

Predicting of Suicide Ideation in Individuals with Obsessive-Compulsive Tendencies: The Roles of Alexithymia, Responsibility Attitude, Positive/Negative Affect

Rasol Heshmati¹, Hamed Esmailyan¹, Romina Habibi², Bahman Matinpoor*³

Article Info:

Article History:

Received: 05/30/2018

Accepted: 08/06/2018

Published: 09/21/2018

Keywords:

Obsessive-Compulsive disorder

Suicidal Ideation

Alexithymia

Responsibility

Positive and Negative

Affect

Abstract

Background and Objectives: The aim of the present study was to investigate the relationship among alexithymia, responsibility attitude, positive and negative affect, and suicidal ideation in people with obsessive tendencies.

Material and Methods: The study sample was comprised of 400 students from Tabriz University from whom 151 students with an obsession score higher than the cut-off point were selected randomly as people with obsession tendency. Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), responsibility attitude scale (RAS), PANAS Positive and Negative Affect Schedule, Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale and Beck Scale for Suicidal Ideation (BSSI) were used to collect the data. The data were analyzed using Pearson product-moment correlation method and hierarchical regression.

Results: The hierarchical regression results showed that controlling demographic variables, alexithymia variable as overall, difficulty identifying feelings subscale, difficulty describing feelings subscale and negative affect can predict suicide. Responsibility and positive affect variables and externally-oriented thinking in alexithymia could not predict the dependent variable.

Conclusion: Based on these findings, we can conclude that difficulty identifying feelings, difficulty describing feelings and negative affect are the main determinants for suicide in people with obsessive tendencies.

Citation: Heshmati R, Esmailyan H, Habibi R, Matinpoor B. Predicting of Suicide Ideation in Individuals with Obsessive-Compulsive Tendencies: The Roles of Alexithymia, Responsibility Attitude, Positive/Negative Affect. *Depiction of Health* 2018; 9(2): 92-100.

1. Department of Psychology and Education Sciences, Faculty of Psychology and Education Sciences, Tabriz University, Tabriz, Iran
 2. Department of Psychology and Education Sciences, Faculty of Psychology and Education Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
 3. Department of Psychology and Education Sciences, Faculty of Psychology and Education Sciences, Shahed University, Tehran, Iran
- (Email: matinbahman@yahoo.com)



© 2018 The Author(s). This work is published by *Depiction of Health* as an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

افکار خودکشی در دانشجویان با گرایش‌های وسواس: نقش الکسی تایمی، مسئولیت‌پذیری و عاطفه مثبت و منفی

رسول حشمتی^۱، حامد اسماعیلیان^۱، رومینا حبیبی^۲، بهمن متین‌پور^{۳*}

چکیده

زمینه و اهداف: هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه الکسی تایمی، نگرش مسولیت‌پذیری و عاطفه مثبت و منفی با تفکر خودکشی در افراد با گرایش وسواس بود.

مواد و روش‌ها: نمونه پژوهش شامل ۴۰۰ نفر دانشجوی دانشگاه تبریز بودند، که از آنها ۱۵۱ نفر که نمره وسواس‌شان بالاتر از خط برش بود به‌عنوان افرادی که گرایش وسواس داشتند به‌روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده از پرسش‌نامه‌های الکسی تایمی تورنتو-۲۰، نگرش مسولیت‌پذیری، عاطفه مثبت و منفی، وسواسی-اجباری ییل براون و تفکر خودکشی بک استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش گشتاوری پیروسون و رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل رگرسیون سلسله‌مراتبی نیز نشان داد، که با کنترل متغیرهای دموگرافیک، متغیر ناگویی خلقی به‌صورت کل و زیرمقیاس‌های دشواری در تشخیص احساسات و دشواری در توصیف احساسات و عاطفه منفی قادر به پیش‌بینی تفکر خودکشی هستند و متغیر مسولیت‌پذیری و عاطفه مثبت و زیرمقیاس تفکر بیرونی الکسی تایمی قادر به پیش‌بینی متغیر ملاک نبودند.

نتیجه‌گیری: براساس این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که دشواری در تشخیص احساسات و دشواری در توصیف احساسات و عاطفه منفی تعیین‌گرهای اصلی تفکر خودکشی در افراد با گرایش‌های وسواس هستند.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواسی-جبری، تفکر خودکشی، الکسی تایمی، مسولیت‌پذیری، عاطفه مثبت و منفی

نحوه استناد به این مقاله: حشمتی، اسماعیلیان ح، حبیبی، متین‌پور ب. افکار خودکشی در دانشجویان با گرایش‌های وسواس: نقش الکسی تایمی، مسولیت‌پذیری و عاطفه مثبت و منفی. تصویر سلامت ۱۳۹۷؛ ۹(۲): ۹۲-۱۰۰.

۱. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

۲. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۳. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران (Email: matinbahman@yahoo.com)

حقوق برای مؤلف(ان) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در تصویر سلامت تحت مجوز کرییتیو کامنز (<http://creativecommons.org/licenses/bync/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه

کیم (Kim) و همکاران، نشان دادند که الکیس تایمی قابلیت پیش‌بینی بالایی برای تفکر خودکشی در وسواس دارد (۱۲). لذا این متغیر در گرایش به خودکشی در وسواس نیاز به بررسی بیشتری دارد.

