

Research Paper

Mental Pain in People With Bipolar Disorder Hospitalized in a Psychiatric Hospital in Tehran, Iran

Samira Alvandi^{1,2} , *Marjan Mardani-Hamooleh^{1,2} , Fariba Ghasemi² , Nazanin Esmaeeli³ , Shima Haghani¹ 

Citation Alvandi S, Mardani-Hamooleh M, Ghasemi F, Esmaeeli N, Haghani SH. [Assessment of Mental Pain in Individuals With Bipolar Disorder Hospitalized at Iran Psychiatric Center: A Descriptive Study (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2022; 35(2):150-161. <https://doi.org/10.32598/ijn.35.2.764.28>

<https://doi.org/10.32598/ijn.35.2.764.28>



Received: 07 Jan 2022

Accepted: 22 Jan 2022

Available Online: 01 Jul 2022

Keywords:

Mental pain,
Bipolar disorder,
Patient

ABSTRACT

Background & Aims Mental disorders are associated with a complex self-centered experience of negative emotions such as despair and lack of mental pain. This study aims to determine the mental pain of people with bipolar disorder (BD) hospitalized in a psychiatric hospital in Tehran, Iran.

Materials & Methods This is a cross-sectional study. Participants were 153 patients with BD admitted to Iran Psychiatric hospital, who were selected by continuous sampling. Data collection tools were a demographic form and Orbach Mikulincer Mental Pain (OMMP) Scale. Data were analyzed in SPSS software, version 16 software using descriptive and inferential statistics.

Results The mean score of OMMP scale in patients was 109.56 ± 36.93 . The variables of suicide attempt ($P < 0.001$), economic status ($P = 0.002$), and employment status ($P = 0.02$) status had a significant relation with the mental pain of patients.

Conclusion The mental pain of hospitalized patients with BD in Tehran is at a moderate level. Patients with poor financial status, unemployed patients, and those with a history of suicide attempt have higher mental pain.

1. Nursing and Midwifery Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Department of Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Department of Psychology, Iran Psychiatric Hospital, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

*** Corresponding Author:**

Marjan Mardani-Hamooleh

Address: Nursing and Midwifery Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 43651804

E-Mail: mardanihamoole.m@iums.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

One of the most important mental disorders is bipolar disorder, which is characterized by episodes of mania and depression. This disorder can be associated with negative emotions and mental pain. Mental pain is caused by a person's failure to meet and satisfy their needs, which can lead to tension and negative emotions such as feelings of shame, guilt, despair, humiliation, sadness, and anger. Mental pain is seen in patients with mental disorders such as anxiety, eating disorders, personality disorders, schizophrenia, and bipolar disorder, but is more common in patients with bipolar disorder. It can be associated with the symptoms of psychosis. This pain has a big role in the pathology of depression and is directly related to the severity of depression in patients with depressive disorder. Mental pain can cause self-harm and is one of the predictors of suicide attempt in patients with the depressive episode of bipolar disorder. When the mental pain becomes severe and annoying, a person commits suicide to get rid of it. With low mental pain, the patients with psychological disorders respond better to psychotherapy. This study aims to determine the mental pain of people with bipolar disorder in Tehran, Iran.

Materials & Methods

This is a descriptive study. Participants were 153 people with bipolar disorder admitted to Iran Psychiatry Hospital in Tehran, Iran who were selected by a continuous sampling method. Inclusion criteria were: Having a diagnosed bipolar disorder based on medical records, age 18-60 years, being literate, and not having visual and hearing impairments. A demographic form and Orbach Mikulincher Mental Pain (OMMP) Scale were used to collect data. The demographic form was used to survey the age, gender, marital status, educational level, employment status, economic status, history of suicide, and history of previous hospitalization in the psychiatric ward. The OMMP scale was designed by Orbach et al. (2003) [24] and has 44 items rated on a 5-point Likert scale as 1=Strongly disagree, 2=Disagree, 3=Somewhat agree, 4=Agree, and 5=Strongly Agree. The total score ranges from 44 to 220. Data analysis was performed in SPSS software version 16 using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) and inferential statistics (Pearson correlation test, independent t-test, and analysis of variance). $P < 0.05$ was statistically significant.

Results

The freezing dimension of mental pain had the lowest score, while the emotional flooding dimension had the highest score. Comparison of mental pain scores based on demographic characteristics showed that the statistically significant relationship of history of suicide attempt ($P < 0.001$), economic status ($P = 0.002$), and employment status ($P = 0.02$) with mental pain. Those with a history of suicide attempt, those with poor financial status, and unemployed patients had higher mental pain.

Discussion

The results of the present study emphasize the need for psychological interventions to reduce mental pain in patients with bipolar disorder. It seems that having a history of suicide attempt increases their mental pain due to creating mental preoccupation. In addition, having a poor economic status, which can be due to unemployment, can increase the severity of mental pain in patients with bipolar disorder. More studies are needed to generalize the results to all patients with bipolar disorder in Iran.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was approved by the ethical committee of the [Iran University of Medical Sciences](#) (Code: IR.IUMS.REC.1399.602). All ethical principles are considered in this article.

Funding

This study is taken from the Master's thesis of Samira Alwandi, Department of Psychiatry, Faculty of Nursing and Midwifery, [Iran University of Medical Sciences](#).

Authors' contributions

Conceptualization: Samira Elwandi and Marjan Mardani Hamouleh; Research: Marjan Mardani Hamouleh, Nazanin Esmaili and Fariba Ghasemi, Analysis: Shima Haqqani; Project management: Marjan Mardani Hamouleh; Compilation and finalization: Marjan Mardani Hamouleh.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The researchers are thankful to all of the participants.

