



Modeling Suicidal Thoughts Based on Childhood Trauma Experience and Alexithymia in University Students: The Mediating Role of Mentalization Capacity

Behnaz Pishgahi¹, Kobra Haji Alizade^{2*}, Seyed Abdolvahab Samavi³

1. PhD. Student, Department of Psychology, BA.C., Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, BA.C., Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

3. Professor, Department of Education, University of Hormozgan, Bandar Abbas, Iran.

Corresponding Author: Kobra Haji Alizade, Associate Professor, Department of Psychology, BA.C., Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

E-mail: Hajializadehk@iau.ac.ir

Received: 2026/05/25

Accepted: 2026/06/3

Abstract

Introduction: Suicide is responsible for approximately one million deaths annually, ranking it among the top ten leading causes of mortality worldwide. Furthermore, suicide accounts for 1.4% of the global burden of disease. Therefore, the present study was conducted with the aim of modeling suicidal thoughts based on childhood trauma and alexithymia among university students, with the mediating role of mentalization capacity.

Methods: This research was designed as a fundamental study employing a correlational approach within the framework of structural equation modeling (SEM). The study population comprised all students enrolled in universities in Tehran during the second half of the year 2025. From this population, 350 participants were selected using convenience sampling, adhering to inclusion and exclusion criteria. Data were collected using the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Toronto Alexithymia Scale (TAS), the Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI), and the Reflective Functioning Questionnaire (RFQ). Statistical analyses, including Pearson correlation and structural equation modeling, were performed using SPSS and AMOS software.

Results: The results indicated that the proposed model demonstrated a good fit with the data. Furthermore, the findings revealed that the direct paths from childhood trauma to mentalization capacity ($\beta = -0.56$, $t = -2.59$), emotional alexithymia to mentalization capacity ($\beta = -0.31$, $t = -3.03$), childhood trauma to suicidal ideation ($\beta = 0.02$, $t = 2.27$), and mentalization capacity to suicidal ideation ($\beta = -0.30$, $t = -2.60$) were significant. The direct path from emotional alexithymia to suicidal ideation ($\beta = 0.09$, $t = 1.67$) was not significant. Additionally, the indirect effect of childhood trauma on suicidal ideation through the mediating role of mentalization capacity was significant ($\beta = 0.62$, $p = 0.006$). The indirect effect of emotional alexithymia on suicidal ideation through the mediating role of mentalization capacity was also significant ($\beta = 0.19$, $p = 0.005$). The results further indicated that the study variables collectively explained 41% of the variance in suicidal ideation.

Conclusions: Based on the results of the present study, the level of mentalization mediates the relationship between childhood trauma and emotional alexithymia with suicidal thoughts in students, so the role of these changes should be considered in working on suicidal thoughts.

Keywords: Childhood trauma, Alexithymia, Suicidal Thoughts, Mentalizing capacity.

How to cite this article: Behnaz Pishgahi, Kobra Haji Alizade, Seyed Abdolvahab Samavi, Modeling Suicidal Thoughts Based on Childhood Trauma Experience and Alexithymia in University Students: The Mediating Role of Mentalization Capacity, Iranian Journal of Nursing Research (IJNR).2026. P:30- 42 (in Persian).

Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).





مدل یابی افکار خودکشی بر اساس تجربه ترومای کودکی و ناگویی هیجانی در دانشجویان: نقش میانجی ظرفیت ذهنی سازی

بهناز پیشگاهی^۱، کبری حاجی علیزاده^{۲*}، سید عبدالوهاب سماوی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

۳. استاد، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس ایران.

نویسنده مسئول: کبری حاجی علیزاده، دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.
ایمیل: Hajializadehk@iaau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۵/۳/۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۳/۱۳

چکیده

مقدمه: خودکشی علت تقریباً یک میلیون مرگ و میر در سال است که آن را در زمره ده علت اصلی مرگ و میر در دنیا قرار می دهد. همچنین خودکشی ۱/۴ درصد بار کلی بیماری ها را در جهان تشکیل می دهد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مدل یابی افکار خودکشی بر اساس ترومای کودکی و ناگویی هیجانی در دانشجویان با نقش میانجی ظرفیت ذهنی سازی انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نظر هدف جزء پژوهش های بنیادی و در چارچوب یک طرح همبستگی از نوع مدل آزمایی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان دانشگاه های آزاد شهر تهران بودند که در نیمه دوم سال ۱۴۰۴ مشغول به تحصیل بودند که از میان آنها ۳۵۰ نفر با روش نمونه گیری دردسترس و با بررسی معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (TAS)، مقیاس افکار خودکشی بک (BSSI) و پرسشنامه کنش وری تأملی (RFQ) استفاده شد. داده ها با روش های آماری همبستگی پیرسون و مدل سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزارهای SPSS و AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که مدل پژوهش از برازش مطلوبی با داده ها برخوردار است. همچنین نتایج نشان داد که مسیر مستقیم ترومای کودکی به ظرفیت ذهنی سازی ($t = -5/29$ ، $\beta = -0/56$)، ناگویی هیجانی به ظرفیت ذهنی سازی ($t = -3/03$ ، $\beta = -0/31$)، ترومای کودکی به افکار خودکشی ($t = 2/27$ ، $\beta = 0/02$) و ظرفیت ذهنی سازی به افکار خودکشی ($t = -2/60$ ، $\beta = -0/30$) معنادار است. همچنین مسیر ناگویی هیجانی به افکار خودکشی ($t = 1/67$ ، $\beta = 0/09$) معنادار نیست. همچنین رابطه غیرمستقیم ترومای کودکی از طریق نقش میانجی ظرفیت ذهنی سازی با افکار خودکشی ($B = 0/62$ ، $p = 0/006$) معنادار بود. رابطه غیرمستقیم ناگویی هیجانی از طریق نقش میانجی ظرفیت ذهنی سازی با افکار خودکشی ($B = 0/19$ ، $p = 0/005$) معنادار بود. نتایج همچنین نشان داد که متغیرهای پژوهش در مجموع ۴۱ درصد از واریانس افکار خودکشی را تبیین کردند.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر ظرفیت ذهنی سازی رابطه بین ترومای دوران کودکی و ناگویی هیجانی با افکار خودکشی در دانشجویان را میانجی گری می کند، بنابراین برای کار بر روی افکار خودکشی باید به نقش این متغیرها توجه نمود.

کلیدواژه ها: ترومای کودکی، ناگویی هیجانی، افکار خودکشی، ظرفیت ذهنی سازی.

مقدمه

خودکشی (Suicide) یکی از فوریت های روانپزشکی است که از معضلات اساسی در بهداشت روانی جامعه به شمار می رود. عوامل متعددی در وقوع خودکشی نقش ایفا می کنند. با توجه به افزایش روز افزون آمار خودکشی، شناسایی این عوامل خطر و اتخاذ تدابیری در جهت کاهش این عوامل امری ضروری به نظر می رسد (۱). در سراسر جهان هر ۴۰ ثانیه یک نفر بر اثر خودکشی جان خود را از دست می دهد، در واقع سالانه ۸۰۰ هزار نفر جان خود را از دست می دهند. مرگ بر اثر خودکشی در سال ۲۰۱۶ هجدهمین علت مرگ و میر بود (۲). 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 (۳). ایران نیز با نرخ خودکشی ۶ نفر در ۱۰۰ هزار نفر در رتبه ۵۸ جهان قرار دارد؛ بنابراین پرداختن به این متغیر روانشناختی-اجتماعی ضروری است (۴).

