

نقش تجربه‌ی ترومای دوران کودکی، واکنش‌پذیری شناختی و درد ذهنی در اقدام‌کنندگان به خودکشی و افراد بهنجار*

محمدجواد بگیان کوله‌مرز^۱، جهانگیر کرمی^۲، خدامراد مومنی^۳
و عادل‌الهی^۴

افکار خودکشی به افکار و باورهایی گفته می‌شود که فرد در مورد کشتن خودش دارد و از برنامه‌ریزی دقیق برای خودکشی تا یک احساس قابل‌ملاحظه را در برمی‌گیرد اما، شامل اقدام نهایی برای خودکشی نمی‌شود هدف این پژوهش، بررسی نقش تجربه‌ی ترومای دوران کودکی، واکنش‌پذیری شناختی و درد ذهنی در اقدام‌کننده به خودکشی و افراد بهنجار بود. برای این منظور طی یک پژوهش مقطعی-مقایسه‌ای، برای این منظور ۱۲۱ نفر از افراد اقدام‌کننده به خودکشی با مسمومیت دارویی از بین مراجعین بیمارستان امام خمینی (ره) شهر کرمانشاه به شیوه‌ی نمونه در دسترس انتخاب و با ۱۲۱ نفر از دانشجویان دانشگاه رازی از نظر تجربه‌ی کودک‌آزاری، واکنش‌پذیری شناختی و درد ذهنی مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج تحلیل به روش هم‌زمان، نشان داد که پانزده متغیر پیش‌بین ۹۱/۷ درصد پراش و درروش گام‌به‌گام سه متغیر پیش‌بین ۸۹/۲ درصد پراش برای تنها تابع ممیز از اختلاف بین دو گروه افراد اقدام‌کننده به خودکشی و دانشجویان تبیین می‌کند. به نظر می‌رسد با در نظر داشتن یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که پوچی / بی‌ارزشی، تجربه‌ی ترومای دوران کودکی و ناتوانی در پذیرش و مقابله با عوامل شناختی منفی می‌توانند زمینه‌ساز اقدام به خودکشی شوند. واژگان کلیدی: تجربه‌ی کودک‌آزاری، واکنش‌پذیری شناختی، درد ذهنی، اقدام به خودکشی.

مقدمه

بر پایه آمار مرکز مهار بیماری‌ها در آمریکا، خودکشی دومین عامل مرگ‌ومیر در نوجوانان و جوانان پس از تصادفات است و سرتاسر دنیا پس از تصادفات و کشتار سومین عامل در این رده‌ی سنی به شمار آورده می‌شود (نوک و لک، ۲۰۱۴). برخی از گزارش‌ها حاکی از آن است که در طی سال‌های ۲۰۱۰

*پژوهش حاضر برگرفته از رساله‌ی دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه رازی می‌باشد.

۱. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۲. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران (نویسنده‌ی مسوول) J.karami@razi.ac.ir

۳. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

۴. دپارتمان روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

تا ۲۰۱۴ تراز خودکشی در ایران دو برابر گردیده درحالی که رشد جمعیت به این میزان نبوده و این امر حکایت از آن دارد که رشد خودکشی با آهنگی پرشتابتر از رشد جمعیت رو به فزونی است (زمستانی، یوسفی و کشاورزی، ۲۰۱۵). نظریه‌های روان‌شناسی به‌طورکلی به عوامل روانی و فردی توجه دارد و نظریه شناختی، خودکشی را نمونه‌ای از رفتار حل مساله می‌داند (هاوتون، کومابلا و هاو، ۲۰۱۳). بر مبنای تعریف مرکز مطالعات انستیتو ملی بهداشت روانی آمریکا، خودکشی تلاش آگاهانه به‌منظور خاتمه دادن به زندگی شخصی است که شاید این تلاش به اقدام تبدیل شود یا فقط به شکل احساسی در فرد بماند (لینارس، ۲۰۱۰). افکار خودکشی به افکار و باورهایی گفته می‌شود که فرد در مورد کشتن خودش دارد، که از برنامه‌ریزی دقیق برای خودکشی تا یک احساس قابل ملاحظه را در برمی‌گیرد اما شامل اقدام نهایی برای خودکشی نمی‌شود (دراپو، کارل و مور، ۲۰۱۶). آمار خودکشی معمولاً با سایر جرایم و آسیب‌ها ارتباط پیدا می‌کند، به‌طوری‌که در میان گروه‌های مبتلابه اعتیاد خودکشی بیشتر دیده می‌شود. همچنین در آسیب‌های مربوط به انحرافات جسمانی به‌ویژه در میان قربانیان این انحراف، خودکشی پدیده شایعی است. در میان بیماری‌های روانی به‌ویژه افسردگی‌های شدید نیز اغلب خودکشی مساله قابل توجهی است (سالیوان، آنستا، سیمون، لو و دالبرگ، ۲۰۱۵).

یکی از عوامل خطر ساز اقدام به خودکشی درد ذهنی، روان‌شناختی، پوچی، آشفتگی و اختلال درونی است. مطالعات اخیر حاکی از آن است که نرخ افکار خودکشی و اقدام به خودکشی در بین افراد مبتلابه درد ذهنی در مقایسه با جمعیت عمومی دو الی سه برابر است (وان هرینگ، وان دی ایل، ورویت و آدرنارت، ۲۰۱۰). بیشترین کمک در روشن‌سازی مفهوم درد ذهنی توسط اشنایدن (۱۹۹۹) در درون بافت نظریه خودکشی صورت گرفته است. او که اولین بار اصطلاح درد ذهنی یا روان‌شناختی را برای توصیف درد ذهنی غیرقابل تحمل به کاربرد، اعتقاد داشت که درد ذهنی توسط ناکامی یا بی‌نتیجه ماندن نیازهای اساسی فرد (برای مثال، مورد عشق واقع شدن، کنترل داشتن، حمایت از خودانگاره خویش، اجتناب از شرم و خجالت، احساس امنیت داشتن یا درک شدن) ایجاد می‌شود که در آن شخص بدون رضایت بوده و صرفاً نمی‌تواند دیگر زنده بماند. ناکامی در ارضای این نیازها منجر به ترکیبی از احساسات منفی مانند احساس گناه، شرم و خجالت، شکست، تحقیر، بی‌حرمتی غم و غصه، ناامیدی و خشم می‌شود. اورباخ، میکولینسر، سیروتا، گیلوا- شچمن (۲۰۰۳) درد ذهنی را به‌عنوان دامنه‌ی وسیعی از تجربه‌های ذهنی توصیف کرده‌اند که به‌عنوان ادراک تغییرات منفی در خود و عملکرد آن مشخص می‌شود که با احساسات منفی شدیدی همراه است. از نظر جانف- بالمن (۱۹۹۲) درد ذهنی توسط آسیب و فقدان برانگیخته می‌شود و در ماهیت خود، ادراک یک تغییر منفی