مقاله پژوهشی

درد ذهنی افراد دارای اختلال دوقطبی بستری در بیمارستان روانپزشکی ایران: یک مطالعه توصیفی

سمیرا الوندی^۱، *مرجان مردانی حموله^۱، فریبا قاسمی^۲، نازنین اسماعیلی^۳، شیما حقانی^۱

Use your device to scan and read the article online



Citation Alvandi S, Mardani-Hamooleh M, Ghasemi F, Esmaeeli N, Haghani SH. [Assessment of Mental Pain in Individuals With Bipolar Disorder Hospitalized at Iran Psychiatric Center: A Descriptive Study (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2022; 35(2):150-161. <https://doi.org/10.32598/ijn.35.2.764.28>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.35.2.764.28>

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۷ دی ۱۴۰۰

تاریخ پذیرش: ۰۲ بهمن ۱۴۰۰

تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۱

زمینه و هدف: اختلال دوقطبی همراه با نوعی تجربه پیچیده خویشتن‌نگر از احساسات منفی مانند ناامیدی و فقدان به‌نام درد ذهنی همراه می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین درد ذهنی افراد دارای اختلال دوقطبی بستری در مرکز روانپزشکی ایران انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی بود. ۱۵۳ نفر از بیماران با اختلال دوقطبی بستری در مرکز روان‌پزشکی ایران با روش نمونه‌گیری مستمر انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و ابزار روا و پایا شده درد ذهنی بود. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره درد ذهنی بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی $10.9/56 \pm 36/93$ بود. متغیرهای سابقه خودکشی ($P < 0/001$)، وضعیت اقتصادی ($P = 0/002$) و وضعیت اشتغال ($P = 0/002$) با درد ذهنی بیماران، ارتباط معنادار داشت.

نتیجه‌گیری: درد ذهنی بیماران بستری مبتلا به اختلال دوقطبی در تهران در سطح متوسط بود. بیماران با وضعیت اقتصادی ضعیف، بیکار و آنان که سابقه اقدام به خودکشی داشتند، درد ذهنی بیشتری داشتند.

کلیدواژه‌ها:

درد ذهنی، اختلال دوقطبی، مددجو

۱. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
۲. گروه روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
۳. گروه روانشناسی، بیمارستان روانپزشکی ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول:

مرجان مردانی حموله

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی.

تلفن: +۹۸ ۴۳۶۵۱۸۰۴ (۲۱)

رایانامه: mardanihamoole.m@iums.ac.ir

مقدمه

آن نیز شامل عدم آگاهی از نقش فردی و عدم تکامل فردی است که همگی از ویژگی‌های اصلی و مرکزی درد ذهنی هستند [۵]. درد ذهنی دارای مؤلفه‌های پوچی، بی‌ارزشی، سردرگمی، آشفتگی هیجانی، فقدان کنترل، تغییرناپذیری، فاصله‌گیری اجتماعی و از خودبیگانگی است [۱۱]. از دیگر ویژگی‌های درد ذهنی این است که مدت‌زمان زیادی برای رفع شدن نیاز دارد و با وجود اینکه ممکن است شروع آن به‌صورت حاد باشد یا در طول زمان توسعه یابد، اما تأثیر آن کوتاه نیست و تمایل به تداوم دارد. درد ذهنی می‌تواند بسیار مخرب باشد و منجر به صدمات جبران‌ناپذیری در افراد شود. درد ذهنی دارای ابعاد عاطفی و خودنمایانه است و یک تجربه ذهنی و درونی است که از سایر عواطف و احساسات و خلق منفی مانند افسردگی و اضطراب متمایز است [۵، ۶].

درد ذهنی در شماری از اختلالات روانی مانند اختلالات اضطرابی، اختلالات خوردن، اختلالات شخصیت و اختلالات دوقطبی مشاهده می‌شود [۱۲]. این درد در مددجویان مبتلابه اختلال دوقطبی در مقایسه با سایر اختلالات روانی مانند اسکیزوفرنی، بیشتر دیده می‌شود [۱۳]. درد ذهنی می‌تواند با بروز علائم روان‌پریشی در مددجویان مبتلابه اختلالات روانی، همراه باشد [۱۴]. درد ذهنی در آسیب‌شناسی افسردگی، سهم بزرگی دارد [۱۵] و با شدت افسردگی در مددجویان دارای اختلال افسردگی اساسی، ارتباط مستقیم دارد [۱۶]. در واقع درد ذهنی منجر به بروز علائم مرتبط با افسردگی می‌شود [۱۷، ۱۸]. این‌گونه از درد سبب آسیب‌رسانی به خود می‌شود [۱۹]. درد ذهنی یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اقدام‌به‌خودکشی در مرحله افسردگی از اختلال دوقطبی است [۲۰]. این درد با ایجاد حالات هیجانی منفی مانند احساس گناه و داشتن احساس بی‌کمکی سبب اقدام‌به‌خودکشی می‌شود [۲۰، ۲۱]. در واقع هرگاه درد ذهنی در حد زیاد و آزاردهنده شود، فرد برای رهایی از آن اقدام به خودکشی می‌کند [۲۲]. از سوی دیگر، هرچه درد ذهنی کمتر باشد، مددجویان مبتلابه اختلالات روانی به روان‌درمانی پاسخ بهتری می‌دهند [۲۳].

با در نظر گرفتن تجارب محقق به‌عنوان روان‌پرستار در کار با افراد دارای اختلال دوقطبی و نیز فقدان مطالعه در زمینه بررسی درد ذهنی در این افراد در داخل کشور، به‌علاوه با در نظر گرفتن نقش مهم تفاوت‌های فرهنگی در جوامع مختلف، نیاز به بررسی درد ذهنی در افراد دارای اختلال دوقطبی احساس شد. بنابراین این مطالعه با هدف تعیین درد ذهنی افراد دارای اختلال دوقطبی بستری در مرکز روان‌پزشکی ایران انجام شد.

