

بررسی ویژگی های شخصیتی افراد مراجعه کننده به علت خودزنی به مرکز پزشکی قانونی شهر کرد

دکتر مهران اعظمی* - دکتر محمد هادی** - دکتر سید حمید آتش پور*** - دکتر حسین مولوی****

* پزشک عمومی - کارشناس ارشد روانشناسی عمومی - اداره کل پزشکی قانونی استان چهارمحال و بختیاری

** پزشک عمومی - اداره کل پزشکی قانونی استان چهارمحال و بختیاری

*** دکترای روانشناسی عمومی - استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

**** دکترای روانشناسی عمومی - استاد دانشگاه اصفهان

چکیده

زمینه و هدف: خودآزاری عملی است عمدی، تکانه ای، غیرکشنده که باعث صدمه به بدن شخص می گردد و به شکل های مختلف بروز می کند. شایع ترین روش، مجروح سازی یا ایجاد پارگی در بافت هاست که تحت عنوان خودزنی گفته می شود. خودزنی در انواع اختلالات روانی و شخصیتی دیده می شود ولی عده ای نیز خودزنی را برای گرفتن غرامت یا پیگردهای قانونی انجام می دهند که این افراد به پزشک قانونی مراجعه می کنند. تحقیق حاضر برای مشخص کردن ویژگی های شخصیتی گروه اخیر انجام شده است.

روش بررسی: ۵۰ نفر که در پزشکی قانونی برای آنها تشخیص خودزنی داده شده بود، ۵۰ نفر نزاع کننده و ۵۰ نفر که در اثر تصادف با وسایل نقلیه صدمه دیده بودند به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و با آزمون شخصیتی مینه سوتا (MMPI) فرم کوتاه (۷۱ سؤالی) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته ها: گروه خودزن در مقیاس های خود بیمار انگاری یا $Hs (P = 0/032)$ ، هیستری یا $Hy (P = 0/030)$ و پارانویا یا $Pa (P = 0/007)$ با گروه صدمه دیده در اثر تصادف تفاوت معنی دار داشت ولی با گروه نزاع کننده تفاوت معنی داری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج به دست آمده افراد خود زن که به پزشکی قانونی مراجعه می کنند دارای ویژگی های ذیل هستند: افرادی خودراضی و خودشیفته هستند؛ خشم و خصومت خود را متوجه دیگران می کنند؛ از دیگران انتقاد می کنند؛ افراد دیگر را مقصر در خرابکاری های خود از هر نوع می دانند؛ در روابط اجتماعی سطحی هستند؛ نیاز به توجه و محبت و حمایت دیگران دارند؛ برای جلب توجه یا نگهداری نفوذ بر دیگران از جسم خود استفاده می کنند. اینها اختلالات افسردگی و اضطراب نشان نمی دهند.

واژگان کلیدی: خودآزار، ویژگی های شخصیتی، پزشکی قانونی، آزمون شخصیتی مینه سوتا

پدیرش مقاله: ۱۳۸۵/۹/۲۷

وصول مقاله: ۱۳۸۴/۱۲/۲۷

نویسنده مسئول: شهرکرد - چهارراه امین آزاد - اداره کل پزشکی قانونی استان چهارمحال و بختیاری Bakhtiar@LMO.org.ir

مقدمه

اعتقاد دارند که پرخاشگری منشأ غریزی و ذاتی ندارد به همین دلیل از لحاظ اجتماعی، هم قابل آموزش و هم قابل پیشگیری و کنترل است. از نظر فروید پرخاشگری در انسان نماینده غریزه مرگ است که در مقابل غریزه زندگی در فعالیت است. این غریزه چنانچه بتواند، دیگران را نابود می کند و از بین می برد و اگر نتواند دیگران را هدف پرخاشگری و تخریب قرار دهد به جانب خود متوجه شده و به صورت خودآزاری و خودکشی جلوه گر می شود (۱).

