

May- June 2020, Volume 9, Issue 3

## Correlation between Childhood Trauma and Suicidal Ideation by Mediation of Mental Pain and Object Relations

Iran Zarrati<sup>1</sup>, \*Hamed Bermas<sup>2</sup>, Mehrdad Sabet<sup>3</sup>

1- PhD of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (**Corresponding author**)

**Email: Dr.bermas@gmail.com**

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

Received: 25 Feb 2020

Accepted: 12 April 2020

### Abstract

**Introduction:** Suicide is a serious public health problem that happens in all cultures and eras. Suicide ideation and suicide attempt can be influenced by many factors. The purpose of this study was to determine the correlation between childhood trauma and suicide ideation by mediating role of mental pain and object relations.

**Methods:** The research method was descriptive-correlational. Accordingly, 371 students of Islamic Azad Universities of Tehran were selected by multistage cluster sampling. In order to collect data, "Childhood Trauma Questionnaire", "Beck Scale for Suicidal Ideation", "Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale" and "Bell Object Relations Inventory" were used. The validity of the instruments was limited to previous studies and the reliability was performed by Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed using SPSS.22. and Amos V. 23.

**Results:** The evaluation of hypothetical model with fit indexes demonstrated that the hypothetical model fits the measurement model (CFI=0.95, NFI=0.95, and SRMR =0.072). The results showed that childhood trauma correlates with suicide ideation both directly and indirectly through mental pain and object relations.

**Conclusions:** Mental pain and object relations play a mediating role in the relationship between childhood trauma and suicide ideation. It is suggested that the present findings be used in developing preventive and therapeutic interventions on suicide ideation and suicide attempt.

**Keywords:** Childhood trauma, Suicide ideation, Mental pain, Object relations.

## همبستگی ترومای کودکی و ایده پردازی خودکشی با میانجیگری درد روانی و روابط موضوعی

ایران ذرراتی<sup>۱</sup>، \*حامد برماس<sup>۲</sup>، مهرداد ثابت<sup>۳</sup>

۱- دانش آموخته دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: Dr.bermas@gmail.com

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۷

## چکیده

**مقدمه:** خودکشی یک مشکل سلامت عمومی جدی است که در تمام فرهنگ ها و دوران ها رخ می دهد. عوامل بسیاری می تواند بر ایده پردازی خودکشی و اقدام به خودکشی اثرگذار باشند. هدف این پژوهش، تعیین همبستگی ترومای کودکی و ایده پردازی خودکشی با میانجیگری درد روانی و روابط موضوعی است.

**روش کار:** طرح پژوهش حاضر، از نوع توصیفی-همبستگی است. ۳۷۱ تن از دانشجویان دانشگاه های آزاد اسلامی شهر تهران با استفاده از نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. به منظور جمع آوری داده ها از "پرسشنامه ترومای کودکی" (Childhood Trauma Questionnaire)، "مقیاس ایده پردازی خودکشی بک" (Beck Scale for Suicidal Ideation) "مقیاس درد روانی اورباچ و میکولینسر" (Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale)، و "سیاهه روابط موضوعی بل" (Bell Object Relations Inventory) استفاده شد. روایی ابزارها با اکتفا به مطالعات پیشین و پایایی ابزارها به روش ضریب آلفای کرونباخ انجام شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزارهای آماری اسپس اس ۱۷ نسخه ۲۲ و ایموس نسخه ۲۳ انجام شد.

**یافته ها:** ارزیابی الگوی فرضی پژوهش با استفاده از شاخصهای برازندگی نشان داد که الگوی فرضی با الگوی اندازه گیری، برازش دارد (SRMR=۰/۰۷۲، NFI=۰/۹۵، CFI=۰/۹۵). بعلاوه، ترومای کودکی هم به صورت مستقیم و هم غیر مستقیم از طریق درد روانی و روابط موضوعی با ایده پردازی خودکشی همبستگی دارد.

**نتیجه گیری:** درد روانی و روابط موضوعی در رابطه بین ترومای کودکی و ایده پردازی خودکشی نقش واسطه ای دارند. پیشنهاد می شود در تدوین مداخلات پیشگیرانه و درمانی کارآمد برای ایده پرآزی و اقدام به خودکشی از یافته های حاضر استفاده شود.

**کلیدواژه ها:** ترومای کودکی، ایده پردازی خودکشی، درد روانی، روابط موضوعی.

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

ناشی از خودکشی روند صعودی داشته است. پیش بینی می شود نسبت مرگ ناشی از خودکشی از ۱/۸ درصد در سال ۱۹۹۸ به ۲/۴ درصد در سال ۲۰۲۰ افزایش یابد [۶]. مطالعات مربوط به خودکشی سه پدیده مهم را بررسی می کنند که شامل ایده پردازی خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی هستند [۷]. ایده پردازه خودکشی، عبارتی است که بر وقوع هرگونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد. این افکار، طیفی از اندیشه های مبهم در مورد خاتمه زندگی

خودکشی در تمام فرهنگ ها و دوره ها وجود داشته است [۱] و دهمین عامل مرگ در جهان است [۲]. حدود یک میلیون تن سالانه بر اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند [۳]. میزان مرگ ناشی از خودکشی در سال ۲۰۱۲ در جهان، ۱۱/۴ در صد هزار تن (۱۵ در مردان و ۸ در زنان) و در ایران، ۵/۲ در صد هزار تن (۶/۷ در مردان و ۳/۶ در زنان) برآورد شده است [۴، ۵]. در طی سال های اخیر، مرگ

تا خودکشی را در بر می گیرد. تخمین زده شده است که ۲۴ درصد از افرادی که فکر خودکشی را گزارش می کنند، در نهایت دست به اقدام می زنند [۸]. به عبارتی، ایده پردازی خودکشی خود یک عامل خطر برای خودکشی محسوب می شود [۹] و قوی ترین پیش بینی کننده اقدام به خودکشی و خودکشی است [۱۰]. بنابراین، مطالعه ایده پردازی خودکشی و عوامل و زمینه های مرتبط با آن می تواند در راستای مطالعات خودکشی مفید باشد.

چندین عامل خطرناک برای ایده پردازی و رفتار خودکشی گرایمی وجود دارد که شامل جنبه هایی از رفتار خودکشی گرایمی، وجود اختلالات روانپزشکی به خصوص اختلالات خلقی، اختلال شخصیت، عوامل مزاجی و روان شناختی، عوامل زیستی و عوامل خانوادگی و محیط خانواده است [۱۱]. یکی از عواملی که می تواند بر ایده پردازی خودکشی و به دنبال آن اقدام به خودکشی در بزرگسالی مؤثر باشد، تروماهای دوران کودکی است [۱۲]. ارتباط میان ترومای دوران کودکی و افزایش خطر رفتار خودکشی در هر دو جمعیت عمومی و بالینی دیده شده است. برای مثال، یک بررسی میان سوء استفاده جنسی دوران کودکی و رفتار خودکشی بزرگسالی ارتباط قوی نشان داد [۱۳]. تروماهای دوران کودکی به میزان قابل توجهی با شروع زودرس اقدام به خودکشی همراه است [۱۴]. چندین پژوهش نیز نقش تروماهای دوران کودکی را در بروز ایده پردازی خودکشی و رفتار خودکشی در اوایل بزرگسالی تأیید کردند [۱۵-۱۷].

یک زمینه پژوهشی مهم در ارتباط با خودکشی، ارتباط درد روانی با خودکشی است. درد روانی یک احساس ناخوشایند (رنج) با ریشه ای روان شناختی و نه جسمی است. درد روانی یک جنبه غیرقابل گریز وجود انسانی است [۱۸]. Meerwijk & Weiss [۱۹] آن را به صورت یک احساس ناخوشایند غیرقابل تحمل پایدار که ناشی از ارزیابی منفی از یک ناتوانی یا نقص در خود می باشد، تعریف کرده اند. درد روانی غیرقابل تحمل، محرک شایع در خودکشی است [۲۰]. رابطه علی بین درد روانی و خودکشی توسط چندین پژوهشگر مطرح شده است [۲۱-۲۳]. Shneidman [۲۰]، نقش مهمی را در مورد روشن کردن مفهوم درد روانی در ارتباط با خودکشی ایفا کرد و بحران خودکشی را به عنوان یک حالت روانی منحصر به فرد متفاوت از افسردگی و اضطراب مورد توجه قرار داد و مدعی شد که خودکشی توسط درد روانی ایجاد می شود و درد روانی اثر متغیرهای

مرتبط دیگر مثل افسردگی و اضطراب را در مسیر به سمت خودکشی میانجیگری می کند و در نهایت آستانه هر فرد برای تحمل درد، خودکشی گرا بودن فرد را تعیین می کند. بر اساس نظریه Shneidman، خودکشی تنها به وسیله عوامل بیرونی مثل تروما روی نمی دهد بلکه توسط مولفه های درونی بویژه درد روانی رخ می دهد. مهم تر از آن، زمانی که خطر خودکشی فرد ارزیابی می شود باید ظرفیت یک فرد برای تحمل درد به حساب آید. وی مطرح کرد که خودکشی گرایمی زمانی که درد روانی درمان می شود، بهتر مدیریت می شود [۲۱].