یکی از مهم‌ترین اختلالات روانی، اختلال دوقطبی است که با عود مکرر دوره‌های شیدایی و افسردگی شناخته می‌شود [۱]. فراوانی این اختلال در جمعیت ایرانی، ۷/۹ درصد گزارش شده است [۲]. این اختلال، بیماری مزمن و پیچیده‌ای است که با ابتلا به آن، خلق فرد آسیب‌دیده و به‌طور مستمر و غیرعادی از حالت خیلی خوب به خیلی بد و افسرده تغییر می‌کند. این نوسانات معمولاً هفته‌ها یا ماه‌ها طول می‌کشد [۳]. اختلال دوقطبی با تغییرات وسیع خلقی، خود را نشان می‌دهد. شروع اختلال دوقطبی در دوره نوجوانی است، اما در دوره بزرگسالی، ثبات می‌یابد [۴]. اختلال دوقطبی می‌تواند همراه با نوعی تجربه پیچیده خویشتن‌نگر از احساسات منفی مانند ناامیدی، ترس و بیم، سوگ، شرم، احساس گناه، تنهایی و فقدان لذت از زندگی همراه باشد. عباراتی همانند درد ذهنی، درد روانی، درد روان‌شناختی، اختلال و آشفتگی درونی، رنجش و پوچی همگی دلالت بر حالات و ساختاری مشترکی دارند که همان دردی است که از ابعاد روان‌شناختی فرد سرچشمه می‌گیرد [۵].

درد ذهنی نوعی درد مزمن است که به‌دلیل ناکامی و ناتوانی فرد در برطرف کردن و ارضا نیازهای خود (مانند دوست داشته شدن، درک شدن، احساس امنیت، کنترل بر شرایط) به وجود می‌آید و ناتوانی در ارضا این دسته از نیازها منجر به مجموعه‌ای از احساسات متشنج و منفی از قبیل احساس شرم، گناه و خجالت، شکست و ناامیدی، حقارت و غم، بی‌حرمتی و خشم و ناامیدی می‌شود و در نهایت منجر به این می‌شود که فرد رضایتی از زندگی خود نداشته باشد [۶]. به‌عبارت دیگر، وقتی نیازهای روانی افراد مرتفع نشود، درد ذهنی بروز می‌یابد [۷]. با وجود اینکه درد ذهنی اهمیت کمتری نسبت به درد جسمی در بخش‌های مختلف بدن ندارد و به همان اندازه واقعی است، اما آن‌طور که باید و شاید به آن توجه نمی‌شود و مشکل اصلی بر سر عدم وجود توافق بر مفهوم، ویژگی‌های متمایزکننده و تعریف عملی آن است [۸، ۹]. درد ذهنی و رنج کشیدن هر دو به حس نبود یکپارچگی فردی اشاره دارد و در صورت تداوم این رنجش غیرقابل تحمل، رشد روانی فرد متوقف می‌شود [۵].

درد ذهنی دامنه وسیعی از تجارب ذهنی در اثر حوادث، تروما و فقدان‌ها است که منجر به ایجاد حس منفی و تغییرات مخرب در فرد می‌شود [۱۰] و نوعی رنجش روان‌شناختی و احساس شکستگی، نقص و معیوب بودن خود، جریحه‌دار شدن و فقدان کنترل بوده و یک حالت آزاردهنده از درجه بالای خودآگاهی فرد در رابطه با عدم کفایت است، یعنی زمانی که نتایج منفی و ناکامی‌های فردی پایین‌تر از استانداردهای خود ایده‌آل قرار می‌گیرند و فرد آن را تجربه می‌کند. اصلی‌ترین احساس در درد ذهنی ناامیدی از خود است، اما ویژگی‌های مهم و ضروری دیگر

روش بررسی

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی مقطعی بود. جامعه پژوهش، تمامی مبتلایان به اختلال دوقطبی بستری در مرکز جامع روان پزشکی ایران واقع در غرب تهران بودند. نمونه پژوهش به شیوه نمونه گیری مستمر انتخاب شدند. ویژگی های نمونه مشتمل بر داشتن تشخیص اختلال دوقطبی براساس پرونده پزشکی، قرار داشتن در رده سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن و نداشتن نقص بینایی، شنوایی و اختلال جسمی شناخته شده به صورت هم زمان بود. حجم نمونه لازم به منظور برآورد درد ذهنی افراد دارای اختلال دوقطبی براساس مطالعه جولانت و همکاران [۲۲] در سطح اطمینان ۹۵ درصد، دقت برآورد ۲/۵ نمره پس از مقدارگذاری در فرمول حجم نمونه ۱۸۰ نفر محاسبه شد.

باتوجه به همه گیری کووید-۱۹ و کوچک تر شدن جامعه دردسترس، حجم نمونه ۱۵۳ نفر در نظر گرفته شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، در ابتدا از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی ایران، مجوز گرفته شد و سپس ضمن گرفتن معرفی نامه از دانشگاه با مدیریت مرکز روان پزشکی هماهنگی های لازم به عمل آمد. به واحدهای پژوهش در رابطه با فرآیند تحقیق اطلاعات لازم داده شد و از نظر اخلاقی به آنان خاطر نشان شد که شرکت در مطالعه اختیاری است و آن ها از این نظر آزاد می باشند. همچنین به نمونه ها در زمینه حفظ اطلاعات، اطمینان داده شد. پژوهشگر در شیفت های صبح و عصر به بخش های بستری مراجعه کرد. ابزارها به شیوه خود گزارشی تکمیل شد. پژوهشگر در زمان تکمیل ابزارها در کنار مددجویان بود و به ابهامات آنان درباره ابزار و گویه های آن پاسخ می داد. زمان تقریبی برای تکمیل ابزارها ۲۰-۳۰ دقیقه بود و کل فرایند گردآوری داده ها ۴ ماه

طول کشید. گردآوری داده ها در نیمه دوم سال ۱۳۹۹ انجام شد.

جهت گردآوری داده ها از فرم مشخصات فردی و ابزار دردذهنی استفاده شد. فرم مشخصات فردی برای سنجش متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلی، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، سابقه خودکشی [۲۳]، سابقه بستری قبلی در بخش روان پزشکی بود.