از طرف دیگر شواهد پژوهشی اخیر نشان داده است که یکی از عناصر کلیدی مرتبط با آسیب پذیری رشدی برای افکار و رفتارهای خودکشی قرار گرفتن در معرض تجربیات نامطلوب دوران کودکی است (۵). اشکال متنوع تجربیات آسیب زا و بدرفتاری های دوران کودکی با آسیب پذیری های روان شناختی مختلفی از جمله بزهکاری، افسردگی، افکار خودکشی و مشکلات شخصیتی در سال های بعدی زندگی همراه است (۶)، در واقع زمینه بسیاری از افکار و رفتارهای خودکشی گرایانه در دوران کودکی به وجود می آید. دوره کودکی از جمله دوره های مهم زندگی محسوب می شود که متخصصان و نظریه پردازان مختلف در مورد اهمیت آن و آسیب های جبران ناشدنی این دوره تأکید داشته اند (۷). تروماهای دوران کودکی در اشکال مختلف اتفاق می افتد که سوءاستفاده جنسی، جسمی، هیجانی، غفلت هیجانی و غفلت جسمانی را شامل می شود (۸). یافته های مطالعات بررسی عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و عصبی بیولوژیکی نشان می دهد که آسیب های اولیه زندگی بر توسعه سیستم های عصبی بیولوژیکی تأثیر می گذارد که به نوبه

خود بر عملکرد روانشناختی آینده تأثیر منفی می گذارد و منجر به الگوهای شناختی و رفتاری ناسازگار می شود که احتمال رفتار خودکشی را افزایش می دهد (۹). در این راستا افزایش خطر اقدام به خودکشی در بزرگسالی به عنوان یکی از پیامدهای تروماهای دوران کودکی و نوجوانی شناخته می شود. ارتباط میان ناملایمات و ترومای کودکی و افزایش خطر افکار و رفتار خودکشی هم در جمعیت عمومی و هم در جمعیت بالینی دیده می شود (۱۰). از سویی دیگر شواهد پژوهشی نشان می دهد که یکی دیگر از متغیرهایی که نقش مهمی در افکار خودکشی دارد، متغیر ناگویی هیجانی (Alexithymia) است (۱۱).

از دیگر مکانیسم های مهم در زمینه شکل گیری افکار خودکشی در نوجوانان، ناگویی هیجانی است (۱۲). مفهوم سازی های کنونی، ناگویی هیجانی را به عنوان یک نقص صفتی در فرایندهای شناختی تجارب هیجانی معرفی می کنند که مربوط به فهم و ادراک حالت ذهنی است (۱۳)، ناگویی هیجانی به معنی فقدان لغت برای هیجانات است. به عبارت دیگر، ناگویی هیجانی نوعی اختلال در عملکرد شناختی-هیجانی تلقی می شود که در آن فرد ناتوان از انتقال تجارب هیجانی خود در قالب احساسات و تصورات می باشد (۱۴). شواهد پژوهشی نشان می دهد که افراد مبتلا به ناگویی هیجانی در شناسایی صحیح هیجان ها در روابط اجتماعی دچار مشکل می شوند و این امر موجب دوری گزینی آنان می شود (۱۵). همچنین، شواهد پژوهشی نشان می دهد افراد دارای ناگویی هیجانی به دلایل مختلف مانند خصیصه های شخصیتی، دارای مشکلاتی در تنظیم هیجانات به ویژه در موقعیت های روانشناختی سرشار از تعارض هستند (۱۶). افرادی که مبتلا به ناگویی هیجانی هستند دامنه لغات محدودی برای توصیف هیجاناتشان دارند. به عبارت دیگر به علت ناتوانی در تشخیص احساسات قادر به بیان هیجانات نیستند. بنابراین، فرض بر این است که افرادی که ناگویی هیجانی را تجربه می کنند، ممکن است به دلیل آگاهی ناقص / محدود از راه های جایگزین برای مقابله با هیجانات نامشخصی که تجربه می کنند، به سمت افکار و رفتار خودکشی برآیند (۱۷).

تعداد زیادی از نظریه ها در مورد مکانیسم های روان شناختی زمینه ای و میانجی جهت ترسیم دقیق تر افکار خودکشی

تحریک آسیب به خود افزایش پیدا می کند (۲۴). لذا با توجه به اینکه ذهنی سازی به افراد اجازه می دهد تا افکار را از واقعیت عاطفی متمایز کنند و در فضای بازنمایی حرکت کنند و همچنین، نقش اساسی در تنظیم رفتار، حالات و تکانه های هیجانی شدید دارد (۲۵)؛ فرض بر این است که این مکانیسم می تواند میانجی گر رابطه بین ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با افکار خودکشی در دانشجویان باشد، با توجه به موارد فوق خودکشی یک مسئله همه گیر و پایدار در حوزه سلامت روان است. علی رغم پیشرفت های حاصله در زمینه مدیریت و درمان بیماری های روانی، آمار خودکشی در جمعیت کلی در طول سالیان متمادی ثابت باقی مانده است. تشخیص در مراحل اولیه در افرادی که در معرض خطر خودکشی قرار دارند، ضروری به نظر می رسد؛ زیرا در این مراحل می توان مداخلات مناسب را جهت مدیریت و کاهش خطر در سطح شخصی انجام داد. همچنین، تغییرات مثبتی را در تعیین کننده های اجتماعی سلامت که ممکن است بیماری یا رفتار بیماری، شامل رفتار خودکشی را رقم بزنند، به وجود آورد (۱). بنابراین شناسایی علل مؤثر در این زمینه بسیار مهم است. با توجه به اینکه خودکشی یک مسئله قابل پیشگیری است، شناسایی عوامل زیربنایی گرایش به آن در جهت رشد و گسترش برنامه ها و سیاست های پیشگیری از خودکشی ضرورت دارد. بنابراین با توجه به مباحث فوق، هدف پژوهش حاضر، مدل یابی روابط بین تجربه ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با افکار خودکشی با توجه به نقش میانجی ظرفیت ذهنی سازی انجام شد.

روش کار

روش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع روش های مدل یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دانشجویان دانشگاه های آزاد شهر تهران بود که در نیمه دوم سال ۱۴۰۴ دانشجویان بودند. کلاین (Kline) (۲۶) معتقد است حداقل حجم نمونه برای مدل معادلات ساختاری ۲۰۰ قابل دفاع است، اما در این پژوهش برای تعمیم پذیری بیشتر نتایج حجم نمونه ۳۵۰ نفر به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تکمیل فرم رضایت آگاهانه و دانشجوی دانشگاه آزاد شهر تهران بودن و ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: تکمیل

به عنوان یک چالش وجود دارد (۱۸). در این مطالعه فرض بر این است که ذهنی سازی (Mentalization) می تواند میانجی رابطه بین ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با افکار خودکشی باشد. ذهنی سازی شکلی از فعالیت ذهنی در مورد خود و دیگران یعنی فهم و تفسیر رفتار انسان در وضعیت ذهنی آگاهانه (مثل نیازها، آرزوها، احساسات، باورها، اهداف، مقاصد و دلایل) است. نظریه ذهنی سازی بیان می کند که دلبستگی (یعنی مدل کاری درونی که یک فرد از خود و دیگران بر اساس تجربیات مراقبت اولیه شکل می دهد) و ذهنی سازی (یعنی درک رفتار خود و دیگران که توسط حالات ذهنی هدایت می شود) جنبه های کلیدی در ایجاد مشکلاتی از جمله مشکلات بین فردی، ساختار شخصیتی ناسازگار و طیفی از پیامدهای روانی منفی هستند (۱۹، ۲۰). در واقع، این نظریه بیان می کند که اختلالات در سیستم دلبستگی، مانند بدرفتاری با کودک، توانایی انعکاس حالات ذهنی درونی خود و دیگران را، به ویژه در حالت های استرس زای عاطفی، مختل می کند و نقص در توانایی ذهنی سازی منجر به آسیب روانی می شود (۱۹).