از سوی دیگر، یکی از عوامل مهمی که با تروماهای دوران کودکی ارتباط دارد و از آن تأثیر می پذیرد، روابط موضوعی است. نظریه پردازان روابط موضوعی با تمرکز بر روابط اوایل زندگی و اثرات و بقایای دیرپای آن بر روان فرد به مثابه روابط موضوعی درونی، بر ادراکات فرد از خود و روابط او با افراد دیگر تأکید می کنند [۲۴]. اصطلاح «موضوع» هم به یک شخص واقعی در دنیای بیرونی و هم به تصویر درونی شده آن فرد اشاره دارد که آیا در روابط بین فردی فعلی شخص حضور دارد یا تصاویری است که از تجارب پیشین فرد درونی شده است [۲۵]. علاوه بر بازنمایی و درونی کردن «موضوع ها»، جنبه دیگر دنیای ذهنی درونی کودک شامل بازنمایی از «خود» در حال رشد هم می باشد. بازنمایی خود، بیان ذهنی از خود است به گونه ای که در روابط با موضوع ها یا افراد مهم زندگی کودک تجربه می شود [۲۶]. فرض اساسی رویکرد روابط موضوعی این است که تصاویر اولیه خود، دیگران و محیط بیرونی در درون روان حفظ می شوند و چگونگی احساس فرد در مورد خود و دریافت و پاسخ دادن فرد به دیگران را شکل می دهند [۲۷]. مطالعات در مورد تروماهای کودکی به طور همسانی ارتباط بین تروما و نقص های روابط موضوعی را آشکار کرده اند [۲۸-۳۳]. Elliott [۲۸] نشان داد زنانی که در دوره کودکی سوء استفاده جنسی را تجربه کرده اند، نسبت به گروه سوء استفاده نشده، روابط موضوعی نقص یافته تری را [مثل مشکلات بین فردی] گزارش کردند. در مطالعه دیگری با زنان آزار دیده جسمی و جنسی، Ornduff & Kelsey [۳۱] دریافتند که گروه آزار دیده نسبت به گروه کنترل، مردم و روابط را تهدید کننده تر و بدخواهانه تر ادراک می کردند. نتایج در پژوهشی با قربانیان مرد آزار دیده، همسان بودند. همچنین رویکرد روابط موضوعی، خشم درونی شده نسبت

## ایران ذرراتی و همکاران

پرسشنامه به دلیل عدم تکمیل به طور کامل، حذف شدند. بنابراین، نتایج برای ۳۷۱ تن تحلیل شد. معیارهای ورود به پژوهش تحصیل در دانشگاه آزاد، واحدهای تهران و تمایل و علاقه برای شرکت در پژوهش و معیار خروج ناقص پاسخ دادن به پرسشنامه ها بود.

برای جمع آوری داده ها از «پرسشنامه ترومای کودکی» (Childhood Trauma Questionnaire)، «مقیاس درد روانی اورباچ و میکولینسر» (Orbach & Mikulincer)، «مقیاس ایده پردازی خودکشی (Mental Pain Scale و Beck Scale for Suicidal Ideation)» «بک» «سیاهه روابط موضوعی بل» (Bell Object Relations Inventory) استفاده شد.

«پرسشنامه ترومای کودکی» توسط Bernstein و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شد و در سال ۱۹۹۵ نسخه دوم ۵۳ گویه ای آن ارائه شد. در سال ۱۹۹۸ فرم نهایی آزمون با ۳۴ گویه طراحی شد. تغییرات بعدی منجر به شکل گیری نسخه ۲۸ گویه ای فعلی شد که گاهی نسخه فرم کوتاه نیز نامیده می شود [۳۶]. آزمودنی پس از خواندن هر گویه دور عددی را که به بهترین نحو او را توصیف می کند، خط می کشد. هر کدام از گویه ها در ۵ سطح (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) طبقه بندی شده است. این پرسشنامه آزاردیدگی را در پنج زیر مقیاس، سوءاستفاده جسمانی (Physical abuse)، سوء استفاده هیجانی (Emotional abuse)، غفلت یا نادیده گرفتن جسمانی (Physical neglect)، غفلت یا نادیده گرفتن هیجانی (Emotional neglect) و سوء استفاده جنسی (Sexual abuse) می سنجد. در نمره گذاری گویه های ۲، ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۶ و ۲۸ به طور معکوس نمره داده می شوند. برای هر زیر مقیاس نمره ای بین ۵ تا ۲۵ به دست می آید که نمرات بالاتر نشان دهنده تجربه میزان ترومای بیشتر در دوران کودکی است.

Bernstein و همکاران [۳۷] ویژگی های روانسنجی این ابزار را بر روی ۳۹۸ نوجوان مراجعه کننده به بیمارستان های روانپزشکی در نیویورک بررسی کردند. روایی همزمان از طریق بررسی همبستگی بین نمرات این پرسشنامه با درجه بندی بدرفتاری با کودک که درمانگران به وسیله «مصاحبه بررسی بدرفتاری با کودک» (Child Maltreatment Ascertainment Interview) انجام دادند، محاسبه شد. برای زیر مقیاس های سوءاستفاده جسمانی، سوءاستفاده

خود و «موضوع ها» را یکی از عوامل دخیل در ایده پردازی خودکشی و اقدام به خودکشی می داند [۳۴].

اگرچه پژوهش هایی که ذکر شد ارتباط بین ترمای دروان کودکی و ایده پردازی خودکشی را بررسی کرده اند، لزوم بررسی نقش عوامل میانجی در این زمینه به وضوح احساس می شود. از آنجاییکه عوامل متعددی می توانند خودکشی و ایده پردازی خودکشی را تحت تأثیر قرار دهند، بررسی ترکیبی از عوامل مؤثر بر ایده پردازی خودکشی، درک عمیق تری را از این عامل خطر ساز خودکشی فراهم خواهد کرد. لذا پژوهش حاضر، با هدف تعیین همبستگی ترومای کودکی و ایده پردازی خودکشی با نقش واسطه ای درد روانی و روابط موضوعی انجام شد.

## روش کار

پژوهش حاضر، از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش، شامل تمامی دانشجویانی بود که در دانشگاه های آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران، تهران شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز در سال تحصیلی ۱۳۹۶-۹۷ مشغول به تحصیل بودند. مجموع این دانشجویان ۱۹۶۱۰۰ تن بودند. با توجه به تعداد بالای افراد جامعه و این که تعداد قابل قبول، نمونه برای پژوهش های همبستگی ۱۵ تا ۲۰ تن برای هر زیر مقیاس و در مورد معادلات ساختاری و الگویابی که از قوانین تحلیل رگرسیون چندگانه تبعیت می کند، در نظر گرفتن ۱۵ مورد برای هر متغیر یک قاعده صحیح است [۳۵] و با توجه به تعداد متغیرهای مورد مطالعه که ۱۸ مورد بودند (۵ زیر مقیاس تروما، ۸ زیر مقیاس درد روانی، ۴ زیر مقیاس روابط موضوعی و ۱ ایده پردازی خودکشی) و در نظر گرفتن ۲۰ تن برای هر متغیر، تعداد نمونه با در نظر گرفتن احتمال خروج برخی پرسشنامه ها، ۳۸۰ تن در نظر گرفته شد.