ابزار درد ذهنی

اورباخ و همکاران در سال ۲۰۰۳ ابزار درد ذهنی را طراحی کردند [۲۴] و دارای ۴۴ گویه در طیف لیکرت ۵ درجه ای است که به صورت ۱ (کاملاً مخالفم)، ۲ (مخالفم)، ۳ (تاحدی موافقم)، ۴ (موافقم)، ۵ (کاملاً موافقم) در دامنه ۴۴ تا ۲۲۰، نمره گذاری می شود. این ابزار ۹ مؤلفه دارد که در جدول شماره ۱ ارائه شده است. گویه های ۲۵ و ۴۲ نمره گذاری معکوس دارند. نمرات بالاتر، درد ذهنی بیش تر را نشان می دهد. طراحان ابزار پایایی مؤلفه های این ابزار را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ^۱ از ۰/۷۵ تا ۰/۹۵ درصد گزارش داده اند [۲۴]. این ابزار در ایران مورد روان سنجی قرار گرفته است و پایایی کل ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ درصد به دست آمده است [۱۱]. روایی ابزار به شیوه روایی محتوا بررسی شده و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف در محدوده ۰/۶۱-۰/۸۹ درصد گزارش شده است [۲۴]. در مطالعه حاضر نیز پژوهشگر اقدام به سنجش روایی و پایایی ابزار کرد. برای تعیین روایی، ابزار در اختیار ۴ نفر از اساتید پرستاری در دانشگاه های علوم پزشکی ایران قرار گرفت و روایی محتوای آن تأیید شد. جهت تعیین پایایی ابزار نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. به این منظور، ابزارها توسط ۱۵ نفر از افراد دارای مشخصات همسان با جامعه پژوهش

1. Cronbach's alpha

جدول ۱. ابزار درد ذهنی به همراه مؤلفه، گویه و دامنه

ردیف	مؤلفه	گویه	دامنه
۱	تغییرناپذیری	۳۰، ۲۹، ۳۰، ۳۲، ۳۳، ۳۴، ۳۳، ۳۴	۹-۴۵
۲	فقدان کنترل	۲، ۵، ۶، ۹، ۱۳، ۲۱، ۲۸، ۳۱، ۳۳، ۳۶	۱۰-۵
۳	خودشیفتگی لیبی ارزشی	۱، ۷، ۱۲، ۱۶، ۱۸	۵-۲۵
۴	آشفته گی هیجانی	۳، ۸، ۱۱، ۱۴، ۲۵	۵-۲۵
۵	بهدت	۴، ۱۱، ۱۹	۳-۱۵
۶	از خودبیگانگی	۱۵، ۱۷، ۲۳	۳-۱۵
۷	سردرگمی	۲۰، ۲۴، ۲۷	۳-۱۵
۸	فاصله گیری اجتماعی	۲۵، ۲۷، ۴۰، ۴۲	۴-۲۰
۹	بی معنایی	۲۸، ۳۹، ۴۱	۳-۱۵

یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد بیشتر افراد مرد (۵۸/۰۷ درصد)، دارای رده سنی کمتر از ۳۰ سال (۴۲/۸ درصد)، دارای سطح تحصیلات دیپلم (۴۴/۴ درصد) و بیکار (۴۷/۳ درصد) بودند. بیشتر مبتلایان مجرد (۵۹/۹ درصد) و دارای وضعیت اقتصادی متوسط (۵۶/۶ درصد) بودند. بیشتر افراد مورد پژوهش سابقه بستری قبلی در بخش روان‌پزشکی (۷۰/۵ درصد) و سابقه خودکشی (۵۵/۹ درصد) نداشتند (جدول شماره ۲). میانگین و انحراف معیار نمره درد ذهنی کلی برابر با $109/56 \pm 36/93$ بود که نزدیک به میانه ابزار است. درد ذهنی در مؤلفه بهت ($2/11 \pm 1/25$) دارای

که عضو نمونه‌های تحقیق نبودند، تکمیل شدند. ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های مختلف ابزار در محدوده $0/92-0/78$ درصد محاسبه شد. پایایی کل ابزار درد ذهنی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/84$ درصد به دست آمد.

تحلیل داده‌ها نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. به این منظور از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های تی مستقل^۲ و تحلیل واریانس^۳) استفاده شد. در تحلیل داده‌ها، P کمتر از $0/05$ از نظر آماری معنادار لحاظ شد.

2. Independent sample
3. Variance

جدول ۲. مشخصات فردی مددجویان دارای اختلال دو قطبی و بررسی ارتباط درد ذهنی با آن‌ها

نتایج آزمون	درد ذهنی		تعداد (درصد)	مشخصات فردی
	میانگین \pm انحراف معیار	نتایج آزمون		
$t=0/265$ $df=1$ $P=0/791$	$108/55 \pm 39/72$	زن	۶۲ (۴۱/۳)	جنس
	$110/17 \pm 35/62$	مرد	۸۸ (۵۸/۷)	
$F=1/243$ $P=0/151$	$112/4 \pm 28/36$	کمتر از ۳۰	۶۵ (۴۲/۸)	سن، سال
	$118 \pm 23/6$	۳۰-۴۵	۵۸ (۳۸/۱)	
	$127/45 \pm 48/07$	بیشتر از ۴۵	۳۴ (۱۹/۱)	
$t=0/331$ $df=1$ $P=0/667$	$108/45 \pm 35/63$	دارد	۳۴ (۲۹/۵)	سابقه بستری قبلی
	$111/3 \pm 28/96$	ندارد	۱۰۵ (۷۰/۵)	
$t=4/536$ $df=1$ $P<0/001$	$123/65 \pm 29/5$	دارد	۶۷ (۴۴/۱)	سابقه خودکشی
	$97/84 \pm 30/18$	ندارد	۸۵ (۵۵/۹)	
$F=4/022$ $P=0/682$	$96/4 \pm 25/88$	کمتر از دیپلم	۵۴ (۳۵/۷)	سطح تحصیلی
	$102/3 \pm 25/74$	دیپلم	۶۷ (۴۴/۴)	
	$127/45 \pm 48/07$	دانشگاهی	۳۰ (۱۹/۹)	
$F=1/295$ $P=0/777$	$108/06 \pm 26/38$	مجرد	۹۱ (۵۹/۹)	وضعیت تأهل
	$116/66 \pm 28/96$	متاهل	۴۳ (۲۸/۳)	
	$101/33 \pm 33/94$	مطلقه	۱۸ (۱۱/۸)	
$F=6/79$ $P=0/002$	$126/4 \pm 34/3$	ضعیف	۴۵ (۲۹/۶)	وضعیت اقتصادی
	$102/5 \pm 34/5$	متوسط	۸۶ (۵۶/۶)	
	$105/6 \pm 41/3$	خوب	۲۱ (۱۳/۸)	
$F=4/042$ $P=0/02$	$117/5 \pm 39/3$	بیکار	۷۰ (۴۷/۳)	وضعیت اشتغال
	$98/3 \pm 30/7$	شاغل	۵۰ (۳۳/۸)	
	$113/9 \pm 37/9$	خانهدار	۲۸ (۱۸/۹)	

