابراز می‌نمایند.

۲۰۰۵). به نظر سان و همکاران (۲۰۰۶) انسجام و همبستگی خانوادگی، تعارضات و حمایت همسالان به صورت معناداری پیش‌بینی‌کننده‌ی عزت نفس و افسردگی بوده‌اند که از این بین افسردگی عامل میانجی قدرتمندی برای پیش‌بینی ایده‌پردازی خودکشی بوده است. می‌مون^۹ و همکاران (۲۰۱۰) معتقدند که دل‌بستگی و حمایت خانواده در خودکشی تأثیر دارد و بر نقش کنترل غیرمستقیم دل‌بستگی والد-کودک در کاهش احتمال تلاش‌های خودکشی‌گرایانه تأکید دارند. برای تبیین نتایج می‌توان گفت که عوامل خانوادگی ذکر شده مانند دل‌بستگی سالم، رابطه سالم والدین، سبک فرزندپروری، وجود همبستگی در خانواده و رابطه سالم بین والدین و رابطه آن‌ها با فرزندان و سلامت روان والدین و سایر عوامل ذکر شده پشتوانه نظری قوی‌ای دارند که می‌توانند بر سلامت روانی و جسمانی فرزندان تأثیر بگذارند. نوجوانانی که دل‌بستگی مثبت‌تری با والدینشان دارند کمتر در معرض خطر خودکشی قرار هستند. دل‌بستگی اجتنابی منجر به بی‌اعتمادی و فاصله گرفتن از دیگران و دوری از روابط اجتماعی و بین فردی می‌شود. به همین دلیل در هنگام تجربه عواطف منفی و استرس فاکتورهای گوناگون فرد قادر به یافتن راه حل و کمک از جانب دیگران نیست؛ لذا عدم تنظیم هیجانی خود می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلالات روانی و جسمی شود. نداشتن شبکه حمایت اجتماعی قوی خود می‌تواند زمینه‌ساز بروز انواع اختلالات روانی و رفتارهای تکانه‌ای مانند اقدام به خودکشی باشد. بی‌اعتمادی و فاصله گرفتن از دیگران می‌تواند احتمال بروز پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد را افزایش دهد (بشارت، ۱۳۹۳). در مقابل

