

The Role of Emotion Regulation Strategies in Emotional Disorders of Soldiers with History of Self-Harm Attempts (Suicidal and Non-Suicidal)

Seyed Hassan Saadat ¹, Seyedeh Elnaz Mousavi ², Gholamreza Ahmadi ^{3*}, Leila Salek Ebrahimi ⁴, Afshar Siahi ⁵, Hossein Zandifar ⁶

¹ PhD in Health Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² PhD in Clinical Psychology, Assistant Professor of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Medicine, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

³ Master of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

⁴ Assistant Professor of Clinical Psychology, Research Center of Psychiatry And Behavioral Sciences, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

⁵ M.Sc. of Psychology, 216 Army Brigade Counseling Center, Zanjan, Iran

⁶ PhD Student in Clinical Psychology, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 1 August 2019 Accepted: 10 December 2019

Abstract

Background and Aim: Suicide and self-mutilation are considered as two of the most unpleasant psychological and social events in adolescents and young people. It may become an important issue in some social conditions; therefore, the present study aims to identify the role of emotion regulation strategies in emotional disorders of soldiers with the history of self-mutilation behaviors.

Methods: This is a descriptive study. The study population consisted of all soldiers who served in three military centers (Zanjan, Qazvin, and Tehran) from 2017 to 2018 (August 2017 to November 2018) and had a history of self-mutilation harming behaviors. 92 soldiers who reported at least one self-harm behaviors in the form of self-harm and drug abuse were included in a census. Data were collected using a computerized version of the Millon 3 Multivariate Clinical Trial Questionnaire and the Short Form of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire.

Results: 92 soldiers with mean age of 19.33 ± 7.5 years, and mean length of military service of 14.50 ± 4.9 months participated. More than 71% of them had diplomas. The results of stepwise regression showed that adaptive and maladaptive emotion regulation strategies can significantly predict the variance of depressive personality disorder ($R^2 = 0.21$) and anxiety ($R^2 = 0.11$) in soldiers with a history of self-mutilation behaviors.

Conclusion: According to the findings, it can be concluded that maladaptive emotion regulation strategies can predict emotional disorders in soldiers with a history of self-harm behaviors. Therefore, it can be effective in preventing some unpleasant actions in these people.

Keywords: Soldiers, Suicide Attempt, Emotion Regulation, Emotional Disorders.

نقش راهبردهای تنظیم هیجان در اختلالات هیجانی سربازان با سابقه تلاش‌های خودآسیبی (خودکشی و غیر خودکشی گرایانه)

سید حسن سعادت^۱، سیده الناز موسوی^۲، غلامرضا احمدی^{۳*}، لیلا سالک ابراهیمی^۴، افشار سیاحی^۵، حسین زندی^۶

^۱دکترای روانشناسی سلامت، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران
^۲دکترای روانشناسی بالینی، استادیار روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران
^۳کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
^۴دکترای روانشناسی بالینی، استادیار روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
^۵کارشناس ارشد روانشناسی، مرکز مشاوره تیپ ۲۱۶ ارتش جمهوری اسلامی، زنجان، ایران
^۶دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اقدام به خودکشی و خودزنی به عنوان یکی از ناخوشایندترین حوادث روانی و اجتماعی در نوجوانان و جوانان شناخته می‌شود که ممکن است در برخی از شرایط اجتماعی به معضلی مهم تبدیل شود؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش راهبردهای تنظیم هیجان در اختلالات هیجانی سربازان با سابقه اقدام به خودکشی انجام شد.

روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است؛ جامعه مورد مطالعه تمام سربازانی بودند که بین سال‌های ۹۵ تا ۹۶ (از مرداد ۹۵ تا آبان ۹۶) در سه مرکز نظامی ارتش (زنجان، قزوین و تهران) خدمت می‌کردند و سابقه رفتارهای خودآسیبی داشتند. تعداد ۹۲ نفر از این سربازان که حداقل یکبار رفتارهای خودآسیبی در قالب جرح خویشتن و مصرف مواد (دارو) داشتند، بصورت سرشماری وارد مطالعه شدند. داده‌ها با استفاده از نسخه کامپیوتری آزمون چند محوری بالینی میلیون ۳ و فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان جمع‌آوری شدند.

یافته‌ها: تعداد ۹۲ سرباز با میانگین سنی $۱۹/۳ \pm ۷/۵$ سال، و میانگین طول خدمت $۱۴/۵ \pm ۴/۹$ ماه حضور داشتند. بیش از ۷۱٪ از آنها زیر دیپلم تا دیپلم بودند. نتایج حاصل از رگرسیون گام‌به‌گام نشان داد که راهبردهای سازگاران و ناسازگاران تنظیم هیجان می‌توانند بطور معنی‌داری بخشی از واریانس اختلال شخصیت افسرده ($R^2 = ۰/۲۱$) و اضطراب ($R^2 = ۰/۱۱$) را در سربازان با سابقه رفتارهای خودآسیبی پیش‌بینی و تبیین کنند.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که راهبردهای ناسازگاران تنظیم هیجان می‌تواند اختلالات هیجانی در سربازان با سابقه رفتارهای خودآسیبی را پیش‌بینی کند. لذا در جهت پیشگیری از برخی اقدامات ناخوشایند در این افراد می‌تواند موثر باشد.

کلیدواژه‌ها: سرباز، اقدام به خودکشی، تنظیم هیجان، اختلالات هیجانی.