جدول ۳. شاخص‌های عددی مؤلفه‌های درد ذهنی مددجویان دارای اختلال دو قطبی

میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار	پیشینه	کمینه	درد ذهنی و مؤلفه‌های آن (دامنه نمرات)
بر مبنای ۱-۵				
۲/۵۵۰±۰/۰۵۶	۲۲/۹۵۴±۹/۵۰۴	۴۵/۰۰	۵/۰۰	تغییر ناپذیری (۹-۴۵)
۲/۴۵۹±۱/۰۳۷	۲۴/۵۹۵±۱۰/۳۷۳	۵۰/۰۰	۳/۰۰	فقدان کنترل (۱۰-۵۰)
۲/۲۰۹±۰/۹۹۴	۱۱/۰۴۶±۴/۹۶۹	۲۲/۰۰	۳/۰۰	خود آشفته‌گی ایی/ارزشی (۵-۲۵)
۲/۸۶۶±۱/۰۲۲	۱۱/۴۶۴±۲/۰۸۶	۲۰/۰۰	۱/۰۰	آشفته‌گی هیجانی (۵-۲۵)
۲/۱۱۸±۱/۱۲۵	۶/۳۵۵±۳/۳۷۶	۱۵/۰۰	۱/۰۰	بهت (۳-۱۵)
۲/۳۹۳±۱/۰۶۵	۷/۱۷۸±۳/۱۹۶	۱۵/۰۰	۱/۰۰	از خود بیگانگی (۳-۱۵)
۲/۸۴۳±۱/۲۲۳	۸/۵۳۰±۳/۶۶۸	۱۵/۰۰	۳/۰۰	سردرگمی (۳-۱۵)
۲/۵۸۶±۰/۷۸۳	۱۰/۳۴۲±۲/۱۳۳	۲۰/۰۰	۴/۰۰	فاصله‌گیری اجتماعی (۴-۲۰)
۲/۱۸۹±۱/۱۴۲	۶/۵۶۶±۳/۴۲۷	۱۵/۰۰	۳/۰۰	بی‌معنایی (۳-۱۵)
۲/۴۹±۰/۸۴	۱۰/۹۵۶±۲۶/۹۳	۲۰/۲	۵۰	درد ذهنی کلی (۴۵-۲۲۵)

نشریه پرستاری ایران

بیش‌تر بوده است. در این مطالعه نیز از ابزار درد ذهنی به‌کاررفته در پژوهش حاضر استفاده شد. بر این اساس می‌توان گفت قرار گرفتن در موقعیت خودکشی برای افراد همراه با افزایش درد ذهنی خواهد بود. در پژوهش دیگری که با مشارکت سربازان مراجعه‌کننده به یک بیمارستان نظامی در شهر تهران انجام شد، نمره درد ذهنی شرکت‌کنندگان در مطالعه ۱۰۵/۴۰ اعلام شد [۲۵] که تقریباً با نمره درد ذهنی مددجویان دارای اختلال دو قطبی در مطالعه حاضر هم‌سویی دارد. در مطالعه یادشده نیز از ابزار درد ذهنی به‌کاررفته شده در پژوهش کنونی استفاده شد. نتایج مطالعه حاضر، لزوم اجرای مداخلات روان‌شناختی به منظور کاهش درد ذهنی مددجویان دارای اختلال دو قطبی را مورد تأکید قرار می‌دهد.

در مطالعه حاضر، میانگین مؤلفه‌های بهت و بی‌معنایی از درد ذهنی در مددجویان دارای اختلال دو قطبی دارای کم‌ترین نمره بود. این بدان معنا می‌باشد که کم‌ترین درد ذهنی برای این مددجویان در مؤلفه‌های یادشده بوده است. در یک مطالعه کیفی که در همدان انجام شد نیز بی‌معنایی به‌عنوان یکی از زیرمضامین درد ذهنی در مددجویان مبتلابه اختلالات روانی شناخته شد [۲۶]. همسو با مطالعه حاضر، سربازان مراجعه‌کننده به یک بیمارستان نظامی در شهر تهران نیز در مؤلفه بهت، کم‌ترین درد ذهنی را گزارش دادند [۲۵]. نتایج پژوهشی در فلسطین نشان داد بی‌معنایی، بهت و داشتن احساس بالای تغییر ناپذیری که از ابعاد درد ذهنی هستند، در بروز افسردگی برای مددجویان مبتلابه اختلالات روانی نقش دارند [۲۷]. ناهمسو با نتایج این بخش از مطالعه، افراد اقدام‌کننده به خودکشی در شهر کرمانشاه

کم‌ترین میانگین و در مؤلفه آشفته‌گی هیجانی (۲/۸۶±۱/۰۲) دارای بیش‌ترین میانگین بود (جدول شماره ۳).

