

Research Paper



The Role of lived Childhood Trauma Experience and Self-Destruction on Suicidal Ideation: The Mediating Effect of Emotional Suppression



Rasoul Heshmati ^{1*}, Mansour Bayrami ², Hosein Norouzi ³

1. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
3. M.Sc of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.13468

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.69.5.8](https://doi.org/20.1001.1.27173852.1402.18.69.5.8)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_13468.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Suicide ideation, childhood trauma, Self-destruction, Emotional Suppression

Received: 2020/08/23
Accepted: 2021/01/04
Available: 2023/05/21

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate the role of lived experience of trauma in childhood and self-destructiveness on the suicide ideation with the mediating effect of emotional suppression. In this reason in a cross-sectional and correlational study, from Payame Noor University of Ilam province (PNU), 233 college students (116 male and 117 female) with an age range of 19 to 30 years and undergraduate, graduate and doctoral degrees were chosen using convenience sampling method. Then, they were evaluated by using the following measures: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Mohammadkhani Child Abuse Self-Report Scale, Sansone & Sansone Self-Harm Inventory (SHI) and Weinberger Adjustment Inventory (WAI). The data were analyzed using IBM SPSS-22 and Lisrel 8.85. The results of structural equations showed that childhood trauma has a significant direct and positive effect on suicidal ideation. On the other hand, self-destruction has a positive and significant relationship with suicidal ideation. Trauma has an indirect effect on suicidal ideation through emotional suppression. Also, self-destruction through the mediation of emotional suppression affects suicidal ideation. Based on these findings, we could state that emotional suppression can have a significant mediating role between childhood trauma, self-harm and suicidal ideation. The findings have implications for the use of emotion interventions aimed at the effective regulation of emotion to reduce the suicide ideation.



* Corresponding Author: Rasoul Heshmati

E-mail: psy.heshmati@gmail.com

مقاله پژوهشی



نقش تجربه زیسته روان زخم در کودکی و خود تخریب‌گری بر پندار خودکشی: اثر واسطه‌ای فرونشانی عاطفی



رسول حشمتی^{۱*}، منصور بیرامی^۲، حسین نوروزی^۳

۱. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

۳. کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.13468

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.69.5.8](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.13468)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_13468.html



چکیده

مشخصات مقاله

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تجربه زیسته روان زخم در کودکی و خود تخریب‌گری بر پندار خودکشی با اثر واسطه‌ای فرونشانی عاطفی است. در راستای این هدف در یک تحقیق مقطعی و توصیفی-همبستگی از جامعه دانشجویان دانشگاه پیام نور ایلام تعداد ۲۳۳ نفر (۱۱۶ نفر مرد، ۱۱۷ نفر زن) با دامنه سنی ۱۹ تا ۳۰ ساله و مقاطع تحصیلی لیسانس، فوق‌لیسانس و دکتری به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای اندازه‌گیری متغیرها از پرسشنامه‌های پندار خودکشی بک، کودک‌آزاری محمدخانی، آسیب به خود سانسون و سانسون و فرونشانی عاطفی وینبرگر استفاده شد. جهت پردازش و تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های پژوهش از نرم‌افزارهای آماري SPSS-22 و Lisrel-8.85 استفاده شد. نتایج معادلات ساختاری نشان داد که روان زخم به‌طور معنادار اثر مستقیم و مثبت بر پندار خودکشی دارد. از طرفی دیگر، خود تخریب‌گری رابطه مثبت و معنی‌داری با پندار خودکشی دارد. روان زخم از طریق فرونشانی عاطفی بر پندار خودکشی تأثیر غیرمستقیم دارد. همچنین، خود تخریب‌گری از طریق میانجی‌گری فرونشانی عاطفی بر پندار خودکشی تأثیر دارد. با تکیه بر نتایج این پژوهش می‌توان بیان داشت که فرونشانی عاطفی می‌تواند به‌عنوان یک متغیر واسطه‌ای رابطه بین روان زخم، خودتخریبی و پندار خودکشی را تبیین کند؛ بنابراین، می‌توان مداخله تنظیم هیجانی را برای کاهش پندار خودکشی بکار گرفت.

کلیدواژه‌ها:

پندار خودکشی، روان زخم، خودتخریبی، فرونشانی عاطفی

دریافت شده: ۱۳۹۹/۰۶/۰۲

پذیرفته شده: ۱۳۹۹/۱۰/۱۵

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۲/۳۰

* نویسنده مسئول: رسول حشمتی

رایانامه: psy.heshmati@gmail.com

سازمان بهداشت جهانی خودکشی^۱ را به‌عنوان عمل خاتمه دادن عمدی، آگاهانه و ارادی به زندگی خویش می‌داند. طبق آمار منتشره از سوی این سازمان سالانه حدود یک میلیون نفر دست به خودکشی می‌زنند و پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۰ این تعداد به ۱/۵ میلیون نفر در سال برسد. نتایج مطالعه سوکو^۲ و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که شیوع پندار خودکشی^۳، نقشه و اقدام به خودکشی در طول عمر به ترتیب، ۳ درصد و ۰/۷ درصد و ۰/۵ درصد گزارش شده است. احتمال کشیدن نقشه و اقدام به خودکشی در کسانی که سابقه پندار خودکشی داشتند، به ترتیب ۲۴/۶ درصد و ۱۸/۲ درصد بوده است. بر اساس تحقیقات انجام‌گرفته، ایران پس از چین و هندوستان سومین کشور جهان است که در آن آمار خودکشی موفق زنان افزایش یافته و در حال پیشی گرفتن از آمار مردان است. بر اساس همین تحقیقات، خودکشی یازدهمین علت مرگ در کل جمعیت و سومین عامل مرگ در جمعیت ۱۵-۲۴ ساله می‌باشد (قریشی و موسوی نسب، ۲۰۰۸).

