A Comparative Study of Suicidal Behavior and Psychotic-Like Experiences among Individuals with Cognitive Disengagement Syndrome and Healthy Controls

Karim Abdolmohamadi[1*], Asgar Alimohamadi[2], Sajjad Vojodi[3]

[1]Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran
[2]Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
[3]Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Article Info:

Received: **5 Apr 2025** ***Revised:*** **21 May 2025** ***Accepted*****: 26 July 2025**

ABSTRACT

Introduction: Cognitive Disengagement Syndrome (CDS), formerly known as Sluggish Cognitive Tempo, is characterized by symptoms such as mental fogginess, low energy, and slowed mental processing. The present study aimed to investigate suicidal behaviors and psychotic-like experiences in adolescents with CDS and compare these findings with those of typically developing peers. ***Materials and Methods:*** This descriptive study used a causal-comparative design. The statistical population consisted of adolescents aged 15 to 18 years in Tabriz, Iran. Based on inclusion and exclusion criteria, a sample of 318 individuals was selected using convenience sampling, including 158 individuals with CDS and 160 healthy controls matched for age, gender, and education. Participants completed the Prodromal Questionnaire–Brief Version (PQ-B), the Adult Concentration Inventory (ACI), and the Suicidal Behavior Assessment Scale for Adolescents (SENTIA). ***Results:*** The results indicated that adolescents with CDS reported significantly higher levels of suicidal behaviors and psychotic-like experiences compared to their healthy peers. ***Conclusion:*** These findings point to the importance of considering CDS as a contributing factor in the assessment and prevention of suicidal behaviors and psychotic-like experiences by mental health professionals.

Keywords:

1. Self-Injurious Behavior
2. Psychotic Disorders
3. Attention Deficit Disorder with Hyperactivity
4. Cognitive Dysfunction

***Corresponding Author:** Karim Abdolmohamadi

Email: *karim.abdolmohamadi@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61882/shefa.13.4.40]

مقایسهٔ رفتار خودکشی و تجربیات شبه روان‌پریشی در افراد با سندرم نارسادرگیری شناختی و افراد عادی

کریم عبدالمحمدی[1*]، عسگر علیمحمدی[2]، سجاد وجودی[3]

[1]گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران
[2]گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
[3]گروه روانشناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

اطلاعات مقاله:
دریافت: ۱۶ فروردین ۱۴۰۴ **اصلاحیه:** ۳۱ اردیبهشت ۱۴۰۴ **پذیرش:** ۴ مرداد ۱۴۰۴

چـــــکیده

مقدمـــه: سـندرم نارسـادرگیری شـناختی (CDS)، کـه قـبلا بـا عنـوان ضرب‌آهنـگ شـناختی کنـد شـناخته می‌شـود، بـا علائـمی ماننـد مه‌آلـودگی ذهـنی، انـرژی کـم و پـردازش ذهـنی کنـد مشـخص می‌شـود. هـدف از پژوهـش حاضـر بـررسی رفتارهـای خودکـشی و تجربیـات شـبه روان‌پریـشی در بیـن نوجوانـان مبـتلا بـه CDS و مقایسـه ایـن یافته‌هـا بـا همسـالان دارای رشـد عـادی بـود. **مـــواد و روش‌هـــا:** روش پژوهـش حاضـر توصیـفی از نـوع عـلی- مقایسـه‌ای بـود. جامعـهٔ آمـاری پژوهـش حاضـر را نوجوانـان ۱۵ تـا ۱۸ سـاله شـهر تبریـز تشـکیل می‌دادنـد کـه بـر اسـاس معیارهـای ورود و خـروج، نمونـه‌ای متشـکل از ۳۱۸ نفـر بـه صـورت در دسـترس انتخـاب شـدند، ایـن نمونـه شـامل ۱۵۸ نفـر مبـتلا بـه (CDS) و ۱۶۰ نفـر فـرد عـادی بـود کـه از نظـر سـن، جنسیـت و تحـصیلات بـا گـروه کنتـرل همتـا شـده بودنـد. شـرکت‌کنندگان پرسشـنامه‌های پرودرمـال– نسـخه کوتـاه (PQ-B)؛ تمرکـز بزرگسـالان (ACI) و مقیـاس سـنجش رفتـار خودکـشی بـرای نوجوانـان (SEN-TIA) را تکمیـل کردنـد. **یافته‌هـــا:** نتایـج نشـان داد کـه نوجوانـان مبـتلا بـه سـندرم نارسـادرگیری شـناختی (CDS) در مقایسـه بـا همسـالان سـالم خـود، سـطوح بالاتـری از رفتـار خودکـشی و تجـارب شـبه‌روان‌پریشی را گـزارش کردنـد. **نتیجه‌گیـــری:** ایـن یافته‌هـا بـه اهمیـت در نظـر گرفتـن سـندرم نارسـادرگیری شـناختی (CDS) به‌عنـوان یـک عامـل مؤثـر در ارزیـابی و پیشـگیری از رفتارهـای خودکـشی و تجربیـات شـبه روان‌پریـشی توسـط متخصصـان سلامـت روان اشـاره دارد.