است که در خود اتفاق افتاده است. از طرفی پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که سابقه‌ی بذر رفتاری دوران کودکی که پیامدهای منفی و فراوانی دارد، ممکن است منجر به اختلالات و آسیب‌های روانی شود (رودریگرز، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند سواستفاده‌های هیجانی، جسمی و جنسی طولانی مدت دوران کودکی به موارد مانند اختلال‌های شخصیت (گراتز، لاتزمن و تال، ۲۰۱۱)، اختلال استرس پس از سانحه (فولت، پالم و پرسون، ۲۰۰۶)، افسردگی اساسی (میلنر، تامسون، کروچ، مندی، پاتریسیا، کریستوفر و همکاران، ۲۰۱۰)، آلکسی‌تایمیا (هاند و اسپلاک، ۲۰۰۶)، اختلالات روان‌پریشی (شافر، هارفت، آدرهولد، بریکین، لیمانم و موریتز، ۲۰۰۶)، رفتارهای ضداجتماعی و اقدام به خودکشی (وینگنفلد و همکاران، ۲۰۱۱)، سومصرف مواد (اویدو- جوکر، مارکند، چو، مارش، بریست و کروسیز، ۲۰۱۱)، ضعف در سلامت جسمی (هکمان و ویستفلد، ۲۰۰۶) و مشکلات بین فردی (کلویتز، میراندا، استوال- مک کالو، هان و بیوند، ۲۰۰۵) می‌شود.

ارتباط میان تجربه‌ی ترومای دوران کودکی و افزایش خطر خودکشی در هر دو جمعیت عمومی و بالینی دیده شده است (بورسکی، مان، استنلی، تین و همکاران، ۲۰۰۸؛ روی، ۲۰۱۱؛ دیگر مندلی، کارلی، سرتی و سارچیون، ۲۰۱۱). عده‌ای وجود خلق پایین را در امر خودکشی بسیار اساسی می‌دانند و عوامل چندی چون واکنش‌پذیری شناختی (نولن- هوکسما، مورو و فردیکسون، ۱۹۹۳؛ ۱۹۸۸؛ بیوارس، لن اسپری، ریچاردز و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج مطالعه اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) باهدف درد ذهنی و ارتباط آن با رفتاری خودکشی گرا و معنای زندگی نشان دادند که بین درد ذهنی و معنای زندگی رابطه منفی وجود دارد. مرویجک و ایس (۲۰۱۶)؛ آنتیبا، وان در دوس، پینینگس (۲۰۱۰)؛ ویلیامز، وان در دوز، بران هوفرو همکاران (۲۰۰۸) معتقدند که بین افسردگی، ناامیدی و درد ذهنی با میل به خودکشی رابطه مثبت وجود دارد. با توجه به مطالب بیان‌شده، هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تجربه‌ی ترومای دوران کودکی، واکنش‌پذیری شناختی و درد ذهنی در اقدام کنندگان به خودکشی و افراد بهنجار بود.

روش

این تحقیق یک پژوهش علی- مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل ۱۲۱ نفر از اقدام کنندگان به خودکشی با روش مسمومیت دارویی که به بیمارستان امام خمینی (ره) شهر کرمانشاه مراجعه کرده بودند و ۱۲۱ دانشجویان دانشگاه رازی بود که به صورت نمونه‌ی در دسترس انتخاب و بعد از توضیح پژوهش و اخذ رضایت آنها با پرسشنامه‌های پرسشنامه محقق ساخته کودک‌آزاری، شاخص حساسیت

به افسردگی لیندن^۱ (LEIDS) و پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی اورباخ و میکولینسر^۲ (OMMP) مورد آزمون قرار گرفتند.

پرسشنامه تجربه‌ی ترومای دوران کودکی براساس ادبیات پژوهشی تدوین شده و ۱۲ آیتم دارد. روایی محتوایی آن با استفاده از روش والتز و باسل ۰/۷۹ و پایایی هر یک از خرده مقیاس‌ها، با روش آلفای کرونباخ ۰/۹ و با روش‌های تنصیف اسپیرمن - براون ۰/۸۱ و گاتمن ۰/۸۲ بدست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ آزار فیزیکی و جنسی ۰/۹۲۳ و غفلت هیجانی و جسمی ۰/۷۰۱ به دست آمد. تحلیل عاملی اکتشافی به منظور تعیین عاملی و مطالعه ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه کودک آزاری در نمونه پژوهش (دانشجویان و افراد اقدام کننده به خودکشی) انجام و دو عامل (آزار فیزیکی و سواستفاده جنسی و غفلت هیجانی جسمی) استخراج شد که مجموعاً ۶۳/۶۰۶ درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین می‌کردند.

شاخص حساسیت به افسردگی لیندن (LEIDS) یک ابزار خود سنجی است که به منظور ارزیابی سطح واکنش‌پذیری شناختی طراحی شده است. شاخص واکنش‌پذیری شناختی توسط وان در دوز (۲۰۰۲) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۳۴ سوال خود گزارش دهی برای اندازه‌گیری ۶ خرده مقیاس ناامیدی/ خودکشی، پذیرش/ مقابله، پرخاشگری/ خصومت، کنترل/ کمال‌گرایی، خطرپذیری و نشخوار فکری است. ضریب آلفای کرونباخ این خرده مقیاس‌ها در این پژوهش به ترتیب برای ناامیدی/ خودکشی ۰/۶۲، پذیرش/ مقابله ۰/۷۹، پرخاشگری/ خصومت ۰/۸۲، کنترل/ کمال‌گرایی ۰/۶۴، خطرپذیری ۰/۸۰ و نشخوار فکری ۰/۸۱ گزارش شده است. استوار و همکاران (۲۰۱۷) پایایی و روایی این آزمون را تایید کرده اند.