مقدمه

امروزه پیشگیری در امور مختلف به عنوان یکی از اولویت‌های اساسی سازمان‌ها، به‌ویژه در حوزه بهداشت و درمان محسوب می‌شود؛ اقدام به رفتارهای خودآسیبی (خودکشی و خودزنی) از رویدادهای ناخوشایندی شناخته می‌شود که پیشگیری از آن به بطور جد در سازمان‌های نظامی موردتوجه قرار می‌گیرد. منابع متعددی از خودکشی به عنوان یکی از علل پیشگام در مرگ و میر جمعیت ۱۸ تا ۴۵ سال، و همچنین پرسنل نظامی و سربازان یاد می‌کنند (۱)؛ بررسی‌های انجام شده بیانگر آن است که فراوانی رفتارهای خودآسیبی به ویژه در بیماران روانپزشکی که از مراکز درمانی ترخیص می‌شوند، افزایش می‌یابد (۲)، که این احتمال حتی در افرادی که به علت خودکشی (اقدام و ایده‌پردازی) بستری بودند پس از ترخیص بالاتر نیز می‌رود (۳).

شناسایی و پیشگیری از این پدیده ناخوشایند روانی-اجتماعی اخیراً به عنوان یکی اهداف اساسی مراکز درمانی و پژوهشی، بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است، به طوری که انجمن روانپزشکی آمریکا دو اختلال جدید را در این حیطه با عناوین اختلال رفتار خودکشی‌گرا و خود آسیب‌رسانی غیر خودکشی‌گرا در بخش "اختلالاتی برای برای تحقیق بیشتر" آخرین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) مورد توجه قرار داده است (۴).

در حال حاضر شناسایی و پیشگیری از رفتارهای خودآسیبی در بین پرسنل نظامی به عنوان یکی از برنامه‌های اساسی در اغلب سازمان‌های نظامی در سطح داخلی و بین‌المللی مورد توجه قرار گرفته است؛ در این راستا بررسی‌های انجام شده بیانگر آن است که جنسیت، در دسترس بودن سلاح، سابقه اقدام به خودکشی‌های قبلی، سابقه درمان‌های روانپزشکی (بستری و سرپایی) و نوع اختلال تشخیصی به عنوان قویترین پیش‌بین‌های خودکشی در سربازان آمریکایی شناخته می‌شود (۵). گزارش‌ها بیانگر این است که سربازان با ویژگی‌های شخصیتی درون‌گرایی، روان‌آزرده‌گرایی و روان‌گسسته‌گرایی بیشتر در معرض اقدام به خودکشی قرار دارند (۶).

در کنار سایر عوامل مرتبط با رفتارهای خودآسیبی، امروزه کژتنظیمی هیجان در آسیب‌شناسی طیف وسیعی از اختلالات بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. برای مثال افراد با تنظیم هیجانی به احتمال بیشتری در معرض گرایش به مصرف مواد (۷)، اختلال استرس پس آسیمی (۸)، اختلال شخصیت مرزی (۹)، افسردگی (۱۰) و اختلالات مصرف مواد و الکل (۱۱) قرار دارند.

کژتنظیمی هیجان را می‌توان به صورت راهبردهای ناسازگارانه‌ای تعریف کرد که افراد در برخورد با پریشانی‌های هیجانی از خود بروز می‌دهند، در واقع می‌توان گفت که تنظیم هیجان به دامنه وسیعی از فرایندها اشاره دارد که افراد به وسیله آنها هیجان‌ات خود را مدیریت می‌کنند (۱۲).

یکی از حیطه‌های اساسی مرتبط با تنظیم هیجان که اخیراً از سوی پیشگامان این رویکرد بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است، رفتارها و ایده‌های خودکشی‌گرایانه است (۱۳). Kiosses و همکاران (۱۴) با بررسی ایده‌پردازی خودکشی در بیماران افسرده تحت درمان بهبود هیجان‌های منفی را عاملی برای کاهش این ایده‌پردازی می‌دانند که می‌تواند نوید بخش مداخلاتی نوین برای خودکشی باشد. از این رو آنها در پی یافته‌های قبلی خویش مداخله‌ای را با استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد شناختی برای پیش‌گیری از خودکشی مدنظر قرار دادند که مبتنی بر تنظیم شناختی هیجان است (۱۳). یافته‌های داخلی نیز حاکی از آن است که راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان بطور منفی و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان بطور مثبتی ایده‌پردازی خودکشی را در افرادی پیش‌بینی می‌کند (۱۵)، همچنین سربازان با تلاش‌های خودکشی‌گرایانه (۱۶) و دارای مشکلات رفتاری در مقایسه با سربازان عادی به احتمال بیشتری از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان استفاده می‌کنند.

با توجه به رشد روز افزون اهمیت تنظیم هیجان در سبب‌شناسی طیف وسیعی از اختلالات روانی، تلاش‌هایی نیز در زمینه بررسی اثربخشی آموزش تنظیم هیجان در اختلالات هیجانی در سربازان و پرسنل نظامی صورت گرفته است (۱۷). با این وجود، از آن جایی که پژوهش‌های مداخله‌ای در زمینه پیشگیری و کاهش رفتارهای خودکشی‌گرایانه بر مبنای تنظیم هیجان وجود ندارد، انجام پژوهش‌های بنیادین و توصیفی در این زمینه ضروری است؛ مخصوصاً که ادبیات پژوهشی محدودی نیز در زمینه راهبردهای تنظیم هیجان در رفتارهای خودکشی به ویژه در بین سربازان با سابقه اقدام به خودکشی وجود دارد. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش راهبردهای تنظیم هیجان در اختلالات هیجانی سربازان با سابقه اقدام به خودکشی انجام شد.

روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است؛ جامعه مورد مطالعه را کلیه سربازانی تشکیل می‌دهد که بین سال‌های ۹۵ تا ۹۶ (در طول ۱۵ ماه- از مرداد ۹۵ تا آبان ۹۶) در سه مرکز نظامی ارتش (زنجان، قزوین و تهران) خدمت می‌کردند و سابقه رفتارهای خودآسیبی داشتند؛ سربازان مذکور پرسنل وظیفه‌ای بودند که در پی رفتارهای خودآسیبی توسط مراکز مشاوره و بازرسی یگان‌های خدمتی خود شناسایی شده بودند. پس از شناسایی و تعیین یگان‌های خدمتی، جهت ارجاع آنها به مرکز مشاوره هماهنگی‌های لازم صورت می‌گرفت. پس از مراجعه افراد به مرکز مشاوره، با هدف برقراری ارتباط ابتدا متخصصی از شرایط خدمتی آنها گفتگو می‌شد، سپس هدف از مراجعه آنها به مرکز تبیین و حمایتشان برای شرکت در تحقیق و تکمیل پرسشنامه‌ها جلب می‌شد. آنهایی که از نظر تحصیلات بالا و مهارت کار با کامپیوتر را داشتند نسخه کامپیوتری

شده است. این ابزار بصورت ۱ تا ۵ نمره گذاری می‌شود، بطوری که هر ۲ ماده برای سنجش یک خرده مقیاس مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ این پرسشنامه در مجموع ۹ راهبرد متفاوت را شامل می‌شود که عبارتند از ملامت خویشتن، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، تمرکز مجدد مثبت، باز ارزیابی مثبت، دیدگاه گیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران.

ملاحظات اخلاقی: لازم به ذکر است که شرکت‌کنندگان با توجه به اهداف پژوهش توجیه شده و اطمینان لازم در رابطه با محرمانه بودن اطلاعات به آنها داده شد. اطمینان خاطر داده شد که داده‌های جمع‌آوری شده به هیچ وجه در اختیار یگان خدمتی یا هیچ ارگان دیگری قرار نمی‌گیرد. به آنها اطلاع داده شده که داده‌های جمع‌آوری شده تنها با اهداف پژوهشی و کمک به سربازانی است که شرایطی مشابه آنها دارند و آنها نیز در این مسئله سهیم هستند.

تحلیل آماری: جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نسخه ۲۲ نرم افزار آماری SPSS استفاده شد که در آن برخی شاخص‌ها و روش‌های آماری از قبیل درصد، فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد، همبستگی و رگرسیون گام به گام بکار گرفته شد.

نتایج

نتایج حاصل از تحلیل داده‌های ۹۲ نفر از سربازان با میانگین سنی $19/3 \pm 7/5$ سال نشان داد که میانگین طول خدمت در افراد نمونه $14/5 \pm 4/9$ ماه است؛ سربازان از نظر سطح تحصیلات در دامنه ابتدایی تا لیسانس قرار داشتند که بیش از ۷۱٪ از آنها زیر دیپلم تا دیپلم بودند. از نظر وضعیت اقتصادی نیز نزدیک به ۷۰٪ از شرکت‌کنندگان خود را ضعیف تا متوسط گزارش کردند. همچنین از نظر اقدام به رفتارهای خودآسیبی ۶۲ نفر (۶۷/۳۹٪) قبل از خدمت و ۳۰ نفر (۳۲/۶۱٪) نیز در طول خدمت برای اولین بار اقدام رفتار خودآسیبی را تجربه کردند. لازم به ذکر است که بیش از ۶۰ درصد سربازان برای رفتارهای خودآسیبی از ابزار تیز و برنده استفاده کردند و در ۵۰٪ مواقع نیز قسمت آسیب دیده دست و ساعد بود. گزارش‌های شخصی از وضعیت مصرف مواد و سیگار در افراد مورد مطالعه گویای آن است که بیش از نیمی از سربازان مورد مطالعه سابقه مصرف سیگار و ۴۰٪ سابقه مصرف مواد قبل از خدمت را داشته‌اند که نتایج آنها بطور مشروح در جدول ۱- گزارش شده است و می‌تواند همسو با سایر عوامل در این سربازان مورد توجه قرار گیرد.

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد که استنباط سطحی از داده‌های پژوهش را امکان پذیر می‌سازد؛ همچنین نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها به صورت همبستگی پیرسون در جدول ۳ ارائه شده است.

با هدف تعیین روابط دومتغیریبیین متغیرهای پژوهش، از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شد که نتایج آن بصورت ماتریس در

پرسشنامه چند محوری بالینی می‌لئون را پاسخ می‌دادند، در غیر این صورت تمام پرسشنامه‌ها بصورت مداد-کاغذی تکمیل و سپس توسط پژوهشگر وارد نسخه کامپیوتری می‌شد. در واقع پرسشنامه‌ها بصورت فردی (در برخی موارد نیز دو یا سه نفری) در حضور پرسشگر پاسخ داده می‌شد و در مواقع و مواردی که ابهامات در سوالات وجود داشت توسط پرسشگر رفع می‌شد. افراد نمونه شامل ۹۲ نفر از سربازانی بودند که در دسترس پژوهشگر بوده و بصورت سرشماری وارد مطالعه شدند و حداقل یکبار رفتارهای خودآسیبی را در قالب جرح خویشتن و مصرف مواد (دارو) از خود نشان داده بودند. اعضای نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و بعد از هماهنگی و کسب مجوز از رده‌های مربوطه وارد مطالعه شدند و تمامی نمونه‌ها در مطالعه همکاری لازم را انجام دادند. لازم به ذکر است که داده‌های مورد نظر با استفاده از نسخه- کامپیوتری آزمون چند محوری بالینی می‌لئون ۳ و فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان جمع‌آوری شدند.