واژه‌های کلیدی:

۱- رفتار خودجرحی
۲- اختلالات روان‌پریشی
۳- اختـلال نقـص توجـه همـراه بـا بیش‌فعـالی
۴- اختلال عملکرد شناختی

***نویسنده مسئول:** کریم عبدالمحمدی

پست الکترونیک: *karim.abdolmohamadi@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61882/shefa.13.4.40]

مقدمه

در دو دهه گذشته مطالعات زیادی در حوزه سندرم نارسادرگیری شناختی (CDS)[1]، که قبلا ضرب آهنگ شناختی کند[2] نامیده می‌شد، انجام شده است (۱). این اختلال به عنوان یک اختلال توجه، مجموعه‌ای از علائم مانند خواب‌آلودگی، خیال‌پردازی، بی‌حالی، کندی رفتار و تفکر و آشفتگی ذهنی را در بر می‌گیرد (۳-۲). پژوهش‌ها ارتباط بین سطوح بالای علائم CDS و اختلال در عملکرد کلی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی را نشان داده‌اند (۴ ،۱). در ابتدا، این اختلال به‌عنوان یک زیرمجموعه نسبتا منحصر به فرد از نشانه‌های اختلال نقص توجه/ بیش فعالی محسوب می‌شود (۵). اما پژوهش‌های مربوط به این اختلال نشان داد که CDS و اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی دو اختلال مستقل و در عین‌حال مرتبط هستند (۶). برخلاف اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی که تا حد زیادی مبنای ژنتیکی دارد، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که علائم سندرم نارسادرگیری شناختی کمتر ریشه در وراثت دارد و بیشتر تحت تأثیر عوامل محیطی مانند مشکلات روانی- اجتماعی یا خواب کم است (۷ ،۴ ،۳).

پژوهش‌هایی که ارتباط CDS با مشکلات هیجانی، استرس و عملکرد اجتماعی را بررسی می‌کنند نشان می‌دهند افرادی که نمره بالایی در آزمون نارسادرگیری شناختی کسب می‌کنند، معمولا در معرض مشکلات مرتبط با سلامت روان از قبیل علائم افسردگی، اضطراب، قصد و رفتار خودکشی و پیشرفت تحصیلی پایین قرار دارند (۹ ،۸). همچنین برخی از پژوهش‌های دیگر نشان می‌دهند که وجود نشانه‌های CDS با افکار خودجرحی و خودآسیب‌رسان در ارتباط است که ممکن است احتمال بروز رفتارهای مرتبط با خودکشی را افزایش دهد (۱۱ ،۱۰). هر خودکشی یک تراژدی است که تأثیرات گسترده‌ای بر خانواده‌ها، دوستان و جوامع دارد رفتار خودکشی[3] شامل اقدام به خودکشی[4] و مرگ بر اثر خودکشی[5] است؛ اقدام به خودکشی به‌عنوان رفتار خودآزاری غیرکشنده با قصد مرگ تعریف می‌شود و برآورد می‌شود ۲۰ برابر بیشتر از مرگ بر اثر خودکشی شیوع دارد و منبع اصلی ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی و مشکلات اجتماعی است (۱۲-۱۴). وناوردن و همکاران معتقدند نشانه‌های CDS با ویژگی‌هایی از قبیل کناره‌گیری اجتماعی، تنهایی، کاهش عزت نفس همراه است که می‌تواند با افزایش افکار و رفتار خودکشی در ارتباط باشد (۱۵). همچنین ممکن است برخی از ویژگی‌های اصلی CDS مانند رویاپردازی در مورد مرگ عامل خطری برای خودکشی باشد. اخیرا نتایج پژوهشی با کودکان سنین مدرسه نشان داد CDS بیشتر از افسردگی، اضطراب و تنهایی با رفتارهای خودکشی مرتبط است (۱۶). در همین راستا، بکر و همکاران دریافتند وجود CDS به‌طور قابل‌توجهی افزایش نرخ رفتارهای خودکشی را در دانشجویان پیش‌بینی می‌کند (۸).

نشانه‌های CDS علاوه بر اینکه می‌تواند زمینه‌ساز رفتار و افکار خودکشی شود در برخی از موارد ممکن است به دلیل همراهی با تحریف شناختی منفی زمینه را برای تجربیات شبه روان‌پریشی[6] فراهم نماید (۱۷ ،۹). تجربیات شبه روان‌پریشی علائم روان‌پریشی ذهنی زیرآستانه‌ای هستند و شامل اختلالات ادراکی و فکری هستند که نسبت به علائم کامل مانند توهم و هذیان گذراتر و ضعیف‌تر هستند (۱۸). تجربیات شبه روان‌پریشی به‌ویژه در بین افراد جوان رایج است و در بین زنان افراد مجرد و دارای وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین شایع‌تر است (۱۹). تجربیات شبه روان‌پریشی می‌تواند یک نشانگر فرعی برای پریشانی روانی و آسیب شناسی روانی عمومی باشد (۲۱، ۲۰). در همین راستا برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند نوجوانان و جوانانی که نشانه‌های شبه روان‌پریشی نشان می‌دهند اغلب مشکلات حافظه کاری و مشکلات توجه دیده می‌شود (۲۳ ،۲۲) که با نشانه‌های اصلی CDS در ارتباط است. همچنین در برخی از موارد عملکرد شناختی ضعیف در دوران کودکی به‌عنوان پیشایندی برای اختلالات طیف اسکیزوفرنی در نظر گرفته می‌شود (۲۴). کیم و همکاران نشان دادند تجربیات شبه روان‌پریشی در دوران نوجوانی با توجه مختل شده در تکالیفی که نیاز به توجه بیشتر داشت همراه است (۲۵). بر این اساس کمبود توجه در افراد با نشانه‌های شبه روان‌پریشی ممکن است به جای علائم شناختی و ادراکی به اختلالات محتوای فکری مرتبط باشد.