چه ویژگی هایی باعث می شود فرد به خود صدمه بزند؟ خودآزاری^۲

- 1 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory
- 2 - aggression
- 3 - self harm

پرخاشگری^۲ را رفتاری تعریف کرده اند که هدف آن صدمه زدن به خود یا به دیگری می باشد. آنچه در این تعریف حایز اهمیت است، قصد و نیت رفتار کننده است؛ یعنی یک رفتار آسیب زا در صورتی پرخاشگری محسوب می شود که از روی قصد و عمد به منظور صدمه زدن به دیگری یا خود انجام گرفته باشد (۱).

اما چرا مردم پرخاشگرانه رفتار می کنند؟ دو تبیین وجود دارد. گروهی معتقد به ذاتی بودن پرخاشگری هستند و گروه دیگر معتقد به اکتسابی بودن آن هستند. معتقدین به اکتسابی بودن پرخاشگری

درصد تحصیلات در حد متوسطه داشتند و هیچکدام دارای تحصیلات عالی نبودند (۵). افراد خودزن مراجعه کننده به پزشکی قانونی در ظاهر مشکل روانی ندارند ولی با توجه به اینکه هر فردی حاضر نمی-شود برای متهم کردن دیگران یا بدست آوردن غرامت اقدام به آسیب خود کند این تحقیق در پی آن بوده است تا ویژگی های شخصیتی این گونه افراد را مشخص کند.

روش بررسی

این تحقیق توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه آماری از بین مراجعین به اداره کل پزشکی قانونی استان چهارمحال و بختیاری در تیرماه تا دی ماه ۱۳۸۳ انتخاب شدند. ۵۰ نفر که تشخیص خودزنی برای آنها مطرح گردید و ۵۰ نفر از افراد ضربه دیده در اثر تصادف با وسایل نقلیه به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، آزمون MMPI فرم کوتاه (۷۱ سؤالی) بود که در اختیار افراد مورد بررسی قرار داده شد. بعد از تکمیل پرسشنامه و استخراج نتایج و رسم پروفایل برای هر فرد، اطلاعات حاصل از آزمون به وسیله نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و از دو روش آمار توصیفی (شامل رسم جدول، محاسبه میانگین و انحراف استاندارد) و آمار تحلیلی (شامل تجزیه و تحلیل واریانس و آزمون دانکن) استفاده شد.

یافته ها

بعد از تکمیل پرسشنامه ها و استخراج نتایج، یافته های زیر بدست آمد:

مقیاس Pd یا انحراف روانی اجتماعی:

در این مقیاس میانگین نمره خودزن ها ۷/۵۴ و تصادفی ها ۶/۸۸ و نزاعی ها ۷/۴۰ و میانگین کل ۷/۲۷۳۳ بود. در تجزیه و تحلیل واریانس بین گروه ها تفاوت معناداری نبود ($P = 0/400$).

مقیاس Hy یا هیستری:

در این مقیاس میانگین نمره گروه خودزن ها ۱۲/۰۸ و تصادفی ها ۱۰/۵۸ و نزاعی ها ۱۱/۷۴ و میانگین کل ۱۱/۴۶۶۷ بود. در تجزیه و تحلیل واریانس بین گروه ها اختلاف معنادار وجود داشت ($P = 0/039$) (جدول ۱) که در آزمون دانکن این اختلاف، بین تصادفی ها با گروه خودزن بود (جدول ۲).

عملی است عمدی، تکانه‌ای، غیرکشنده که باعث صدمه به بدن شخص می‌گردد (۲) و به شکل های مختلف می‌تواند بروز کند: مصرف زیاد الکل و دارو، کشیدن مو، تداخل در بهبود زخم‌ها، ایجاد عفونت به صورت عمدی و مجروح ساختن خود مانند پرش از بلندی یا پریدن جلوی اتومبیل در حال حرکت و یا تیراندازی به خود. اما شایع ترین روش مجروح سازی ایجاد پارگی نسج است که چهار پنجم موارد مجروح سازی های عمدی را تشکیل می‌دهد. از این روش مجروح سازی (پارگی نسج) تحت عنوان خودزنی^۴ و از کسانی که اقدام به خودزنی می‌کنند تحت عنوان خودزن^۵ یاد می‌شود.

در بحث خودزنی افراد در سه دسته قرار می‌گیرند:

۱ - کسانی که زخم های عمیق و خطرناک به قصد خودکشی وارد می‌کنند که این مورد بیشتر در مردها دیده می‌شود (۲).