از جمله ویژگی‌های شخصیتی دیگر که اگر در حد افراط باشد و به شکل غیرمنطقی در افراد وجود داشته باشد و شخص را برای ابتلا به وسواس مستعد می‌سازد، مسئولیت‌پذیری (Responsibility) است. مسئولیت‌پذیری یک الزام و تعهد درونی از سوی فرد برای انجام مطلوب همه فعالیت‌هایی که بر عهده‌اش گذاشته شده است، می‌باشد. (۱۳). بر باور سالکوسکیس (Salkovskis) ادراک مبالغه‌آمیز مسئولیت‌پذیری در وسواس نقش مرکزی را دارا هست. بر پایه این الگو، افراد وسواسی رخداد شناخت‌های مزاحم را مشمول صدمه زدن به خود یا دیگران، تفسیر می‌کنند، مگر اینکه برای پیشگیری از آن اقدامی انجام دهند. بنابراین ارزیابی‌های مسئولیت‌پذیری از سویی باعث تجربه ناراحتی و اضطراب به دنبال رخداد افکار مزاحم شده و از سوی دیگر موجب تلاش برای خنثی‌سازی افکار مزاحم و شک تردیدهای وسواسی می‌شود (۱۴). مسئولیت‌پذیری افراطی به عنوان یکی از عنصرهای شناختی که باعث آسیب‌پذیری و نگه‌داشتن اختلال می‌شود، نشان داده شده است (۱۵). این می‌تواند این فرضیه را در پی داشته باشد که مسئولیت‌پذیری افراطی ممکن است با سطح بالایی از وسواس، افسردگی احساس گناه و تکانش‌گری ارتباط داشته باشد (۱۶). احتمال بروز و تشدید افکار خودکشی در بیماران آسیب‌پذیرتر مانند بیماران دارای سطوح بالای الکیس تایمی وجود دارد. در مطالعه‌ای اخیر نشان داده شد، که یکی از متغیرهایی که فرد را به سمت خودکشی در افراد وسواسی سوق می‌دهد، مسئولیت‌پذیری افراطی است، که تفکر خودکشی را با توان بالایی پیش‌بینی می‌کند (۱۱). در مورد رابطه مسئولیت‌پذیری با تفکر خودکشی در افراد وسواس، نیاز به انجام مطالعات بیشتر در کنار سایر متغیرها هستیم.

در پژوهش‌های اخیر، دو مؤلفه‌ای که مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است، مؤلفه‌های عاطفه مثبت و منفی است. عواطف منفی به تمایل فرد به توجه احساسات منفی مثل خشم، تنفر و اضطراب، در موقعیت‌های مختلف اشاره دارد، در حالی که بازداری اجتماعی به تمایل فرد به اجتناب از ابزار این هیجانات منفی در تعاملات اجتماعی اشاره می‌کند (۱۷). احساس مثبت نشان می‌دهد که چگونه افراد برای زندگی اشتیاق دارند و اینکه چقدر احساس فعال بودن و هشیار بودن می‌کنند؛ اما احساس منفی ابعاد گسترده‌ای از ناراحتی درونی و درگیری ناخوشایند در حالت‌های ناخوشایندی مثل عصبانیت، تنفر و انزجار، گناه و ترس و اضطراب می‌باشد (۱۸). تلگن (Tellgen) معتقد است که آن دو بعد عام عاطفی، به نحو متمایز

بسیاری از افراد گهگاه افکار ناخواسته‌ای دارند و بسیاری نیز بعضی مواقع این اشتیاق را دارند که به گونه‌ای رفتار کنند که شرم‌آور یا حتی خطرناک است. اما فقط عده اندکی هستند که به اختلال وسواس فکری عملی (OCD) - Obsessive compulsive disorder دچار می‌شوند. چهارمین راهنمای آماری تشخیصی اختلالات روانی (DSM-IV)، اختلال وسواسی-جبری را در طبقه تشخیصی اختلالات اضطرابی قرار داده بود، اما پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM-5)، این اختلال را در طبقه جداگانه‌ای تحت-عنوان اختلالات وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط با آن تدارک دیده است (۱). به عبارت دیگر، اختلال وسواس فکری-عملی اختلال شدید و مزمنی است که به وسیله وسواس‌ها و اجبارها یا هر دو آنها مشخص می‌شود، شیوع این اختلال در طول زندگی بین ۱ درصد تا ۲ درصد جمعیت برآورد شده و در میان زنان بیشتر از مردان شایع است (۱). تفکر خودکشی در بیماران وسواس در دهه‌های گذشته کمتر تخمین زده شده است و زیاد مورد توجه قرار نگرفته است (۲)، اما برخلاف این عقیده، چندین مطالعه خودکشی بالا در مبتلایان وسواس را گزارش نموده‌اند (۳ و ۴). درحقیقت، چندین مطالعه حاکی از آن است که بین ۵ درصد تا ۲۵ درصد از افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی در موقعیت‌هایی از زندگی شان تلاش برای اقدام به خودکشی می‌کنند و در واقع بیشتر از جمعیت سالم فکر خودکشی دارند (۵ و ۶). لذا با توجه به افزایش نرخ خودکشی در این افراد، نیاز به بررسی عوامل زمینه‌ای و مؤثر در تفکر خودکشی افراد مبتلا به وسواس، ضرورت بیشتری یافته تا بتوانیم برای کاهش خودکشی این افراد راه‌حل و چاره‌ای بیابیم.

با توجه به این که ارتباط هیجان‌ها با تفکر خودکشی اهمیت بالینی ویژه‌ای برای پیشگیری از خودکشی دارد، احتمال دارد از تأثیر خصیصه‌های الکیس تایمی در خودکشی افراد، چشم‌پوشی شده باشد. الکیس تایمی به صورت چندبعدی ساختاربندی می‌شود و شامل چهار ویژگی تمیزدهنده است: ۱- مشکل در تشخیص و توصیف احساسات، ۲- مشکل در تمایز احساس از حس بدنی، ۳- کاهش خیال‌پردازی و ۴- تفکر درون‌نگری ضعیف و ملموس (۷). افراد مبتلا به الکیس تایمی ممکن است برخی بی‌نظمی‌ها مثل ناتوانی در خودآرام‌سازی با احساس را داشته باشند، زیرا به احساس‌شان آگاهی کمتری دارند (۸). الکیس تایمی با وسواس ارتباط مثبت و مستقیمی دارد، ممکن است در ۲۰ درصد تا ۴۰ درصد بیماران وسواس وجود داشته باشد (۹). حضور الکیس تایمی در افراد مبتلا به بیماری وسواس ممکن است خطر خودکشی را افزایش دهد (۱۰). مطالعه‌ای اخیر نشان داد، که الکیس تایمی ارتباط معنادار و مثبتی با تفکر خودکشی در افراد وسواس دارد (۱۱). همچنین

حفظ محرمانه بودن اطلاعات، کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان و کسب مجوز از دانشگاه اقدام به جمع آوری اطلاعات نمود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون (Pearson) و روش رگرسیون چندگانه همزمان و با کمک نرم‌افزار SPSS 20 انجام شد.