از بین این جامعه آماری، نمونه گیری به صورت خوشه ای چند مرحله ای انجام شد. ابتدا از بین واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی شهر تهران، واحد علوم و تحقیقات و تهران مرکز به صورت تصادفی و با روش قرعه کشی انتخاب شدند و از میان کل دانشکده ها، دانشکده های علوم انسانی، علوم پایه و فنی مهندسی نیز از طریق قرعه کشی انتخاب شدند. جهت نمونه گیری از این واحدها با استفاده از فهرست کلاس های عمومی و شماره گذاری آن ها، به طور تصادفی ۲ یا ۳ کلاس دروس عمومی انتخاب شدند. از ۳۸۰ تن نمونه، ۹

هیجانی، نادیده گرفتن جسمانی، نادیده گرفتن هیجانی و سوءاستفاده جنسی به ترتیب ۰/۲۷، ۰/۳۲، ۰/۲۰، ۰/۱۶ و ۰/۷۲ به دست آمد. پایایی عوامل مختلف پرسشنامه ترومای دوران کودکی را نیز با دو روش ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ گزارش کرده اند. Essien و همکاران در یک گروه متشکل از ۱۶۱ دانش آموز دبیرستانی در نیجریه، روایی همگرایی ابزار را با «پرسشنامه سلامت عمومی» (General Health Questionnaire، ۰/۳۹ و پایایی ابزار را از طریق آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ گزارش کردند [۳۸]. در ایران نیز، ابراهیمی و همکاران در نمونه ای از ۱۸۰ زن مراجعه کننده به بیمارستان لقمان حکیم به دلیل خودکشی، برای برآورد پایایی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کردند و نتایج ضریب پایایی نمره کل پرسشنامه و زیر مقیاس های آن بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۷ بود [۳۹]. در پژوهش پورشهریار و همکاران در ۳۰۰ دانشجوی کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی، نیز ضریب آلفای کرونباخ برای دو بُعد سوء استفاده هیجانی و غفلت هیجانی به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۹ گزارش کردند [۴۰].

«مقیاس ایده پردازی خودکشی بک» برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته شد. این مقیاس، برآوردی عددی از شدت ایده پردازی و امیال خودکشی گرایانه فراهم می کند و مشتمل بر ۱۹ گویه است که روی یک مقیاس سه نقطه ای از صفر (کمترین شدت) تا ۲ (بیشترین شدت) درجه بندی می شود. نمره کل فرد بر اساس جمع نمره ها محاسبه می شود که از صفر تا ۳۸ است. نمره بالاتر نشان دهنده افکار خودکشی بیشتر است. در پژوهش Ducher & Dalery آلفای کرونباخ این مقیاس بر روی ۱۰۸ بیمار افسرده در فرانسه ۰/۸۹ به دست آمده است. همچنین روایی همزمان مقیاس در همین نمونه با «مقیاس ارزیابی خطر خودکشی» (Suicidal Risk Assessment Scale) ۰/۹۶ و باخرده مقیاس خودکشی «مقیاس درجه بندی افسردگی هامیلتون» (Hamilton Rating Scale for Depression) ۰/۶۰ گزارش شد [۴۱]. Kliem و همکاران ویژگی های روانسجی این مقیاس را بر روی ۲۴۵۰ تن از دانشجویان دانشگاه لایپزیگ آلمان بررسی کردند. روایی واگرا و همگرایی این ابزار به ترتیب با «پرسشنامه رضایت از زندگی» (Satisfaction with Life Scale) ۰/۲۷ و «پرسشنامه ناامیدی بک» (Beck Hopelessness Scale) ۰/۳۶ و همسانی درونی ابزار از

طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۷ به دست آمد [۴۲]. در ایران، اصفهانی و همکاران روایی همگرایی آن با زیر مقیاس های افسردگی و اضطراب در «فهرست تجدید نظر شده ۹۰ گویه ای نشانه» (Symptom Checklist-۹۰-R) را به ترتیب ۰/۵۷ و ۰/۴۶ و همسانی درونی ابزار را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۳ در یک گروه ۵۳۵ تن از شهروندان بالای ۱۸ سال تهرانی گزارش کردند [۴۳]. همچنین اینسی و همکاران ویژگی های روانسجی این مقیاس را بر روی ۱۰۰ سرباز نیروی زمینی سپاه در تهران محاسبه کردند. روایی همزمان این مقیاس با زیر مقیاس افسردگی در «پرسشنامه سلامت عمومی» ۰/۷۴ گزارش شده است. پایایی نیز با استفاده از آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۵ و با روش دو نیمه سازی ۰/۷۵ گزارش کرده اند [۴۴].

«مقیاس درد روانی اورباچ و میکولینسر» توسط Orbach و همکاران [۴۵] ساخته شده و ۴۰ گویه دارد که هم درد روانی فعلی و هم بدترین درد روانی که فرد تا کنون تجربه کرده است را اندازه می گیرد. آزمودنی ها بر روی مقیاس پنج درجه ای لیکرت از یک (کاملاً مخالف) تا پنج (کاملاً موافق) به آن پاسخ می دهند که حداقل نمره در این مقیاس ۴۰ و حداکثر نمره ۲۰۰ می باشد که نمرات بالاتر تجارب دردناک بیشتری را نشان می دهند. این مقیاس هشت زیر مقیاس دارد شامل:

۱- تغییر ناپذیری (Irreversibility) (گویه های 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، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰) فقدان کنترل (Loss of control) (گویه های 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، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰) زخم های خودشیفتگی (Narcissist wounds) (گویه های 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، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰) طغیان هیجانی (Emotional flooding) (گویه های 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، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰) سردی و برجای ماندگی (Freezing) (گویه های 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، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰) خود بیگانگی (Estrangement Self) (گویه های 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، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰) گیجی (Confusion) (گویه های 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، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰) احساس پوچی (Emptiness) (گویه های 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، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰) و همکاران به طور مقدماتی یک مقیاس دارای ۹ زیر مقیاس ۴۴ گویه ساختند که علاوه بر هشت زیر مقیاس ذکر شده، شامل یک زیر مقیاس فاصله اجتماعی با چهار گویه بود که در تحلیل های روانسجی بعدی از زیر مقیاس ها حذف گردید. بود. در مطالعه اولیه بر روی ۲۵۵ دانشجویان، روایی همگرایی زیر مقیاس های ابزار با زیر مقیاس اضطراب در «فهرست شناختی» (Cognition Checklist) بین ۰/۲۷ تا ۰/۵۰



## ایران ذرراتی و همکاران

می شود؛ به این ترتیب که با توجه به پاسخ گویه، نمره های ۱، ۲ و ۳ برای گویه های مربوط به هر زیر مقیاس تعلق گرفته و از جمع آن ها نمره کل هر زیر مقیاس به دست می آید. جمع نمرات گویه ها مربوط به هر زیر مقیاس نمره فرد را در هر یک از آن ها مشخص می کند، سپس با مراجعه به جدول مربوطه، نمرات استاندارد محاسبه می گردد [۴۸]. Bell [۴۹] ویژگی های روانسنجی این ابزار را بر روی ۴۱۰ دانشجوی دانشگاه میدوسترن آمریکا بررسی کرد. روایی دونیمه سازی مقیاس برای چهار زیر مقیاس روابط موضوعی در دامنه ای میان ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ گزارش شد. همسانی درونی مقیاس نیز بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس ها بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ به دست آمد. روایی همگرایی آن نیز با خرده مقیاس «فهرست تجدید نظر شده ۹۰ گویه ای نشانه ها» (Symptom Checklist-90-R) بین ۰/۲۶ تا ۰/۵۸ بود. Bruscato و همکاران پایایی دونیمه کردن و همسانی درونی این ابزار را در یک گروه ۲۱۸ تن از دانشجویان کارشناسی روانشناسی در برزیل، به ترتیب ۰/۵۹ و ۰/۶۳ گزارش کردند. همچنین روایی همگرایی این ابزار با نسخه انگلیسی آن در همین گروه نمونه، در زیر مقیاس ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۳ به دست آمد [۵۰]. در ایران هادی نژاد [۵۱] روایی همگرایی زیر مقیاس های این ابزار با «پرسشنامه سلامت عمومی» را بر روی ۱۴۱ دانشجوی دانشگاه هنر تهران بین ۰/۵۴ تا ۰/۶۳ به دست آمد. در همین گروه نمونه، پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۲ و به روش بازآزمایی طی ۲۱ هفته برای زیر مقیاس ها از ۰/۶۵ تا ۰/۷۸ و ۰ گزارش شد. مسگریان و همکاران نیز ویژگی های روان سنجی این ابزار را بر روی ۵۸۵ دانشجوی دانشگاه تهران بررسی کردند. روایی همگرایی این مقیاس با سطوح ساز و کار دفاعی «پرسشنامه سبک های دفاعی» (Defense Style Questionnaire) از طریق محاسبه همبستگی پیرسون بین ۰/۰۷ تا ۰/۵۳ بود. همسانی درونی مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد. پایایی دو نیمه کردن این ابزار نیز برای زیر مقیاس ها بین ۰/۶ تا ۰/۷۷ گزارش شد [۵۲].