پرسشنامه چندبعدی درد ذهنی اورباخ و میکولینسر (OMMP) با ۴۴ ماده، برای اندازه‌گیری شدت درد ذهنی توسط اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) ساخته شده و ۹ خرده مقیاس شامل تغییرناپذیری، فقدان کنترل، خودشیفتگی/ بی‌ارزشی، آشفتگی هیجانی، خشک زدگی (بهت)، از خودبیگانگی، سردرگمی، فاصله‌گیری اجتماعی و پوچی (بی‌معنایی) دارد. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط کرمی، بگیان کوله‌مرز، مومنی و الهی (۲۰۱۸) مورد تایید قرار گرفته است. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل ممیز و گام به گام استفاده شد. داده‌ها با بیست و یکمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

1. Leiden Index of Depression Sensitivity
2. Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale (OMMP)

یافته ها

در جدول ۱ مولفه های آماری متغیرهای مورد پژوهش و خلاصه ی اطلاعات مربوط به تابع ممیز متغیرهای پیش بین به صورت تفکیکی ارائه شده است.

جدول ۱. مولفه های آماری نمره های تجربه ی نرومای دوران کودکی، واکنش پذیری شناختی و درد ذهنی و خلاصه ی اطلاعات مربوط به تابع ممیز متغیرهای پیش بین به صورت تفکیکی

P	F	لامبدای ویلکز	عادی M±SD	خودکشی M±SD	متغیر
P<۰/۰۰۱	۲۰۰/۵۴۸	۰/۵۴۴	۵/۱۸±۵/۶۴	۱۶/۶۶±۶/۸۷	آزار فیزیکی و جنسی
P<۰/۰۰۱	۱۳۸/۶۲۱	۰/۶۳۳	۱۴/۸۶±۴/۴۸	۲۲/۴۹±۵/۵۱	غفلت جسمی و هیجانی
P<۰/۰۰۱	۲۱۸/۸۰۵	۰/۵۲۲	۲۰/۰۵±۹/۲۸	۳۹/۱۵±۱۰/۷۱	کودک آزاری
P<۰/۰۰۱	۱۱۰/۷۱۴	۰/۶۸۳	۸/۳۳±۳/۹۴	۱۴/۲۰±۴/۶۸	ناامیدی / خودکشی
P<۰/۰۰۱	۷۰/۹۱۴	۰/۷۷۱	۱۱/۰۹±۵/۱۹	۶/۲۲±۳/۶۵	پذیرش / مقابله
P<۰/۰۰۱	۳۵/۵۵۵	۰/۸۷۰	۱۱/۴۸±۳/۳۵	۱۴/۳۴±۴/۰۶	پرخاصگری / خصومت
P<۰/۰۰۵	۴/۲۹۲	۰/۹۸۲	۱۰/۳۶±۳/۳۳	۹/۴۲±۳/۷۳	کنترل / کمال گرایی
P<۰/۰۰۱	۳۳/۶۳۰	۰/۸۷۷	۹/۶۸±۳/۰۳	۱۲±۳/۱۶	خطر پذیری
P<۰/۰۰۱	۱۹/۶۹۵	۰/۹۲۴	۱۲/۹۹±۴/۱۲	۱۵/۱۹±۳/۵۸	نشخوار فکری
P<۰/۰۰۱	۳۴/۱۱۹	۰/۸۷۵	۵۹/۵۷±۱۳/۹۸	۷۰/۶۳±۱۵/۳۷	واکنش پذیری شناختی
P<۰/۰۰۱	۳۲۷/۶۸۱	۰/۴۲۲	۲۲/۶۶±۹/۱۴	۴۷/۲۱±۱۱/۷۳	پوچی و بی ارزشی
P<۰/۰۰۱	۲۰۱/۵۵۹	۰/۵۴۲	۱۴/۷۵±۵/۲۰	۲۴/۷۳±۵/۶۹	سردرگمی و آشفتگی هیجانی
P<۰/۰۰۱	۲۳۳/۵۴۱	۰/۵۰۶	۱۰/۹۰±۴/۵۵	۲۰/۵۱±۵/۱۸	فقدان کنترل
P<۰/۰۰۱	۲۰۱/۰۲۵	۰/۵۴۳	۱۴/۱۵±۵/۳۰	۲۴/۳۷±۵/۸۶	تغییر ناپذیری
P<۰/۰۰۱	۲۶۵/۵۳۲	۰/۴۷۴	۱۰/۹۵±۴/۰۶	۲۰/۲۷±۴/۷۷	فاصله گیری اجتماعی / از خود بیگانگی
P<۰/۰۰۱	۵۶/۳۰۰	۰/۸۰۹	۹/۶۸±۲/۸۹	۱۵/۵۷±۳/۰۷	ترس از تنهایی
P<۰/۰۰۱	۲۹۴/۱۳۷	۰/۴۴۸	۸۲/۹۲±۲۷/۶۹	۱۴۹/۵۴±۳۲/۴۰	درد ذهنی

با توجه به لامبدای ویلکز کوچک تر از ۱ و سطح معنی داری کوچک تر از ۰/۰۵، تمام تابع های ممیز معنی دار هستند و این توابع جداگانه برای هر متغیر از قدرت تشخیصی خوبی برای تبیین متغیر وابسته یعنی گروه (در دو سطح افراد اقدام کننده به خودکشی و دانشجویان) برخوردار هستند. بر این اساس، کودک آزاری با ضریب لامبدای ۰/۵۲۲ در متغیر کودک آزاری، ناامیدی / خودکشی با ضریب لامبدای ۰/۶۸۳ و پوچی و بی ارزشی با ضریب لامبدای ۰/۴۲۲ در متغیر درد ذهنی بیشترین

تفاوت میانگین میان دو گروه را نشان می‌دهد. به عبارت دیگر، افراد اقدام کننده به خودکشی به طور معنی داری تجربه کودک آزاری، ناامیدی / خودکشی و پوچی / بی‌ارزشی بالاتری نسبت به افراد عادی دارند.