ابزارهای سنجش

۱- پرسش‌نامه الکسی تایمی (FTAS-20): مقیاس الکسی تایمی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale-20)، یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات (شامل هفت ماده)، دشواری در توصیف احساسات (شامل پنج ماده) و تفکر عینی (شامل هشت ماده) را در اندازه‌های پنج لیکرت از نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) می‌سنجد. یک نمره کل برای الکسی تایمی محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس الکسی تایمی تورنتو-۲۰، در پژوهش‌های متعدد بررسی و تأیید شده است. ضرایب کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات (Difficulty in Identifying Feeling)، دشواری در توصیف احساسات (Difficulty in Describing Feelings) و تفکر عینی (Externally Oriented Thinking) به ترتیب ۸۵ درصد، ۷۵ درصد و ۷۲ درصد محاسبه شد، که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی مقیاس افکار خودکشی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ بود. اعتبار این پرس‌شنامه نیز توسط روایی محتوا تأیید گردید.

۲- مقیاس عاطفه مثبت و منفی (PANAS-X): مقیاس عاطفه مثبت و منفی (Positive and Negative Affect Inventory) توسط واتسون (Watson)، کلاک (Kelark) و تلگن (Telgen) توسعه داده شده است. در این مقیاس ۶۰ احساس در قالب کلمات مطرح شده است و احساسات چند هفته گذشته، در یک مقیاس پنج درجه‌ای براساس طیف لیکرت پنج قسمتی تعیین می‌شود. این پرسش‌نامه علاوه بر عاطفه مثبت و منفی حالات احساسی و هیجانی خاص و ویژه را نیز اندازه‌گیری می‌کند. ضریب پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هردو مقیاس برابر ۰/۸۶ بود. اعتبار این پرس‌شنامه نیز توسط روایی محتوا تأیید گردید.

۳- مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری (RAS): مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری (Responsibility Attitude Scale) مقیاسی خود-گزارش دهی است، که باورهای فرد را درباره مسئولیت‌پذیری می‌سنجد. این مقیاس ۲۶ گویه دارد و پرسش‌هایی مانند من اغلب برای رویدادهای ناگواری که رخ می‌دهد، احساس مسئولیت می‌کنم و تفکر در مورد چیزهای بد درست مانند انجام دادن عمل بد است، را در برمی‌گیرد. آزمودنی‌ها میزان موافقت خود را با هر گویه در یک مقیاس هفت درجه‌ای (یک=کاملاً مخالفم تا هفت=کاملاً موافقم) بیان می‌کنند. پایایی مقیاس افکار خودکشی با

با افسردگی و اضطراب مرتبط‌اند. افسردگی و اضطراب هردو به‌طور قوی باعاطفه منفی در ارتباط‌اند (۱۹).

بخشی‌پور و دوسری و همکاران نشان دادند، که بین عاطفه منفی با اختلال پانیک، اضطراب فراگیر، اختلال وسواس فکری عملی و فویبای اجتماعی و افسردگی، ارتباط وجود دارد (۲۰). بیشتر رویکردها به وجود آمده‌اند تا خطر خودکشی را با تأکید بر کاهش عواطف منفی، کاهش دهند (۲۱). همچنین مطالعاتی که توسط پومپیلی (Pompili) انجام شد، نشان داد که بین عاطفه منفی و تفکر خودکشی ارتباط وجود دارد (۲۲). این احتمال وجود دارد که تفکر خودکشی به‌خاطر ارتباط با ویژگی‌هایی مثل پرخاشگری، غم، اندوه، اضطراب و احساس گناه با تفکر خودکشی در ارتباط باشد (۲۳).

لذا باتوجه به نرخ بالای تفکر و اقدام به خودکشی در افراد وسواس، نیاز به سبب‌شناسی این تفکر داریم. در این تحقیق، ما سه متغیر الکسی تایمی و مسئولیت‌پذیری و عاطفه مثبت و منفی را به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین تفکر خودکشی مورد بررسی قرار می‌دهیم. باتوجه به اینکه بحث خودکشی بحث پیچیده‌ای است و عوامل زیادی در آن دخیل است و پژوهشی که بتواند این سه مؤلفه‌ها را کنار هم و اینکه متغیر تفکر خودکشی را در وسواس پیش‌بینی کند، تا به حال کار نشده است، لذا این پژوهش این خلأ را جبران کرد.

براین اساس، در تحقیق حاضر ما به دنبال بررسی یک هدف اصلی و کلی و سه هدف جزئی هستیم: هدف اصلی و کلی پژوهش حاضر، بررسی تفکر خودکشی در افراد با گرایش‌های وسواس براساس الکسی تایمی و مسئولیت‌پذیری و عاطفه مثبت و منفی است و اهداف جزئی این پژوهش: بررسی تفکر خودکشی، براساس الکسی تایمی و بررسی تفکر خودکشی بر-اساس مسئولیت‌پذیری و بررسی تفکر خودکشی براساس عاطفه مثبت و منفی است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مقطعی در سال ۱۳۹۵ بر روی کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه تبریز انجام گرفت. حجم نمونه براساس فرمول مورگان، ۴۰۰ نفر تعیین شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام گردید. معیارهای ورود به پژوهش، اشتغال به تحصیل در دانشگاه در زمان پژوهش و تمایل به شرکت در تحقیق بود. در این پژوهش در آغاز، از بین شرکت‌کنندگان در مطالعه افراد با گرایش‌های وسواسی مشخص گردید. به همین منظور بعد از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها از بین ۴۰۰ نفر از نمونه اولیه، ۱۵۱ نفر نمره بالاتر از نقطه برش (۱۷) کسب کردند، که به‌عنوان افرادی که گرایش‌های وسواس داشتند، وارد پژوهش شدند. لذا مطالعه با ۱۵۱ نفر انجام گردید.