به منظور تهیه نسخه فارسی پرسشنامه ترومای کودکی و مقیاس درد روانی از روش ترجمه معکوس استفاده شد [۵۳]. ابتدا به فارسی ترجمه و سپس توسط متخصص زبان

و با زیرمقیاس افسردگی در «فهرست شناختی» بین ۰/۲۶ تا ۰/۶۴ بود. ضریب آلفای کرونباخ برای ۹ زیر مقیاس در همین گروه نمونه بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۴ بود [۴۵]. در پژوهش Guimarães و همکاران بر روی ۴۰۳ مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد در کشور پرتغال، روایی افتراقی بین نمره کلی درد روانی و ابزار «کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی» (World Health Organization Quality of Life WHOQOL) همسانی درونی ابزار ۰/۹۲ و پایایی به روش بازآزمایی آن ۰/۷۹ به دست آمد [۴۶]. در ایران، کرمی و همکاران [۴۷] ویژگی های روانسنجی این ابزار را بر روی ۳۰۰ دانشجوی دانشگاه رازی کرمانشاه بررسی کردند. در این پژوهش روایی همگرا با «سیاهه افسردگی بک» (Beck Depression Inventory) ۰/۴۱ و با سیاهه اضطراب بک» (Beck Anxiety Inventory) ۰/۶۷ به دست آمد. همچنین همسانی درونی پرسشنامه ۰/۹۶ و برای زیر مقیاس ها بین ۰/۶۱ تا ۰/۹۵ به دست آمد. «سیاهه روابط موضوعی بل» این سیاهه که توسط Bell ساخته شد دارای ۴۵ گویه است که به صورت صحیح و غلط به آن پاسخ داده می شود و از طریق چهار زیر مقیاس ارزیابی دقیق و معتبری از روابط موضوعی ارائه می دهد که این زیر مقیاس ها عبارتند از بیگانگی (Alienation) که فقدان اعتماد بنیادین، احساس بیگانگی و مشکل در برقراری صمیمیت را می سنجد. دلپستگی نایمن (Insecure attachment)، که حساسیت نسبت به طرد شدن، ترس از جدایی و رها شدگی و آسیب پذیری در برابر صدمه دیدن توسط دیگران را ارزیابی می کند. خود میان بینی (Egocentricity)، شاخصی از همدلی پایین و تمایل به حفاظت از خود در روابط، کنترل دیگران و سودجویی از آنان است؛ و بی کفایتی اجتماعی (Social incompetence)، که منعکس کننده عدم راحتی در جمع، خجالتی بودن و دشواری در دوست یابی است [۴۸]. نمره بالا در هر یک از این زیر مقیاس ها حاکی از این است که آزمودنی در آن بعد از روابط موضوعی دچار نقصان هایی است. نحوه پاسخ گویی به پرسشنامه به این نحو است که بر مبنای راهنمای ارائه شده، آزمودنی برای هر یک از گویه های پاسخ صحیح یا غلط را انتخاب می کند. نمره های خام با توجه به دستورالعمل مندرج در راهنمای پرسشنامه محاسبه

انگلیسی مجدد به انگلیسی برگردانده شد. در مرحله آخر، نسخه اصلی به همراه نسخه ترجمه شده و برگردان مجدد در اختیار سه تن از مدرسین دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد کرج قرار داده شد تا ترجمه تایید شود.

در نمونه پژوهش حاضر به دلیل تایید روایی ابزارها در پژوهش های پیشین، فقط پایایی محاسبه شد. جهت برآورد پایایی در مورد ابزارهای پژوهش از ضریب آلفای کرونباخ بر نمونه ۳۷۱ تن از دانشجویان دانشگاه آزاد تهران استفاده گردید. در مورد «پرسشنامه ترومای کودکی» نتایج نشان داد که ضریب پایایی کل آزمون ۰/۸۵ و ضریب پایایی خرده مقیاس ها بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۴ می باشد. در مورد «مقیاس ایده پردازی خودکشی بک» ضریب پایایی ۰/۹۶ را نشان داد. برای سنجش پایایی «مقیاس درد روانی اورباچ و میکولینسر» نتایج نشان داد که میزان ضریب پایایی کل آزمون ۰/۹۸ و ضریب پایایی خرده مقیاس ها بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۵ می باشد. در مورد «سیاهه روابط موضوعی بل» نتایج ضریب پایایی برای زیر مقیاس ها بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۶ به دست آمد.

برای جمع آوری داده ها، پژوهشگر، ابتدا معرفی نامه و مجوز لازم برای انجام پژوهش خود و اجرای پرسشنامه ها را از سوی دانشگاه آزاد اسلامی دریافت نمود. سپس با معرفی خود به نمونه های مورد پژوهش، توضیحات لازم در

مورد اهداف و ماهیت پژوهش داده شد و به آن ها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات در پرسشنامه ها اطمینان داده شد. نمونه ها داوطلبانه در پژوهش شرکت کرده و به آن ها حق کناره گیری از پژوهش در حین کار یادآوری گردید. سپس پرسشنامه ها بین دانشجویان توزیع و گردآوری شد. جهت تکمیل هر پرسشنامه حدود ۴۵ دقیقه زمان صرف شد و جمع آوری کل داده ها در مدت حدود یک ماه انجام شد. تحلیل داده ها با استفاده از الگو یابی معادلات ساختاری انجام شد. همچنین برای طبقه بندی، پردازش و تحلیل داده ها از نرم افزارهای آماری اس پی اس نسخه ۲۲ و ایموس نسخه ۲۳ استفاده شد.

### یافته ها

نمونه پژوهش حاضر را ۷۳ تن مرد (۱۹/۷ درصد) و ۲۹۸ تن زن (۸۰/۳ درصد) تشکیل داده بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۳/۲۶ سال با انحراف استاندارد ۳/۱۹ سال بود. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است. درد روانی بیشترین همبستگی را با ایده پردازی خودکشی دارد ( $r = 0/803$ ). از سویی زیر مقیاس بی کفایتی اجتماعی کمترین همبستگی را با ایده پردازی خودکشی نشان داد ( $r = 0/314$ ) (جدول ۱).

جدول ۱: ضریب همبستگی پیرسون بین تروما، درد روانی، زیر مقیاس های روابط موضوعی و ایده پردازی خودکشی

	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱ تروما							
۲ درد روانی	۰/۶۳۷***						
۳ بیگانگی	۰/۴۹۸***	۰/۸۰۱***					
۴ دلستگی نا ایمن	۰/۵۰۹***	۰/۷۱۵***	۰/۷۴۲***				
۵ خودمیان بینی	۰/۵۰۶***	۰/۶۸۷***	۰/۷۴۱***	۰/۶۷۵***			
۶ بی کفایتی اجتماعی	۰/۲۵۰***	۰/۴۳۷***	۰/۶۹۷***	۰/۵۱۰***	۰/۳۷۹***		
۷ ایده پردازی خودکشی	۰/۷۱۱***	۰/۸۰۳***	۰/۶۳۷***	۰/۶۲۴***	۰/۵۹۱***	۰/۳۱۴***	۱

\*\*\* P < 0/001

نرمال بودن تک متغیری و چندمتغیری و عدم وجود همخطی چندگانه مورد بررسی قرار گرفت. محاسبه چولگی

قبل از ارزیابی الگو اندازه گیری و الگو ساختاری، پیش فرضهای مهم الگو یابی معادلات ساختاری شامل

## ایران ذرراتی و همکاران

وجود همخطی چندگانه به وسیله واریانس ماتریس همبستگی بین متغیرهای مشهود انجام شد. بررسی این ماتریس حاکی از عدم وجود هم خطی چندگانه بین آن ها است. ضرایب همبستگی در دامنه  $0/۸۰۳ \leq I \leq 0/۶۳۷$  قرار دارند. ضرایب همبستگی که بالای  $0/۸۵$  باشند در تخمین صحیح الگو مشکل ایجاد می کنند [۵۵]. درچنین شرایطی باید یکی از دو متغیر از تحلیل کنار گذارده شود. بنابراین، فرض عدم وجود هم خطی چندگانه نیز محقق شده است. الگو یابی معادلات ساختاری با کاربرد روش تخمین حداکثر درست نمایی برای ارزیابی الگوی اندازه گیری و الگوی ساختاری به کار برده شد. الگوی اندازه گیری ارتباط متغیرهای مشهود را با متغیرهای مکنون مشخص می کند. ارزیابی این الگو با استفاده از روش تحلیل عاملی تأییدی انجام می شود. شاخص های برازش الگو اندازه گیری که در (جدول ۲) ارائه شده است، برازش مطلوب این الگو را نشان می دهد. بنابراین، متغیرهای مشهود توانایی لازم برای عملیاتی کردن متغیرهای مکنون را دارند.