جدول ۲. تابع ممیز متعارف و اطلاعات مهم تابع به روش تحلیل ممیز و گام به گام

اطلاعات مهم مربوط		تحلیل ممیز		اطلاعات مهم مربوط		تحلیل ممیز	
به تابع ممیز		روش	به تابع	روش	به تابع	هم‌زمان	هم‌زمان
مقدار ویژه		معنی داری تابه ممیز		مرکز واره نمره‌ها برای گروه خودکشی		مرکز واره نمره‌ها برای افراد عادی	
۱/۹۵۱	۱/۸۳۷	۰/۸۱۳	۰/۸۰۵	۱/۳۸۵	۱/۳۴۴	۱/۳۴۴	۱/۳۴۴
۰/۶۶۰	۰/۶۴۸	۰/۶۶۰	۰/۶۴۸	۱/۳۹	-۱/۳۵۵	-۱/۳۵۵	-۱/۳۵۵
۰/۳۳۹	۰/۳۵۲	۰/۳۳۹	۰/۳۵۲	۹۱/۷	۸۹/۲	۸۹/۲	۸۹/۲
۲۵۰/۵۲	۲۴۷/۶۶	۲۵۰/۵۲	۲۴۷/۶۶	۰/۸۳۴	۰/۷۹۳	۰/۷۹۳	۰/۷۹۳
۱۵	۳	۱۵	۳	$P \leq 0/001$	$P \leq 0/001$	$P \leq 0/001$	$P \leq 0/001$

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، هم در تحلیل ممیز به روش هم‌زمان و هم در تحلیل ممیز به روش گام به گام (که پس از ارایه همه‌ی متغیرها سه متغیر باقی‌مانده و وارد تحلیل شدند)، به توجه به مقدار لامبدای کوچک، مقدار مجذور کای بالا و سطح معنی داری $P \leq 0/001$ ، تابع ممیز به دست آمده از قدرت تشخیصی خوبی برای تبیین واریانس متغیر وابسته یعنی دو گروه (در دو سطح افراد اقدام کننده به خودکشی و افراد عادی) برخوردار است. نمایش آماری مجذور کای برای روش هم‌زمان $P \leq 0/001$ و $\chi^2 (df = 15, N = 121) = 250/521$ و $\Lambda = 0/34$ (لامبدای ویلکز) و برای روش گام به گام $P \leq 0/001$ و $\chi^2 (df = 3, N = 121) = 247/660$ و $\Lambda = 0/35$ (لامبدای ویلکز) است.

پس از ارایه‌ی ۱۵ متغیر، ۳ مولفه‌ی پوچی / بی‌ارزشی، تجربه آزار فیزیکی و جنسی و پذیرش / مقابله جواز ورود به معادله‌ی رگرسیونی را پیدا کردند. مقدار لامبدا و F کلی این سه متغیر به ترتیب $0/352$ و $145/130$ است. ضریب زیربنایی متغیرها $0/80$ و میزان طبقه‌بندی صحیح افراد اقدام کننده به خودکشی $89/2$ درصد و ضریب کاپا برابر با $0/79$ است یعنی سه متغیر عضویت گروهی را پیش‌بینی می‌کنند. همان‌طور که از اطلاعات مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد، برای تنها تابع ممیز، با دو روش تحلیل، چهار دسته ضرایب استاندارد، غیراستاندارد، ضرایب ساختاری و ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز ارایه شده است. ضرایب استاندارد بر اساس نمره‌های Z قرار دارد و همانند بتا در روش رگرسیون عمل می‌کند. وقتی

وزن‌های ممیز در نمره‌های استاندارد فردی مربوط به هر متغیر ضرب شوند و باهم جمع گردند، نمره‌ی ممیز به دست می‌آید. این ضرایب کمک می‌کند تا سهم متغیرها در تفاوت‌های گروهی مشخص گردد. هرچه مقدار آن بیشتر باشد، آن متغیر سهم بیشتری در تمایز بین گروه‌ها دارد.

جدول ۴) ضرایب استاندارد، غیراستاندارد، ساختاری و طبقه‌بندی تابع ممیز به روش هم‌زمان و گام‌به‌گام

به روش گام‌به‌گام			به روش هم‌زمان			متغیر پیش‌بین		
ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز		A	ضرایب طبقه‌بندی تابع ممیز		A			
عادی	خودکشی	B	عادی	خودکشی	B			
-۰/۰۲۷	۰/۱۵۸	۰/۶۷۶	۰/۴۳۱	-۰/۳۴۹	-۰/۱۹۳	۰/۶۵۶	۰/۳۵۲	آزار فیزیکی و جنسی
-	-	۰/۵۱۳	-	۰/۷۰۶	۰/۷۷۸	۰/۵۴۵	۰/۱۳۰	غفلت جسمی و هیجانی
-	-	۰/۶۸۱	-	-	-	۰/۶۸۵	-	کودک‌آزاری
-	-	۰/۵۶۹	-	-۰/۸۲۰	-۰/۷۶۷	۰/۴۸۷	۰/۰۸۳	ناامیدی / خودکشی
۰/۶۱۴	۰/۴۱۲	-۰/۴۰۲	-۰/۳۳۵	۰/۴۵۲	۰/۲۲۵	-۰/۳۹۰	-۰/۳۶۶	پذیرش / مقابله
-	-	۰/۳۵۹	-	۰/۴۱۵	۰/۴۲۴	۰/۲۷۶	۰/۰۱۲	پرخاشگری / خصومت
-	-	-۰/۱۳۱	-	۰/۵۲۵	۰/۶۳۰	-۰/۰۹۶	۰/۱۳۳	کنترل / کمال‌گرایی
-	-	۰/۴۰۱	-	۰/۷۵۷	۰/۶۹۴	۰/۲۶۹	-۰/۱۲۱	خطرپذیری
-	-	۰/۳۳۹	-	۰/۳۱۷	۰/۲۲	۰/۲۰۶	-۰/۱۳۱	نشخوار فکری
-	-	۰/۳۶۳	-	۰/۰۲۹	۰/۰۰۵	۰/۲۷۰	-۰/۰۸۳	واکنش‌پذیری شناختی
۰/۲۴۰	۰/۴۱۰	۰/۸۶۴	۰/۶۶۴	-۰/۰۱۹	۰/۱۶۸	۰/۸۳۸	۰/۷۰۶	پوچی و بی‌ارزشی
-	-	۰/۷۲۱	-	۰/۰۳۴	-۰/۰۶۵	۰/۶۵۷	-۰/۱۹۴	سردرگمی و
-	-	۰/۷۲۹	-	-۰/۰۰۳	-۰/۰۳۳	۰/۷۰۸	۰/۰۵۲	فقدان کنترل
-	-	۰/۶۸۲	-	۰/۱۲۲	۰/۱۲۲	۰/۶۵۷	۰/۰۰۱	تغییرناپذیری
-	-	۰/۷۳۶	-	۰/۳۰۳	۰/۴۲۳	۰/۷۵۵	۰/۱۹۲	فاصله‌گیری اجتماعی
-	-	۰/۳۴۸	-	۰/۲۷۰	۰/۳۵۸	۰/۳۴۷	۰/۰۹۴	ترس از تنهایی
-	-	۰/۸۱۹	-	-	-	۰/۷۹۴	-	درد ذهنی
-۶/۷۴۱	-۱۲/۹۶۸	-	-	-۱۹/۴۰۱	-۲۵/۶۸۶	-	-	عدد ثابت