ملاک‌های ورود و خروج در مطالعه: ملاک‌های ورود شامل داشتن حداقل سواد پنجم ابتدایی، سابقه حداقل یکبار رفتار آسیب به خود در طول خدمت، تمایل برای شرکت در پژوهش و ملاک‌های خروج هم پاسخ ناقص به پرسشنامه‌ها بود.

پرسشنامه چند محوری بالینی می‌لئون-ویرایش سوم: این پرسشنامه آخرین ویرایش از مقیاس ۱۷۵ سوالی است که به صورت بله/خیر پاسخ داده می‌شود؛ این ابزار داری ۲۸ مقیاس متفاوت است که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت، ۱۰ نشانگان بالینی و چهار مقیاس اصلاح را شامل می‌شود. می‌لئون میزان پایایی این ابزار را با استفاده از روش بازآزمایی بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ و همچنین ضریب آلفای کرونباخ را از ۰/۶۶ تا ۰/۹۰ گزارش کرده است (۱۸). در ایران نیز بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس در مطالعات متعددی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است، که پژوهش‌چگینی، دلاور و غرابی (۱۹) از مطالعات اخیر می‌باشد که بر روی نمونه‌های بالینی و غیربالینی انجام شده است؛ پایایی آزمون با استفاده از روش بازآزمایی در گروه بالینی (و غیربالینی) به ترتیب $0/79-0/61$ و $0/97-0/79$ و ضریب آلفای کرونباخ بین $0/89-0/64$ گزارش شده که نشانگر کفایت این ابزار در پژوهش‌های داخلی می‌باشد. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر از نسخه کامپیوتری این ابزار استفاده شد و نمرات خام و نرخ پایه نیز با استفاده از خروجی نرم افزار محاسبه شدند.

فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: پرسشنامه حاضر یک مقیاس خودگزارشی ۱۸ ماده‌ای است که توسط Garnefski و همکاران (۲۰) تهیه شده و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله‌ای افراد پس از تجربه حوادث ناخوشایند مورد استفاده قرار می‌گیرد. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس حاضر در ایران توسط حسینی (۲۱) محاسبه شده است که دامنه ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این فرم بین $0/82-0/68$ گزارش

شخصیت افسرده، اضطراب و اختلال تفکر از بین متغیرهای مستقل (ملامت خویشتن، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، تمرکز مجدد مثبت، بازارزبایی مثبت، دیدگاه گیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران) رگرسیون گام به گام مورد استفاده قرار گرفت. پس از تایید پیش فرض نرمال بودن، مفروضه هم‌خطی با شاخص مربوطه مورد بررسی قرار گرفت که نشانگر عدم هم-خطی بین متغیرهای پیش بین و قابل اعتماد بودن خروجی مدل رگرسیون می‌باشد.

جدول ۳- قابل مشاهده است. بررسی نمرات نرخ پایه در نیمرخ روانی سربازان نشانگر این است که آنها در اغلب اختلال‌ها در طیفی از قابل بررسی تا مشکل دار قرار دارند. با این وجود میانگین اختلال‌های الگوی شخصیت افسرده، اضطراب و اختلال تفکر به عنوان بالاترین شاخص‌های روانی در جدول ۳ قابل مشاهده است، بنابراین با استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به پیش‌بینی اختلال‌های فوق پرداخته می‌شود. به منظور تعیین قویترین پیش‌بینی‌های الگوی

جدول-۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی پژوهش در بین سربازان

طول خدمت سربازان (ماه)	میزان تحصیلات	فراوانی	درصد
میانگین	ابتدایی	۹	۹/۸۳
۱۴/۵	راهنمایی	۱۶	۱۷/۳۰
وضعیت اقتصادی- فراوانی (درصد)	متوسطه و دیپلم	۴۱	۴۴/۵۶
خیلی پایین	فوق دیپلم	۱۵	۱۶/۳۳
پایین‌تر از متوسط	لیسانس	۱۱	۱۱/۹۵
متوسط	مجموع	۹۲	۱۰۰
بالاتر از متوسط خیلی بالا	مواد		
سیگار	فراوانی (درصد)		
۲۹	۵۴ (٪ ۵۷/۶۱)		
۲۰	۳۹ (٪ ۴۲/۳۹)		
۱۴	۳۷ (٪ ۴۰/۲۱)		
(۱۵/۸)	۵۵ (٪ ۵۹/۷۹)		
مصرف سیگار/مواد	قبل از خدمت		
	بعد از خدمت		

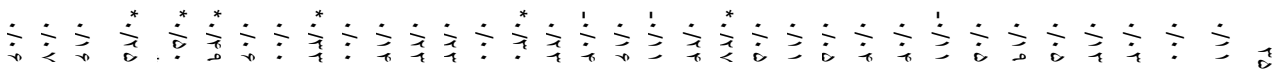
جدول-۲. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای نشانه‌های بالینی و مولفه‌های تنظیم هیجان