روش گردآوری داده‌ها پرسش‌نامه بود. بدین منظور محقق ضمن ارائه توضیحی در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و تأکید بر

خودکشی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بود. اعتبار این پرسشنامه نیز توسط روایی محتوا تأیید گردید.

برای تحلیل داده‌ها از روش آماری همبستگی پیرسون و روش رگرسیون سلسله مراتبی و از نرم‌افزار SPSS 21 نسخه استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این مطالعه ۲۰ تا ۳۰ سال بود. ۹۱ نفر (۶۰ درصد) مرد و ۶۰ نفر (۴۰ درصد) زن، ۶۴ نفر (۴۲ درصد) دارای مدرک کارشناسی و مابقی کارشناسی ارشد بودند. ۳۱ نفر (۲۰ درصد) از این افراد را دانشجویان رشته هنر، ۴۶ نفر (۳۰ درصد) روانشناسی و ۳۶ نفر (۲۳ درصد) مدیریت و ۲۱ نفر (۱۳ درصد) دانشجوی دانشکده حقوق و مابقی را دانشجویان رشته پزشکی تشکیل می‌دادند.

جدول ۱ نتایج مربوط به ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون متغیرهای پژوهش را نشان داده است. همان‌طوری که مشاهده می‌شود از بین مؤلفه‌های عواطف، تفکر خودکشی باعاطفه مثبت رابطه منفی و غیرمستقیم ($r = -0.20, p < 0.05$) و باعاطفه منفی رابطه مثبت و مستقیم ($r = 0.71, p < 0.01$) دارد. بدین معنای با افزایش عاطفه مثبت، تفکر خودکشی کاهش و با افزایش عاطفه منفی، تفکر خودکشی افزایش می‌یابد. از بین مؤلفه‌های ناگویی خلقی، تفکر خودکشی با مشکل در تشخیص احساسات ($r = 0.63, p < 0.01$) و مشکل در توصیف احساسات ($r = 0.73, p < 0.01$) رابطه مثبت و مستقیم و با تفکر بیرونی ($r = -0.25, p < 0.01$) رابطه منفی و معکوس دارد. بدین معنای با افزایش مشکل در تشخیص احساسات و مشکل در توصیف احساسات، تفکر خودکشی افزایش و با افزایش تفکر بیرونی، تفکر خودکشی کاهش می‌یابد. همچنین، تفکر خودکشی با ناگویی خلقی رابطه مثبت دارد ($r = 0.56, p < 0.01$). روابط بین تفکر خودکشی با متغیر مسئولیت‌پذیری معنادار نیست.

استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بود. اعتبار این پرسشنامه نیز توسط روایی محتوا تأیید گردید.

۴- پرسشنامه وسواسی-اجباری ییل براون (Obsessive - Compulsive Yale Brown Inventory): این مقیاس توسط گودمن (Goodman) در سال ۱۹۸۹ به منظور تعیین نشانه‌های وسواسی-جبری و شدت آنها و میزان پاسخ به درمان در بیماران وسواسی-جبری، ساخته شده است. این پرسشنامه، در قالب مصاحبه نیمه‌ساختاریافته، اجرا می‌شود و شامل ۱۰ گزینه است که پنج گزینه برای ارزیابی افکار وسواسی و پنج گزینه دیگر برای ارزیابی اعمال اجباری در نظر گرفته شده است. گزینه‌ها براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت در قالب پاسخ‌های خیلی شدید (چهار)، شدید (سه)، متوسط (دو)، خفیف (یک) و غیر بالینی (صفر) طراحی شده‌اند. جمع نمرات کسب‌شده از گزینه‌های فوق، با دامنه بین حداقل صفر تا حداکثر ۴۰، شدت وسواس و اجبار را نشان می‌دهد. به طوری که نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت وسواس بیشتر است. همچنین نقطه برش این پرسشنامه ۱۷ است. روایی و پایایی پرسشنامه وسواسی-اجباری ییل براون در مطالعات متعدد داخلی مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی مقیاس افکار خودکشی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بود. اعتبار این پرسشنامه نیز توسط روایی محتوا تأیید گردید.

۵- پرسشنامه تفکر خودکشی بک (BSSI): پرسشنامه تفکر خودکشی بک (Beck Suicidal Thinking Inventory) یک ابزار خود سنجی ۱۹ سؤالی است، که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش‌ها و رفتارها و همچنین برنامه‌ریزی برای ارتکاب به خودکشی تهیه شده است. سؤالات این مقیاس مواردی از قبیل آرزوی مرگ، تمایل به خودکشی به صورت فعال و نفعال، مدت و فراوانی افکار خودکشی، احساس کنترل خود، عوامل بازدارنده خودکشی و میزان آمادگی فرد جهت اقدام به خودکشی را مورد سنجش قرار می‌دهد. پرسشنامه افکار خودکشی بک دارای ۱۹ سؤال سه گزینه‌ای بوده که براساس درجه نقطه‌ای از صفر تا دو تنظیم شده است. نمره کلی فرد براساس جمع نمرات محاسبه می‌شود، که از صفر تا ۳۸ متغیر می‌باشد. پایایی مقیاس افکار

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون برای متغیرهای پژوهش

SD	M	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
۵/۷۹	۳۱/۶۸								۱	عاطفه مثبت
۸/۰۴	۳۲/۶۰							۱	۰/۰۹	عاطفه منفی
۱۸/۹۰	۱۰۷/۰۳						۱	-۰/۱۱	-۰/۰۴	مسئولیت‌پذیری
۱۳/۷۴	۶۳/۰۷					۱	-۰/۱۵	-۰/۳۶**	-۰/۴۳**	ناگویی خلقی
۹/۵۵	۲۰/۱۵				۱	۰/۴۳**	۰/۰۲	-۰/۵۲**	-۰/۱۹*	مشکل در تشخیص احساسات
۱۲/۳۷	۱۵/۳۳			۱	۰/۲۴**	۰/۴۸**	-۰/۱۱	۰/۲۶**	-۰/۱۵	مشکل در توصیف احساسات
۱۴/۱۷	۲۶/۴۳		۱	-۰/۳۷**	-۰/۵۱**	۰/۱۵	-۰/۰۴	-۰/۳۰**	-۰/۱۵	تفکر بیرونی
۸/۳۵	۱۰	۱	-۰/۲۵**	۰/۳۳**	۰/۶۳**	۰/۵۵**	-۰/۰۶	۰/۷۱**	-۰/۲۰*	تفکر خودکشی