A= ضرایب استاندارد تابع ممیز؛ B= ضرایب ساختاری

همان‌طور که در ستون ضرایب استاندارد جدول آمده است، با روش تحلیل هم‌زمان پوچی / بی‌ارزشی، پذیرش / مقابله و تجربه آزار فیزیکی و جنسی و به روش گام‌به‌گام نیز پوچی / بی‌ارزشی و تجربه آزار فیزیکی و جنسی بیشترین سهم را در تمایز دو گروه دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که پوچی / بی‌ارزشی و تجربه آزار فیزیکی و جنسی بهترین شاخص برای جدا کردن گروه‌ها است. با استفاده از ضرایب غیراستاندارد که در جدول آمده است، معادله‌ی تابع ممیز را می‌توان به دست آورد. بنابراین، با

قرار دادن نمره‌ی هر فرد در متغیرهای مربوط در تابع، نمره‌ی فرد به دست می‌آید. با توجه به مرکز واره‌ی داده‌های گروه‌های افراد اقدام کننده به خودکشی و عادی که در جدول ۲ آمده، چنان چه نمره‌ی ممیز به دست آمده مثبت باشد، پیش‌بینی می‌شود که آن فرد به گروه افراد اقدام کننده به خودکشی و اگر منفی باشد، پیش‌بینی می‌شود که آن فرد به گروه افراد عادی متعلق باشد. با توجه به ستون ضرایب غیراستاندارد و عدد ثابت تابع ممیز به روش هم‌زمان معادله‌ی پیش‌بین زیر به دست می‌آید:

$$D = -2/265 + (0/056 \times X_1) + (0/026 \times X_2) + (0/019 \times X_3) + (-0/082 \times X_4) + (0/003 \times X_5) + (0/038 \times X_6) + (0/032 \times X_{15})$$

با توجه به ستون ضرایب غیراستاندارد و عدد ثابت تابع ممیز به روش گام به گام معادله‌ی پیش‌بین زیر به دست می‌آید:

$$D = -2/312 + (0/068 \times X_1) + (-0/075 \times X_2) + (0/063 \times X_3)$$

در جدول ۳ که به ترتیب در آن ضرایب ساختاری به روش هم‌زمان و گام به گام آمده‌اند، به ترتیب متغیرهای پوچی/بی‌ارزشی، درد ذهنی، فاصله‌گیری اجتماعی / از خودیگانگی / فقدان کنترل بالاترین همبستگی را با تنها تابع ممیز با متغیر پیش‌بین به شیوه هم‌زمان و گام به گام نشان می‌دهند. با توجه به اطلاعات مندرج در جدول تنها تابع ممیز بیشترین همبستگی را با متغیر ملاک دارد پوچی / بی‌ارزشی است. از این رو، می‌توانیم تنها تابع ممیز را پوچی / بی‌ارزشی نام‌گذاری کنیم.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تجربه‌ی ترومای دوران کودکی، واکنش‌پذیری شناختی و درد ذهنی در پیش‌بینی عضویت گروه افراد اقدام کنندگان به خودکشی و افراد بهنجار بود. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات مولفه‌های تجربه‌ی ترومای دوران کودکی در افراد اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با افراد عادی به‌طور معنی‌داری بالاتر است. این نتایج با مطالعات گراتز و همکاران (۲۰۱۱)، فولت و همکاران (۲۰۰۶)، وینگنفلد و همکاران (۲۰۱۱)، روی (۲۰۱۱) و مندلی و همکاران (۲۰۱۱) همخوانی دارد. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که میان سواستفاده جنسی دوران کودکی و رفتار خودکشی بزرگ‌سالی ارتباط قوی وجود دارد. تروماهای دوران کودکی به میزان قابل توجهی با شروع زودرس اقدام به خودکشی همراه است. نخستین رفتار خودکشی بیشتر در سن جوانی، به همراه بیماری‌های روان‌پزشکی، پرخاشگری، صفات و رفتار خشونت‌آمیز دیده می‌شود. سن پایین هنگام اقدام به خودکشی با تکرار اقدام به خودکشی همراه است (روی، ۲۰۱۱). از سوی دیگر تکرار اقدام به خودکشی با خود جرحی‌های دیگر نیز همراه است. پژوهش سوگر و همکاران (۲۰۱۱)