علی‌رغم مطالب ذکر شده، در زمینه رفتارهای مرتبط با خودکشی و تجربیات شبه روان‌پریشی در افراد با سندرم نارسادرگیری شناختی مطالعات اندک است. همچنین با در نظر گرفتن پیامدهای گسترده و منفی این سندرم در جمعیت غیربالینی بخصوص در دوره نوجوانی که دورانی از تحول با یکسری تغییرات ساختاری و کارکردی در مغز و ساختار عصبی شناخته می‌شود که این دگرگونی‌ها نوجوان را در معرض آسیب‌های گوناگون از جمله رفتار خودکشی قرار می‌دهد (۲۷-۲۶). مطالعه حاضر با هدف مقایسه میزان رفتارهای خودکشی و تجربیات شبه‌روان‌پریشی در میان افراد با سندرم نارسادرگیری شناختی و عادی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های علی- مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش را افراد ۱۵ تا ۱۸ ساله شهرتبریز

[1] Cognitive disengagement syndrome
[2] Sluggish cognitive tempo
[3] Suicidal behavior
[4] Suicidal attempt
[5] Suicide death
[6] Psychotic-like experiences (PLEs)

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61882/shefa.13.4.40]

تشکیل می‌دادند که از این جامعه، نمونه‌ای به حجم ۳۱۸ نفر (۱۵۸ نفر با سندرم نارسادرگیری شناختی و ۱۶۰ نفر عادی) به صورت دردسترس و براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. داده‌های این پژوهش در سال ۱۴۰۲ و بین مهرماه تا بهمن‌ماه جمع‌آوری شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن سن ۱۵ تا ۱۸ سال، کسب نمره بالای ۲۵ در آزمون غربالگری SCT برای افراد با سندرم نارسادرگیری شناختی، رضایت جهت شرکت در پژوهش می‌شد. وجود مشکلات جسمانی، مصرف داروهای روانگردان و مواد مخدر (براساس گزارش معلم و شرکت‌کننده) و تحویل ناقص پرسشنامه (بیش از ۲۰ درصد از سوالات) منجر به خروج از پژوهش می‌شد. در نهایت، داده‌های پرسشنامه‌های ۱۵۸ نفر با سندرم نارسادرگیری شناختی و ۱۶۰ نفر عادی که از نظر سن، جنسیت و تحصیلات همسان شده بودند، تحلیل شدند. برای انتخاب افراد گروه با سندرم نارسادرگیری شناختی، پژوهشگران بیش از ۲۰۰۰ نفر را غربال کردند که حدود ۱۶۰ نفر تشخیص سندرم نارسادرگیری شناختی را دریافت کردند. دو نفر در گروه سندرم نارسادرگیری شناختی به علت عدم تکمیل کامل پرسشنامه‌های پژوهش از تحلیل نهایی حذف شدند روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پژوهشگران بعد از دریافت مجوز و با رعایت اخلاق در پژوهش، نخست خود را به افراد شرکت کنندگان معرفی و هدف تحقیق را بیان کرد. سپس هم به صورت شفاهی (پیش از اجرا) و هم به صورت کتبی (ذکر شده در بخش توضیحات پرسشنامه) اطلاع داد که موارد خواسته شده در پرسشنامه‌ها، صرفاً به منظور اهداف پژوهشی است و به جز ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی و دیگر مشخصات هویتی نیست.

ابزار

پرسشنامه ضرب آهنگ شناختی کند (ACI):

این پرسشنامه توسط بیکر و همکاران برای سنجش ضرب آهنگ شناختی کند طراحی و ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۱۶ سوال است که به صورت طیف لیکرت (اصلا، گاهی اوقات، اغلب و همیشه) پاسخ داده می‌شود (۲۸). نمره‌گذاری گزینه‌ها به صورت صفر، یک، دو و سه است که حداقل نمره صفر و حداکثر نمره در پرسشنامه ۴۸ خواهد بود. نمره بالا نشان‌دهنده نارسادرگیری شناختی بیشتر است. روایی و پایایی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده است (۲۸). در پژوهش اصلی که با هدف بررسی روایی و پایایی پرسشنامه ضرب آهنگ شناختی کند انجام گرفت، مدل سه عاملی پیشنهاد شده بود ولی در بررسی‌های انجام گرفته شده مشخص شد که مدل تک عاملی برازش بهتری دارد. همسانی درونی پرسشنامه ضرب آهنگ شناختی کند در پژوهش اصلی ۰/۸۹ بود که در پژوهش حاضر اعتبار آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد (۲۸).