** یعنی در سطح یک صدم معنادار است

* یعنی در سطح پنج صدم معنادار است

حقوق بیمار

[$F(3,142)=11/29, P=0/000$] می‌رسد. در بلوک چهار، با اضافه کردن متغیر مسئولیت‌پذیری به سایر متغیرهای موجود در مدل میزان توان تبیین ۰/۶۶ [$F(1,141)=0/19, P=0/661$] می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که با کنترل شاخصه‌های جمعیت‌شناختی، عواطف و ناگویی خلقی، متغیر مسئولیت‌پذیری قادر به تبیین تفکر خودکشی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی نمی‌باشد. توجه به R^2 تغییر (ΔR^2)، حاکی از این نکته است که کنترل شاخصه‌های جمعیت‌شناختی وارد در مدل، منجر به افزایش توان تبیین در مؤلفه‌های عاطفه مثبت و منفی و ناگویی خلقی می‌شود؛ اما کنترل متغیرهای موجود در مدل منجر به کاهش توان تبیین مسئولیت‌پذیری می‌گردد، که حاکی از اهمیت عواطف و ناگویی خلقی در تفکر خودکشی است.

نتایج مربوط به مدل‌سازی چهارمرحله‌ای رگرسیون سلسله‌مراتبی در جدول ۲ آورده شده است. در بلوک یک، متغیرهای وضعیت جنسی، سن و رشته تحصیلی وارد شدند. این متغیرها به تنهایی قادر به تبیین ۰/۰۷ و [$F(3,147)=9/95, P=0/003$] از واریانس تفکر خودکشی می‌باشند. در بلوک دو، با اضافه شدن متغیرهای عاطفه مثبت و منفی توان پیش‌بینی به ۵۹ درصد [$F(2,145)=94/42, P=0/001$] می‌رسد. بدین معنا که متغیرهای جمعیت‌شناختی و وضعیت جنسی، سن و رشته تحصیلی در کنار متغیرهای عاطفه مثبت و منفی قادر به تبیین ۵۹ درصد از واریانس متغیر تفکر خودکشی است. در بلوک سوم، با اضافه کردن مؤلفه‌های ناگویی خلقی؛ یعنی مشکل در توصیف احساسات، مشکل در تشخیص احساسات و تفکر بیرونی میزان توان پیش‌بینی به ۰/۶۶

جدول ۲. نتایج مدل‌سازی رگرسیون سلسله‌مراتبی چهارمرحله‌ای برای بررسی پیش‌بینی تفکر خودکشی بر مبنای شاخصه‌های دموگرافیک، عواطف مثبت و منفی، ناگویی خلقی و مسئولیت‌پذیری در افراد مبتلا به وسواس

متغیرها	B	SE β	β	تعدیل شده R^2	ΔR^2	t	Sig.
مقدار ثابت	۲۵/۹۶	۱۱/۲۳				۲/۳۱	۰/۰۲۲
جنسیت	-۵/۶۷	۱/۵۹	-۰/۳۳	۰/۰۷	۰/۰۹	-۳/۵۷	۰/۰۰۰
سن	۰/۲۸	۰/۴۶	۰/۰۵			۰/۶۲	۰/۵۳۶
رشته تحصیلی	-۳/۶۲	۱/۷۱	-۰/۲۰			-۲/۱۱	۰/۰۳۷
مقدار ثابت	۱۰/۵۰	۷/۶۰				۱/۳۸	۰/۱۷۰
جنسیت	-۲/۱۷	۱/۴۲	-۰/۱۲	۰/۵۹	۰/۵۱	-۱/۸۳	۰/۱۲۸
سن	-۰/۱۲	۰/۳۱	-۰/۰۲			-۰/۴۱	۰/۶۷۸
رشته تحصیلی	-۲/۳۳	۱/۱۵	-۰/۱۳			-۲/۰۱	۰/۲۰۴۶
عاطفه مثبت	-۰/۳۱	۰/۱۰	-۰/۲۲			-۳/۰۲	۰/۰۰۳
عاطفه منفی	۰/۷۶	۰/۰۵	۰/۷۳			۱۳/۷۳	۰/۰۰۰
مقدار ثابت	۷/۱۱	۷/۳۰				۰/۹۷	۰/۳۳۲
جنسیت	۲/۵۹-	۱/۲۹	-۰/۱۵	۰/۶۶	۰/۰۸	-۲/۰۰	۰/۰۴۷
سن	۰/۲۸-	۰/۲۸	-۰/۰۵			-۱/۰۰	۰/۳۱۵
رشته تحصیلی	۲/۸۰-	۱/۰۶	-۰/۱۶			-۲/۶۵	۰/۰۰۹
عاطفه مثبت	۰/۱۲-	۰/۱۰	-۰/۰۸			-۱/۲۳	۰/۲۲۰
عاطفه منفی	۰/۵۶	۰/۰۶	۰/۵۴			۹/۰۷	۰/۰۰۱
مشکل در تشخیص احساسات	۰/۳۰	۰/۰۵	۰/۳۵			۵/۱۷	۰/۰۰۱
مشکل در توصیف احساسات	۰/۱۰	۰/۰۳	۰/۱۵			۲/۷۹	۰/۰۰۶
تفکر بیرونی	۰/۰۷	۰/۰۳	۰/۱۲			۲/۰۰	۰/۰۴۷

ادامه جدول ۲. نتایج مدل‌سازی رگرسیون سلسله‌مراتبی چهارمرحله‌ای برای بررسی پیش‌بینی تفکر خودکشی بر مبنای شاخصه‌های دموگرافیک، عواطف مثبت و منفی، ناگویی خلقی و مسئولیت‌پذیری در افراد مبتلا به وسواس