ردیف	متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
۱	اسکیزوید	۶۰/۵۸	۸/۴۲
۲	نشانه‌های بالینی	۶۷/۷۹	۹/۷۳
۳	افسرده	۹۴/۶۹	۱۲/۱۰
۴	وابسته	۶۹/۵۶	۱۳/۲۶
۵	نمایشی	۱۷/۰۸	۱۶/۵۶
۶	خودشیفته	۲۲/۱۵	۱۷/۵۱
۷	ضداجتماعی	۵۱/۱۶	۱۴/۹۲
۸	دیگرازار	۴۶/۶۷	۱۹/۸۱
۹	وسواسی اجباری	۳۹/۲۰	۲۳/۱۷
۱۰	منفی‌گرا	۷۴/۴۳	۱۳/۱۳
۱۱	خودآزار	۶۵/۲۵	۱۰/۶۶
۱۲	اسکیزوتایپال	۶۴/۹۶	۱۲/۷۲
۱۳	مرزی	۷۳/۴۰	۱۲/۷۷
۱۴	پارانوئید	۵۷/۸۸	۱۳/۹۳
۱۵	اضطراب	۷۸/۸۸	۱۲/۰۶
۱۶	جسمانی شکل	۵۶/۶۱	۴/۴۷
۱۷	شیدایی	۵۲/۵۳	۲۰/۵۱
۱۸	افسرده خوبی	۵۸/۹۱	۲۰/۷۱
۱۹	وابستگی به الكل	۳۸/۲۷	۲۵/۲۰
۲۰	مصرف مواد	۳۸/۷۷	۲۶/۱۸
۲۱	استرس پس آسیمی	۷۳/۲۰	۱۰/۳۴
۲۲	اختلال تفکر	۸۶/۳۰	۱۳/۵۹
۲۳	افسردگی اساسی	۷۶/۵۹	۱۰/۰۲
۲۴	اختلال هذیانی	۴۸/۸۲	۲۱/۷۰

مؤلفه‌های تنظیم هیجان			
۲۵	پذیرش	۴/۸۲	۲/۲۷
۲۶	سرزنش خود	۵/۶۷	۲/۵۲
۲۷	نشخوار	۶/۰۴	۲/۱۸
۲۸	تمرکز مجدد	۵/۶۶	۲/۵۸
۲۹	سرزنش دیگران	۵/۰۶	۱/۸۵
۳۰	فاجعه سازی	۶/۴۳	۲/۳۷
۳۱	کم‌اهمیت شماری	۴/۴۰	۲/۴۵
۳۲	ارزیابی مجدد مثبت	۵/۲۹	۲/۳۰
۳۳	برنامه‌ریزی مجدد	۴/۷۲	۲/۳۶
۳۴	مثبت‌گرایی	۲/۰۱	۰/۷۳
۳۵	منفی‌گرایی	۲/۹۰	۰/۴۹

جدول-۳. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵				
۱																												
۲	۰/۷۳																											
۳	۰/۰۷	۰/۲۵																										
۴	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۱۱																									
۵	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲																								
۶	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۲	۰/۰۳																							
۷	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳																						
۸	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳																					
۹	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳																				
۱۰	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳																			
۱۱	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳																		
۱۲	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳																	
۱۳	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳																
۱۴	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳															
۱۵	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳														
۱۶	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳													
۱۷	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳												
۱۸	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳											
۱۹	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳										
۲۰	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳									
۲۱	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳								
۲۲	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳							
۲۳	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳						
۲۴	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳					
۲۵	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳			



$$(*) = p < .05, (**) = p < .01$$

۱. اسکیزوئید؛ ۲. دوری‌گزین؛ ۳. افسرده؛ ۴. وابسته؛ ۵. نمایشی؛ ۶. خودشیفته؛ ۷. ضداجتماعی؛ ۸. دیگرگزار؛ ۹. وسواسی-اجباری؛ ۱۰. منفی‌گرا؛ ۱۱. خودآزار؛ ۱۲. اسکیزوتایپال؛ ۱۳. مرزی؛ ۱۴. پارانوئید؛ ۱۵. اضطراب؛ ۱۶. جسمانی‌شکل؛ ۱۷. شیدایی؛ ۱۸. افسرده‌خوبی؛ ۱۹. وابستگی به‌الکل؛ ۲۰. مصرف‌مواد؛ ۲۱. استرس‌پس‌آسیبی؛ ۲۲. اختلال فکر؛ ۲۳. افسردگی اساسی؛ ۲۴. اختلال‌هذیانی؛ ۲۵. پذیرش؛ ۲۶. سرزنش‌خود؛ ۲۷. نشخوار؛ ۲۸. تمرکز مجدد؛ ۲۹. سرزنش دیگران؛ ۳۰. فاجعه‌سازی؛ ۳۱. کم‌اهمیت‌شماری؛ ۳۲. ارزیابی مجدد مثبت؛ ۳۳. برنامه‌ریزی مجدد؛ ۳۴. مثبت‌گرایی؛ ۳۵. منفی‌گرایی

وارد تحلیل رگرسیون شدند؛ با بررسی جدول-۵ می‌توان مشاهده کرد که سرزنش دیگران و تمرکز مجدد در مجموع ۰/۲۰ واریانس اضطراب را در سربازان با سابقه‌ی رفتارهای خودآسیبی تبیین می‌کند که در این میان نقش راهبرد ناسازگارانه سرزنش دیگران $(B=0.174)$ بیشتر از تمرکز مجدد $(B=-0.33)$ می‌باشد.