جدول ۲: شاخص های برازش الگوی اندازه گیری و الگوی ساختاری پژوهش

شاخص برازندگی	دامنه قابل پذیرش	الگوی اندازه گیری	الگوی ساختاری
خی دو ( $\chi^2$ )	-	۱۰۹۳/۶۲	۱۲۲۳/۳۶
شاخص توکر- لوییس (TLI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۴	۰/۹۴
شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۵	۰/۹۵
شاخص برازندگی فزاینده (IFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۵	۰/۹۵
شاخص برازندگی نسبی (RFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۴	۰/۹۳
شاخص برازش هنجار شده (NFI)	بزرگتر از ۰/۹۰	۰/۹۵	۰/۹۴
ریشه میانگین مربعات باقی مانده استاندارد شده (SRMR)	کمتر از ۰/۱	۰/۰۷۲	۰/۰۸۷
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	کمتر از ۰/۰۸	۰/۱۳	۰/۱۴۰

دیده می شود.

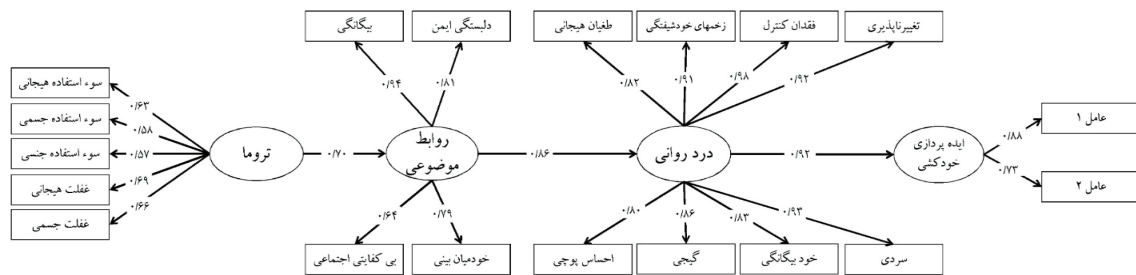
(شکل ۱) الگوی ساختاری مفهومی را به همراه ضرایب استاندارد به تصویر می کشد. تروما با ضریب استاندارد ۰/۷۰ بر روابط موضوعی اثر می گذارد.

و کشیدگی هر یک از متغیرهای مشهود، روشی معمول برای ارزیابی نرمال بودن تک متغیری است. در این مطالعه چولگی متغیرهای مشاهده پذیر در دامنه  $0/۲۱۴$  تا  $۲/۵۷۲$  و کشیدگی آنها در دامنه  $-0/۸۸۹$  تا  $۷/۵۳۱$  قرار داشت. Chou & Bentler [۵۴]، نقطه برش  $\pm 3$  را برای مقدار چولگی مناسب می دانند. اگرچه توافق اندکی درباره نقطه برش کشیدگی وجود دارد، با این حال به طور کلی مقادیر بیش از  $\pm 10$  برای این شاخص مسئله آفرین بوده و مقادیر بیش از  $\pm 20$  نتایج به دست آمده را نامعتبر می سازد [۵۵]. مقادیر بدست آمده برای چولگی و کشیدگی متغیرها حاکی از تحقق پیش فرض نرمال بودن تک متغیری دارد.

در این مطالعه فرض نرمال بودن چندمتغیری با محاسبه شاخص کشیدگی چندمتغیری نسبی بررسی شد که مقدار آن برابر  $۱/۲۹۱$  بدست آمد. Bentler [۵۶] معتقد است در صورتی که ارزش این شاخص بیشتر از ۳ نباشد، نرمال بودن چندمتغیری محقق شده است. بنابراین، توزیع تمامی ترکیب های متغیرها نرمال است. بررسی پیش فرض عدم

همچنین ارزیابی الگوی ساختاری با استفاده از روش الگو یابی معادلات ساختاری نشان داد که تمامی شاخصهای برازش این الگو فرضی به غیر از ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)، در محدوده برازش مطلوب قرار دارد. شاخصهای برازش مربوط به این الگو در (جدول ۲)



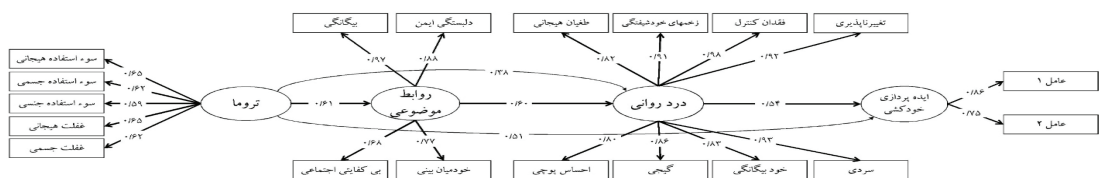


شکل ۱: الگو ساختاری همراه با ضرایب استاندارد

بهبتر تبیین کند. (شکل ۲) الگو ساختاری اصلاح شده را به همراه ضرایب استاندارد به تصویر می کشد. بررسی شاخص های اصلاح الگو فرضی نشان داد که تنها دو مسیر تروما به سوی درد روانی و مسیر تروما به سوی ایده پردازی خودکشی دارای شاخص اصلاح معناداری است. مقادیر شاخص اصلاح برای این دو مسیر به ترتیب ۵۲/۶۱ و ۴۲/۴۸ بود؛ از این رو بر مبنای برخی پژوهش ها، روابط مستقیم بین تروما با درد روانی و ایده پردازی خودکشی به الگو اضافه شد. تروما با ضریب استاندارد ۰/۶۱ بر روابط موضوعی، با ضریب استاندارد ۰/۳۸ بر درد روانی و با ضریب استاندارد ۰/۵۱ بر ایده پردازی خودکشی اثر می گذارد. روابط موضوعی با ضریب استاندارد ۰/۶۰ بر درد روانی و درد روانی نیز با ضریب استاندارد ۰/۵۴ بر ایده پردازی خودکشی اثر می گذارد. تمامی اثرات در سطح  $P < 0/001$  معنادار است.

اثر روابط موضوعی بر درد روانی دارای ضریب استاندارد ۰/۸۶ است و درد روانی نیز با ضریب استاندارد ۰/۹۲ بر ایده پردازی خودکشی اثر می گذارد. تمامی اثرات در سطح  $P < 0/001$  معنا دار است. با توجه به اینکه در الگوی ساختاری، معناداری ضریب مسیر با استفاده از مقدار  $T$  (T-value) مشخص می شود. چنانچه مقدار  $t$  بیش از ۱/۹۶ باشد ارتباط دو سازه معنادار است، بنابراین، تمامی مسیرها معنادار است.

یکی از رویکردهای رایج برای اصلاح برازش الگوهای ساختاری، بررسی شاخص های اصلاح است. شاخص های اصلاح بیانگر مقادیری هستند که در صورت اضافه کردن مسیری به الگو، منجر به اصلاح الگو می شود. یافته ها نشان داد که مقدار کای اسکوئر از ۱۲۲۳/۳۶ به ۱۰۹۶/۹۵ کاهش پیدا کرده و شاخص های برازش بهبود یافته اند. ( $LI=0/94$ ,  $CFI=0/95$ ,  $IFI=0/95$ ),  $RFI=0/94$ ,  $NFI=0/95$ ,  $SRMR=0/072$ ,  $RMSEA=0/132$  بنابراین، الگو نهایی می تواند روابط بین متغیرهای پژوهش را



شکل ۲: الگو ساختاری اصلاح شده

مقابله با نوسان هیجان ها و در نتیجه افزایش اختلال های هیجانی، از جمله افسردگی منجر شود [۶۰].