		مقدار ثابت					
۰/۲۹۰	۱/۰۶	۸/۳۸	۸/۹۰				
۰/۰۴۶	-۲/۰۱	-۰/۱۵	۱/۲۹	-۲/۶۲			
۰/۲۹۱	-۱/۰۶	-۰/۰۵	۰/۲۸	-۰/۳۰			
۰/۰۰۹	-۲/۶۶	-۰/۱۶	۱/۰۷	-۲/۸۵			
۰/۲۱۵	-۱/۲۴	-۰/۰۸	۰/۱۰	-۰/۱۲	۰/۶۶	۰/۱	بلوک چهار
۰/۰۰۱	۸/۹۴	۰/۵۴	۰/۰۶	۰/۵۵			
۰/۰۰۱	۵/۱۷	۰/۳۵	۰/۰۶	۰/۳۰			
۰/۰۰۷	۲/۷۲	۰/۱۵	۰/۰۳	۰/۱۰			
۰/۰۵۳	۱/۹۵	۰/۱۲	۰/۰۳	۰/۰۷			
۰/۶۶۱	-۰/۴۳	-۰/۰۲	۰/۰۲	-۰/۰۱			

دشواری در تشخیص احساسات و دشواری در توصیف احساسات نرخ خودکشی را افزایش می‌دهد، هماهنگ بود. این یافته با پژوهش کیم و همکاران، که نشان دادند الکی تایمی با تفکر خودکشی در افراد وسواس رابطه مثبت و معناداری دارد، همسو است (۱۲). همچنین، در یک پژوهش نشان داده شد آزمودنی‌های مبتلا به الکی تایمی در قیاس با افرادی که به ناگویی خلقی مبتلا نبودند، سه برابر بیشتر خطر مرگ ناشی از تصادف، زخمی شدن، یا خشونت (که شامل خودکشی می‌شود) را از خود نشان دادند (۲۴). ناگویی خلقی مشکلی است که هم در سطح هیجانی و هم در سطح کارکرد شناختی خود را نشان می‌دهد و به صورت ناتوانی یا نقص در توضیح یا شناخت هیجان‌ها شناخته می‌شود و از مشخصات برجسته آن، دشواری در شناخت و توصیف احساسات ذهنی است، که بر کیفیت زندگی فرد تأثیر می‌گذارد و فرد را به سمت رفتارهای ناسالم می‌کشاند. افرادی که در فهمیدن احساس‌شان مشکل دارند، ممکن است کمتر بتوانند شناسایی و استراتژی‌هایی به کار ببرند که برای تحمل استرس یا حل مشکلات از آن استفاده کنند و همچنین این افراد ظرفیت محدودی برای تجسم‌سازی و سبک جهت‌گیری بیرونی یا تفکر عینی دارند (۲۵). الکی تایمی با رفتارهای خودکشی در چند اختلال روانپزشکی در ارتباط است، در افراد مبتلا به الکی تایمی، بازناسایی هیجانی ضعیف و ناتوانی در برقراری روابط با احساس و مشکل در شناسایی و پردازش هیجان‌ها، ممکن است بر ابراز روانی محدود حالات عاطفی تأثیر گذاشته و خطر خودکشی را افزایش دهد (۲۶ و ۲۷). همچنین چندین مطالعه قبل نشان دادند، که الکی تایمی ممکن است با آمادگی برای آسیب به خود ارتباط داشته باشند، با توجه به اینکه گاهی بیماران وسواس رفتارهای خودکشی از خود نشان می‌دهند (۲۶)، به این دلیل الکی تایمی می‌تواند خودکشی را بدون نشانه‌های افسردگی افزایش دهد (۲۸).

بخش دیگری از نتایج پژوهش نشان می‌دهد که عاطفه منفی قادر به پیش‌بینی متغیر تفکر خودکشی است. این یافته با پژوهش پومپیلی و همکاران که نشان داد بین عاطفه منفی و رفتارهای خودکشی رابطه وجود دارد، همسو است (۲۲). ابوالقاسمی و همکاران معتقدند که عواطف منفی در نارسایی هیجانی و سلامت روان نقش میانجی دارند

بر مبنای مدل چهارمرحله‌ای رگرسیون سلسله‌مراتبی از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی دو متغیر وضعیت جنسی ($\beta = -0.15$) و رشته تحصیلی ($\beta = -0.16$)، قادر به پیش‌بینی تفکر خودکشی افراد وسواسی هستند. در نتیجه با توجه به منفی بودن رابطه، می‌توان گفت که با ایجاد یک واحد در متغیر وضعیت جنسیت و وضعیت رشته تحصیلی میزان نمره تفکر خودکشی افراد وسواسی به ترتیب به 0.15 و 0.16 واحد کاهش می‌یابد. متغیر سن قادر به پیش‌بینی تفکر خودکشی نیست. از بین مؤلفه‌های عواطف تنها مؤلفه عاطفه منفی ($\beta = 0.54$)، قادر به پیش‌بینی تفکر خودکشی است. بر این اساس، می‌توان گفت که با افزایش یک واحد در عاطفه منفی، نمره تفکر خودکشی به 0.54 افزایش می‌یابد. در نهایت، از بین مؤلفه‌های ناگویی خلقی دو مؤلفه دشواری در تشخیص احساسات ($\beta = 0.35$) و دشواری در توصیف احساسات ($\beta = 0.15$) قادر به پیش‌بینی تفکر خودکشی می‌باشند. با افزایش یک واحد در مؤلفه‌های دشواری در توصیف احساسات و دشواری در تشخیص احساسات، میزان تفکر خودکشی به ترتیب به 0.15 و 0.35 افزایش می‌یابد. عاطفه مثبت، مؤلفه تفکر بیرونی و مسئولیت‌پذیری نقشی در تبیین تفکر خودکشی افراد مبتلا به وسواس ندارد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی پیش‌بینی تفکر خودکشی در افراد با گرایش‌های وسواس بر اساس عاطفه مثبت و منفی و الکی تایمی و مسئولیت‌پذیری است. در این پژوهش نشان داده شد که الکی تایمی و عاطفه منفی و زیرمقیاس‌های الکی تایمی، دشواری در تشخیص احساسات و دشواری در توصیف احساسات قادر به پیش‌بینی تفکر خودکشی در افراد با گرایش‌های وسواس هستند.