به نظر می رسد وجود سابقه بدرفتاری های دوران کودکی توانایی ذهنی سازی را تضعیف می کند (۲۱). فولر (Fowler) در مطالعه خود بیان کرد وجود سابقه بدرفتاری های دوران کودکی توانایی ذهنی سازی را تضعیف می کند. به علاوه پژوهش وانگر (Wagner) و همکاران نشان داد که افراد با ظرفیت ذهنی سازی پایین ممکن است بار هیجانی بیشتر مرتبط با علائم روان شناختی (افسردگی، خودزنی و جسمانی سازی) را گزارش کنند و ذهنی سازی احتمالاً می تواند واسطه بین این مشکلات باشد؛ بنابراین ذهنی سازی احتمالاً می تواند برای ساخت مدل های جدید و هم برای توسعه استراتژی های درمانی جدید حیاتی باشد (۲۲). پژوهش ین مندرس و سیتین (Yenen Menderes & Cetin) (۲۳) نشان داد که ذهنی سازی در افراد مبتلا به خودآسیبی در مقایسه با افراد سالم کمتر است. در واقع ذهنی سازی فرد را قادر می سازد با یکپارچه سازی شناخت خود و شناخت روابط با دیگران، فقدان، تروما و همچنین احساسات ناراحت کننده از قبیل ناامیدی، خشم، غم، اضطراب، شرم و گناه را مدیریت کند، اما هنگامی که ذهنی سازی افت پیدا می کند، رفتارهای تکانه ای و حالت های روانی برای

ناقص پرسشنامه های پژوهش. در این پژوهش اصول رازداری و محرمانگی، رضایت آگاهانه و احترام به حقوق آزمودنی ها رعایت گردید. روش تحلیل داده ها با استفاده از شاخص های توصیفی، ضریب همبستگی و مدل سازی معادلات ساختاری بود. همچنین جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش کد اخلاق با شماره IR.IAU.BA.REC.1405.013 از دانشگاه آزاد واحد بندرعباس اخذ شد. داده های حاصل از پرسشنامه های مدنظر به وسیله برنامه آماری AMOS-26 و SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای جمع آوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): این مقیاس شامل ۲۸ سوال توسط برنشتاین (Bernstein) و همکاران در سال ۲۰۰۳ تهیه و تدوین شده است و پنج مولفه آزار عاطفی با سوالات ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵؛ آزار جنسی با سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷؛ آزار فیزیکی با سوالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷؛ غفلت عاطفی با سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸؛ غفلت جسمی با سوالات ۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۶ را اندازه گیری می کند. سوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیچ کدام از مولفه ها جای نمی گیرند. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت انجام می شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه گاهی نمره ۲، غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می گیرد. نمرات حاصل از پرسشنامه در دامنه ۲۵ تا ۳۶ ترومای کم، نمره ۴۱ تا ۵۱ ترومای کم تا متوسط، نمره ۵۶ تا ۶۸ ترومای متوسط تا شدید و نمره ۷۳ تا ۱۲۵ به عنوان ترومای خیلی شدید طبقه بندی می شود. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آورده اند (۲۷). در ایران پایایی پرسشنامه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است و همچنین روایی همگرایی آن با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۲۸). همچنین پایایی آن به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۴ به دست آمد.

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia)

(Scale): پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگبی و همکاران (۲۹) برای سنجش ناگویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای ۲۰ سوال بود. این ابزار دارای سه زیر مولفه دشواری در شناسایی احساسات با سوالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴، دشواری در توصیف احساسات با سوالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷؛ تفکر عینی با سوالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ را اندازه گیری می کند. ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه در پژوهش هایی خارجی و داخلی بررسی و تایید شده است (۲۵، ۲۶). در مطالعه بشارت روایی همزمان پرسشنامه بر حسب همبستگی با ابزارهای بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه خرده زیر مقیاس ۰/۴۲ تا ۰/۸۵ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب پرسشنامه بود (۳۰). پایایی بازآزمایی پرسشنامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷ برای ناگویی هیجانی کل به دست آمد و ابعاد آن تایید شد (۲۹). همچنین پایایی آن به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس افکار خودکشی بک (Beck Scale For Suicidal Ideation): مقیاس افکار خودکشی بک شامل یک ابزار خودسنجی ۱۹ سوالی است. سوالات این مقیاس فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل بر افعال، مدت و تمایل به خودکشی به صورت فعال و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می دهد. مقیاس افکار خودکشی بک با آزمون های استاندارد شده بالینی و گرایش به خودکشی همبستگی بالایی دارد. ضرایب همبستگی آن برای بیماران بستری ۰/۹۰ و برای بیماران درمانگاهی ۰/۹۴ می باشد. 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 (۳۱). در ایران انیسی و همکاران (۳۲) 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. همچنین پایایی آن به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه کنش وری تأملی (Reflective Functioning Questionnaire): این پرسشنامه توسط فوناگی و همکاران

بهناز پیشگاهی و همکاران

دلبستگی بزرگسال و مقیاس بیمارستانی اضطراب و افسردگی قابل قبول گزارش شد. همچنین پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای عامل اطمینان ۰/۸۸ و برای عامل عدم اطمینان ۰/۶۶ بود (۳۴). همچنین پایایی آن به روش آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۳ به دست آمد.

یافته ها

از میان ۳۵۰ دانشجو، ۱۲۶ نفر (۳۶٪) مرد و ۲۲۴ نفر (۶۴٪) زن بودند که از نظر وضعیت تأهل ۲۴۱ نفر (۶۹٪) مجرد و ۱۰۹ نفر (۳۱٪) متأهل هستند. همچنین، ترکیب تحصیلی نمونه شامل ۲۰۳ نفر (۵۸٪) کارشناسی، ۱۰۸ نفر (۳۱٪) کارشناسی ارشد و ۳۹ نفر (۱۱٪) دکتری است.