مقیاس سنجش رفتار خودکشی نوجوانان (SENTIA)

مقیاس سنجش رفتار خودکشی نوجوانان یک ابزار خود گزارشی است که توسط دیزگومز و همکاران برای ارزیابی رفتار خودکشی طراحی شده است (۲۹). این پرسشنامه شامل ۱۶ سوال است که پاسخدهی به آن به صورت بله (یک) و خیر (صفر) است. این پرسشنامه دارای سه عامل برنامه و اقدام برای خودکشی (سوالات ۱، ۵، ۶، ۸ ، ۱۲، ۱۳ و ۱۴)، صحبت درباره خودکشی (سوالات ۷ ، ۹ ، ۱۰ و ۱۱) و افکار خودکشی (سوالات ۲، ۳، ۴، ۱۵ و ۱۶) است نمرات دامنه‌ای از صفر تا ۱۶ را شامل می‌شوند. کسب نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده رفتار خودکشی بیشتری است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه نشان‌دهنده روایی و اعتبار مطلوب این پرسشنامه در جامعه اصلی می‌باشد (۲۹). اعتبار این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای مولفه‌ها و مقیاس کل به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۹، ۰/۷۹ و ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسشنامه پرودرمال(PQ-B)

پرسشنامه پرودرمال (PQ-B)[7] یک ابزار خودگزارشی است که به غربالگری خطر روان‌پریشی در افراد می‌پردازد (۳۰). این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال است که در مرحله اول به صورت بله/ خیر پاسخ داده می‌شود و در صورت جواب بله سوالات اضافی که به صورت لیکرت (۱ کاملا مخالفم تا ۵ کاملا موافقم) تکمیل می‌گردد برای مثال در بخش اول سوال پرسیده می‌شود: آیا احساس کرده‌اید که کنترلی بر ایده‌ها یا افکار خود ندارید؟ در صورتی که شرکت کننده جواب بله را انتخاب نمایید در بخش دوم به صورت لیکرت از بین گزینه‌های بعدی (۱ کاملا مخالفم تا ۵ کاملا موافقم) شدت مساله را انتخاب می‌نماید. دامنه نمرات بخش اول با توجه به اینکه به خیر نمره صفر و به بله نمره یک داده می‌شود بین صفر تا ۲۱ می‌باشد که نمره بالای ۶ نیاز به بررسی دقیق‌تر را نشان می‌دهد و دامنه نمرات بخش دوم بین ۲۱ تا ۱۰۵ می‌باشد. آلفای کرونباخ محاسبه شده توسط سازندگان این آزمون ۰/۸۵ به دست آمده است (۳۰). در پژوهش حاضر نیز اعتبار این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد

روش آماری

تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، در بخش

[7] Prodromal Questionnaire-Brief

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61882/shefa.13.4.40]

توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش استنباطی از تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد، زیرا هدف اصلی مقایسه هم‌زمان چند متغیر وابسته (یعنی رفتارهای خودکشی و تجربیات شبه‌روان‌پریشی) در دو گروه (افراد با سندرم نارسادرگیری شناختی و گروه کنترل عادی) بود. برای بررسی طبیعی بودن داده‌ها که یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس است از شاخص‌های آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. برای بررسی سایر پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیره از آزمون ام‌باکس (Box's M) و آزمون لوین استفاده گردید. داده ها در سطح معنی‌داری ($P<0/05$) و با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به هریک از متغیرهای جمعیت‌شناختی به تفکیک آورده شده است. کل شرکت کنندگان در پژوهش ۳۱۸ نفر بود که از این تعداد ۱۹۴ (۶۱ درصد) نفر دختر و ۱۲۴ (۳۹ درصد) پسر بودند. میانگین (انحراف معیار) سنی گروه با نارسادرگیری شناختی ۱۷/۱۱ (۱/۲۷) و برای گروه عادی ۱۶/۸۶ (۱/۰۶) به دست آمد.

در ادامه شاخص‌های توصیفی برای متغیرهای پژوهش و مولفه‌های آن به تفکیک دو گروه در جدول شماره ۲ ذکر شده است.

در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه مشاهده می‌شود. براساس نتایج جدول ۲، آماره Z آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای تمامی متغیرهای پژوهش معنی‌دار نمی‌باشد، بنابراین می‌توان گفت توزیع متغیرها در پژوهش طبیعی است.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان در پژوهش (n=۳۱۸)

متغیر		تعداد	درصد
جنسیت	پسر	۱۲۴	۰/۳۹
	دختر	۱۹۴	۰/۶۱
سن	۱۵ سال	۲۲	۰/۷
	۱۶ سال	۷۰	۰/۲۲
	۱۷ سال	۱۱۹	۰/۳۷
	۱۸ سال	۱۰۷	۰/۳۴
مقطع تحصیلی	دهم	۷۶	۰/۲۴
	یازدهم	۱۲۷	۰/۴۰
	دوازدهم	۱۱۵	۰/۳۶

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار مولفه‌های پژوهش در بین دو گروه با نارسادرگیری شناختی و عادی

متغیر	گروه‌ها	میانگین ± انحراف استاندارد	آزمون کالموگروف اسمیرنوف	
			مقدار Z	سطح معنی‌داری
تجارب شبه‌روان‌پریشی	گروه CDS	۲۰/۳۶±۵۱/۳۷	۰/۷۲	۰/۴۲
	گروه عادی	۳/۸۹±۵/۵۰	۱/۱۹	۰/۳۱
اقدام به خودکشی	گروه CDS	۲/۴۸±۳/۹۷	۰/۶۵	۰/۵۷
	گروه عادی	۰/۶۱±۱/۵۷	۰/۸۹	۰/۴۵
صحبت درباره خودکشی	گروه CDS	۲/۳۳±۶/۲۱	۰/۹۲	۰/۳۸
	گروه عادی	۱/۹۴±۴/۹۲	۱/۱۴	۰/۳۲
افکار خودکشی	گروه CDS	۹/۸۶±۲۵/۷۹	۱/۲۷	۰/۲۶
	گروه عادی	۱/۸۹±۴/۵۰	۰/۵۰	۰/۷۳