نشان داده‌اند ترومای دوران کودکی نه تنها یک عامل خطر برای رفتار خودکشی است، بلکه همچنین برای شروع زود هنگام خودکشی، اختلال‌های روان‌پزشکی و صفات تهاجمی نیز عامل خطر به حساب می‌آید. شواهد نشان می‌دهد ترومای دوران کودکی بر مغز در حال رشد کودکان و نوجوانان اثر مخربی بر جا می‌گذارد. یکی از این اثرها، اختلال‌های هیجانی است. سواستفاده و غفلت در دوران کودکی ممکن است به ناتوانی‌های مزمن در مقابله با نوسان هیجان‌ها و در نتیجه افزایش اختلال‌های هیجانی، از جمله افسردگی و اقدام به خودکشی منجر می‌شود (وینگنفلد و همکاران، ۲۰۱۱). از آنجا که سواستفاده هیجانی و غفلت یک نوع محرومیت هیجانی است به افسردگی منجر می‌شود و اختلال افسردگی همانند بالایی با اقدام به خودکشی دارد، می‌توان گفت افرادی که در کودکی دچار سواستفاده هیجانی می‌شوند، به اختلال‌های هیجانی از جمله افسردگی، اختلال‌های استرس پس از سانحه، حالت‌های تجزیه‌ای و اختلالات شخصیت مبتلا می‌شوند (گراتز و همکاران، ۲۰۱۱) و این اختلالات می‌تواند به خودکشی منجر شود. از سوی دیگر سواستفاده جنسی، هیجانی، غفلت و آزار فیزیکی می‌تواند بر شناخت افراد تاثیر بگذارد، بدین شکل که به شکل‌گیری تحریف‌ها و خطاهای شناختی منجر شود و این تحریف‌های شناختی در نهایت منجر به بروز افسردگی شود، که مهم‌ترین پیامد آن اقدام به خودکشی است. پژوهش روی، کارلی و سارچیون (۲۰۱۱) با بررسی ۲۸۱ فرد با سابقه اقدام به خودکشی نشان داد افرادی که سابقه اقدام به خودکشی دارند، نسبت به کسانی که سابقه اقدام به خودکشی ندارند، نمره بالاتری در پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ) داشتند. در تبیین دیگر می‌توان به مدل زانارینی و همکاران (زارنایی، فرانگنبورگ، دیلوگا، هنی، خرا، گاندرسون، ۱۹۹۸) نوعی مدل چندعاملی را برای اختلال شخصیت مرزی (BPD) پیشنهاد کرده‌اند برای ارتباط تجربیات اولیه کودک‌آزاری و اقدام به خودکشی هم قابل تبیین باشد. آن‌ها معتقدند که اختلال شخصیت مرزی، از ترکیب پیچیده سه مولفه ناشی می‌شود (خلق‌وخوی ذاتی، تجربه‌های دردناک و چالش‌برانگیز کودکی و کژکاری نورولوژیکی و بیوشیمیایی) اشاره کرد. به عقیده آن‌ها مولفه آخر، احتمالاً نتیجه‌ی ترکیب تجربه‌های ویران‌سازی اولیه و آسیب‌پذیری‌های ذاتی بیماران مرزی است. برای مثال سواستفاده‌ی هیجانی، جسمی و جنسی ممکن است موجب راه‌اندازی سیستم‌های استرس محور (مثل محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HAP) شود. از سوی دیگر، زانارینی و فرانگنبورگ (زارنایی و همکاران، ۱۹۹۸) بر اساس تجربه‌های ناگوار کودکی، سه نوع تروما را از هم متمایز کرده‌اند. ترومای تیپ ۱ شامل جدایی‌های اولیه، بی‌تفاوتی مزمن به احساسات کودک، اختلافات و ناسازگاری‌های هیجانی داخل خانواده می‌شود، ترومای تیپ ۲ نیز شامل آزار کلامی و هیجانی، غفلت

از نیازهای فیزیکی و بیماری‌های روانی والدین می‌شود. ترومای تیپ ۳ نیز به آزارهای جسمی و جنسی شدید و اختلالات روانی مزمن یکی از مراقب‌ها (به‌ویژه نوعی اختلال شدید شخصیتی و سومصرف مواد) اشاره دارد. بنابراین این عامل رهاسازی، بی‌توجهی به نیازهای اولیه و آزارهای جسمی در دوران کودکی در حکم یک کاتالیزور در بزرگسالی عمل می‌کند؛ به این صورت که احساس‌های مزمن و شدید دیسفوریک، تجربه‌های پارانوئیدی و تجزیه‌ای گذرا، تکانشوری در قالب رفتارهای خودتخریب‌گرایان، تهدید به خودکشی، اقدام به خودکشی، روابط بین فردی آشفته، وابستگی افراطی و کنترل دیگران در بزرگسالی ناشی از تجربیات اولیه آزاردهنده بوده.

نتایج نشان داد که بین دو گروه افراد اقدام‌کننده به خودکشی و دانشجویان در واکنش‌پذیری شناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر نتایج نشان داد که افراد اقدام‌کننده به خودکشی نمرات بالاتری در واکنش‌پذیری شناختی گرفتند. این نتایج با مطالعات آنتیا و همکاران (۲۰۱۰) و ویلیامز و همکاران (۲۰۰۸) همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، افراد اقدام‌کننده به خودکشی هیجان‌های منفی زیادی را تجربه کرده که مانع از تفکر و تصمیم‌گیری صحیح برای حل مساله و برطرف کردن آن می‌شود. فقدان اقدامات عملی و سازنده موجب می‌شود که محرک‌های یادآوری کننده حادثه استرس‌زا همچنان ادامه داشته یا عوامل مختلفی (نظیر سرزنش، نشخوار و پرخاشگری) آن‌ها را تشدید کند که درنهایت موجب می‌شود فرد احساس درماندگی و ناامیدی کرده و تصور کند که هیچ کنترلی بر موقعیت خویش ندارد، زندگی برایش پوچ و بی‌معنا شود و افکار خودکشی را در او تشدید کند. در مطالعه‌ای تاکید شده است که قرار گرفتن در معرض خشونت و یا تروما ممکن است باعث افزایش ناامیدی، افسردگی، تکانشوری، خطرپذیری و تلاش برای خودکشی بیانجامد (دورس و همکاران، ۲۰۱۱)؛ بنابراین استفاده از راهبردهای ناسازگارانه، فرد را مستعد اضطراب کرده لذا به جای واکنش مناسب به رویدادهای تنیدگی‌زا، با آشفتگی و تشویش به آن‌ها عکس‌العمل نشان می‌دهد در نتیجه افراد را مستعد ایده پردازی خودکشی می‌کند. آمادگی مزاجی برای ابتلا به افسردگی، اضطراب و استرس (آشفتگی روان‌شناختی)، تعیین‌کننده‌ی واکنش افراد مبتلابه بیماری‌های مزمن و غوطه‌ور شدن در افکار و رفتار خودکشی است و در این میان تجارب کودکی و عوامل ژنتیکی و محیطی بسیار تاثیرگذار هستند (ملی و همکاران، ۲۰۱۰). در مقابل افراد سالم در برابر رویدادهای مهم و تنش‌زای زندگی، مقابله‌ی مبتنی بر حل مساله و مبتنی بر نگرش منطقی را به کار می‌برند و در حل مشکل و برخورد موثر و رضایتمندی اشخاص در حل مساله، موجب احساس کنترل بر تنش ناشی از رویدادهای مهم زندگی می‌شود. که این امر خود یک عامل محافظت‌کننده در برابر ناامیدی،