یکی دیگر از اختلال‌های که در افراد مورد مطالعه شاخص نسبتاً بالایی را به خود اختصاص داده است، اختلال فکر می‌باشد، از این رو به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون گردید. نتایج حاصل از تحلیل در جدول-۶ قابل بررسی می‌باشد. آنگونه که در این جدول قابل مشاهده است از بین متغیرهای مستقل تنها ملامت دیگران می‌تواند اختلال فکر را بطور مثبت پیش‌بینی کند که البته مقدار قابل توجهی نمی‌باشد $(B=0.09; p < .01)$.

همچنان که در جدول-۴ قابل مشاهده است، از میان متغیرهای که به عنوان متغیر مستقل وارد تحلیل رگرسیون شده‌اند متغیرهای مستقل ملامت خویشتن و ارزیابی مجدد مثبت می‌توانند بطور معنی‌داری الگوی شخصیت افسرده را پیش‌بینی می‌کنند، و سایر راهبردها به دلیل نقش ضعیف در پیش‌بینی از معادله خارج شدند. این دو متغیر در مجموع ۰/۲۰ از واریانس شخصیت افسرده را تبیین می‌کنند. با بررسی ضرایب استاندارد شده رگرسیون می‌توان دریافت ملامت خویشتن $(B=0.45)$ نقش نیرومندتری نسبت ارزیابی مجدد مثبت $(B=0.45)$ در این پیش‌بینی داشته است.

همچنین با هدف پیش‌بینی اضطراب در سربازان با رفتارهای خود آسیبی نیز راهبردهای تنظیم هیجان به عنوان متغیر مستقل

جدول-۴. خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام در پیش‌بینی الگوی شخصیت افسرده

گام	متغیر پیش‌بین	B	SEB	ضریب استاندارد (B)	R ²	R	P
اول	ملامت خویشتن	۲/۱۹	۰/۵۸	۰/۴۵	۰/۱۳	۰/۳۷	۰/۰۱
دوم	ارزیابی مجدد مثبت	-۱/۵۳	۰/۶۷	-۰/۲۷	۰/۲۰	۰/۴۵	۰/۰۱

جدول-۵. خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام در پیش‌بینی اضطراب

گام	متغیر پیش‌بین	B	SEB	ضریب استاندارد (B)	R ²	R	P
اول	سرزنش دیگران	۳/۰۷	۰/۸۲	۰/۷۴	۰/۱۱۵	۰/۳۳	۰/۰۱
دوم	تمرکز مجدد	۰/۸۶	۰/۶۰	-۰/۳۳	۰/۲۰۶	۰/۴۵	۰/۰۱

جدول-۶. خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام در پیش‌بینی اختلال فکر

گام	متغیر پیش‌بین	B	SEB	ضریب استاندارد (B)	R ²	R	P
اول	سرزنش دیگران	۲/۲۸	۰/۹۸	۰/۳۱	۰/۰۹	۰/۳۱	۰/۰۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین راهبردهای تنظیم هیجان در اختلالات هیجانی سربازان با سابقه تلاش‌های خود آسیبی (خودکشی و غیر خودکشی‌گرایانه) انجام شد. یافته‌های حاصل از تحلیل نشان داد که از میان متغیرهای مستقل راهبرد ملامت خویشتن (راهبرد ناسازگارانه) بطور مثبت و ارزیابی مجدد مثبت (راهبرد سازگارانه) بطور منفی الگوی شخصیت افسرده را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین از میان راهبردهای تنظیم هیجان سرزنش دیگران و تمرکز مجدد

نقش معنی‌داری در پیش‌بینی اضطراب داشته‌اند. راهبرد ناسازگارانه‌ی سرزنش دیگران علاوه بر اضطراب در پیش‌بینی اختلال فکر سربازان نیز نقش دارد که البته مقدار قابل توجهی نمی‌باشد.

بررسی پژوهش‌های انجام شده در رابطه با متغیرهای پژوهش بیانگر آن است که هرچند تحقیقات انگشت شماری در رابطه با متغیرهای تحقیق به ویژه در سربازان با سابقه رفتارهای خود آسیبی انجام شده است، با این وجود نتایج مطالعه حاضر همسو با یافته‌های

و استفاده از روش‌های ناکارآمد تنظیم هیجان را به همراه دارد، در نهایت ممکن است با اقدام‌های ناخوشایندی از قبیل آسیب به خود ظهور کند.

این پژوهش نیز همانند سایر مطالعات دارای محدودیت‌هایی بود که می‌توان به عدم دسترسی به سایر سربازان کلان شهرهای بزرگ، عدم همکاری یگان‌های ویژه برای دسترسی به نمونه‌هایی با ملاک‌های ورود مطالعه ما اشاره کرد.

پیشنهاد می‌شود که مطالعات آتی پژوهشی با حجم نمونه بالاتر انجام دهند و همچنین مطالعه مشابهی در پادگان‌های نظامی کلان شهرها انجام دهند تا قدرت تعمیم پذیری نتایج افزایش یابد و همچنین پژوهش‌هایی در بررسی اثربخشی مداخلاتی مبتنی بر تنظیم هیجان برای این افراد نمونه، انجام دهند.