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61882/shefa.13.4.40]

ارزیابی سایر پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیره نشان داد که عدم معنی‌داری آزمون ام‌باکس (Box's M) (f=۰/۶۲ و sig=۰/۲۷) و آزمون لوین (P<۰/۰۵) برای همه متغیرها برقرار است. عدم معناداری هر دو آزمون Box's M و لوین به این معناست که پیش‌فرض‌های آماری لازم برای اجرای صحیح و معتبر تحلیل واریانس چندمتغیره در این پژوهش رعایت شده‌اند و نتایج به‌دست آمده از لحاظ آماری قابل اعتماد هستند. بنابراین برای پاسخ به سوالات پژوهش استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره بلامانع است. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

نتایج به دست آمده از تحلیل واریانس تک متغیره در جدول ۳ نشان می‌دهد دو گروه با سندرم نارسادرگیری شناختی و گروه عادی از نظر زیرمولفه‌های رفتار خودکشی (اقدام به خودکشی، صحبت درباره خودکشی و افکار خودکشی) و همچنین تجارب شبه روان‌پریشی با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. از طرفی با مشاهده اندازه اثر محاسبه شده در جدول شماه ۳ چنین به نظر می‌رسد تفاوت در گروه‌ها به ترتیب ۰/۳۷، ۰/۲۷، ۰/۲۱ و ۰/۴۰ از واریانس متغیرهای تجارب شبه روان‌پریشی اقدام به خودکشی، صحبت درباره خودکشی و افکار خودکشی را تبیین می‌کند. به طور کلی، نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر نشان می‌دهد گروه با سندرم نارسادرگیری شناختی نسبت به گروه عادی رفتار خودکشی و تجارب شبه روان‌پریشی بیشتری را از خود نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه رفتارهای خودکشی و تجربیات شبه روان‌پریشی در بین افراد با CDS و گروه کنترل عادی انجام شد. نتایج نشان داد گروه با CDS نسبت به گروه عادی رفتار خودکشی بیشتری را از خود نشان می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی همسو است (۳۲، ۳۱، ۱۵، ۱۳، ۸). براساس نظریه بین فردی خودکشی علائم سندرم نارسادرگیری شناختی ممکن است یک عامل خطر برای خودکشی باشد (۱۳). نظریه بین فردی خودکشی سه سازه را توصیف می‌کند که در تمایل به خودکشی دخیل است. دو مورد از این سازه‌ها ماهیت بین‌فردی دارند- تعلق خنثی‌شده[8] زمانی رخ می‌دهد که نیاز فرد به تعلق برآورده نشود، و ادراک باراضافی بودن[9] - دیدگاه شخص مبنی بر این که وجود وی باری برای اعضای خانواده، دوستان و جامعه است و در نبود او آنها عملکرد بهتری

جدول ۳- تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه متغیرهای پژوهش

منبع	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ضریب اتا
گروه	تجارب شبه‌روان‌پریشی	۶۴۶۴۱/۲۵	۱	۶۴۶۴۱/۲۵	۱۹۱/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷۷
	اقدام به خودکشی	۴۸۰/۴۱	۱	۴۸۰/۴۱	۱۲۱/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۲۷۸
	صحبت درباره خودکشی	۱۱۲/۰۳	۱	۱۱۲/۰۳	۸۴/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۲۱۰
	افکار خودکشی	۵۰۷/۰۳	۱	۵۰۷/۰۳	۲۱۳/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳
خطا	تجارب شبه‌روان‌پریشی	۱۰۶۸۵۲/۸۸	۳۱۶	۳۳۸/۱۴			
	اقدام به خودکشی	۱۲۴۵/۵۳	۳۱۶	۳/۹۴			
	صحبت درباره خودکشی	۴۲۱/۴۲	۳۱۶	۱/۳۳			
	افکار خودکشی	۷۴۹/۸۳	۳۱۶	۲/۳۷			

[8] Thwarted belongingness
[9] Perceived burdensomeness

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61882/shefa.13.4.40]