پرخاشگری و تکانشوری است. از سوی دیگر افراد اقدام کننده به خودکشی به دلیل وجود آسیب هیجانی، الگوی شناختی ناسازگارانه دارند و بیشتر از تحریفات شناختی استفاده می کنند و همین عامل باعث آسیب پذیری آنها تحت شرایط فشارزای محیطی می شود. لذا این افراد زمانی که تحت فشار رویدادهای آسیب زا قرار می گیرند توان پذیرش و مقابله با رویداد را نداشته افسرده، درمانده و ناامید می شوند. درواقع در شرایط استرسزا افراد اقدام کننده به خودکشی، قادر به تحمل این شرایط ناخوشایند نیستند و حساسیت آنها به ناراحتی روانی و عاطفی باعث می شود که آنها برای تنظیم تجارب شناختی خود به مصرف دارو، خودزنی و اقدام به خودکشی روی بیاورند.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که بین دو گروه افراد اقدام کننده به خودکشی و دانشجویان در متغیر در ذهنی / روان شناختی تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر نتایج نشان داد که افراد اقدام کننده به خودکشی نمرات بالاتری در ذهنی / روان شناختی گرفتند. این نتایج با مطالعات اورباخ و همکاران (۲۰۰۳) و مرویچک و ایس (۲۰۱۶) همخوانی دارد. به منظور تصریح یافته های پژوهش حاضر لازم به یادآوری است که پژوهش های گذشته در بررسی رفتار خودکشی بیشتر روی جنبه های شناختی تمرکز داشته اند. پژوهش های پیشین، پس از کنترل افسردگی و میزان آسیب شناسی روانی (ویشار و بک، ۱۹۹۲) بر تفاوت های شناختی افراد دارای افکار خودکشی و افراد بهنجار تاکید نموده اند. برخی از تفاوت های شناختی مهم که این پژوهش ها نشان داده اند، عبارت اند از: ناامیدی، حل مساله، تفکر دلبخشی، افکار خود آیند منفی و انعطاف ناپذیری شناختی. این تمرکز به حدی قوی بوده است که برخی از مولفان این عقیده را ابراز کردند که رفتار خودکشی عمدتاً یک حالت ذهنی است (فریمن و رینگی، ۱۹۹۳). به نظر می رسد که همین امر یکی از موانع اصلی توجه پژوهشگران به نقش تجارب هیجانی و تنظیم آنها در رفتارهای خودکشی است. با مدنظر قرار دادن یافته های پژوهش حاضر می توان گفت که شناخت و هیجانها دو جنبه بسیار مهم زندگی انسان است و در تجلی اکثر رفتارهای افراد تعامل این دو سازه به چشم می خورد.

بنابراین، برای درک بهتر رفتارهای خودکشی و همبسته های رفتاری آن مطالعه هر دو سازه شناخت و هیجان ضروری است. این ویژگی در کارهای اشناپدمن (۱۹۹۹) به صورت جزئی مشاهده می شود. وی به عنوان بنیان گذار انجمن خودکشی شناسی آمریکا، با ارایه الگوی مکعبی خودکشی این فرض را مطرح می کند که احتمال رفتار خودکشی از طریق سه عامل زیر تعیین می شود: (۱) درد، (۲) تشویش و (۳) فشار. در این نظریه اعتقاد بر این است که درد ذهنی غیرقابل تحمل یک محرک مشترک در رفتار خودکشی است که از نیازهای روان شناختی عقیم ناشی می شود. همچنین افراد در رویارویی با یک

رویداد بزرگ یا فشار روانی شدید با دو منبع استرس روبه‌رو است. نخست خود موقعیت استرس‌آمیز بوده که ممکن است زندگی فرد و سلامتی وی را تهدید کند و باعث کاهش مراقبت فردی شود و دوم واکنش فرد به این موقعیت ممکن است به همان اندازه تهدیدکننده باشد. اضطراب شدید، آشفتگی، عدم تحمل آشفتگی، احساس فشار و ناامیدی می‌تواند کنترل بر رفتار فرد را کاهش داده و توانایی او برای حل مساله بکاهد و این درد ذهنی، عدم تحمل آشفتگی و احساس فشار ذهنی زمینه را برای اقدام به خودکشی فراهم کند.

References

- Antypa, N., & Van der Does, A. J. W. (2010). Serotonin transporter gene, childhood emotional abuse and cognitive vulnerability to depression. *Genes, Brain and Behaviour*, 9, 615-620.
- Beavers, A. S., Lounsbury, J. W., Richards, J. K., Huck, S. W., Skolits, G. J., & Esquivel, S. L. (2013). Practical considerations for using exploratory factor analysis in educational research. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 18(6), 1-13.
- Bolger, E. (1999). Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychotherapy Research*, 9 (3), 342-362.
- Brodsky, B. S., Mann, J. J., Stanley, B., Tin, A., Oquendo, M., Birmaher, B. (2008). Familial transmission of suicidal behavior: Factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 584-96.
- Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., Han, H. (2005). Beyond PTSD: emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*, 36, 119-24.
- Devries, K., Watts, C. H., Yoshihama, M., Kiss, L., Blima Schraiber, L., Devessa, N. et al. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, (73), 79-86.
- Drapeau, C. W., Cerel, J., & Moore, M. (2016). How personality, coping styles, and perceived closeness influence help-seeking attitudes in suicide-bereaved adults. *Death studies*, 40 (3), 165-71.
- Fertuck, E. A., Kara, E., and Stanley, B. (2016). The specificity of mental pain in borderline personality disorder compared to depressive disorders and healthy controls. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3 (2), 2-8.
- Follette, V., Palm, K. M., Pearson, A. N. (2006). Mindfulness and trauma: implications for treatment. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 24 (1), 45-61.
- Freeman, A., & Reinecke, M. A. (1993). *Cognitive therapy of suicidal behavior: A manual for treatment*. New York: Springer
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E. and Janson, S. (2011). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 373 (9657): pp. 68-81.
- Gratz, K., Litzman, R., Tull, M. (2011). Exploring the association between emotional abuse and childhood borderline personality features: The moderating role of personality traits. *Behavior Therapy*, 42, 493-508.
- Hawton, K. I., Comabella, C. C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*. 147(1), 17-28.
- Heckman, C. J., Westefeld, J. S. (2006). The relationship between traumatization and pain: what is the role of emotion? *Journal of Family Violence*, 21(1), 63-73.
- Holland, S. (2001). *Assisted suicide: A depth psychological exploration [dissertation]*. [United States]: The State University of New-Jersey, 244p.
- Hund, A. R., Espelage D. L. (2006). Childhood emotional abuse and disordered eating among undergraduate females: mediating influence of alexithymia and distress. *Child Abuse Neglect*, 30 (4), 393-407.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York; Toronto; New York: Free Press; Maxwell Macmillan Canada; Maxwell Macmillan International.
- Karami, J., Bagiyani Koulemarz, M. J., Momeni, K., Elahi, A. (2018). Measurement of mental pain: Psychometric properties and confirmatory factor analysis of multidimensional mental pain questionnaire. *Health Psychology*, 7 (1), 146-172. (Persian)
- Lau, M. A., Segal, Z. V., Williams, J., & Mark, G., Teasdale's, J. D. (2004). differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42(9), 1001-1017.
- Lawshe, C. H. A. (1975). quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*, 28, 563-575.
- Leenaars, A. A. (2010). Edwin S. Shneidman on suicide. *Suicidology online*. 1(1), 5-18.
- Mandelli, L., Carli, V., Roy, A., Serretti, A., Sarchiapon, M. (2011). The influence of childhood trauma on the onset and repetition of suicidal behavior: An investigation in a high risk sample of male prisoners. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 742-7.