۲ - افرادی که اختلالات روانی داشته و دست به اعمال عجیب و غریب مثل قطع عضو می‌زنند. ضایعات ایجاد شده توسط این افراد از نظر تعداد ضربات و محل ضایعه عجیب و غریب می‌باشد. بیماران سایکوتیک ممکن است چشمهائیشان را در بیاورند و یا خودشان را اخته کنند (۳).

۳ - دسته سوم خودزنی‌ها، ضایعات غیر مهلکی است که معمولاً باعث مرگ نمی‌شوند. در این افراد بازوها ممکن است پوشیده از جوشگاه های سطحی خطی و موازی ناشی از چاقو، تیغ یا شیشه شکسته باشد. این خطوط ممکن است متقاطع باشند و غالباً در طرف مخالف دست غالب (معمولاً چپ) مشاهده می‌شوند (۴).

عقب ماندگان ذهنی ممکن است صدها جراحت کوچک به خود وارد کنند. اما گاهی خودزنی های مکرر در افرادی دیده می‌شود که هیچ بیماری شدید روانی یا عقب ماندگی ذهنی ندارند ولی عمل آنها به عنوان نوعی اختلال کنترل تکانه^۶ محسوب می‌شود که مانند سایر اختلالات کنترل تکانه، یک تسکین موقتی و سریع به همراه دارد (۳).

این اختلال در مردان زندانی، آندمیک است. از نوجوانی شروع می‌شود و با اختلالات روانشناختی همراه است (۳).

صدمات خودزنی در مراجعین به پزشکی قانونی نیز دیده می‌شود. خودزنی در این افراد به منظور دستیابی به یک هدف^۷ انجام می‌شود که شایع ترین آن ایجاد ضایعات با ادعای تهاجم واهی است (۴). به عبارت دیگر فرد ادعا می‌کند که شخص خاصی به وی حمله کرده است و بدین وسیله قصد دارد که از آن شخص غرامت بگیرد و یا اینکه او را با روشی دیگر در دادگاه محکوم کند. براساس تحقیقات انجام شده، در پزشکی قانونی کرمان، خودزنی ۴/۷ درصد (۵) و در مرکز پزشکی قانونی شهر کرد حدود ۴ درصد مراجعات را تشکیل می‌دهد. از لحاظ جنس تفاوت معنی داری بین زنان و مردان دیده نشده است. ۶۷ درصد از خودزن ها متأهل و ۳۲/۴ درصد مجرد بوده‌اند و از نظر سنی بیشترین موارد در دهه سوم عمر بوده است. از نظر میزان تحصیلات، ۳۲/۴ درصد خودزن ها دارای تحصیلات ابتدایی و ۵۶/۳

4 - self mutilation
5 - self mutilator
6 - impulse control disorder
7 - gain

مقیاس Pa یا پارانوایا:

در این مقیاس میانگین نمره گروه خودزن ها ۶/۶۴ و تصادفی ها ۵/۰۸ و نزاعی ها ۵/۸۲ و میانگین کل ۵/۸۴۶۷ بود. در تجزیه و تحلیل واریانس بین گروه ها تفاوت معنادار وجود داشت ($P=0/007$) (جدول ۵) که در آزمون دانکن این تفاوت بین گروه تصادفی با گروه خودزن بود (جدول ۶).

جدول ۳ - تجزیه و تحلیل واریانس گروه ها در مقیاس Pa

P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۷	۵/۱۱۷	۳۰/۴۴۷	۲	۶۰/۸۹۳	بین گروهی
		۵/۹۵۰	۱۴۷	۸۷۴/۵۸۰	درون گروهی
			۱۴۹	۹۳۵/۴۷۳	جمع

جدول ۴ - آزمون دانکن در مقیاس Hs

زیر مجموعه آلفا = ۰.۵	تعداد	گروه
۲	۱	
	۵/۰۰	گروه تصادفی
۵/۶۸	۵/۶۸	گروه نزاعی
۶/۲۶	۵۰	گروه خودزن
۰/۲۲۳	۰/۱۵۴	P