خواهند داشت. این امر زمانی رخ می‌دهد که فرد نفرت از خود را تجربه می‌کند و معتقد است که آنها در قبال دیگران مسئولیتی دارند (۱۵). انزوای اجتماعی به‌عنوان شاخص اصلی تعلق خنثی‌شده در نظر گرفته می‌شود، و علاوه بر این، انزوای اجتماعی احتمالا یکی از قوی‌ترین و قابل‌اعتمادترین پیش‌بینی‌کننده‌های افکار و رفتار خودکشی است (۱۳). زیرا تنهایی و انزوا احساس لذت و نشاط زندگی را از انسان گرفته و فشار روانی بیشتری بر فرد وارد می‌سازد؛ علاوه بر این، پژوهشی اخیرا نشان داد سندرم نارسادرگیری شناختی به شدت با عزت‌نفس پایین مرتبط است که یکی از جنبه‌های ادراک باراضافی بودن است (۳۳، ۲۸). بنابراین، یافته‌های تجربی اخیر که سندرم نارسادرگیری شناختی را با گوشه‌گیری، تنهایی و عزت نفس پایین مرتبط می‌کند، با یک مدل نظری برجسته خودکشی همسو می‌شود و این فرضیه را ایجاد می کند که سندرم نارسادرگیری شناختی ممکن است مستقیماً با خطر خودکشی مرتبط باشد (۸). ساختار سوم در نظریه بین فردی خودکشی قابلیت اکتسابی برای خودکشی است که شامل تمایل فرد به قصد و رفتار خودکشی به دلیل کاهش ترس از مرگ و افزایش تحمل درد آن است (۱۳). ماهیت سندرم نارسادرگیری شناختی ممکن است به خودی خود امکان فرد برای خودکشی افزایش دهد. به این صورت که یکی از ویژگی‌های اصلی سندرم نارسادرگیری شناختی رویاپردازی افراطی است (۳۴). فردی که زمان زیادی را صرف افکار خودکشی می‌کند، نه تنها مستعد اقدام به خودکشی است، بلکه بر ترس ناشی از خودکشی نیز عادت می‌کند (یعنی درگیر نوعی تمرین ذهنی است). در همین راستا، برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهند افراد با اقدام به خودکشی اغلب درگیر رویاپردازی خشونت‌آمیز یا تصویرسازی خودکشی می‌شوند (۳۶، ۳۵). بنابراین با توجه به این مطالب به نظر می‌رسد وجود سندرم نارسادرگیری شناختی در افراد می‌تواند رفتار مرتبط با خودکشی نسبت به افراد فاقد آن افزایش می‌دهد یافتهٔ دیگر این پژوهش نشان داد که گروه با CDS نسبت به گروه عادی تجارب شبه روان‌پریشی بیشتری را از خود نشان می‌دهد. این یافته تا حدی با یافته‌های پژوهش‌های پیشین همسویی دارد (۴۰-۳۷، ۲۵). این یافته به‌طور بالقوه با یک مدل شناختی-تحولی از تجربیات شبه روان‌پریشی مطابقت دارد، به این صورت که تجربیات شبه روان‌پریشی با مشکلاتی در حوزه‌های خاص عملکرد شناختی مرتبط هستند که تا حدودی غیرقابل تشخیص هستند. شناخت یک اصطلاح کلی جهت اشاره به اعمال عالی ذهنی مانند یادگیری، حافظه، استدلال، تصمیم‌گیری، توجه و تکلم است (۴۱). تجربیات شبه روان‌پریشی شدید معمولا با مشکلات شناختی شدیدتر، قابل تشخیص و افزایش شدت پریشانی همراه هستند (۳۷). توضیح احتمالی دیگر ممکن است دیسمتری شناختی (اختلال در فیلتر کردن اطلاعات حسی و پاسخ به محرک‌های مربوطه) در روان‌پریشی باشد در نتیجه اختلال در پردازش اطلاعات، افراد مستعد نشانه‌های روانپریشی، ممکن است به محرک‌های نامربوط و غیرهدف پاسخ دهند (۲۵). این امر را همچنین می‌توان براساس مدل شناختی گارتی از روان‌پریشی توضیح داد (۴۲). براساس این مدل دو مسیر برای ایجاد علائم مثبت در روان‌پریشی وجود دارد، اولین مسیر نتیجه تغییرات شناختی و عاطفی است، در حالی که مسیر دیگر صرفاً از طریق اختلال عاطفی رخ می‌دهد. محققان استدلال می‌کنند که مسیر اول رایج‌تر است و یک رویداد محرک ممکن است منجر به ایجاد اختلال در فرآیندهای شناختی در فرد مستعد ابتلا به روانپریشی شود (۴۳). گارتی و همکاران نیز نشان دادند برای تعداد کمی از افراد، رویداد محرک ممکن است به خودی خود منجر به اختلال در پردازش اطلاعات نشود، اما در عوض باعث ایجاد هیجان منفی شود که این همان چیزی است که منجر به ظهور ارزیابی‌های جانبدارانه یا سایر فرآیندهای شناختی معیوب می‌شود که در نارسادرگیری شناختی دیده می‌شود (۴۲).

نتایج پژوهش حاضر نشان داد رفتار مرتبط با خودکشی و تجارب شبه روان‌پریشی در افراد با CDS بیشتر از افراد عادی است که این امر می‌تواند گامی نو در شناخت ابعاد پنهان این سندرم باشد. در واقع، در حالی که بیشتر پژوهش‌ها در زمینه CDS بر توجه و عملکرد تحصیلی متمرکز بوده‌اند، مطالعه حاضر با گسترش دامنه بررسی به نشانه‌های شدید روانشناختی مانند رفتار مرتبط با خودکشی و تجارب شبه روان‌پریشی توجه کرده است. بنابراین، نتایج این پژوهش می‌تواند زمینه‌ساز طراحی مداخلات پیشگیرانه برای افراد در معرض خطر باشد. این پژوهش درکنار نقاط قوت، مانند بسیاری از پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی نیز همراه بود که می‌توان به مواردی از قبیل مقطعی بودن پژوهش، استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس، محدود بودن نمونه پژوهش به گروه سنی و منطقه جغرافیایی خاص (افراد ۱۵ تا ۱۸ سال و شهر تبریز) اشاره کرد. بنابراین، با توجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی علاوه بر استفاده از روش طولی در جمع‌آوری داده‌ها، از نمونه‌گیری تصادفی و گروه‌های سنی و مناطق جغرافیایی مختلف جهت افزایش تعمیم‌دهی یافته‌ها استفاده شود. باتوجه به جدید بودن مفهوم CDS، پژوهش حاضر جزء گام‌های اولیه برای شناسایی ابعاد و عوامل مرتبط با سندرم نارسادرگیری شناختی محسوب می‌شود. یافته‌های این پژوهش جهت تعمیم و اثرگذاری در تصمیم‌گیری‌های درمانی نیاز به تکرار دارد.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]
[DOI: 10.61882/shefa.13.4.40]

منابع

1. Becker SP, Willcutt EG, Leopold DR, Fredrick JW, Smith ZR, Jacobson LA, et al. Report of a Work Group on Sluggish Cognitive Tempo: Key Research Directions and a Consensus Change in Terminology to Cognitive Disengagement Syndrome. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2023; 62(6): 629-645.