بخشی از نتایج پژوهش پیش‌بینی می‌کرد که الکی تایمی توان پیش‌بینی تفکر خودکشی را دارد. برای پیش‌بینی تفکر خودکشی از طریق ناگویی خلقی از روش رگرسیون سلسله‌مراتبی استفاده شد. از بین مؤلفه‌های ناگویی خلقی دو مؤلفه دشواری در تشخیص احساسات و دشواری در توصیف احساسات قادر به پیش‌بینی تفکر خودکشی بودند. نتایج این یافته با پژوهش‌های قبلی که نشان دادند

جامعه کل بیماران وسواسی-جبری باشد. همچنین بیماری‌های همایند مثل بیماری افسردگی و اضطرابی، کنترل نشد. بهتر بود متغیرهای هیجانی مثل اضطراب نیز وارد تحقیق شده و نقش آنها در کنار سایر متغیرهای تحقیق، مطالعه می‌شد یا اثر آنها حذف می‌شد، تا اثر متغیرهای اصلی بررسی شود. یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش، مشخص کردن افراد وسواس با پرسش‌نامه بیل براون توسط نقطه برش بود، که نمی‌شد تشخیص‌گذاری دقیق و صحیح با این ابزار پژوهشی انجام داد، در واقع این پرسش‌نامه ابزار کمکی برای تشخیص شدت وسواس فرد است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی مرتبط با موضوع تحقیق ما، نقش متغیرهای هیجانی، عاطفی و بیماری‌های همایند کنترل شود و همچنین این متغیرها در افرادی که توسط روانپزشک یا روان‌شناس تشخیص اختلال وسواسی-جبری می‌گیرند، بررسی شود.

ملاحظات اخلاقی

پیش از شروع جمع‌آوری اطلاعات، رضایت کامل شرکت-کنندگان جلب شد. پیش از شروع کار شرکت‌کننده (داوطلب) از موضوع و روش اجرا مطالعه مطلع گردید. از اطلاعات خصوصی و شخصی داوطلبین محافظت خواهد شد. نتایج در صورت تمایل برای آنها تفسیر شد و در صورت نیاز راهنمایی‌های لازم انجام شد. مشارکت در تحقیق موجب هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نشد. این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی ندارد.

تضاد منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی بین نویسندگان و سازمان‌ها و اشخاص ثالث وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از کلیه اساتید و دانشجویانی که در انجام دادن این پژوهش ما را یاری کردند صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.

(۲۹). نارسایی در تنظیم هیجان‌ها، موجب بالا رفتن تجارب منفی و نتیجه آن عاطفه منفی و ازسوی دیگر به علت عدم جرئت‌ورزی، سردی در روابط و عدم ابراز آنها و ارتباط آن با سلامت عمومی موردتوجه قرار گرفته است (۳۰). در زمینه ارتباط عواطف و تفکر خودکشی در وسواس، پژوهش‌چندانی انجام نگرفته است. عاطفه مثبت شامل حالت‌هایی همچون شادکامی، اتکابه‌نفس، توجه، شگفتی و آرامش است و عاطفه منفی حالت‌هایی همچون ترس، خصومت، احساس گناه، غمگینی، خجالت و خستگی است. اختلال وسواسی-جبری با اختلال‌های اضطرابی در ارتباط است و علائم وسواسی باعث اضطراب می‌شود و افسردگی را به دنبال دارد (۳۱). با توجه به اینکه اختلالات افسردگی با تفکر خودکشی (۳۲) و اختلالات اضطرابی با تفکر خودکشی رابطه مثبت دارند (۳۳)، پس وجود ارتباط منفی بین عواطف مثبت و تفکر خودکشی در وسواس و ارتباط مثبت عاطفه منفی و تفکر خودکشی در وسواس، قابل تبیین است. تحقیقات نشان داده‌اند عاطفه منفی با اختلال وسواسی-جبری ارتباط معناداری دارد (۲۰)، این افراد حالت‌هایی مثل گناه و غمگینی و اضطراب و دوری از موقعیت‌ها را تجربه می‌کنند (۳۴)، که این حالات با عاطفه منفی ارتباط مستقیم دارند و با عاطفه مثبت رابطه معکوس دارد (۱۷)، که باعث می‌شود افراد به سمت خودکشی گرایش پیدا کنند (۳۳).

نتیجه‌گیری

براساس این پژوهش، می‌توان گفت که متغیر الکسی تایمی و زیرمقیاس‌های آن (دشواری در تشخیص احساسات و دشواری در توصیف احساسات) توان پیش‌بینی تفکر خودکشی در افراد وسواس را داشتند و همچنین در بین متغیرهای عواطف، تنها متغیر عاطفه منفی قادر به پیش‌بینی متغیر تفکر خودکشی است. بنابراین لازم است که در بحث پیش‌گیری و درمان این افراد، به ابراز، تشخیص، توصیف هیجان‌ها و اصلاح عواطف این افراد توجه ویژه‌ای شود. این تحقیق محدودیت‌هایی دارد، که در تعمیم یافته‌ها باید آنها را مدنظر قرارداد. اولین محدودیت مربوط می‌شود به عدم نمونه کافی و دانشجوی بودن نمونه مورد مطالعه. در این تحقیق از دانشجویان دانشگاه تبریز به عنوان نمونه موردنظر استفاده شد، که طبیعتاً نمی‌تواند معرف

References

- Ganji M. Abnormal psychology based on DSM-5. Tehran: savalan Publications. 2013;260-261. [In Persian].
- Kamath P, Reddy YC, Kandavel T. Suicidal behavior in obsessive-compulsive disorder. The Journal of clinical psychiatry. 2007;68(11):1741-50. PMID:18052568
- Gupta G, Avasthi A, Grover S, Singh SM. Factors associated with suicidal ideations and suicidal attempts in patients with obsessive compulsive disorder. Asian journal of psychiatry. 2014;12:140-6. PMID:25446904 doi:10.1016/j.ajp.2014.09.004
- Pinto A, Mancebo MC, Eisen JL, Pagano ME, Rasmussen SA. The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: Clinical Features and Symptoms of the Sample at Intake. The Journal of clinical psychiatry. 2006;67(5):703-11. PMID:PMC3272757
- Alonso P, Segalas C, Real E, et al. Suicide in patients treated for obsessive-compulsive disorder: a prospective follow-up study. Journal of affective disorders. 2010;124(3):300-8. PMID:20060171 doi:10.1016/j.jad.2009.12.001
- Dhyani M, Trivedi JK, Nischal A, Sinha PK, Verma S. Suicidal behaviour of Indian patients with obsessive compulsive disorder. Indian Journal of Psychiatry. 2013;55(2):161-6. PMID:PMC3696240 doi:10.4103/0019-5545.111455
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge: Cambridge University Press; 1999
- Panayiotou G, Leonidou C, Constantinou E, et al. Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia,

- psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Comprehensive psychiatry*. 2015;56:206-16. PMID:25263517 doi:10.1016/j.comppsy.2014.09.006
9. De Berardis D, Campanella D, Gambi F, et al. Insight and alexithymia in adult outpatients with obsessive-compulsive disorder. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2005;255(5):350-8. PMID:15711867 doi:10.1007/s00406-005-0573-y
 10. De Berardis D, Serroni N, Campanella D, et al. Suicide risk among patients with obsessive compulsive disorder: the role of alexithymia and insight. *Journal of Psychopathology*. 2008;14:185-96. [In Italian]
 11. De Berardis D, Serroni N, Campanella D, et al. Alexithymia, responsibility attitudes and suicide ideation among outpatients with obsessive-compulsive disorder: an exploratory study. *Comprehensive psychiatry*. 2015;58:82-7. PMID:25591904 doi:10.1016/j.comppsy.2014.12.016
 12. Kim H, Seo J, Namkoong K, et al. Alexithymia and perfectionism traits are associated with suicidal risk in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of affective disorders*. 2016;192:50-5. PMID:26707347 doi:10.1016/j.jad.2015.12.018
 13. Certo SC. *Principles of Modern Management Functions and Systems*. 2nd ed. Massachusetts: Allyn and Bacon INC 2004; p. 119-30.
 14. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*. 1985;23(5):571-83. doi:10.1016/0005-7967(85)90105-6
 15. Smari J, Bouranel G, Thomora Eiethsdottir S. Responsibility and impulsivity and their interaction in relation to obsessive-compulsive symptoms. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2008;39(3):228-33. PMID:17692284 doi:10.1016/j.jbtep.2007.07.002
 16. Arntz A, Voncken M, Goosen AC. Responsibility and obsessive-compulsive disorder: an experimental test. *Behav Res Ther*. 2007;45(3):425-35. PMID:16697349 doi:10.1016/j.brat.2006.03.016
 17. Pedersen SS, Denollet J. Type D personality, cardiac events, and impaired quality of life: a review. *European journal of cardiovascular prevention and rehabilitation: official journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology*. 2003;10(4):241-8. PMID:14555878 doi:10.1097/01.hjr.0000085246.65733.06
 18. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*. 1988;54(6):1063-70. PMID:3397865
 19. Tellegen A. *Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1985. p. 681-706
 20. Bakhshipour A, Dejakam M. Confirmatory factor analysis of the Positive and Negative Affect Scale. *Journal of Psychology*. 2006;9(4):351-365. [In Persian]
 21. Dieserud G, Roysamb E, Ekeberg O, Kraft P. Toward an integrative model of suicide attempt: a cognitive psychological approach. *Suicide & life-threatening behavior*. 2001;31(2):153-68. PMID:11459248.
 22. Pompili M, Rihmer Z, Innamorati M, Lester D, Girardi P, Tatarelli R. Assessment and treatment of suicide risk in bipolar disorders. *Expert review of neurotherapeutics*. 2009;9(1):109-36. PMID:19102673 doi:10.1586/14737175.9.1.109
 23. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000;68(3):371-7. PMID:10883553
 24. Kauhanen J, Kaplan GA, Cohen RD, Julkunen J, Salonen JT. Alexithymia and risk of death in middle-aged men. *Journal of psychosomatic research*. 1996;41(6):541-9. PMID:9032717
 25. Picardi A, Toni A, Caroppo E. Stability of alexithymia and its relationships with the 'big five' factors, temperament, character, and attachment style. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2005;74(6):371-8. PMID:16244514 doi:10.1159/000087785
 26. Norman H, Borrill J. The relationship between self-harm and alexithymia. *Scandinavian journal of psychology*. 2015;56(4):405-19. PMID:26011069 doi:10.1111/sjop.12217
 27. Iancu I, Dannon PN, Poreh A, Lepkifker E, Grunhaus L. Alexithymia and suicidality in panic disorder. *Comprehensive psychiatry*. 2001;42(6):477-81. PMID:11704939 doi:10.1053/comp.2001.27893
 28. Na KS, Oh SJ, Jung HY, et al. Alexithymia and low cooperativeness are associated with suicide attempts in male military personnel with adjustment disorder: a case-control study. *Psychiatry research*. 2013;205(3):220-6. PMID:23141742 doi:10.1016/j.psychres.2012.08.027
 29. Abolghasemi A, Zahed F, Narimani M. The correlation of sense of coherence and type-D personality with health in coronary artery patients. *Journal of fundamentals of mental health*. 2009;43(11): 213-22. doi:10.22038/jfmh.2009.1553 [In Persian]
 30. Troisi A, D'Argenio A, Peracchio F, Petti P. Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *The Journal of nervous and mental disease*. 2001;189(5):311-6. PMID:11379975
 31. Krochmalik A, Menzies RG. The classification and diagnosis of obsessive compulsive disorder. *Obsessive-compulsive research and therapy*. 2003;35:793-802
 32. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *The Journal of clinical psychiatry*. 2005;66(6):693-704. PMID:15960561
 33. Vickers K, McNally RJ. Panic disorder and suicide attempt in the National Comorbidity Survey. *Journal of abnormal psychology*. 2004;113(4):582-91. PMID:15535790 doi:10.1037/0021-843x.113.4.582
 34. Frost RO, Steketee G. Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behav Res Ther*. 1997;35(4):291-6. PMID:9134783