جدول ۵ - تجزیه و تحلیل واریانس گروه ها در مقیاس Pa

P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۰۷	۵/۱۱۷	۳۰/۴۴۷	۲	۶۰/۸۹۳	بین گروهی
		۵/۹۵۰	۱۴۷	۸۷۴/۵۸۰	درون گروهی
			۱۴۹	۹۳۵/۴۷۳	جمع

جدول ۶ - آزمون دانکن در مقیاس Pa

زیر مجموعه آلفا = ۰.۵	تعداد	گروه
۲	۱	
	۵/۰۸	گروه تصادفی
۵/۸۲	۵/۸۲	گروه نزاعی
۶/۶۴	۵۰	گروه خودزن
۰/۰۹۵	۰/۱۳۱	P

جدول ۱ - تجزیه و تحلیل واریانس گروه ها در مقیاس Hy

P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۳۹	۳/۳۲۵	۳۰/۹۲۷	۲	۶۱/۸۵۳	بین گروهی
		۹/۳۰۳	۱۴۷	۱۳۶۷/۴۸	درون گروهی
			۱۴۹	۱۴۲۹/۳۳۳	جمع

جدول ۲ - تجزیه و تحلیل واریانس گروه ها در مقیاس Hs

P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۰/۰۳۲	۳/۵۳۷	۱۹/۸۸۷	۲	۳۹/۷۷۳	بین گروهی
		۵/۶۲۲	۱۴۷	۸۲۶/۵۰۰	درون گروهی
			۱۴۹	۸۶۶/۲۷۳	جمع

مقیاس D یا افسردگی:

در این مقیاس نمره میانگین گروه خودزن ها ۸/۸۴ و تصادفی ها ۸/۲۴ و نزاعی ها ۸/۴۸ و میانگین کل ۸/۵۲ بود. در تجزیه و تحلیل واریانس بین گروه ها تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=0/608$).

مقیاس Hs یا خودبیمار انگاری:

در این مقیاس میانگین نمره خودزن ها ۶/۲۶ و تصادفی ها ۵ و نزاعی ها ۵/۶۸ و میانگین کل ۵/۶۴۶۷ در تجزیه و تحلیل واریانس بین گروه ها اختلاف معنادار وجود داشت ($P=0/032$) (جدول ۳) که در آزمون دانکن این اختلاف بین تصادفی ها با گروه خودزن بود (جدول ۴).

مقیاس Ma یا هیپومانیا:

در این مقیاس میانگین نمره گروه خودزن ها ۴/۶۴ و تصادفی ها ۴/۸ و نزاعی ها ۴/۸۰ و میانگین کل ۴/۶۴ بود. در تجزیه و تحلیل واریانس بین گروه ها تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=0/747$).

مقیاس Sc یا اسکیزوفرنیا:

در این مقیاس میانگین نمره خودزن ها ۸/۵۸ و تصادفی ها ۸/۲۴ و نزاعی ها ۸/۱۴ و میانگین کل ۸/۳۲ بود. در تجزیه و تحلیل واریانس بین گروه ها تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=0/866$).

مقیاس Pt یا ضعف روانی:

در این مقیاس میانگین نمره گروه خودزن ها ۶/۵۲ و تصادفی ها ۶/۱۴ و نزاعی ها ۶ و میانگین کل ۶/۲۲ بود. در تجزیه و تحلیل واریانس بین گروه ها تفاوت معناداری وجود نداشت ($P=0/758$).

بحث

۲- در بررسی انجام شده گروه خودزن با گروه نزاعی تفاوتی نداشت. بنابراین به نظر می‌رسد افراد نزاعی چه توسط دیگران مورد آسیب قرار گیرند و چه اینکه خود را مورد جرح قرار دهند دارای ویژگی‌های شخصیتی یکسان باشند.