بین غفلت دوران کودکی، تکانشگری و عدم تحمل پریشانی، رفتار پرخاشگرانه و خودکشی در بزرگسالان رابطه وجود دارد. تجربه غفلت در کودکی، ترس از آسیب رساندن به خود را در فرد کاهش می دهد و همین طور از طریق میانجیگرهایی مانند افسردگی منجر به ایده پردازی و رفتار خودکشی گرا می شود. غفلت در دوران کودکی رشد هیجانی- اجتماعی دوران نوجوانی و بزرگسالی از جمله گسترش شناخت واره های منفی در مورد خود و دیگران را تحت تاثیر قرار می دهد. همچنین غفلت موجب روابط شرطی بین محرک مربوط به آسیب و آشفتگی هیجانی و تنظیم هیجانی رشد نیافته می شوند. کودکانی که در دوران کودکی خود مورد غفلت واقع شده اند معمولاً ناچارند درد عاطفی زیادی را تحمل کنند، که این مانع از ایجاد احساس امنیت در آن ها می شود. بنابراین، این کودکان کمتر احتمال دارد مهارت های تنظیم مقابله با شناخت ها یا هیجان های منفی را گسترش می دهند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین درد روانی و ایده پردازی خودکشی همبستگی معنادار وجود دارد. این یافته با مطالعه فراتحلیل انجام شده توسط Ducasse و همکاران [۶۱] هم راستا می باشد. این پژوهش نشان داد که سطح درد روان شناختی در افرادی که اقدام به خودکشی می کنند نسبت به افرادی که اقدامی نمی کنند و همچنین در افراد دارای ایده های خودکشی نسبت به کسانی که هیچ ایده ای درباره خودکشی ندارند، بالاتر است. این نتایج حتی زمانی که زیرگروه ها سطح یکسانی از افسردگی داشتند، معنادار بودند. این نتیجه منطبق با این یافته است که خطر خودکشی جدا از افسردگی، به طور مثبت با سطح درد روان شناختی مرتبط است [۶۲]. هم چنین درد روان شناختی در برانگیختگی خودکشی با عوامل محیطی تعامل می کند. برای مثال، میزان اقدام به خودکشی و درد روان شناختی در افرادی که در معرض خودکشی اعضای خانواده خودشان بودند نسبت به کسانی که چنین تجربه ای را نداشتند، خیلی بیشتر است. این نتایج پیشنهاد می کنند که درد روان شناختی در تعامل با رخدادهای تنش زا، در افراد آسیب پذیر به خودکشی، خطر خودکشی را افزایش می دهد. بنابراین به طور کلی می توان گفت که رخدادهای آسیب زای زندگی از طریق درد روانی و عاطفی که ایجاد می کنند،

در مطالعه حاضر برای ارزیابی روابط واسطه ای از آزمون بوت استرپ استفاده شد. زمانی که تعداد نمونه چندان زیاد نباشد، بوت استرپ قدرتمندترین و منطقی ترین روش برای دستیابی به اثرات غیر مستقیم را فراهم می آورد [۵۷]. در این روش چنانچه حد بالا و پایین این آزمون هر دو مثبت یا هر دو منفی باشند و مقدار صفر مابین این دو حد قرار نگیرد در آن صورت مسیر علی غیرمستقیم معنا دار خواهد بود. براساس نتایج این آزمون اثر تروما بر درد روانی با واسطه گری روابط موضوعی برابر  $p = 0/001$  و  $0/365$  و  $p = 0/003$  و  $0/323$  و محدود بوت استرپ  $0/300$  تا  $0/454$ ، اثر روابط موضوعی بر ایده پردازی خودکشی با واسطه گری درد روانی برابر  $p = 0/003$  و  $0/323$  و محدود بوت استرپ  $0/180$  تا  $0/429$  و مجموع اثرات تروما بر ایده پردازی خودکشی که از دو مسیر اعمال می شود برابر  $0/405$  و  $p = 0/001$  و حدود بوت استرپ  $0/301$  تا  $0/503$  است.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی ساختاری بین ترومای کودکی، روابط موضوعی، درد روانی و ایده پردازی خودکشی صورت گرفت. یافته های پژوهش حاضر همسو با پژوهش های Roy [۱۳]، Brodsky و همکاران [۱۴]، Castellvi و همکاران [۱۵]، Campos و همکاران [۱۶] و Mortier و همکاران [۱۷] است که نشان دادند میان ترومای کودکی و اقدام به خودکشی رابطه وجود دارد. همچنین یافته های پژوهش با نتایج پژوهش Van der Kolk و همکاران [۵۸] که به طور خاص نشان دادند تجارب تروماتیک تکرارشونده در دوره کودکی با ظرفیت آسیب دیده برای تنظیم هیجانی و با خشونت از جمله احساسات خودکشی گرا مرتبط می شوند، همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت، از آنجا که سوءاستفاده هیجانی به افسردگی منجر می شود و اختلال افسردگی همبندی بالایی با اقدام به خودکشی دارد، می توان گفت افرادی که در کودکی دچار سوءاستفاده هیجانی می شوند، به اختلال های هیجانی از جمله افسردگی مبتلا می شوند و افسردگی می تواند به خودکشی منجر شود [۵۹]. شواهد نشان می دهد تروماهای دوران کودکی بر مغز در حال رشد کودکان و نوجوانان اثر مخربی بر جا می گذارد. یکی از این اثرها، اختلال های هیجانی است. سوءاستفاده و غفلت در دوران کودکی ممکن است به ناتوانی های مزمن در

خطر خودکشی را بیشتر می کنند [۶۳].

یکی دیگر از یافته های مطالعه حاضر ارتباط معنادار بین تروما و روابط موضوعی است. ارتباط بین تروما و نقص های روابط موضوعی از تبیین روان تحلیلی فرآیند رشد ظرفیت تحمل درد [۶۴] حمایت می کند. در مواجهه با حوادث پر تنش افراد توسط عواطف دردناک و شدید برانگیخته می شوند. به منظور فرار از این حالت عاطفی غیرقابل تحمل، افراد ساز و کارهای دفاعی متنوعی شامل رفتارهای تجزیه ای و خودآسیب رسان را به کار می گیرند [۶۵]. ارتباط بین تروما و کمبود تنظیم عاطفی نشان داده شده در مطالعات می تواند توسط الگوی "ظرف-مظروف" (contain-container) تبیین شود.

Bion [۶۶] تشریح کرد زمانی که عاطفه دردناک توسط ابژه همدلی کننده نگه داشته نمی شود، نتیجه فقط یک رفتار آشفته ایجاد شده توسط هیجان های شدید نیست بلکه همچنین یک کمبود رشد ظرفیت برای تحمل عاطفه دردناک است. Ferro [۶۷] و Stolorow [۶۸] همچنین بر اهمیت "نگهدارندگی" ارایه شده توسط یک ابژه همدلی کننده در رشد ظرفیت برای تحمل درد تاکید کردند. بر اساس نظریه روابط موضوعی، فرد به منظور کسب توانایی تسکین دادن خودش و تحمل داشتن در یک موقعیت دردناک، نیازمند داشتن تجربه حضور یک مراقب همدل و با تحمل بالا در سال های اولیه رشد می باشد. با درونی کردن ظرفیت تحمل درد و توانایی تسکین دادن خویش، از طریق ارتباط با مراقب، فرد به این توانمندی دست می یابد که ظرفیت نگه داشتن عواطفش و تحمل آن ها را در خود ایجاد کند. این رشد ظرفیت تحمل عواطف دردناک در نهایت، منجر به رشد روانی فرد می شود [۶۹]. در حالی که بدون این تجربه "نگهدارندگی"، رشد روانی فرد مختل شده و در یک مرحله خاص تثبیت می شود و این اختلال به صورت آسیب شناسی های گوناگون مثل اختلال شخصیت آشکار می شود. در نظریه روابط موضوعی، این اختلال به نقص های روابط موضوعی نسبت داده می شود و این نقص ها با ایجاد و ادامه دادن روابط رضایت بخش تداخل می کند [۴۸]. یکی از قابل ذکرترین نمونه ها از تجربه دردناک که ممکن است موجب اختلال در رشد روانی شود، در معرض تروما قرار گرفتن به خصوص در سال های اولیه است. نقص های ایجاد شده توسط کمبود یا ناکافی بودن یک ابژه نگهدارنده در روابط موضوعی، به عنوان یک

متغیر مهم که رشد ظرفیت تحمل درد را تحت تاثیر قرار می دهد، فرض شده است [۶۹].

یکی دیگر از یافته های پژوهش حاضر این بود که روابط موضوعی نقش میانجی بین تروما و درد روانی و خودکشی را ایفا می کند. در تبیین نقش میانجی روابط موضوعی بین تروما و درد روانی و خودکشی می توان به مسئله نقص و اختلال در مرزهای "خود" و "ابژه بازنمایی شده" پرداخت. استدلال غالب در میان نظریه های روابط موضوعی این است که در فانتزی فرد، خودکشی تلاشی برای نابود کردن ابژه های درونی منفی یا جنبه های ناخوشایند خود می باشد (۷۰). در اغلب افراد خودکشی گرا، در واکنش به تجارب فقدان و سوءاستفاده، "خود" به عنوان آسیب دیده، بی ارزش یا تهی شده بازنمایی شده است و فرد در یکپارچه کردن جنبه های "خوب" و "بد" خود شکست می خورد، بنابراین، خودکشی راهی برای همانندسازی با خود خوب و نابود کردن خود بد می باشد. در این مورد فرد خودکشی گرا تصور می کند که "خود بد" می تواند کشته شود در حالی که "خود خوب" از مرگ پیشی می گیرد (۷۱).