^۹- Maimon

References

- Abdul Kadir NB, Bifulco A. (2013). Insecure attachment style as a vulnerability factor for depression: Recent findings in a community-based study of Malay single and married mothers. *Psychiatry Research*, 210(3), 919-924.
- Agriculture, M Ali. (2006). *Youth and Youth Issues*, Tehran: Roozbehan Publications {In persian}.
- Akcan R, Arslan MM, Çekin N, Karanfil R. (2011). Unexpected suicide and irrational thinking in adolescence: A case report. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 18(6):288-290.
- Akleema A, Hari DM. (2005). Social predictor of suicidal behavior in adolescents in Trinidad and Tobago. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 40 (3); 186-191.
- Barbasio C, Vagelli R, Marengo D, Querci F, Settanni M, Tani C, Mosca M, Granieri A. (2015). Illness perception in systemic lupus erythematosus patients: The roles of alexithymia and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 63: 88-95.
- Besharat M A, Geranmayeh poor Sh, Poor Naghad Ali A, Ofoghi Z, Habibnezad M, Aghaei sabet S Z. (1393). The Relationship between Emotional Cognition and Interpersonal Behaviors: The Pivotal Role of Attachment Styles, *Contemporary Psychology*, 9(1), 3-16 {In persian}.
- Besharat M A. (1387). Emotional insufficiency and defensive style, *Journal of Mental Health Principles*, 10(3), 181-190 {In persiaon}.
- Besharat M A. (1391). The moderating role of attachment styles in the use between emotional arousal and marital satisfaction *Journal of Mental Health Principles*, Vol (4)14, 324-335 {In persian}
- Bowlby J. (1969). *Attachment*. New York: Basic Books.
- Brezo J, Paris J, Turecki G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 113 (3); 180-206.
- Brown RJ, Bouska JF, Frow N, Kirkby A, Baker GA, Kemp S, Burness C, Reuber M. (2013). Emotional dysregulation, alexithymia and attachment in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 29(1): Pages 178-183.
- Campanella S, Falbo L, Rossignol M, Grynberg D, Balconi M, Verbanck P, Maurage P. (2012). Sex differences on emotional processing are modulated by subclinical levels of alexithymia and depression: A preliminary assessment using event-related potentials. *Psychiatry Research*. 197(1-2): 145-153.
- Cantor CH. (2000). Suicide in the Weston World. In K. Hawton & K.V. Heeringen (Eds.). *The international handbook of suicide and parasuicide*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Carter M, McGee R, Taylor B, & Williams S. (2006). Health outcomes in adolescence: Associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30(1), 51-62.
- Giner L, Blasco-Fontecilla H, Mercedes Perez-Rodriguez M, Garcia-Nieto R, Giner J, Guija JA, Rico A, Barrero E, Luna M A, de Leon J, Oquendo M A, Baca-Garcia E. (2013). Personality disorders and health problems distinguish suicide attempters from completers in a direct comparison. *Journal of Affective Disorders*, 151(2):474-483.
- Gordon KW. (2008). *The multidimensionality of peer victimization and patterns of elating in attachment*. Ph.D. Dissertation. USA: University of Mississippi, 15-28.
- Grunebaum MF, Galfalvy HC, Mortenson LY, Burke AK, Oquendo MA, Mann JJ. (2010). attachment and social adjustment: Relationships to suicide attempt and major depressive episode in a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 123 (1-3), 123-130.
- Halligan R P, Crosby Whitburn S. (1384). *Psychopathology*. Translated by Seyyed Mohammadi, Yahya. Psychological publication. Tehran {In persian}.
- Harris L, Chelminski L, Dalrymple K, Morgan TH, Zimmerman M. (2018). Suicide attempts and

- emotion regulation in psychiatric outpatients, *Journal of Affective Disorders*, 19:1-20.
- Hatami varzaneh A. (1389). The mediating role of attachment style in the relationship between parenting style and marital commitment in married students of Allameh Tabataba'i University. Masters Degree in Family Counseling, Allameh Tabataba'i University {In persian}.
- Hemming L, Taylor P, Haddock G, Shaw J, Pratt D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the association between alexithymia and suicide ideation and behaviour, *Journal of Affective Disorders*, (19)34-82.
- Huisman A, Comelis AJ, Houwelingen V, Kerkhof JFM. (2010). Psychopathology and suicide method in mental health care. *Journal of Affective Disorders*. 121 (1-2): 94-99.
- Jones BDM, Chopra KK, Grummitt J, Ravindran A, Levitan RD. (2014). Attachment style at discharge predicts depression status four months following a 28-day alternate-milieu inpatient program. *Asian Journal of Psychiatry*, 8:104-105.
- Karukivi M, Tolvanen M, Karlsson L, Karlsson H. (2014). Is alexithymia linked with marital satisfaction or attachment to the partner? A study in a pregnancy cohort of parents-to-be. *Comprehensive Psychiatry*, 55 (5), 1252-1257.
- Kering A, Deividson C, Teil C, Janson SH L. (1391). Psychopathology. Translated by Shamsipour, Hamid. Honorable Publications. Tehran {In persian}.
- Koldi A, Gravand A. (2002). Investigating the Causes of Suicide in Kouhdasht County, 2 (6): 295-295 {In persian}.
- Kulkarni RR, Nagaraja Rao K, Begum S. (2013). Comorbidity of psychiatric and personality disorders in first suicide attempters: A case-control study. *Asian Journal of Psychiatry*. 6 (5):410-416.
- Li S, Zhang B, Guo Y, Zhang J. (2015). The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto alexithymia Scale and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 227(1); 1-9.
- Loas G, Dalleau E, Lecointe H, Yon V. (2016). Relationships between anhedonia, alexithymia, impulsivity, suicidal ideation, recent suicide attempt, C-reactive protein and serum lipid levels among 122 inpatients with mood or anxious disorders, *Psychiatry Research*, 15:1-25.
- Maimon D, Browning CR. (2010). Understanding socializing, collective efficacy and violent behavior among urban youth. *Criminology*; 48 (20); 443-474.
- Mazaheri M, Afshar H, Mohammadi N. (2011). Alexithymia and Gastrointestinal Disorders, *Behavioral Sciences Research*, (2011), 9 (5): 273-381 {In persian}.
- Mohammadkhani Sh, Farajad M. (1388). The relationship between metacognitive beliefs and thought control strategies with obsessive-compulsive symptoms in a nonclinical population, 1(3), 35-51 {In persian}.
- Montebarocci O, Codispoti M, Baldaro B, & Rossi N. (2004). Adult attachment style and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 36, 499-507.
- Moradi A, Akbari Zardkhaneh S, Cheraghi F, Fooladvand Kh. (2009). The effect of family structure and social support on student suicide. *Research Family*, Fifth Year, No. 20, Winter, 482-487 {In persian}.
- Na KS, Oh SJ, Jung HY, Lee SI, Kim YK, Han C, Ko YH, Paik JW, Kim SG. (2013). alexithymia and low cooperativeness are associated with suicide attempts in male military personnel with adjustment disorder: A case-control study. *Psychiatry Research*, 205 (3), 220-226.
- Nahrangi S. (2012). Comparison of Emotional Consciousness and Resilience of Depressed and Normal Individuals, MSc in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch {In persian}.
- Ozouni Davaji RB, Valizadeh S, Nikamal M. (2010). The relationship between attachment styles and suicide ideation: the study of Turkmen