نتیجه‌گیری

همسو با ادبیات پژوهشی و نظری موجود می‌توان گفت که توجه به مولفه‌های هیجانی سربازان، به ویژه سربازان با سابقه رفتارهای خودآسیبی و مصرف مواد می‌تواند در مدیریت مناسب و پیشگیری از برخی اقدامات ناخوشایند در این افراد مثر واقع شود.

نکات بالینی کاربردی برای جوامع نظامی

- راهبرد ناسازگارانه تنظیم هیجان (ملامت خویشتن)، الگوی شخصیت افسرده را پیش‌بینی می‌کند. به منظور جلوگیری از تداوم در این الگو، یادگیری مهارت‌های تنظیم هیجان الزامی است.
- موقعیت‌های سلسله‌مراتبی موجود در شرایط نظامی موجب می‌شود که سربازان اضطراب‌های موجود را ناشی از افراد پیرامون خود بدانند، و راهبرد سرزنش دیگران را بیشتر از سایر روش‌ها بکار می‌گیرند.
- استفاده از این راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان مانع از بکارگیری روش‌های حل مسئله‌ای مناسب و پذیرش شرایط موجود خواهد شد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از کلیه افراد مشارکت‌کننده

در انجام این پژوهش که شامل سربازان سه مرکز نظامی ارتش (زنجان، قزوین و تهران) در بین سال‌های ۹۵ تا ۹۶ بودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

نقش نویسندگان: ارائه ایده و طرح اولیه و تحلیل و تفسیر

داده‌ها: احمدی، کمک در ارائه تفسیر نتایج نهایی: سعادت، پیش‌نویسی مقاله و بازنگری در آن از نظر محتویات مهم فکری: موسوی، پیش‌نویسی مقاله از نظر محتویات مهم فکری: سالک ابراهیمی، جمع‌آوری داده‌ها و معاینه بیمار: سیاحی، جمع‌آوری داده‌ها و تکمیل پرسشنامه‌ها: زندی فر انجام شد. همه نویسندگان در بازنگری مقاله سهیم بودند و همه با تایید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تضاد منافع: نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچگونه

تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

و همکاران (۲۲)، Ong و همکاران (۲۳) و طاهری‌فر و همکاران (۲۴) مبنی بر نقش راهبردهای تنظیم هیجان در اختلال‌ها و معضلات بالینی می‌باشد.

بررسی‌های انجام شده در رابطه با نخستین یافته مطالعه حاضر مبنی بر نقش راهبردهای تنظیم هیجان بر الگوی شخصیت افسرده نشانگر آن است که این یافته همسو با مطالعات Domaradzka و همکاران (۲۵) و صالحی و همکاران (۲۶) می‌باشد. همسو با یافته‌های پیشین، در این بررسی نیز راهبردهای سازگارانه (ارزیابی مجدد مثبت) بطور معنی‌دار منفی و راهبردهای ناسازگارانه بصورت مثبت معنی‌داری (ملامت خویشتن) افسردگی سربازان با سابقه رفتارهای خودآسیبی را پیش‌بینی می‌کنند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که امروزه در منابع مرجع سرزنش خود به عنوان یکی از نشانه‌های الگوی شخصیت افسرده است که همواره در سازمان روانی این افراد وجود دارد، به این معنی که با توجه به تداوم الگوی افسردگی در این افراد، ممکن است هیجان‌های ناخوشایندی را درباره خود پرورش دهند که بصورت سرزنش خویش بروز کند، همچنان که یافته پژوهش حاضر نیز نشانگر آن است که میانگین الگوی شخصیت افسرده بیشتر از افسردگی اساسی در این افراد می‌باشد. همچنین، شرایط تنش‌زای روانی که در موقعیت‌های نظامی وجود دارد ممکن است استفاده از راهبرد ملامت خویشتن را در این افراد افزایش داده و در نهایت بصورت اقدام به خودآسیبی ظهور کند. یافته‌های پژوهشی نیز حاکی از آن است که افراد با سابقه تلاش‌های خودکشی‌گرایانه در مقایسه با افراد بدون تلاش‌های خودآسیبی در تمامی مولفه‌های کژتنظیمی هیجان میانگین بالاتری داشتند (۲۷). Garnefski و همکاران (۲۸) نیز نشان می‌دهد که ملامت خویشتن از قویترین پیش‌بین‌های افسردگی شناخته می‌شود.

از طرفی تحلیل انجام شده در رابطه با تعیین راهبردهای تنظیم هیجانی موثر بر اضطراب نشان می‌دهد که سرزنش دیگران و تمرکز مجدد به ترتیب بیشترین نقش را در پیش‌بینی اختلال اضطرابی داشته‌اند که در راستای یافته‌های قبلی می‌باشند. بررسی‌های، Garnefski و همکاران (۲۹) و عظیمی و همکاران (۳۰) نشان می‌دهند که راهبردهای تنظیم هیجانی کارآمد با اضطراب رابطه منفی داشته و می‌تواند بطور مثبت و معنی‌داری نشانه‌های اضطراب را در افراد نمونه پیش‌بینی کند. با این وجود بررسی ادبیات پژوهشی موجود بیانگر آن است که یافته‌های پراکنده و متناقضی در رابطه با سرزنش دیگران وجود دارد. در تبیین این یافته شاید بتوان گفت که موقعیت‌های سلسله‌مراتبی موجود در شرایط نظامی موجب می‌شود که سربازان اضطراب‌های موجود را ناشی از افراد پیرامون خود بدانند، از این‌رو، راهبرد سرزنش دیگران را بیشتر از سایر روش‌ها بکار می‌گیرند. در نتیجه استفاده از این راهبرد ناکارآمد مانع از بکارگیری روش‌های حل مسئله‌ای مناسب و پذیرش شرایط موجود خواهد شد؛ بنابراین شرایط مبهم نظامی که افزایش اضطراب