2. East PL, Doom JR, Blanco E, Burrows R, Lozoff B, Gahagan S. Iron Deficiency in Infancy and Sluggish Cognitive Tempo and ADHD Symptoms in Childhood and Adolescence. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2023; 52(2): 259-270.

3.FredrickJW,LuebbeAM,ManciniKJ,BurnsGL,Epstein JN, Garner AA, et al. Family environment moderates the relation of sluggish cognitive tempo to attention-deficit/ hyperactivity disorder inattention and depression. Journal of Clinical Psychology. 2019; 75(1): 221-237.

4. Becker SP, Willcutt EG. Advancing the study of sluggish cognitive tempo via DSM, RDoC, and hierarchical models of psychopathology. European Child & Adolescent Psychiatry. 2019; 28(5): 603-613.

5. Wang Y, Liu X, Wu T, Zheng D, Chen Q, Chen C. Longitudinal Associations Between Sluggish Cognitive Tempo and Academic Achievement in Adolescents: A Mediated Moderation Model. Child Psychiatry & Human Development. 2025; 56(2): 358-68.

6. Hossain B, Bent S, Parenteau C, Widjaja F, Davis M, Hendren RL. The Associations Between Sluggish Cognitive Tempo, Internalizing Symptoms, and Academic Performance in Children with Reading Disorder: A Longitudinal Cohort Study. Journal of Attention Disorders. 2022; 26(12): 1576-1590.

7. Musicaro RM, Ford J, Suvak MK, Sposato A, Andersen S. Sluggish cognitive tempo and exposure to interpersonal trauma in children. Anxiety, Stress, & Coping: An International Journal. 2020; 33(1): 100-114.

8. Becker SP, Holdaway AS, Luebbe AM. Suicidal Behaviors in College Students: Frequency, Sex Differences, and Mental Health Correlates Including Sluggish Cognitive Tempo. Journal of Adolescent Health. 2018; 63(2): 181-188.

9. Miller MC, Baron OR, Epstein JN, Tamm L, Nyquist AC, Becker SP. Cognitive disengagement syndrome and depressive symptoms in early adolescents: Examining the moderating role of a negative interpretation bias. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2025.

10. Thornton KE, Wiggs KK, Epstein JN, Tamm L, Becker SP. ADHD and cognitive disengagement syndrome symptoms related to self-injurious thoughts and behaviors in early adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry. 2025; 34(3): 1195-206.

11. Ergül B, Ersöz Alan B. The role of cognitive disengagement syndrome in non-suicidal self-injury among adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. Early intervention in psychiatry. 2024; 18(11):943-9.

12. Hadei N, Yaghoubi F, Behzad Basirat Z, Behzad Basirat AM, Momeni J. Guidelines for the prevention of suicide and high-risk behaviors. Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2024; 12(4): 111-123.

13. Hasking PA, Robinson K, McEvoy P, Melvin G, Bruffaerts R, Boyes ME, et al. Development and evaluation of a predictive algorithm and telehealth intervention to reduce suicidal behavior among university students. Psychological Medicine. 2024; 54(5): 971-979.

14. Li QS, Shabalin AA, DiBlasi E, Gopal S, Canuso CM, Palotie A, et al. Genome-wide association study meta-analysis of suicide death and suicidal behavior. Molecular Psychiatry. 2023; 28(2): 891-900.

15. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. Psychological Review. 2010; 117(2): 575-600.

16. Becker SP, Burns GL, Smith ZR, Langberg JM. Sluggish Cognitive Tempo in Adolescents with and without ADHD: Differentiation from Adolescent-Reported ADHD Inattention and Unique Associations with Internalizing Domains. Journal of Abnormal Child Psychology. 2020; 48(3): 391-406.

17. Prochwicz K, Kłosowska J. The interplay between trait anxiety, cognitive biases and attentional control in healthy individuals with psychotic-like experiences. Psychiatry research. 2018; 259: 44-50.

18. Isaksson J, Angenfelt M, Frick MA, Olofsdotter S, Vadlin S. Psychotic-like experiences from adolescence to adulthood: A longitudinal study. Schizophrenia Research. 2022; 248: 1-7.

19. Yang XH, Zhang JW, Li Y, Zhou L, Sun M. Psychotic-like experiences as a co-occurring psychopathological indicator of multi-dimensional affective symptoms: Findings from a cross-sectional survey among college students. Journal of Affective Disorders. 2023; 323: 33-39.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61882/shefa.13.4.40]

20. Lindgren M, Numminen L, Holm M, Therman S, Tuulio-Henriksson A. Psychotic-like experiences of young adults in the general population predict mental disorders. Psychiatry Research. 2022; 312: 114543.