- Meerwijkand, E., Weiss, S. J. (2016). Does suicidal desire moderate the association between frontal delta power and psychological pain? 4 (4). e1538.
- Melle, I., Johannessen, J. O., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Larsen, T. K., et al. (2010). Course and predictors of suicidality over the first two years of treatment in first-episode schizophrenia spectrum psychosis. *Archives of Suicide Research*, 14 (2), 158-70.
- Milner, J., Thomsen, C., Crouch, J., Mandy, M. R., Patricia, M., Christopher, W. D., et al. (2010). Do trauma symptoms mediate the relationship between childhood physical abuse and adult child abuse risk? *Child Abuse Neglect*, 34, 332-44.
- Myhre, M. C. (2014). *Infants and toddlers at risk: Injuries, abuse and behavioral problems*. Thesis for the degree of PhD, Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies Department of Pediatrics, Oslo University Hospital Faculty of Medicine, University of Oslo.
- Nock, M. K., Leg, R. C. (2014). Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 616-623.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal Abnormal Psychology*, 120, 20-28.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threatment Behavior*, 33(3), 219-30.
- Ostovar, S., Mariani Binti, M. N., Griffiths, M. D., Akbari Chermahini, S. (2017). Cognitive Reactivity: Cultural Adaptation and Psychometric Testing of the Persian Version of the Leiden Index of Depression Sensitivity Revised (LEIDS-R) in an Iranian Sample. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 15, 621-638.
- Oviedo-Joekes, E., Marchand, K., Guh, D., Marsh, D., Brisette, S., Krausz, M., et al. (2011). History of reported sexual or physical abuse among long-term heroin users and their response to substitution treatment. *Addictive Behaviors*, 36, 55-60.
- Raes, F., Dewulf, B. D., Van Heeringenc, C., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: Evidence from a correlational study and a non randomized waiting list controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (7), 623-627.
- Rodriguez, C. M. (2010). Personal contextual characteristics and cognitions predicting child abuse potential and disciplinary style. *Journal of Interpersonal Violence*, 25 (2), 315-335.
- Roy, A. (2011). Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *Journal Affect Disorder*, 130, 205-8.
- Roy, A., Carli, V., Sarchiapone, M. (2011). Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma. *Journal Affect Disorder*, 133, 591-4.
- Schafer, I., Harfst, T., Aderhold, V., Briken, P., Lehmann, M., Moritz, S, et al. (2006). Childhood trauma and dissociation female patients with schizophrenia spectrum disorders: an exploratory study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(2), 135-38.
- Shneidman, E. S. (1999). The psychological pain assessment scale. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 29 (4), 287-294.
- Solis, E. (2016). *Cognitive reactivity: Structure and validity of the LEIDS-R*. Master Thesis Clinical & Health Psychologv (Research). Institute of Psychology, Leiden University. <http://hdl.handle.net/1887/32142>
- Sullivan, E. M., Anest, J. L., Simon, T. R., Luo, F., & Dahlberg, L. L. (2015). Suicide trends among persons aged 10-24 years-United States, 1994-2012.MMWR: Morbidity and mortality weekly report, 64, 201-205.
- Swogger, M., You, S., Cashman-Brown, S., Conner, K. (2011). Childhood physical abuse, aggression, and suicide attempts among criminal offenders. *Psychiatry Research*, 185, 363-7
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition Emotion*, 2(3), 247-274.
- Van der Does, A. J. W. (2002). Cognitive reactivity to a sad mood: Structure and validity of a new measure. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 105-120.
- van Heeringen, K., Van den Abbeele, D., Vervae, M., Soenen, L., Audenaert, K. (2010). The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Research*, 181 (2), 141-144.
- Waltz, C. F., & Bausell, R. B. (1981). *Nursing research: Design, statistics, and computer analysis*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Weishaar, M. E., & Beck, A. T. (1992). *Clinical and cognitive predictors of suicide*. In R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, & R.I. Yufit (Eds.), *Assessment and prediction of suicide* (pp. 467-483). New York: Guilford Press.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation. Retrieved June 25, 2016, from: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED167619.pdf>.
- Williams, J. M. G., Van der Does, A. J. W., Barnhofer, T., Crane, C., Segal, Z. S. (2008). Cognitive Reactivity, Suicidal Ideation and Future Fluency: Preliminary Investigation of a Differential Activation Theory of Hopelessness / Suicidality. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 83-104.
- Wingenfeld, K., Schaffrath, C., Rullkoetter, N., Mensebach, C., Schlosser, N., Beblo, T., et al. (2011). 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*, 35, 647-54.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, J., Khera, G. S., & Gunderson, J. G. (1998). The pain of being borderline: Dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 6(4), 201-207.
- Zemestani, M., Yousefi, N., & Keshavarzi, S. (2015). The Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy with Family Education on Suicidal Factors in Suicidal Girls. *Journal of Family Counseling & Psychotherapy*, 5 (3), 107-120.