نتایج مقایسه نمره درد ذهنی برحسب مشخصات فردی مددجویان دارای اختلال دو قطبی در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود که طبق جدول شماره ۲، بین متغیرهای سابقه خودکشی ($P < 0/001$)، وضعیت اقتصادی ($P = 0/002$) و وضعیت اشتغال ($P = 0/02$) با درد ذهنی ارتباط معنادار آماری وجود داشت، به‌طوری‌که کسانی که سابقه خودکشی داشتند، میانگین نمره درد ذهنی بالاتری داشتند. همچنین آزمون تعقیبی توکی^۴ نشان داد درد ذهنی مددجویانی که وضعیت اقتصادی ضعیف داشتند نسبت به افراد دارای وضعیت اقتصادی خوب ($P < 0/001$) و متوسط ($P < 0/001$) بیشتر بود. همچنین نتایج آزمون تعقیبی توکی نشان داد مددجویانی که بیکار بودند در مقایسه با مددجویان شاغل ($P < 0/001$) و خانه‌دار ($P < 0/001$) درد ذهنی بالاتری داشتند.

بحث

در مطالعه حاضر، نمره درد ذهنی مددجویان دارای اختلال دو قطبی ۱۰۹/۵۶ گزارش شد که باتوجه به دامنه نمره ابزار می‌توان گفت در حد متوسط قرار دارد. در مطالعه بگیان و همکاران که در شهر کرمانشاه انجام شد، نمره درد ذهنی افراد اقدام‌کننده به خودکشی ۱۴۹/۵۴ گزارش شد [۱۰] که از نمره درد ذهنی مددجویان دارای اختلال دو قطبی در مطالعه کنونی،

4. Tukey

متغیرهای جمعیت‌شناختی و درد ذهنی را بررسی کردند. باین حال، یافته‌های مطالعه‌ای در ایالات متحده آمریکا بیان کرد درد ذهنی در زنان و مردان مبتلا به اختلالات روانی به طور مشابه رخ می‌دهد [۳۲]. با توجه به اهمیت متغیرهای جمعیت‌شناختی و نقشی که ممکن است در بروز درد ذهنی ایفا کنند، ضروری است مطالعات گسترده‌تری با مشارکت مددجویان دارای انواع اختلالات روانی صورت گیرد.

نتیجه‌گیری

از نتایج این مطالعه می‌توان در زمینه‌های مختلف پرستاری از جمله آموزش پرستاری استفاده کرد. به گونه‌ای که اساتید پرستاری در زمان گذاردن واحدهای بالینی در بخش‌های روان‌پزشکی، دانشجویان خود را با مفهوم درد ذهنی، بیش از پیش آشنا کنند. در حیطه پژوهش پرستاری نیز یافته‌های این مطالعه می‌تواند پایه‌ای برای پژوهش‌های بعدی باشد و پژوهشگران نیز می‌توانند از نتایج آن برای هدایت مطالعات مداخله‌ای خود در این زمینه بهره‌گیرند، مداخلاتی که از طریق اجرای آموزش‌های روان‌شناختی منجر به کاهش درد ذهنی مددجویان دارای اختلال دو قطبی شد.

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت، از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به شیوه نمونه‌گیری اشاره کرد که چون غیراحتمالی است، تعمیم‌پذیری یافته‌ها را با دشواری مواجه می‌کند.

همچنین، انجام پژوهش در یک مرکز روان‌پزشکی، یکی دیگر از محدودیت‌های مطالعه است. بدین ترتیب پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی از شیوه نمونه‌گیری احتمالی برای تحقیق استفاده شود و نمونه‌های پژوهش از چند منطقه کشور انتخاب شوند تا بتوان ضمن بالا بردن قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها، به مقایسه‌هایی نیز در این خصوص اقدام کرد.

به علاوه، در این مطالعه، صرفاً مبتلایان به اختلال دو قطبی مورد بررسی قرار گرفتند، پس نتایج به دست آمده قابل تعمیم به سایر اختلالات روانی نمی‌باشند. علاوه بر موارد یادشده، احتمال دارد همه‌گیری کووید-۱۹ و دغدغه‌های مددجویان تحت مطالعه که می‌توانست مرتبط با این بیماری باشد، درد ذهنی آنان را تشدید کرده باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

مجوز اخلاقی برای این مطالعه از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد IR.IUMS.REC.1399.602 دریافت شده است.

کم‌ترین درد ذهنی را در مؤلفه‌های فاصله‌گیری اجتماعی و از خود بیگانگی اعلام کردند [۱۰]. هرچند که درد ذهنی با تأکید بر مؤلفه بی‌معنایی در اقدام به خودکشی برای افراد نقش دارد، اما نتایج مطالعه‌ای در کانادا بیان کرد که شاید درد ذهنی برای اقدام به خودکشی، شرط لازم باشد، اما نشان داد شرط کافی برای آن محسوب نمی‌شود [۲۲].

در مطالعه کنونی، مددجویان دارای اختلال دو قطبی پس از بهت و بی‌معنایی از درد ذهنی در از خود بیگانگی و فاصله‌گیری اجتماعی، درد ذهنی را بیش‌تر تجربه کرده بودند. در واقع، درد ذهنی سبب تحریک‌پذیری و پرخاشگری در روابط با دیگران می‌شود [۲۹، ۲۸] و منجر به دشواری در برقراری ارتباطات بین فردی می‌شود [۲۰]. در نهایت، درد ذهنی منجر به کاهش روابط اجتماعی با دیگران و افزایش فاصله‌گیری اجتماعی می‌شود [۳۰]. در این مطالعه، آشفتگی هیجانی و سردرگمی از درد ذهنی دارای بیش‌ترین میانگین نمره بودند یعنی بیش‌ترین درد ذهنی مددجویان دارای اختلال دو قطبی در خصوص این دو مؤلفه بوده است.