- students, Iran. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5: 1190-1194.
- Peles E, Schreiber S, Adelson M. (2006). Variables associated with perceived sleep disorders in methadone maintenance treatment (MMT) Patients. *Drug and Alcohol Dependency*, 82: 103-110
- Perkins DF, & Hartless G. (2002). An ecological risk-factor examination of suicidal ideation and behavior in adolescent. *Journal of Adolescent Research*, 17, 3-26.
- Ramazani V, Shams Esfandabadi H, Tahmasebi Sh. (1386). Investigating the Emotional Consequences of Attachment Styles in Students. *Research in Psychological Health*, 38,1-47{In persian}.
- Roy A, Sar chiapone M, Carli V. (2007). Low Resilience in suicide Attempters: Relationship to depressive symptoms. *Journal of Depression and Anxiety*, 24: 273-274.
- Sadock BJ, Sadock VA. (2011). *Clinical psychiatry: Kaplan & Sadocks synopsis of psychiatry. Behavioral sci 10th ed*, Lippincott Williams & Willkins.
- Shahgholiyan M, Moradi A, Kafi S M. (1386). The Relationship between Alexithymia and Emotional Behaviors and General Health of Students, *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13(3), 238-248{In persian}.
- Soleimani E, Zahedbabolan A, Farzaneh J A, Sotodeh M B. (1390). Comparison of Emotional Failure and Social Skills in Students with Normal and Learning Disorders, 1(1), 78-93{In persian}.
- Sun RC, Hui EK, & Watkins D. (2006). Towards a model of suicidal ideation for Hong Kong Chinese adolescents. *Journal of Adolescence*, 29(2), 209-24.
- Taylor GJ. (2000). Recent developments in alexithymia theory and research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45:134-42.
- Vengher I, Dumitrascu DL. (2015). The relationship between alexithymia, depression and quality of life in patients with functional dyspepsia. *Journal of Psychosomatic Research*, 2015; 78(6): 629.
- Wedig MM, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Zanarini MC. (2013). Predictors of suicide threats in patients with borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *Psychiatry Research*, 208 (3):252-256.
- Wise TN, Mann LS, Shay L. (1992). Alexithymia and the five-factor model of personality. *Comprehensive Psychiatry*, 33: 147-151.