پژوهش های روان تحلیلی گری در مورد خودکشی، نشان می دهند که آسیب پذیری نسبت به خودکشی با فقدان یک ابژه همدلی کننده درونی شده، به خصوص در فرایند جدایی، همراه است که منجر به آسیب در توانایی تحمل درد در مورد جدایی و فقدان در سال های بعد می شود [۷۲، ۷۳]. به عبارت دیگر، خودکشی گرای با ظرفیت تحمل درد مرتبط است که از رابطه مثبت با مراقب و روان تحلیل گرانه و نتایج مطالعات تجربی، فرض می شود که نقص های روابط موضوعی ممکن است در ظرفیت تحمل درد روانی اختلال ایجاد می کند، این آسیب در جای خود به سطوح افزایش یافته درد روانی در ارتباط با تروما منتهی می شود. و همانطور که اشاره شد افزایش درد روانی با افزایش خودکشی همراه است. به طور کلی یافته های این پژوهش بیان دارند که رخداد های آسیب زای زندگی باوجود این که سازه مرکزی و نقش اصلی در آسیب پذیری به خودکشی دارد، با این وجود می توان گفت که شیوه عملکرد این تاثیر، نقص در روابط موضوعی حاصل از رخداد های آسیب زا و در نهایت درد روان شناختی ناشی از آن است.

این پژوهش و نیز استفاده از ابزارهای خودسنجی نیز از محدودیت های دیگر این پژوهش است.

### سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روانشناسی ایران ذرراتی با راهنمایی جناب آقای دکتر حامد برماس در دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج می باشد که رعایت نکات اخلاقی توسط دانشگاه مذکور با کد اخلاق 1397.53 IR.IAU.K.REC تایید شد. پژوهشگران، از همه شرکت کنندگان در این پژوهش که نهایت همکاری را در اجرای این پژوهش داشته اند، تشکر و قدردانی می کنند.

### References

- 1- Lester D. Suicide and islam. Archives of Suicide Research. 2006;10(1):77-97. <https://doi.org/10.1080/13811110500318489> PMID:16287698
- 2- Hawton K, van Heeringen K. Background and epidemiology. Lancet. 2009; 373:1372-1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X)
- 3- Crawford MJ, Thana L, Methuen C, Ghosh P, Stanley SV, Ross J, et al. Impact of screening for risk of suicide: Randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2011; 198 (5): 379-384. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.5.379> <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083592> PMID:21525521
- 4- Organization WH. Preventing suicide: A global imperative: World Health Organization; 2014.
- 5- Tilahun B, Kauppinen T, Keßler C, Fritz F. Design and development of a linked open data-based health information representation and visualization system: potentials and preliminary evaluation. JMIR Medical Informatics. 2014; 2 (2):31-47. <https://doi.org/10.2196/medinform.3531> PMID:25601195 PMCid:PMC4288106
- 6- Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. New York: Oxford University Press; 2009. <https://doi.org/10.1093/med/9780198570059.003.0014>
- 7- Van Heeringen K. Unit for suicide research, University of Gent, Belgium. The British Journal of Psychiatry. 2003; 183 (3):260-261. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.260> PMID:12949001
- 8- Marcenko MO, Fishman G, Friedman J.

### نتیجه گیری

یافته ها نشان داد که ترومای کودکی با میانجیگری درد روانی و روابط موضوعی می تواند به طور معناداری با ایده پردازی خودکشی مرتبط باشد. بر این اساس پیشنهاد می شود در تدوین مداخلات پیشگیرانه و درمانی کارآمد برای ایده پرازی و اقدام به خودکشی و همچنین تهیه و تدوین پروتکل های آموزشی بر اساس الگو به دست آمده از یافته های حاضر استفاده شود. از محدودیت پژوهش حاضر این است که صرفاً بر روی جمعیت دانشجویی و غیربالینی انجام شده است در نتیجه باید در تعمیم نتایج به جمعیت های بالینی جانب احتیاط را رعایت کرد. ماهیت مقطعی بودن

- Reexamining adolescent suicidal ideation: A developmental perspective applied to a diverse population. Journal of Youth and Adolescence. 1999; 28 (1):121-138. <https://doi.org/10.1023/A:1021628709915>
- 9- Groleger U, Tomori M, Kocmur M. Suicidal ideation in adolescence-an Indicator of actual risk? The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences. 2003;40(3):202-215.
  - 10- Choi Jh, Yu M, Kim Ke. Suicidal ideation in adolescents: A structural equation modeling approach. Nursing & Health Sciences. 2015;17(1):119-125. <https://doi.org/10.1111/nhs.12142> PMID:24943997
  - 11- Wells KC, Heilbron N. Family-based cognitive-behavioral treatments for suicidal adolescents and their integration with individual treatment. Cognitive and Behavioral Practice. 2012;19(2):301-314. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.06.004>
  - 12- Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner Jr TE. The interpersonal theory of suicide. Psychological Review. 2010;117(2):575-580. <https://doi.org/10.1037/a0018697> PMID:20438238 PMCid:PMC3130348
  - 13- Roy A. Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. Journal of Affective Disorders. 2011;130(1-2):205-208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.022> PMID:20943272.
  - 14- Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B, et al. Familial transmission of suicidal behavior: factors mediat-

- ing the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2008;69(4):584-290. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0410> PMID:18373384 PMCID:PMC2754138.
- 15- Castellví P, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, et al. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2017; 135 (3):195-211. <https://doi.org/10.1111/acps.12679> PMID:27995627
  - 16- Campos RC, Holden RR, Baleizão C, Caçador B, Fragata AS. Self-criticism, neediness, and distress in the prediction of suicide ideation: Results from cross-sectional and longitudinal studies. *The Journal of psychology*. 2018;152(4):237-255. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1446895> PMID:29667539
  - 17- Mortier P, Demyttenaere K, Auerbach RP, Cuijpers P, Green JG, Kiekens G, Kessler RC, Nock MK, Zaslavsky AM, Bruffaerts R. First onset of suicidal thoughts and behaviors in college. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 207:291-299. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.033> PMID:27741465 PMCID:PMC5460371
  - 18- Wille RS. On the capacity to endure psychic pain. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*. 2011; 34 (1): 23-30. <https://doi.org/10.1080/01062301.2011.10592880>
  - 19- Meerwijk EL, Weiss SJ. Toward a unifying definition of psychological pain. *Journal of Loss and Trauma*. 2011;16(5):402-412. <https://doi.org/10.1080/15325024.2011.572044>
  - 20- Shneidman ES. Commentary: Suicide as psych ache. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1993; 181 (3): 145-147. <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001> PMID:8445372
  - 21- Shneidman ES. *The Suicidal Mind*. New York: Oxford University Press; 1996.
  - 22- Williams JM, Williams M. *Cry of pain: Understanding suicide and self-harm*. London: Penguin Books; 1997.
  - 23- Williams M. *Suicide & attempted suicide: Understanding the cry of pain* (1re éd.). Londres, Royaume-Uni: Diane Pub Co; 2001.
  - 24- Clair MS, Wigren J. *Object relations and self psychology: An introduction*. Pacific Grove, (CA): Wadsworth; 2000.
  - 25- Herbert GL, McCormack V, Callahan JL. An investigation of the object relations theory of depression. *Psychoanalytic Psychology*. 2010; 27 (2): 219-225 <https://doi.org/10.1037/a0019423>
  - 26- Greenberg JR, Mitchell SA. *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1983. <https://doi.org/10.2307/j.ctvjck2xv6>
  - 27- Andersen B, LaVoie JC, Dunkel CS. Individuation and parents as people: Measurement concerns regarding two aspects of autonomy. *Journal of Adolescence*. 2007; 30 (5): 751-60. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2006.10.004> PMID:17173965
  - 28- Elliott DM. Impaired object relations in professional women molested as children. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1994; 31 (1): 79-84 <https://doi.org/10.1037/0033-3204.31.1.79>
  - 29- Haviland MG, Sonne JL, Woods LR. Beyond posttraumatic stress disorder: Object relations and reality testing disturbances in physically and sexually abused adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995; 34 (8): 1054-1059. <https://doi.org/10.1097/00004583-199508000-00015> PMID:7665444.
  - 30- Morrell B, Mendel MP, Fischer L. Object relations disturbances in sexually abused males. *Journal of Interpersonal Violence*. 2001;16(9):851-864. <https://doi.org/10.1177/088626001016009001>
  - 31- Ornduff SR, Kelsey RM. Object relations of sexually and physically abused female children: A TAT analysis. *Journal of Personality Assessment*. 1996;66(1):91-105. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601\\_7](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_7) PMID:8576838
  - 32- Twomey HB, Kaslow NJ, Croft S. Childhood maltreatment, object relations, and suicidal behavior in women. *Psychoanalytic Psychology*. 2000; 17 (2): 313-330. <https://doi.org/10.1037/0736-9735.17.2.313>
  - 33- Vivona JM. *Suicidal ideation, object relations, and early experiences: an investigation using structural equation modeling*. Doctoral Dissertations in psychology, Amherst: Amherst, 1996.