21. Isaksson J, Vadlin S, Olofsdotter S, Åslund C, Nilsson KW. Psychotic-like experiences during early adolescence predict symptoms of depression, anxiety, and conduct problems three years later: A community-based study. Schizophrenia Research. 2020; 215: 190-196.

22. Kline E, Thompson E, Demro C, Bussell K, Reeves G, Schiffman J. Longitudinal validation of psychosis risk screening tools. Schizophrenia Research. 2015; 165(2-3): 116-122.

23. Bora E, Lin A, Wood SJ, Yung AR, McGorry PD, Pantelis C. Cognitive deficits in youth with familial and clinical high risk to psychosis: a systematic review and meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2014; 130(1): 1-15.

24. Laurens KR, Luo L, Matheson SL, Carr VJ, Raudino A, Harris F, et al. Common or distinct pathways to psychosis? A systematic review of evidence from prospective studies for developmental risk factors and antecedents of the schizophrenia spectrum disorders and affective psychoses. BMC Psychiatry. 2015; 15: 205.

25. Kim SJ, Lee YJ, Jang JH, Lim W, Cho IH, Cho SJ. The relationship between psychotic-like experiences and attention deficits in adolescents. Journal of Psychiatric Research. 2012; 46(10): 1354-1358.

26. Moshirian Farahi M, Asghari Ebrahimabad MJ, Bigdeli I, Gorji A. Prediction of Dynamic Facial Emotional Expressions Valences Based on Absolute Brainwaves Power in Adolescents: Using Quantitative Electroencephalogram. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2020; 8(3): 49-60.

27. Moradi Kelardeh P, Narimani M, aghajani S, Moradi Kelardeh A. Development a Conceptual Model of the Relationship Between Affective and Emotional Composite Temperament and Overeating behavior in Adolescences according to the role of Emotion Regulation Strategies. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2023; 12(1): 1-12.

28. Becker SP, Luebbe AM, Joyce AM. The Child Concentration Inventory (CCI): Initial validation of a child self-report measure of sluggish cognitive tempo. Psychological Assessment. 2015; 27(3): 1037-1052.

29. Díez-Gómez A, Pérez-Albéniz A, Ortuño-Sierra J, Fonseca-Pedrero E. SENTIA: An Adolescent Suicidal Behavior Assessment Scale. Psicothema. 2020; 32(3): 382-389.

30. Loewy RL, Pearson R, Vinogradov S, Bearden CE, Cannon TD. Psychosis risk screening with the Prodromal Questionnaire--brief version (PQ-B). Schizophrenia Research. 2011; 129(1): 42-46.

31. Septier M, Stordeur C, Zhang J, Delorme R, Cortese S. Association between suicidal spectrum behaviors and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2019; 103: 109-118.

32. Stickley A, Tachimori H, Inoue Y, Shinkai T, Yoshimura R, Nakamura J, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and suicidal behavior in adult psychiatric outpatients. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 2018; 72(9): 713-722.

33. Salman nejad F, Nasrollahi B, Ghorban jahromi R, namvar H. A Structural Model for Psychological Problems Based on Disconnection and Rejection Domain and Negative Automatic Thoughts with Mediating Role of Loneliness. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2022; 10(4): 32-43.

34. Fredrick JW, Becker SP. Sluggish Cognitive Tempo (Cognitive Disengagement Syndrome) and Academic Functioning: A Systematic Review and Agenda for Future Research. Clinical Child and Family Psychology Review. 2023; 26(1): 82-120.

35. Crane C, Shah D, Barnhofer T, Holmes EA. Suicidal imagery in a previously depressed community sample. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2012; 19(1): 57-69.

36. Hales SA, Deeprose C, Goodwin GM, Holmes EA. Cognitions in bipolar affective disorder and unipolar depression: imagining suicide. Bipolar Disorders. 2011; 13(7-8): 651-661.

37. Barnes GL, Stewart C, Browning S, Bracegirdle K, Laurens KR, Gin K, et al. Distressing psychotic-like experiences, cognitive functioning and early developmental markers in clinically referred young people aged 8-18 years. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2022; 57(3): 461-472.

38. Niendam TA, Bearden CE, Johnson JK, McKinley M, Loewy R, O'Brien M, et al. Neurocognitive performance and functional disability in the psychosis prodrome. Schizophrenia Research. 2006; 84(1): 100-111.

39. Pukrop R, Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Brockhaus-

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61882/shefa.13.4.40]

Dumke A, Tendolkar I, Bechdolf A, et al. Neurocognitive functioning in subjects at risk for a first episode of psychosis compared with first- and multiple-episode schizophrenia. Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology. 2006; 28(8): 1388-1407.

40. Hawkins KA, Addington J, Keefe RS, Christensen B, Perkins DO, Zipurksy R, et al. Neuropsychological status of subjects at high risk for a first episode of psychosis. Schizophrenia Research. 2004; 67(2-3): 115-122.

41. Ghadiri T, Azarfarin M, Namvar G, Samnia Z. Underlying Mechanisms of Neuroprotective Actions of Klotho Against Cognitive Impairment in Neurodegenerative Diseases. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2023;12(1):94-110.

42. Garety PA, Kuipers E, Fowler D, Freeman D, Bebbington PE. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. Psychological Medicine. 2001; 31(2): 189-195.

43. Karcher NR. Psychotic-like experiences in childhood and early adolescence: Clarifying the construct and future directions. Schizophrenia Research. 2022; 246: 205-6.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-10-30]

[DOI: 10.61882/shefa.13.4.40]