در سال ۲۰۱۶ به منظور ارزیابی سازه ذهنی سازی تهیه شده است که در تحلیل عاملی دو عامل اطمینان و عدم اطمینان در مورد حالت ذهنی خود و دیگران گزارش گردید. فونانگی و همکاران ثبات درونی برای مولفه اطمینان و عدم اطمینان را به ترتیب ۰/۶۳ و ۰/۶۷ در نمونه های غیر بالینی گزارش کردند. اعتبار آزمون را با روش آزمون - بازآزمون با فاصله سه هفته ۰/۴ و برای عدم اطمینان ۰/۷۵ برای مولفه اطمینان به دست آوردند (۳۳). هنجارسازی این مقیاس در جامعه ایرانی انجام شده است. تحلیل عاملی اکتشافی این پرسشنامه در جامعه ایرانی نیز دو عامل اطمینان و عدم اطمینان را نشان داد، روای همگرایی آن از طریق همبسته کردن زیرمقیاس های آن با مقیاس ذهن آگاهی، پرسشنامه

جدول ۱: تعداد، میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
۱- آزار عاطفی	۳۵۰	۱۴/۲۸۳	۳/۰۴۷	-۰/۰۶۹	-۰/۱۹۱
۲- آزار فیزیکی	۳۵۰	۱۳/۸۱۸	۳/۱۷۲	۰/۲۷۲	-۰/۰۰۸
۳- آزار جنسی	۳۵۰	۱۲/۰۷۶	۳/۱۶۸	۰/۴۱۴	-۰/۱۷۳
۴- غفلت عاطفی	۳۵۰	۱۵/۶۰۹	۳/۹۴۶	-۰/۲۸۳	-۰/۲۹۵
۵- غفلت جسمی	۳۵۰	۱۳/۶۵۵	۳/۶۱۸	۰/۱۷۳	۰/۰۸۶
۶- دشواری در شناسایی احساسات	۳۵۰	۱۹/۲۱۱	۵/۵۳۶	۰/۲۴۱	-۰/۳۵۴
۷- دشواری در توصیف احساسات	۳۵۰	۱۴/۴۸۶	۳/۱۳۷	۰/۱۱۱	-۰/۳۴۶
۸- تفکر عینی	۳۵۰	۲۲/۹۷۳	۶/۵۰۶	۰/۰۵۲	-۰/۳۷۳
۹- افکار خودکشی	۳۵۰	۱۳/۴۰۹	۷/۰۱۳	۰/۴۸۵	-۰/۳۴۷
۱۰- اطمینان ذهنی	۳۵۰	۱۶/۷۶۰	۵/۰۶۱	-۰/۲۷۰	-۰/۳۸۶
۱۱- عدم اطمینان ذهنی	۳۵۰	۱۶/۲۲۸	۵/۶۱۱	-۰/۱۲۹	-۰/۵۷۱
نرمال بودن چندمتغیره (Multivariate)	ضریب مردیا: ۲/۱۹۷- نسبت بحرانی: ۱/۲۱۵-				

این، فرض استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین- واتسون تأیید گردید. در نهایت، نرمال بودن چند متغیره با استفاده از ضریب کشیدگی مردیا مورد سنجش قرار گرفت. مقدار کشیدگی چندمتغیره برابر با ۲/۱۹۷- (نسبت بحرانی = ۱/۲۱۵-) به دست آمد که با توجه به قرارگیری آن در محدوده مجاز (کمتر از ۵)، نرمال بودن چندمتغیره داده ها تأیید شد. با توجه به احراز این پیش فرض ها، استفاده از روش تخمین «حداکثر درست نمایی» برای تحلیل مدل ساختاری اتخاذ گردید. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش آمده است.

پیش از اجرای مدل سازی معادلات ساختاری، پیش فرض های آماری شامل نرمال بودن توزیع داده ها، عدم وجود هم خطی چندگانه و بررسی داده های پرت مورد ارزیابی قرار گرفت. نرمال بودن تک متغیره از طریق شاخص های چولگی و کشیدگی بررسی شد که نتایج نشان داد تمامی مقادیر در بازه استاندارد (±۲) قرار دارند. به منظور بررسی هم خطی چندگانه، آماره های ضریب تحمل و عامل تورم واریانس محاسبه شدند که مقادیر به دست آمده (۰/۱ > Tolerance; VIF < ۱۰) حاکی از عدم وجود هم خطی چندگانه در متغیرهای پیش بین بود. علاوه بر

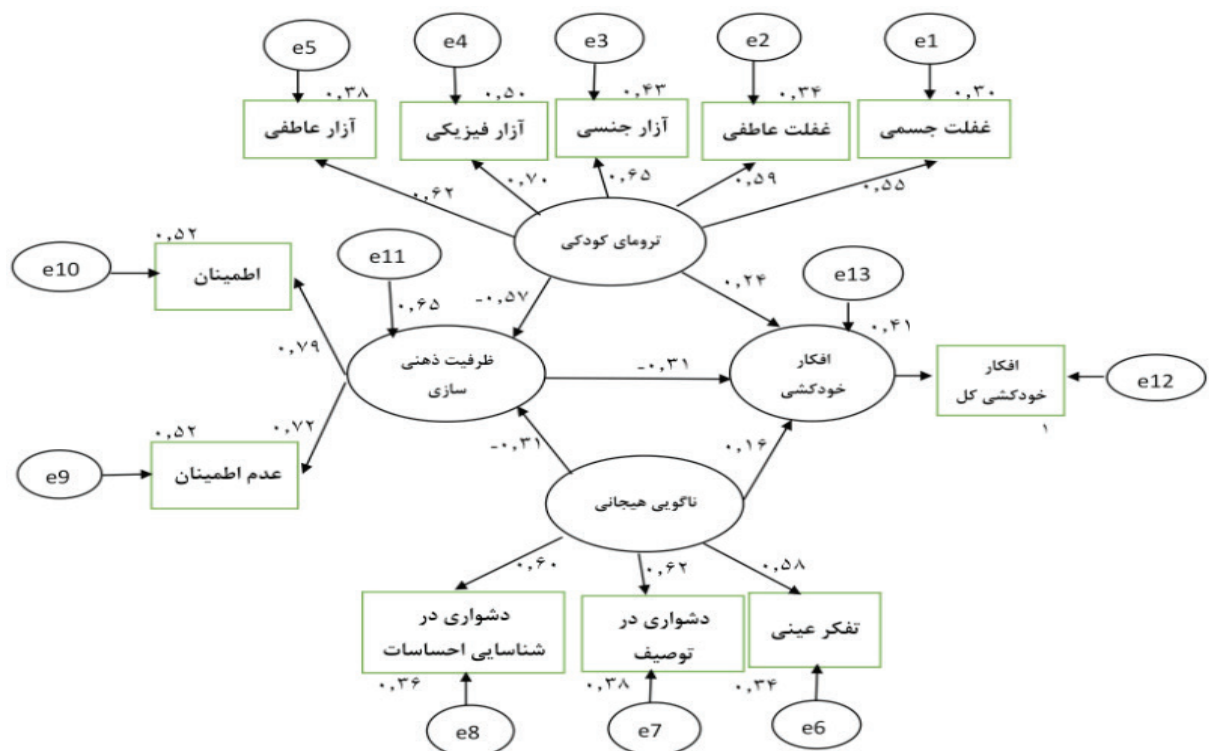
جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱- آزار عاطفی	۱										
۲- آزار فیزیکی	۰/۴۵۶**	۱									
۳- آزار جنسی	۰/۴۲۰**	۰/۴۶۷**	۱								
۴- غفلت عاطفی	۰/۳۶۹**	۰/۴۰۰**	۰/۳۸۰**	۱							
۵- غفلت جسمی	۰/۳۱۹**	۰/۳۳۴**	۰/۳۸۸**	۰/۳۲۸**	۱						
۶- دشواری در شناسایی احساسات	۰/۲۱۰**	۰/۲۸۱**	۰/۲۵۳**	۰/۲۶۳**	۰/۱۹۳**	۱					
۷- دشواری در توصیف احساسات	۰/۱۹۴**	۰/۳۰۷**	۰/۲۳۴**	۰/۲۳۶**	۰/۲۴۶**	۰/۳۴۹**	۱				
۸- تفکر عینی	۰/۲۲۳**	۰/۲۶۵**	۰/۱۶۷**	۰/۲۹۱**	۰/۲۲۵**	۰/۳۷۴**	۰/۳۵۹**	۱			
۹- افکار خودکشی	۰/۳۷۵**	۰/۴۰۴**	۰/۳۷۵**	۰/۲۸۷**	۰/۳۸۱**	۰/۲۹۰**	۰/۳۵۳**	۰/۲۹۶**	۱		
۱۰- اطمینان ذهنی	-۰/۳۱۳**	-۰/۴۴۰**	-۰/۳۹۷**	-۰/۳۷۱**	-۰/۳۲۹**	-۰/۳۴۹**	-۰/۳۵۹**	-۰/۳۱۱**	-۰/۴۶۸**	۱	
۱۱- عدم اطمینان ذهنی	-۰/۳۴۹**	-۰/۴۱۵**	-۰/۳۰۸**	-۰/۳۵۶**	-۰/۳۵۷**	-۰/۲۷۶**	-۰/۲۸۸**	-۰/۲۲۶**	-۰/۴۴۸**	-۰/۵۷۲**	۱