به‌طور مشابه، نتایج مطالعه‌ای در پرتغال نشان داد درد ذهنی در گروه بالغین جامعه با بروز علائم روان‌شناختی مانند آشفتگی‌های هیجانی مرتبط است [۳۱]. این در حالی است که بیش‌ترین مؤلفه درد ذهنی برای افراد اقدام‌کننده به خودکشی در شهر کرمانشاه در زمینه مؤلفه بی‌ارزشی بود [۱۰]. در مطالعه‌ای که با مشارکت سربازان مراجعه‌کننده به یک بیمارستان نظامی در شهر تهران انجام شد، نتایج حاکی از آن بود که مؤلفه فقدان کنترل از درد ذهنی دارای بیش‌ترین میانگین نمره بوده است [۲۵].

در زمینه ارتباط بین متغیرهای جمعیت‌شناختی مددجویان با متغیر درد ذهنی، نتایج نشان داد بین متغیرهای سابقه خودکشی، وضعیت اقتصادی و وضعیت اشتغال با درد ذهنی ارتباط معنادار آماری وجود داشت. بدین معنا که مددجویان دارای سابقه خودکشی، مددجویان با وضعیت اقتصادی ضعیف و آنان که بیکار بودند، درد ذهنی بالاتری داشتند.

به نظر می‌رسد، داشتن سابقه اقدام به خودکشی با ایجاد اشتغال خاطر ذهنی در خصوص این مقوله برای افراد دارای اختلال دو قطبی بر درد ذهنی‌شان می‌افزاید. به علاوه، برخورداری از وضعیت اقتصادی ضعیف که خود می‌تواند از پیامدهای بیکاری باشد بر شدت درد ذهنی برای مددجویان دارای اختلال دو قطبی افزوده باشد. با توجه به اینکه تحقیقات انجام‌شده بر درد ذهنی مددجویان دارای اختلال دو قطبی به‌طور خاص و مددجویان دارای انواع اختلالات روانی، اندک است. برای تعمیم نتایج و استدلال‌های عمیق‌تر در این رابطه باید مطالعات بیش‌تری انجام شود. در مطالعه حاضر بین متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلی و سابقه بستری قبلی در بخش روان‌پزشکی با درد ذهنی ارتباط معناداری دیده نشد. مطالعات اندکی ارتباط

حامی مالی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد سمیرا الوندی رشته روانپرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی در دانشگاه علوم پزشکی ایران است.

مشارکت نویسندگان

مفهوم پردازی: سمیرا الوندی و مرجان مردانی حموله؛ تحقیق: مرجان مردانی حموله، نازنین اسماعیلی و فریبا قاسمی، تحلیل: شیما حقانی؛ مدیریت پروژه: مرجان مردانی حموله؛ تدوین و نهایی سازی: مرجان مردانی حموله.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

از تمام شرکت کنندگان در پژوهش قدردانی می شود.