منابع:

1. Query W-BIS. Reporting System (WISQARS). Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Injury Prevention and Control. 2016.
2. Burešová I, Bartošová K, Čerňák M. Connection between parenting styles and self-harm in adolescence. *Procedia-social and behavioral sciences*. 2015;171:1106-13.
3. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2017;74(7):694-702.
4. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *BMC Med*. 2013;17:133-7.
5. Conner KR, Conwell Y, Duberstein PR. The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. II. Life events, social support and suicidal behavior. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2001;104(6):452-7.
6. Kessler RC, Warner CH, Ivany C, Petukhova MV, Rose S, Bromet EJ, et al. Predicting suicides after psychiatric hospitalization in US Army soldiers: the Army Study to Assess Risk and Resilience in Servicemembers (Army STARRS). *JAMA psychiatry*. 2015;72(1):49-57.
7. Wilens TE, Martelon M, Anderson JP, Shelley-Abrahamson R, Biederman J. Difficulties in emotional regulation and substance use disorders: A controlled family study of bipolar adolescents. Drug and alcohol dependence. 2013;132(1-2):114-21.
8. Reber CA, Boden MT, Mitragotri N, Alvarez J, Gross JJ, Bonn-Miller MO. A prospective investigation of mindfulness skills and changes in emotion regulation among military veterans in posttraumatic stress disorder treatment. *Mindfulness*. 2013;4(4):311-7.
9. Jennings ME. Emotion regulation in borderline personality disorder: a psychophysiological examination of emotional responding and recovery in BPD, 2003, P 98-101.
10. Joormann J, Stanton CH. Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behaviour Research and Therapy*. 2016;86:35-49.
11. Gross JJ. Handbook of emotion regulation: Guilford publications; 2013:p132.
12. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*. 1998;2(3):271-99.
13. Kiosses DN, Alexopoulos GS, Hajcak G, Apfeldorf W, Duberstein PR, Putrino D, et al. Cognitive Reappraisal Intervention for Suicide Prevention (CRISP) for Middle-Aged and Older Adults Hospitalized for Suicidality. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26(4):494-503.
14. Kiosses DN, Gross JJ, Banerjee S, Duberstein PR, Putrino D, Alexopoulos GS. Negative emotions and suicidal ideation during psychosocial treatments in older adults with major depression and cognitive impairment. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2017;25(6):620-9.
15. Hasani J, Miraghaie AM. The relationship between strategies for cognitive regulation of emotions and suicidal ideation. 2012;7(1):61-72.
16. Navab AG, Amiri S, Azadmarzabadi E. Comparison of Emotion Regulation Strategies, Emotional Experience and Ambivalence of Emotional Expression in Soldiers with and without Suicide Attempts. *J Mil Med*. 2017;19(3):282-90.
17. Ahmadi G. Effectiveness of emotion regulation training on mindfulness and craving in soldiers with opioid use disorder. 2015;6(22): 5-22
18. Millon T. Millon Clinical Multiaxial Inventory-III [Manual Second Edition]. Bloomington, MN: Pearson Assessments; 1997.
19. Chegini MA, Delavar, and B. Garrayi. Psychometric characteristics of Millon clinical multiaxial inventory-III. *Journal of psychology*. 2013;8(29):135-162.
20. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and individual differences*. 2006;41(6):1045-53.
21. Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of research in behavioral sciences*. 2011; 4(20): 229-240.
22. Neacsiu AD, Fang CM, Rodriguez M, Rosenthal MZ. Suicidal behavior and problems with emotion regulation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2018;48(1):52-74.
23. Ong E, Thompson C. The importance of coping and emotion regulation in the occurrence of suicidal behavior. *Psychological reports*. 2019;122(4):1192-210.
24. Taherifar Z, Ferdowsi S, Mootabi F, Mazaheri MA, Fata L. The mediating role of emotion dysregulation strategies on the relationship between negative emotion intensity and safety motivation with generalized anxiety symptoms. *Contemporary psychology*. 2016;10(2 (20)).
25. Domaradzka E, Fajkowska M. Cognitive emotion regulation strategies in anxiety and depression understood as types of personality. *Frontiers in psychology*. 2018;9:856.
26. Salehi A, Mazaheri Z, Aghajani Z, Jahanbazi B. The role of cognitive emotion regulation strategies in the prediction of depression. *Knowledge & Research in applied psychology*. 2015;1(59): 108-117.
27. Harris L, Chelminski I, Dalrymple K, Morgan T, Zimmerman M. Suicide attempts and emotion regulation in psychiatric outpatients. *Journal of affective disorders*. 2018; 232:300-4.
28. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*. 2007;23(3):141-9.
29. Garnefski N, Hossain S, Kraaij V. Relationships between maladaptive cognitive emotion regulation strategies and psychopathology in adolescents from Bangladesh. *Arch Depress Anxiety*. 2017; 3(2): 023-029.
30. Azimi M, Nori R, Mohammadkhani S. Comparison of Cognitive Emotion Regulation, general health, problem-solving styles and academic performance of adolescent girls with addicted and nonaddicted parents. *Journal of Research in Psychological Health*. 2016;10(3):38-48.