گفته می‌شود کسانی که رفتارهای پرخاشگرانه دارند دارای خصوصیات ذیل می‌باشند: احساس گناه، ترس از طرد شدن، احساس عدم امنیت، حس برتری طلبی (۱۵)، عدم اعتماد به نفس، جلب توجه دیگران (۱۶)، بدبینی به آینده، فقدان قاطعیت، احساس بیهودگی، ضعف و ناتوانی برای تغییر دادن محیط، خودنمایی (۳)، عیب جویی از دیگران، بی‌قراری، کمبود مهارت‌های حل مسأله، ضعف روابط میان فردی و تکانش‌گری (۱۷). و بالاخره اینکه پرخاشگران اغلب از مکانیسم‌های دفاعی فرافکنی، همانندسازی و دلیل تراشی استفاده می‌کنند.

نتیجه گیری

بین خصوصیات بیان شده برای افراد پرخاشگر و گروه‌های خودزن و نزاعی تحقیق در بعضی موارد ویژگی‌های مشترک دیده می‌شود؛ مانند مکانیسم‌های دفاعی که هر سه گروه از فرافکنی و دلیل تراشی زیاد استفاده می‌کنند و همچنین خصوصیات مانند عیب‌جویی کردن از دیگران، عدم احساس امنیت و نیاز به توجه از طرف دیگران و در بعضی جنبه‌های دیگر تفاوت دارند مانند اینکه افراد پرخاشگر اعتماد به نفس نداشته و احساس گناه و بیهودگی می‌کنند در صورتی که گروه‌های خودزن و نزاعی خود را بهنجار و بی‌عیب می‌دانند و دیگران را مقصر می‌کنند.

سؤالی که در اینجا پیش می‌آید این است که نزاع، یک شکل بارز و مشخص پرخاشگری است پس نباید اختلافی از نظر ویژگی‌های شخصیتی وجود داشته باشد. این اختلاف می‌تواند ناشی از دو علت باشد: اول اینکه خصوصیات پرخاشگرانه گفته شده مربوط به انواع پرخاشگری است چه فعالانه و چه منفعلانه، چه کلامی و چه فیزیکی. دوم اینکه گروه‌های نزاعی که به پزشکی قانونی مراجعه می‌کنند (افراد خودزن بعد از تشخیص از این گروه جدا می‌گردند) هم شامل کسانی است که آغازگر نزاع بوده و هم کسانی که ناخواسته درگیر شده‌اند. بنابراین بسیاری از کسانی که در گروه نزاعی پزشکی قانونی قرار گرفته‌اند ممکن است فقط دفاع کننده باشند.

همانطور که در نتایج ذکر شد، گروه خودزن در مقیاس‌های HS (خود بیمار انگاری)، Hy (هیستری) و Pa (پارانویا) با گروه تصادفی تفاوت معنادار داشت ولی با گروه نزاعی تفاوت نداشت. با مروری بر خصوصیات شخصیتی افرادی که در تست MMPI در مقیاس‌های فوق نمره بالا می‌آورند می‌توان به این نتیجه رسید که این افراد دارای خصوصیتی به صورت ذیل هستند: افراد خودراضی^۸ و خودشیفته^۹ کسانی که اختلالات افسردگی و اضطراب نشان نمی‌دهند، خشم و خصومت خود را متوجه دیگران می‌سازند، از دیگران انتقاد می‌کنند، افراد دیگر را مقصر^{۱۰} در خرابکاری‌های^{۱۱} خود از هر نوع می‌دانند، در روابط اجتماعی سطحی هستند، در مورد اظهار نظر دیگران درباره خود نگران هستند، نیاز به توجه و محبت و حمایت دیگران دارند، برای جلب توجه یا نگهداری نفوذ بر دیگران از جسم خود استفاده می‌کنند، از مکانیسم‌های دفاعی فرافکنی و دلیل تراشی زیاد استفاده می‌کنند (۶، ۷).