References

- [1] Ranjbar M, Seyed Fatemi N, Mardani Hamooleh M, Esmaeeli N, Haghani S. [Correlation of stigma with self-compassion in patients with bipolar disorder (Persian)]. *Iran J Nurs*. 2020; 32(122):1-13. [DOI:10.29252/ijn.32.122.1]
- [2] Ghanbari Jolfaei A, Ataei S, Ghayoomi R, Shabani A. High frequency of bipolar disorder comorbidity in medical inpatients. *Iran J Psychiatry*. 2019; 14(1):60-6. [DOI:10.18502/ijps.v14i1.424] [PMID] [PMCID]
- [3] Mee S, Bunney BG, Fujimoto K, Penner J, Seward G, Crowfoot K, et al. A study of psychological pain in substance use disorder and its relationship to treatment outcome. *PLoS One*. 2019; 14(11):e0216266. [DOI:10.1371/journal.pone.0216266] [PMID] [PMCID]
- [4] Khoshnevisan M, Seyedfatemi N, Mardani Hamooleh M, Ranjbar M, Haghani H. [The effect of anger management educational program on aggression in the individuals with the bipolar disorder: A quasi-experimental study (Persian)]. *Iran J Nurs*. 2020; 33 (123):62-72. [Link]
- [5] Fertuck EA, Karan E, Stanley B. The specificity of mental pain in borderline personality disorder compared to depressive disorders and healthy controls. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. 2016; 3:2. [DOI:10.1186/s40479-016-0036-2] [PMID] [PMCID]
- [6] Verrocchio MC, Carrozzino D, Marchetti D, Andreasson K, Fulcheri M, Bech P. Mental pain and suicide: A systematic review of the literature. *Front Psychiatry*. 2016; 7:108. [DOI:10.3389/fpsy.2016.00108] [PMID] [PMCID]
- [7] Tomko C, Schneider KE, Rouhani S, Urquhart GJ, Nyeong Park J, Morris M, et al. Identifying pathways to recent non-fatal overdose among people who use opioids non-medically: How do psychological pain and unmet mental health need contribute to overdose risk? *Addict Behav*. 2022; 127:107215. [DOI:10.1016/j.addbeh.2021.107215] [PMID] [PMCID]
- [8] Li H, Xie W, Luo X, Fu R, Shi C, Ying X, et al. Clarifying the role of psychological pain in the risks of suicidal ideation and suicidal acts among patients with major depressive episodes. *Suicide Life Threat Behav*. 2014; 44(1):78-88. [DOI:10.1111/sltb.12056] [PMID]
- [9] Tossani E. The concept of mental pain. *Psychother Psychosom*. 2013; 82(2):67-73. [DOI:10.1159/000343003] [PMID]
- [10] Bagian M, Karami J, Momeni K, Elahi A. [The investigation of the role of childhood trauma experience, cognitive reactivity, and mental pain in suicide attempted and normal individuals (Persian)]. *Thoughts Behav Clin Psychol*. 2019; 14(53):77-89. [Link]
- [11] Karami J, Bagian MJ, Momeni K, Elahi A. [Measurement of mental pain: Psychometric properties and confirmatory factor analysis of multidimensional mental pain questionnaire (Persian)]. *Q J Health Psychol* 2018; 7(25):146-72. [Link]
- [12] Fava GA, Tomba E, Brakemeier EL, Carrozzino D, Cosci F, Eöry A, et al. Mental pain as a transdiagnostic patient-reported outcome measure. *Psychother Psychosom*. 2019; 88(6):341-9. [DOI:10.1159/000504024] [PMID]
- [13] Berardelli I, Sarubbi S, Spagnoli A, Fina C, Rogante E, Erbutto D, et al. Projective technique testing approach to the understanding of psychological pain in suicidal and non-suicidal psychiatric inpatients. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; 17(1):284. [DOI:10.3390/ijerph17010284] [PMID] [PMCID]
- [14] Bohaterewicz B, Nowicka M, Sobczak AM, Plewka AA, Gaszczyk P, Marek T. Clinical and psychosocial characteristics of adolescent pediatric patients hospitalized after different types of suicidal behaviors-a preliminary study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(15):5568. [DOI:10.3390/ijerph17155568] [PMID] [PMCID]
- [15] Landi G, Furlani A, Boccolini G, Mikulincer M, Grandi S, Tossani E. Tolerance for Mental Pain Scale (TMPS): Italian validation and evaluation of its protective role in depression and suicidal ideation. *Psychiatry Res*. 2020; 291:113263. [DOI:10.1016/j.psychres.2020.113263] [PMID]
- [16] Uğur K, Polat H. The relationship of suicidal ideation with psychological pain and anger rumination in patients with major depressive disorder. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021; 35(5):479-85. [DOI:10.1016/j.apnu.2021.06.012] [PMID]
- [17] Holden RR, Lambert CE, Rochelle ML, Billet MI, Fekken GC. Invalidating childhood environments and nonsuicidal self-injury in university students: Depression and mental pain as potential mediators. *J Clin Psychol*. 2021; 77(3):722-31. [DOI:10.1002/jclp.23052] [PMID]
- [18] Tomba E, Tecuta L, Gardini V, Lo Dato E. Mental pain in eating disorders: An Exploratory controlled study. *J Clin Med*. 2021; 10(16):3584. [DOI:10.3390/jcm10163584] [PMID] [PMCID]
- [19] Davis KC, Anderson JL. Psychological pain: A moderating factor between personality psychopathology and self-harm. *J Am Coll Health*. 2021; 1-9. [DOI:10.1080/07448481.2021.1928677]
- [20] Levi-Belz Y, Gvion Y, Apter A. The serious suicide attempts approach for understanding suicide: Review of the psychological evidence. *Omega (Westport)*. 2022; 86(2):591-608. [DOI:10.1177/0030222820981235] [PMID]
- [21] Mento C, Silvestri MC, Muscatello MRA, Rizzo A, Celebre L, Bruno A, et al. Psychological pain and risk of suicide in adolescence. *Int J Adolesc Med Health*. 2020; 34(3). [DOI:10.1515/ijamh-2019-0270] [PMID]
- [22] Jollant F, Perreira F, Fiori LM, Richard-Devantoy S, Lutz PE, Belzeaux R, et al. Neural and molecular correlates of psychological pain during major depression, and its link with suicidal ideas. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2020; 100:109909. [DOI:10.1016/j.pnpbp.2020.109909] [PMID]
- [23] Reist C, Mee S, Fujimoto K, Rajani V, Bunney WE, Bunney BG. Assessment of psychological pain in suicidal veterans. *PLoS One*. 2017; 12(5):e0177974. [DOI:10.1371/journal.pone.0177974] [PMID] [PMCID]
- [24] Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, Gilboa-Schechtman E. Mental pain: A multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threat Behav*. 2003; 33(3):219-30. [DOI:10.1521/suli.33.3.219.23219] [PMID]

- [25] Khanjani S, Asmari Y, Mousavi Asl E, Ashouri A. [Relationship of non-suicidal self-injury behaviors with mental pain in soldiers: The mediating role of self-compassion (Persian)]. *J Mil Med.* 2020; 22(4):363-72. [\[Link\]](#)
- [26] Shamsaei F, Yaghmaei S, Haghghi M. Exploring the lived experiences of the suicide attempt survivors: A phenomenological approach. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2020; 15(1):1745478. [\[DOI:10.1080/17482631.2020.1745478\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [27] Kremer I, Orbach I, Rosenbloom T. Mental pain and suicidal tendencies in sexual and physical abuse victims. *Arch Suicide Res.* 2017; 21(2):307-21. [\[DOI:10.1080/13811118.2016.1175394\]](#) [\[PMID\]](#)
- [28] Grossman-Giron A, Becker G, Kivity Y, Shalev S, Bitan DT. Mental pain intensity and tolerance as predictors of psychotherapy process and outcome. *J Clin Psychol.* 2021; 77(6):1296-1306. [\[DOI:10.1002/jclp.23085\]](#) [\[PMID\]](#)
- [29] Gvion Y, Levi-Belz Y. Serious suicide attempts: Systematic review of psychological risk factors. *Front Psychiatry.* 2018; 9:56. [\[DOI:10.3389/fpsy.2018.00056\]](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [30] Courtet P, Olié E. [Social pain at the core of suicidal behavior (French)]. *Encephale.* 2019; 45 (Suppl 1):S7-12. [\[DOI:10.1016/j.encep.2018.09.005\]](#) [\[PMID\]](#)
- [31] Campos RC, Gomes M, Holden RR, Piteira M, Rainha A. Does psychache mediate the relationship between general distress and suicide ideation? *Death Stud.* 2017; 41(4):241-5. [\[DOI:10.1080/07481187.2016.1251510\]](#) [\[PMID\]](#)
- [32] May AM, Pachkowski MC, Klonsky ED. Motivations for suicide: Converging evidence from clinical and community samples. *J Psychiatr Res.* 2020; 123:171-7. [\[DOI:10.1016/j.jpsy-chires.2020.02.010\]](#) [\[PMID\]](#)