** معنادار در سطح ۰/۰۱ * معنادار در سطح ۰/۰۵

در خصوص متغیرهای ظرفیت ذهنی سازی، نتایج حاکی از آن بود که «اطمینان ذهنی» با افکار خودکشی رابطه‌ی منفی و معنادار، و «عدم اطمینان ذهنی» با افکار خودکشی رابطه‌ی مثبت و معنادار دارند ($p < 0/01$). در نهایت، با توجه به معناداری همبستگی بین متغیرهای اصلی پژوهش و جهت‌گیری روابط، پیش‌فرض‌های لازم برای تحلیل‌های آماری و آزمون مدل پژوهش فراهم گردید.

یافته‌های مربوط به ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است. نتایج حاصل از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که تمامی ابعاد ترومای کودکی (شامل آزار عاطفی، فیزیکی، جنسی و غفلت عاطفی و جسمی) با افکار خودکشی رابطه‌ی مثبت و معنادار دارند ($p < 0/01$). همچنین، مؤلفه‌های ناگویی هیجانی (دشواری در شناسایی و توصیف احساسات و تفکر عینی) با افکار خودکشی همبستگی مثبت و معناداری را نشان دادند.



شکل ۱. مدل نهایی و برازش شده پژوهش

بهناز پیشگاهی و همکاران

می‌دهد که متغیرهای پیش‌بین (ترومای کودکی، ناگویی هیجانی و ظرفیت ذهنی‌سازی) در مجموع حدود ۴۱ درصد از واریانس افکار خودکشی را تبیین می‌کنند. در ادامه شاخص‌های برازش مدل در جدول ۳ ارائه شده است.

شکل ۱ مدل نهایی و برازش‌شده پژوهش را نشان می‌دهد. در این مدل، مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه (R^2) یا واریانس تبیین‌شده برای افکار خودکشی بر اساس ترومای کودکی و ناگویی هیجانی، با نقش میانجی ظرفیت ذهنی‌سازی برابر با ۰/۴۱۱ به دست آمد. این مقدار نشان

جدول ۳: شاخص‌های برازندگی مدل برازش شده پژوهش

نوع شاخص	شاخص‌ها	مقدار به دست آمده	مقدار قابل قبول
شاخص‌های مطلق	CMIN	۴۱/۳۳۹	-
	درجه آزادی (DF)	۳۹	-
	سطح معناداری (P)	۰/۱۴۸	بیشتر از ۰/۰۵
	نسبت کای اسکوتر به درجه آزادی X^2/df یا CMIN/df	۱/۰۶۰	کمتر از ۳
	خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۱۳	کمتر از ۰/۰۸
شاخص‌های نسبی	شاخص تقریب برازندگی (PCLOSE)	۰/۹۹۳	کمتر از ۰/۰۵
	شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۹۸	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازندگی افزایشی (IFI)	۰/۹۹۸	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۸۰	بیشتر از ۰/۹۰
	شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۶۱	بیشتر از ۰/۹۰

(PCLOSE) برابر با ۰/۹۹۳ و شاخص RMSEA برابر با ۰/۰۱۳ است که بر اساس معیارهای پیشنهادی کلاین نشان‌دهنده برازش بسیار مناسب مدل می‌باشد. در ادامه نتایج جداول ۴ و ۵ اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد و بر اساس آن می‌توان به تأیید یا رد اثرات مستقیم و میانجی متغیرهای پژوهش بر افکار خودکشی پرداخت.

جهت آزمودن مدل مورد نظر در پژوهش حاضر، روش الگویابی معادلات ساختاری (SEM) به کار گرفته شد. برای بررسی برازندگی مدل از شاخص‌های ارائه شده در جدول ۳ استفاده گردید. همچنین اگر شاخص‌های برازش هنجار شده (NFI)، برازش مقایسه‌ای (CFI)، برازندگی افزایشی (IFI) و نیکویی برازش (GFI) بزرگ‌تر از ۰/۹۰ باشند، بیانگر برازش مناسب و مطلوب مدل هستند. همان‌گونه که بر اساس جدول ۳ مشاهده می‌شود، مقدار شاخص تقریب برازندگی

جدول ۴: شاخص‌های استاندارد و غیراستاندارد مدل برازش شده پژوهش

متغیر مستقل	متغیر وابسته	ضریب استاندارد	ضریب غیراستاندارد	خطای استاندارد	t	P
ترومای کودکی	ظرفیت ذهنی‌سازی	-۰/۵۶۸	-۱/۱۷۶	۰/۲۲۲	-۵/۲۹۶	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	ظرفیت ذهنی‌سازی	-۰/۳۱۲	-۰/۳۶۷	۰/۱۲۱	-۳/۰۳۹	۰/۰۰۲
ترومای کودکی	افکار خودکشی	۰/۲۴۵	۰/۸۷۷	۰/۳۸۶	۲/۲۷۵	۰/۰۲۳
ناگویی هیجانی	افکار خودکشی	۰/۱۵۹	۰/۳۲۴	۰/۱۹۳	۱/۶۷۵	۰/۰۹۴
ظرفیت ذهنی‌سازی	افکار خودکشی	-۰/۳۰۸	-۰/۵۳۲	۰/۲۰۴	-۲/۶۰۶	۰/۰۰۹

هیجانی به ظرفیت ذهنی‌سازی ($\beta = -۰/۳۱۲$, $t = -۳/۰۳۹$)، ترومای کودکی به افکار خودکشی ($\beta = ۰/۰۲۳$, $t = ۲/۲۷۵$) و ظرفیت ذهنی‌سازی به افکار خودکشی ($\beta = -۲/۶۰۶$, $t = -۲/۶۰۶$) معنادار است. همچنین مسیر ناگویی هیجانی به افکار خودکشی ($\beta = ۰/۰۹۴$, $t = ۱/۶۷۵$) با توجه به اینکه

بر اساس جدول ۴، در مواردی که مقدار آماره t خارج از بازه ($\pm ۱/۹۶$) باشد یا سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ باشد، رابطه بین دو متغیر معنادار در نظر گرفته می‌شود. نتایج جدول نشان می‌دهد که مسیر مستقیم ترومای کودکی به ظرفیت ذهنی‌سازی ($\beta = -۰/۵۶۸$, $t = -۵/۲۹۶$)، ناگویی

استفاده شد. نتایج این روش برای بررسی مسیرهای میانجی غیرمستقیم در جدول ۵ ارائه شده است.