- 34- Yakeley J, Burbridge-James W. Psychodynamic approaches to suicide and self-harm. *BJ Psych Advances*. 2018; 24 (1):37-45. <https://doi.org/10.1192/bja.2017.6>
- 35- Maxwell AE. *Multivariate analysis in Behavioral Research*. London: Chapman and Hall; 1977.
- 36- Bernstein D P, Stein J.A, Newcomb M D, Walker E, Pogge D. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*. 2003; 27 (2):169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- 37- Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997; 36 (3):340-348. <https://doi.org/10.1097/00004583-199703000-00012> PMID:9055514
- 38- Essien EA, Attoe OR, Anake GA, Uwah EE, Aigbomian EJ, Eleazu FI, Udofia O. The childhood trauma questionnaire: validity, reliability and factor structure among adolescents in Calabar, Nigeria. *Nigerian Journal of Medicine*. 2018; 27 (3): 252-9. <https://doi.org/10.4103/1115-2613.278787>
- 39- Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. ] Childhood Traumas and Suicide Attempt in Adulthood.[ *IJPCP*. 2014; 19 (4) :275-282
- 40- Pourshahriar H, Alizade H, Rajaeinia K. ] Childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The mediating roles of attachment Style and emotion regulation[. *IJPCP*. 2018; 24 (2):148-163 <https://doi.org/10.32598/ijpcp.24.2.148>
- 41- Ducher J, Dalery J. Concurrent validation of the suicidal risk assessment scale (RSD) with the Beck's suicidal ideation scale. *L'Encephale*. 2004; 30 (3): 249-254. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(04\)95436-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(04)95436-X)
- 42- Kliem S, Lohmann A, Mößle T, Brähler E. German Beck Scale for Suicide Ideation (BSS): psychometric properties from a representative population survey. *BMC psychiatry*. 2017 Dec;17(1):389. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1559-9> PMID:29202737 PMCID:PMC5716298
- 43- Esfahani M, Hashemi Y, Alavi K. ]Psychometric assessment of beck scale for suicidal ideation (BSSI) in general population in Tehran[. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2015; 29:268.
- 44- Anisi J, Fathi-Ashtiani A, Soltani Nejad A, Amiri M. ]Prevalence of suicidal ideation in soldiers and its associated factors[. *Journal Mil Med*. 2006; 8 (2):113-118.
- 45- Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, Gilboa-Schechtman E. Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Journal of Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2003; 37: 219-230. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219> PMID:14582833
- 46- Guimarães R, Fleming M, Cardoso MF. Validation of the Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale (OMMP) on a drug addicted population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2014 Mar 1;49(3):405-15. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0751-6> PMID:23995521
- 47- Karami J, Bagian MJ, Momeni K, Elahi A. ] Measurement of mental pain: Psychometric properties and confirmatory factor analysis of multidimensional mental pain questionnaire[. *Journal of Health Psychology*. 2018; 7(25): 146-172
- 48- Bell MD. *Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI) Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services; 2007
- 49- Bell M, Billington R, Becker B. A scale for the assessment of object relations: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of Clinical Psychology*. 1986; 42 (5):733-41. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(198609\)42:5<733::AID-JCLP2270420509>3.0.CO;2-C](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198609)42:5<733::AID-JCLP2270420509>3.0.CO;2-C)
- 50- Bruscato WL, Iacoponi E. Validity and reliability of the Brazilian version of an inventory for the evaluation of object relations. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000; 22 (4):172-7. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000400006>
- 51- Hadinezhad H, Tabatabaeian M, Dehghani M. ] A preliminary study for validity and reliability of Bell Object Relations and Reality Testing Inventory[. *IJPCP*. 2014; 20 (2) :162-169.
- 52- Mesgarian F, Azadfallah P, Farahani H, Ghorbani N. ]Psychometric properties of Bell object relations inventory (BORI)[. *CPAP*. 2018; 15 (2):193-204



- 53- Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. [Validity and reliability of the instruments and types of measurements in health applied researches]. JRUMS. 2015; 13 (12) :1153-1170
- 54- Chou C.-P, Bentler P. M. Estimates and Tests in Structural Equation Modeling. London: Sage Publications; 1995.
- 55- Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling .3nd Ed. New York:Guilford; 2001.
- 56- Bentler PM. EQS structural equations program manual. Encino, CA: Multivariate software; 1995
- 57- Preacher KJ, Hayes AF. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. Behavior research methods. 2008;40(3):879-891. <https://doi.org/10.3758/BRM.40.3.879> PMID:18697684
- 58- VanderKolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origins of self-destructive behavior. American Journal of Psychiatry. 1991;148 (12):1665-1671. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1665> PMID:1957928
- 59- Eisenberg HB. The process of recovery for young adults with recurrent suicide attempts and the role of childhood trauma. Doctoral Dissertations in Psychology. Toronto: University of Toronto; 2007.
- 60- Wingenfeld K, Schaffrath C, Rullkoetter N, Mensebach C, Schlosser N, Beblo T, et al. Associations of childhood trauma, trauma in adulthood and previous-year stress with psychopathology in patients with major depression and borderline personality disorder. Child Abuse & Neglect: The International Journal. 2011; 35 (8): 647-54. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2011.04.003> PMID:21855143
- 61- Ducasse D, Holden RR, Boyer L, Artero S, Calati R, Guillaume S, et al. Psychological Pain in Suicidality: A Meta-Analysis. Journal of Clinical Psychiatry. 2018; 79(3):70-86 <https://doi.org/10.4088/JCP.16r10732> PMID:28872267
- 62- Verrocchio MC, Carrozzino D, Marchetti D, Andreasson K, Fulcheri M, Bech P. Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. Frontiers in Psychiatry. 2016;7(108):1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00108> PMID:27378956 PMCID:PMC4913233
- 63- Campos RC, Holden RR, Santos S. Exposure to suicide in the family: Suicide risk and psychache in individuals who have lost a family member by suicide. Journal of Clinical Psychology. 2018; 74 (3): 407-417. <https://doi.org/10.1002/jclp.22518> PMID:28881015
- 64- Bion WR. Attention and Interpretation. London: Tavistock Publications;1970.
- 65- Allen JG, Fonagy P, editors. The Handbook of Mentalization-based Treatment. Chichester, England: John Wiley & Sons; 2006. <https://doi.org/10.1002/9780470712986>
- 66- Bion W. Elements of Psychoanalysis. New York: Basic Books; 1963.
- 67- Ferro A. Seeds of illness, seeds of recovery: The genesis of suffering and the role of psychoanalysis. New York: Routledge; 2004. <https://doi.org/10.4324/9780203337875>
- 68- Stolorow R. Psychoanalytic Inquiry Book Series: Vol. 23. Trauma and human existence: Autobiographical, psychoanalytic, and philosophical reflections. New York: The Analytic Press; 2007.
- 69- Joseph B. Psychic Equilibrium and Psychic Change: Selected Papers of Betty Joseph. New York: Psychology Press; 1989.
- 70- Goldstein MA. Suicide attempts in traumatized children and adolescents: An implicit investigation of affect regulation and object relations. Doctoral Dissertations in Psychology. New York: Adelphi University; 2016.
- 71- Fowler JC, Hilsenroth MJ, Groat M, Biel S, Bieder,ann C, Ackerman S. Risk factor for medically serious suicide attempts: Evidence for a psychodynamic formulation of suicidal crisis. Journal of the American Psychoanalytic Association. 2012; 60 (3): 555-576. <https://doi.org/10.1177/0003065112442240> PMID:22517915
- 72- Maltzberger JT, Buie DH. The devices of suicide revenge, riddance, and rebirth. International Review of Psycho-Analysis. 1980; 7: 61-72.
- 73- Hendin H. Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young. American Journal of Psychiatry. 1991; 148 (9):1150-1158. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.9.1150> PMID:1882991