حال بر اساس مطالب فوق می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که:

- ۱- موارد بسیاری از خودزنی و خودآزاری است که ربطی به مسایل پزشکی قانونی ندارد. افرادی هستند که بدون درگیری با کسی فقط به علل تنش‌ها و فشارهای روانی اقدام به آسیب خود می‌کنند و با این کار از تنش‌هایی می‌بندند و همچنین با این کار احساس تهی بودن و افسردگی آنها کاهش می‌یابد و این عمل باعث کاهش خشم و ایجاد احساس امنیت در آنها می‌گردد و بدین وسیله نیاز به حمایت و آگاه ساختن دیگران از فشارهای درونی خود را ابراز می‌کنند (۱۳-۸).
- با مطالعه شخصیتی این افراد مشخص می‌گردد اینها افرادی هستند که از خود متنفرند، اضطراب و افسردگی مزمن دارند خشم خود را به درون ابراز می‌کنند، از خود انتقاد می‌کنند، خود را سرزنش می‌کنند و از نظر اجتماعی رفتارهای اجتنابی دارند. حال با نگاهی به شخصیت هر دو نوع افراد خودزن به نظر می‌رسد که افرادی که نزاع می‌کنند و بعد برای محکوم کردن و یا بدست آوردن نفع مادی اقدام به خودزنی می‌کنند با کسانی که به علل روان شناختی اقدام به این کار می‌کنند، گرچه هر دو به خود آسیب وارد می‌کنند ولی از لحاظ شخصیتی کاملاً^{۱۲} با همدیگر متفاوتند و فقط در سه حالت ۱- نگرانی در مورد اظهار نظر دیگران درباره خود ۲- نیاز به جلب توجه و حمایت دیگران و ۳- تکیه بر جسم خود برای نفوذ بر دیگران مشترک هستند (۱۴، ۱۲-۸).

8 - egoist
9 - narcissit
10 - culpable
11 - Sabotage

References

- ۱ - کریمی یوسف. روانشناسی اجتماعی. چاپ نهم. تهران، انتشارات ارسباران؛ ۱۳۸۰.
- ۲ - پورافکاری نصرت‌اله. در ترجمه روان‌پزشکی آکسفورد، گیلدرام (مؤلف). تبریز: انتشارات ذوقی، ۱۳۶۹.
- 3 - Kaplan H, Sadock B. Synopsis of psychiatry. 8th editon. Williams and Wilkins; 1998.
- 4 - Knight B. Forensic Pathology. 2nd ed. 1994.
- ۵ - شمس‌الدین سعداله، طاهری محمدحسین، دادالهی حسن. شیوع خودآزاری در مراجعان به پزشکی قانونی. فصلنامه اندیشه و رفتار. ۱۳۷۸؛ سال چهارم. شماره ۴.
- ۶ - پاشا شریفی حسن. در ترجمه راهنمای سنجش روانی، کراث مارنات گری (مؤلف). چاپ اول. تهران: انتشارات رشد، ۱۳۷۹.
- ۷ - یعقوبی حمید، کافی موسی. در ترجمه راهنمای MMPI ارزیابی شخصیت و آسیب شناسی روانی، گراهام جان (مؤلف). چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند، ۱۳۷۹.
- 8 - Favazza AR. Bodeis under seige: self mutilation and body modification in culutre and psychiatry. 2 nd ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1996.
- 9 - Favazza AR, Conterio K. The plight of chronic self-mutilators. Community Mental Health Journal, 1998.24,22-30
- 10 - Favazza AR, Rosental RJ. Diagnostic issues in self-mutilation. Hospital and Community Psychiatry; 1993. 44(2) , 134-140
- 11 - Miller D. Women who hurt themselves. NewYork: Basic Books; 1994.
- 12 - Haines J ,Williams CL. Coping and problem solving of self mutilation. Journal of Clinial Psychology; 1997. 53(2),177-186
- 13 - Gratz KL. Risk factors for functions of deliberate self harm. Clinical Psychology. Vol 2. 2003.
- 14 - Arehart – Treichel J. Does self harm constitute unique personality disorder. Psychiatry News; 2003,33(18).
- ۱۵ - شفیع آبادی عبدالله. مبانی روانشناسی رشد. تهران: انتشارات چهر. ۱۳۶۶.
- ۱۶ - قراچه داغی مهدی. در ترجمه از حال بد به حال خوب. برنز دیوید (مؤلف). تهران: انتشارات ارسباران، ۱۳۷۱.
- ۱۷ - نائینیان محمدرضا. در ترجمه روان شناسی بالینی کودک، کراتوچویل توماس (مؤلف). چاپ اول. تهران: انتشارات رشد، ۱۳۸۱.