مقدار t در بازه $(\pm 1/96)$ قرار دارد و سطح معناداری آن بیشتر از ۰/۰۵ است، معنادار نیست. در ادامه، به منظور بررسی روابط غیرمستقیم در مدل برازش شده از روش بوت‌استرپ

جدول ۵: بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل برازش شده پژوهش

متغیر مستقل	متغیر میانجی	متغیر وابسته	اثر غیر مستقیم	حد پایین	حد بالا	معناداری
ترومای کودکی	ظرفیت ذهنی سازی	افکار خودکشی	۰/۶۲۶	۰/۱۵۱	۱/۳۹۲	۰/۰۰۶
ناگویی هیجانی	ظرفیت ذهنی سازی	افکار خودکشی	۰/۱۹۵	۰/۰۵۳	۰/۴۸۳	۰/۰۰۵

کاهش ظرفیت ذهنی‌سازی و تنظیم هیجان همراه است. این تغییرات باعث می‌شود فرد در مواجهه با فشارهای زندگی دانشجویی (مانند استقلال، رقابت تحصیلی، روابط پیچیده، بحران هویت و استرس‌های محیط دانشگاه) بیشتر به سمت نشخوار منفی، احساس ناامیدی، بی‌ارزشی و افکار فرار از درد (افکار خودکشی) سوق داده شود. افکار خودکشی اغلب به عنوان راهکاری برای پایان دادن به درد هیجانی مزمن ناشی از ترومای اولیه ظاهر می‌شود، زیرا فرد مهارت‌های کافی برای تحمل، پردازش و تنظیم هیجانات منفی را توسعه نداده است (۳۷). همچنین ترومای کودکی با ایجاد اختلال در تعاملات اولیه مراقب-کودک، فرصت یادگیری دقیق حالات ذهنی را از بین می‌برد و ظرفیت ذهنی‌سازی را به‌طور پایدار پایین می‌آورد. این کاهش باعث می‌شود فرد نتواند هیجانات منفی شدید (ناامیدی، شرم، خشم فروخورده) را به‌درستی پردازش کند یا نیت‌های دیگران را درست تفسیر نماید؛ در نتیجه، این هیجانات پردازش نشده به شکل افکار فرار از درد (افکار خودکشی) ظاهر می‌شوند (۳۸).

از سوی دیگر نتایج پژوهش حاضر نشان داد که ظرفیت ذهنی‌سازی رابطه مستقیم و منفی معناداری با افکار خودکشی دانشجویان دارد. این یافته با پژوهش‌های مشتاقی و هاشمی پور (۳۹)، حفاظی‌طرقبه و نجفی (۴۰)، دوبا (Doba) و همکاران (۴۱) و باگی (Bagby) و همکاران (۴۲) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت ناگویی هیجانی با جلوگیری از نام‌گذاری و بیان آگاهانه هیجانات، باعث می‌شود فرد نتواند احساسات خود را به‌طور دقیق پردازش کند. این ناتوانی مستقیماً بر ظرفیت ذهنی‌سازی اثر می‌گذارد؛ زیرا ذهنی‌سازی نیازمند آگاهی از هیجانات درونی و ارتباط آن‌ها با حالات ذهنی است. وقتی هیجانات بدون پردازش باقی می‌مانند، فرد در تفسیر نیت‌ها و احساسات دیگران نیز دچار مشکل می‌شود و اغلب

بر اساس جدول ۵، برای بررسی روابط غیرمستقیم متغیرها در مدل از روش بوت‌استرپ استفاده شد. نتایج نشان داد که اثر غیرمستقیم ترومای کودکی بر افکار خودکشی از طریق ظرفیت ذهنی‌سازی برابر با ۰/۶۲۶ است و با توجه به اینکه فاصله اطمینان بوت‌استرپ (۰/۱۵۱ تا ۱/۳۹۲) شامل صفر نمی‌شود و مقدار سطح معناداری ۰/۰۰۶ کمتر از ۰/۰۵ است، این اثر معنادار محسوب می‌شود. همچنین نتایج نشان داد که اثر غیرمستقیم ناگویی هیجانی بر افکار خودکشی از طریق ظرفیت ذهنی‌سازی برابر با ۰/۱۹۵ است. با توجه به اینکه فاصله اطمینان بوت‌استرپ (۰/۰۵۳ تا ۰/۴۸۳) شامل صفر نیست و مقدار سطح معناداری ۰/۰۰۵ کمتر از ۰/۰۵ است، این مسیر نیز معنادار ارزیابی می‌شود. در نتیجه می‌توان گفت ظرفیت ذهنی‌سازی به‌عنوان یک متغیر میانجی، در رابطه بین ترومای کودکی و ناگویی هیجانی با افکار خودکشی نقش معناداری ایفا می‌کند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی افکار خودکشی بر اساس تجربه ترومای کودکی و ناگویی هیجانی در دانشجویان با میانجی‌گری ظرفیت ذهنی‌سازی انجام شد. اولین یافته پژوهش حاضر نشان داد که تجربه ترومای کودکی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق ظرفیت ذهنی‌سازی با افکار خودکشی در دانشجویان ارتباط دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش‌های نورائی و همکاران (۳۵)، ارسلان ده و همکاران (۳۶)، ایشون (Eshun) و همکاران (۳۷) و پان (Pan) و همکاران (۳۸) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت ترومای کودکی با ایجاد تغییرات پایدار در سیستم‌های عصبی-هیجانی (مانند افزایش حساسیت به استرس و کاهش تحمل هیجانات منفی)، الگوهای دلبستگی ناایمن، طرحواره‌های ناسازگار (مانند بی‌ارزشی، رهاشدگی یا آسیب‌پذیری)، و

مانع از ارتباط دقیق احساسات با حالات ذهنی می‌شود. این ناتوانی ظرفیت ذهنی‌سازی را تضعیف می‌کند؛ زیرا ذهنی‌سازی نیازمند آگاهی هیجانی و تفسیر نیت‌ها و باورهای درونی است، بنابراین ترکیب ناگویی هیجانی و ضعف ذهنی‌سازی می‌تواند چرخه انزوا و ناامیدی را فعال سازد و افکار مرگ‌بار را تقویت کند. همچنین یافته‌ها نشان دادند که ناگویی هیجانی ارتباط مستقیمی با افکار خودکشی ندارد، اما از طریق ظرفیت ذهنی‌سازی به صورت غیرمستقیم با این افکار مرتبط است. این یافته بیانگر آن است که دشواری در شناسایی و توصیف هیجانات، زمانی به افکار خودکشی منجر می‌شود که فرد توانایی کمی در درک و تفسیر حالات ذهنی خود و دیگران (ذهنی‌سازی) داشته باشد. ضعف در ذهنی‌سازی، پردازش هیجانات شدید را دشوار کرده و می‌تواند به احساس درماندگی و ناامیدی بینجامد که خود از عوامل خطر خودکشی هستند. بنابراین، ذهنی‌سازی به عنوان یک سازوکار میانجی، نقش حیاتی در تبدیل تجارب هیجانی دشوار به افکار خودکشی ایفا می‌کند (۴۶). بنابراین، معنادار شدن رابطه غیرمستقیم و غیرمعنادار بودن مسیر مستقیم، نشان می‌دهد که ذهنی‌سازی نقش محوری و واسطه‌ای در انتقال اثر ناگویی هیجانی بر افکار خودکشی دارد.

نتیجه‌گیری

در مجموع، یافته‌های این مطالعه حاکی از آن است که تعامل میان عوامل آسیب‌زای اولیه و دشواری‌های تنظیم و پردازش هیجانی می‌تواند از طریق تضعیف کارکردهای بازتابی و ذهنی‌سازی، زمینه‌ساز افزایش آسیب‌پذیری نسبت به افکار خودکشی باشد. این نتایج بر اهمیت توجه هم‌زمان به تجارب تحولی فرد و سازوکارهای شناختی-هیجانی در فرایند ارزیابی و مداخله تأکید می‌کند. از این رو، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های پیشگیری و درمان، با تمرکز بر تقویت ظرفیت ذهنی‌سازی و ارتقای مهارت‌های تنظیم هیجان، به صورت هدفمند طراحی و اجرا شوند. همچنین انجام پژوهش‌های طولی و چندمتغیره با در نظر گرفتن عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی می‌تواند به تبیین دقیق‌تر مسیرهای علی و ارائه چارچوبی جامع‌تر برای فهم و کاهش افکار خودکشی منجر شود. با این حال، مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی است که باید در تفسیر نتایج مورد توجه قرار گیرد. از جمله آنکه ابزارهای مورد

به تفسیرهای سطحی، تحریف‌شده یا پیش‌ذهنی روی می‌آورد. در دانشجویان، که با روابط پیچیده، تعارض‌های بین‌فردی و نیاز به خودآگاهی عاطفی روبرو هستند، این نقص می‌تواند به سوءتفاهم‌های مکرر، دشواری در همدلی و افزایش تنش‌های روانی منجر شود (۴۲). در محیط دانشگاهی، جایی که بیان احساسات و درک متقابل نقش مهمی در سازگاری اجتماعی و تحصیلی دارد، ناگویی هیجانی می‌تواند به انزوای عاطفی، کاهش کیفیت روابط و افزایش احساس ناتوانی در مدیریت هیجانات دامن بزند - همه این‌ها ظرفیت ذهنی‌سازی را بیشتر تضعیف می‌کنند. سنجش سطح ناگویی هیجانی می‌تواند به عنوان یکی از شاخص‌های کلیدی برای پیش‌بینی مشکلات ذهنی‌سازی در دانشجویان عمل کند.

همچنین یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که ناگویی هیجانی به صورت مستقیم با افکار خودکشی رابطه معناداری ندارد اما به صورت غیرمستقیم از طریق ظرفیت ذهنی‌سازی با افکار خودکشی دانشجویان ارتباط دارد. این یافته به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش‌های زحمتکش (۴۳)، بابایی و همکاران (۴۴)، هو و هوانگ (Hu & Huang) (۴۵) و دوآن (Duan) و همکاران (۴۶) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت ناگویی هیجانی با جلوگیری از پردازش آگاهانه هیجانات، باعث می‌شود فرد نتواند احساسات منفی شدید (ترس، خشم، شرم، ناامیدی) را به درستی نام‌گذاری کند یا به دیگران منتقل نماید. این هیجانات پردازش نشده اغلب به صورت فشار درونی مداوم، احساس خفگی عاطفی و در نهایت افکار فرار از درد (افکار خودکشی) ظاهر می‌شوند. در دانشجویان، که با حجم بالایی از استرس‌های تحصیلی، روابط ناپایدار، فشار هویتی و انتظارات اجتماعی روبرو هستند، این ناتوانی در مدیریت هیجانات می‌تواند به سرعت به چرخه‌ای از انزوا، ناامیدی و افکار مرگ‌بار تبدیل شود؛ زیرا فرد نه راهی برای تخلیه هیجانی دارد و نه مهارت کافی برای جستجوی کمک (۴۵). محیط دانشگاهی با تأکید بر استقلال و خودتنظیمی، این آسیب‌پذیری را تشدید می‌کند؛ دانشجویانی که نمی‌توانند هیجانات خود را بیان کنند، کمتر حمایت عاطفی دریافت می‌کنند و بیشتر در دام احساس سربار بودن یا بی‌ارزشی می‌افتند - دو عامل شناخته‌شده در نظریه‌های معاصر خودکشی. از طرف دیگر ناگویی هیجانی با جلوگیری از نام‌گذاری و بیان آگاهانه هیجانات،

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری در رشته روانشناسی نویسنده اول می باشد. از کلیه افراد شرکت کننده و کسانی که همکاری لازم را داشتند صمیمانه تقدیر و تشکر می گردد.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اظهار می دارند که هیچ گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

استفاده در این پژوهش از نوع خودگزارشی بوده‌اند، که این امر احتمال سوگیری پاسخ‌دهندگان را افزایش می‌دهد و قابلیت تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و فرهنگ‌ها را محدود می‌سازد. همچنین، طرح پژوهش از نوع همبستگی بوده و در نتیجه، امکان استنباط روابط علی میان متغیرها را فراهم نمی‌کند.

سپاسگزاری

References

1. Sadek J. A clinician's guide to suicide risk assessment and management. Cham, Switzerland: Springer International Publishing; 2019.
2. World Health Organization. Suicide worldwide in 2021: global health estimates. World Health Organization; 2025.
3. 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>
4. Azimi A, Yazdkhasti F, Maracy M, Ebrahimi A. Comparison of the effectiveness of culture-based psychotherapy and cognitive-behavioral therapy on depression and suicidal ideation for the role of brain-derived neurotrophic moderators in adolescent girls. Advances in Cognitive Sciences 2022; 24 (3) :148-163. <http://dx.doi.org/10.30514/icss.24.3.148>
5. 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;15(6):1235. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061235>
6. Pine DS, Cohen JA. Trauma in children and adolescents: Risk and treatment of psychiatric sequelae. Biological psychiatry. 2002;51(7):519-31. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(01\)01352-x](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(01)01352-x)
7. McKay MT, Cannon M, Chambers D, Conroy RM, Coughlan H, Dodd P, Healy C, O'Donnell L, Clarke MC. Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2021;143(3):189-205. <https://doi.org/10.1111/acps.13268>

8. Brown M, Worrell C, Pariante CM. Inflammation and early life stress: An updated review of childhood trauma and inflammatory markers in adulthood. Pharmacology Biochemistry and Behavior. 2021;211:173291. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173291>
9. Brodsky BS, Stanley B. Adverse childhood experiences and suicidal behavior. Psychiatric Clinics of North America. 2008;31(2):223-35. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.02.002>
10. Alter S, Wilson C, Sun S, Harris RE, Wang Z, Vitale A, Hazlett EA, Goodman M, Ge Y, Yehuda R, Galfalvy H. The association of childhood trauma with sleep disturbances and risk of suicide in US veterans. Journal of psychiatric research. 2021;136:54-62. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.01.030>
11. Kim H, Seo J, Namkoong K, Hwang EH, Sohn SY, Kim SJ, Kang JI. Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive-compulsive disorder. Journal of affective disorders. 2016;192:50-5. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.12.018>
12. Moshtaghi S, Hashemipoor F. Modeling Suicidal Thoughts based on Insecure Attachment Style, Mentalizing Ability and Alexithymia in Female Students. IJPN 2024; 12 (2) :98-110. <http://dx.doi.org/10.22034/IJPN.12.2.98>
13. Kinnaird E, Stewart C, Tchanturia K. Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. European Psychiatry. 2019;55:80-9. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.09.004>
14. Schimmenti A, Passanisi A, Caretti V, La Marca L, Granieri A, Iacolino C, Gervasi AM, Maganuco NR, Billieux J. Traumatic experiences, alexithymia, and Internet addiction symptoms among late adolescents: A moderated mediation analysis. Addictive behaviors. 2017;64:314-20. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.11.002>

15. Maniaci G, Picone F, van Holst RJ, Bolloni C, Scardina S, Cannizzaro C. Alterations in the emotional regulation process in gambling addiction: The role of anger and alexithymia. *Journal of gambling studies*. 2017;33(2):633-47. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9636-4>
16. Feki R, Sellami R, Feki I, Trigui D, Turki H, Masmoudi J. Association between depression and alexithymia in adolescents with Acne vulgaris. *European Psychiatry*. 2017;41(S1):S437-.
17. Hemming L, Haddock G, Shaw J, Pratt D. Alexithymia and its associations with depression, suicidality, and aggression: an overview of the literature. *Frontiers in psychiatry*. 2019;10:425462. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00203>
18. Cerutti R, Presaghi F, Manca M, Gratz KL. Deliberate self-harm behavior among Italian young adults: Correlations with clinical and nonclinical dimensions of personality. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2012;82(3):298. <https://psycnet.apa.org/record/2012-22094-002>
19. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL. Affect regulation, mentalization and the development of the self. Routledge; 2018. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780429471643/>
20. Löf J, Clinton D, Kaldo V, Rydén G. Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: A naturalistic study. *BMC psychiatry*. 2018;18(1):185. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-018-1699-6>
21. Li ET, Carracher E, Bird T. Linking childhood emotional abuse and adult depressive symptoms: The role of mentalizing incapacity. *Child abuse & neglect*. 2020;99:104253. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104253>
22. Wagner-Skacel J, Riedl D, Kampling H, Lampe A. Mentalization and dissociation after adverse childhood experiences. *Scientific reports*. 2022;12(1):6809 <https://www.nature.com/articles/s41598-022-10787-8>
23. yenen Menderes AS, Cetin FC. 6.96 Impact of Psychopathology, Identity Status, and Mentalization on Nonsuicidal Self-Injury Among Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2023;62(10):S316. [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(23\)01987-1/abstract](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(23)01987-1/abstract)
24. Karimi F, Farahbakhsh K, Motamedi A, Salimi H. Investigating the self-harm behavior influenced by mentalization status and family relationships in adolescent girls aged 14 to 18 (Qualitative research). *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2021;22(3):47-61. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.582144.1633>
25. Herrero-Fernández D, Parada-Fernández P, Rodríguez-Arcos I, Amaya-Carrillo L, González-Sáez ME, Rubio-González M. The mediation effect of mentalization in the relationship between attachment and aggression on the road. *Transportation research part F: traffic psychology and behaviour*. 2022;86:345-55. <https://doi.org/10.1016/j.trf.2022.03.009>
26. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. Guilford publications; 2023.
27. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003; 27(2):169-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
28. Shafiei M, Rezaee F, Sadeghi M. Model of Contrast Avoidance of Generalized Anxiety Disorder in People with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychology*. 2021; 1(97):98. <http://www.iranapsy.ir/Article/22268/FullText>
29. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research*. 1994;38(1):23-32.
30. Besharat MA. Toronto Alexithymia Scale: Questionnaire, administration method, and scoring (Persian version). *Iranian Psychologists (Developmental Psychology)*. 2013;10(37):90-92. <https://sanad.iau.ir/Journal/jip/Article/1054496>
31. Beck A, Steer R. Manual for the beck scale for suicide ideation 5th ed. San Antonio psychological publication. 1991;5:230-9.
32. Anisi J, Fathi-Ashtiani A, Soltani Nejad A, Amiri M. Prevalence of Suicidal Ideation in Soldiers and its Associated Factors. *Journal of Military Medicine*. 2022; 8(2): 113-118.
33. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee YW, Warren F, Howard S, Ghinai R, Fearon P, Lowyck B. Development and validation

- of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PloS one*. 2016;11(7):e0158678. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0158678>
34. Drogar E, Fathi-Ashtiani A, Ashrafi E. Validation and Reliability of the Persian Version of the Mentalization Questionnaire. *Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*. 2020;12(1):1-2. <https://doi.org/10.22075/jcp%20.2020.18897.1745>.
 35. Nouraei N, Goodarzi M, Aflakseir A. The Mediating Role of Mentalization and Self-Emotion Regulation in the Relationship between Childhood Trauma and Suicidal Ideation. *Clinical Psychology: Research and Practice Innovations*. 2024; 16(2): 13-25. <https://doi.org/10.22075/jcp.2024.33846.2880>
 36. Arsalandeh F, Iliyaifar G, Shakibaeinezhad A, Ghanbari E. The Effect of Childhood Trauma and Emotional Dysregulation on Suicidal Thoughts With The Mediation of Rumination in Nurses With Depressive Symptoms. *Faslname-i mudiriyat-e parastari*. 2023; 12 (3): 90-104. <http://ijnv.ir/article-1-1064-fa.html>
 37. Eshun E, Anane C, Peasah BS, Oduro T, Lawer TD, Takyi S, Benjamin AG. Childhood Traumatic Experiences and Suicidal Ideations among University Students. *Asian Journal of Education and Social Studies*. 2025;51(8):1533-47.
 38. Pan Z, Zhang D, Bian X, Li H. The relationship between childhood abuse and suicidal ideation among Chinese college students: the mediating role of core self-evaluation and negative emotions. *Behavioral Sciences*. 2024;14(2):83. <https://doi.org/10.3390/bs14020083>
 39. Moshtaghi S, Hashemipoor F. Modeling Suicidal Thoughts based on Insecure Attachment Style, Mentalizing Ability and Alexithymia in Female Students. *IJPN* 2024; 12 (2) :98-110. <http://ijpn.ir/article-1-2377-fa.html>
 40. Hefazi Torghabeh L, Najafi M. The mediating role of mentalization and self-compassion in the relationship between attachment styles and suicidal thoughts in adolescents. *Journal of Psychology*. 2025;374:342-9. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.18808436.1404.29.1.9.7>
 41. Doba K, Debbané M, Auger E, Nandrino JL. Suicide risk, mentalizing and emotion regulation in adolescents: The role of maternal maladaptive emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*. 2025;29(1): 67-77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.052>
 42. Bagby RM, Zito L, Lau SC, Mortezaei A, Porcelli P, Taylor GJ. Alexithymia and Impaired Mentalization: Evidence from Self-, Informant-, and Meta-Perception Ratings on the 20-Item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Intelligence*. 2025 Jul 21;13(7):89. <https://doi.org/10.3390/jintelligence13070089>
 43. Zahmatkesh Y. Prediction of suicidal thoughts based on alexithymia and childhood traumas of divorced women. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*. 2022;1(2):47-55.
 44. Babaei S, Naseri manesh M, Abouzari F, Karami S. The role of traumatic childhood experiences, mentalization and Alexithymia in predicting depression and suicidal thoughts in women suffering from the trauma of marital betrayal. *IJPN* 2023; 10 (6) :110-122. <http://ijpn.ir/article-1-2117-fa.html>
 45. Hu C, Huang W, Zhang W. Childhood emotional abuse and suicidal ideation in college students: exploring the mediating role of alexithymia and the moderating effect of physical exercise. *Frontiers in Psychiatry*. 2025;16:1660164. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1660164>
 46. Duan S, Xu X, Pi H, Lai J, Huang Y. Childhood psychological abuse influences adolescent aggression through mentalizing and alexithymia sequential mediation. *Scientific Reports*. 2025;15(1):23321. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-07449-w>