در ادبیات خودکشی سه مفهوم پندار خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی تفاوت وجود دارد (سویی، شوچت، کوکشاو و هایدس^۴، ۲۰۲۰). پندار خودکشی حالتی است که بر وقوع هرگونه اندیشه‌ی خودکشی دلالت دارد. این افکار طیفی از اندیشه‌های مبهم در مورد امکان خاتمه دادن زندگی تا خودکشی کامل را دربر می‌گیرد (چویی و بای^۵، ۲۰۲۰). پندار خودکشی در ۶۰ درصد بیماران افسرده وجود دارد و ۱۵ درصد این بیماران اقدام به خودکشی می‌کنند؛ نشخوار ذهنی^۶ و سواسی، احساسات نافذ ناامیدی، بی‌ارزشی و گناه، اشتغال ذهنی درباره بدن در این بیماران وجود دارد. درواقع مطالعات مربوط به خودکشی شامل پندار خودکشی نیز می‌باشد. آمادگی مزاجی برای ابتلا به استرس، تعیین‌کننده واکنش افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و غوطه‌ور شدن در پندار و رفتار خودکشی می‌باشد؛ و در این میان تجارب کودکی و عوامل محیطی بسیار تأثیرگذار هستند (اندرسون^۷، ۲۰۰۹). اهمیت نشانه‌ها آمادگی و طرح برای اقدام به خودکشی بخصوص توانایی و شهامت توسط عوامل تجارب قبلی خودکشی، شدت تجارب قبلی خودکشی، کیفیت موانع و بازدارنده‌های رفتار خودکشی و به‌ویژه ترس و درد مرتبط با خود آسیبی و خودتخریبی افزایش می‌یابد (بک^۸، ۱۹۹۶). خود تخریبی^۹ آن‌چنان‌که فرض می‌شود پدیده‌ی کاملاً مشخص نیست بلکه می‌توان تجلی آن را روی یک پیوستار و در ادامه‌ی دیگر رفتارهای انسان در نظر گرفت، به‌گونه‌ای که در یک سوی پیوستار، مراقبت از خود کامل و در سوی دیگر آن گرایش‌های به‌شدت خودتخریب‌گر قرار دارد (تورپ^{۱۰}، ۲۰۰۲). در حیطه‌ی گرایش‌های خود تخریب‌گر اگرچه تمایز روشنی میان

گرایش‌های خود تخریب‌گر مستقیم و غیرمستقیم وجود دارد (برای مثال مصرف سیگار و تصمیم برای پایان زندگی)، ولی تمام این گرایش‌ها تلاش‌هایی هستند برای تعدیل تجارب عاطفی، شناختی یا اجتماعی و با اشکال مختلف اختلال‌های روانی (برای مثال افسردگی، اضطراب و اختلال‌های برون‌ی) در ارتباطند. رویکرد روان پویایی رفتارهای خودتخریبی در فرد را یک نوع نگرانی اخلاقی می‌داند که در آن فرد به‌طور اجتناب‌ناپذیری با حالتی از گیجی در برابر تکانه‌های پرخاشگری و مخرب غیرقابل‌کنترلی روبرو می‌شود اضطراب و ممنوعیت‌های بیش از حد اخلاقی فرد را تحریک و وادار به رفتارهای خود تخریبی می‌کند (رانک^{۱۱}، ۱۹۴۹). لین، هونگ، تای و لیو^{۱۲} (۲۰۲۰) در تحقیق خود نشان دادند که برخی از خصیصه‌های شخصیتی مثل خودتخریبی و رفتارهای خودشکست دهنده با پندار خودکشی ارتباط دارد. همچنین، جیانگ، رین، لیو و یو^{۱۳} (۲۰۲۰) نیز نشان دادند که نشانه‌های افسردگی که با خودتخریبی همراه است می‌تواند رابطه بین حساسیت به طرد و خودزنی را در نوجوانان میانجی‌گری کند. از طرفی دیگر، لی^{۱۴} و همکارانش (۲۰۲۰) نیز به این نتیجه رسیدند که افسردگی و هیجان‌های مثبت می‌تواند رابطه بین خودابرازگری از طریق طنز و پندار خودکشی را تبیین کند.

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با پندار خودکشی فرونشانی عاطفی^{۱۵} است. فرونشانی عاطفی یک مکانیسم دفاعی انسان است که باعث کمتر شدن درد هیجانی می‌شود اما نمی‌تواند به حل‌وفصل مسئله واقعی که باعث می‌شود ما به رویدادها یا افراد درگیر در آن فکر کنیم، کمک نماید. درواقع فرونشانی هیجانات دردناک به‌وسیله‌ی تفسیر مجدد اتفاقات باعث می‌شود ما کمتر این اتفاقات و مسائل حل‌نشده را که در تغییر دادن و فکر نکردن به آن‌ها ناتوان هستیم در حافظه لمس کنیم. تحقیقات نشان دادند که توانایی خود گزارشی (عدم فرونشانی عاطفی) به‌منظور خود مدیریت هیجانات و عواطف، ارتباط منفی با پندار خودکشی گرایانه در بین دانشجویان دارد (کینگ^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین مطالعات نشان می‌دهد که آمادگی مزاجی برای ابتلا به استرس، تعیین‌کننده واکنش افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و غوطه‌ور شدن در افکار و رفتار خودکشی می‌باشد (بریلوویسکای، تیزمن و مارگراف^{۱۷}، ۲۰۲۰). در تحقیقی نشان داده شد که فرونشانی عاطفی می‌تواند رابطه بین خشم و افسردگی را در مردان مبتلا به سرطان پروستات تبیین کند (رایس^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین، دی برادایس^{۱۹} و همکارانش (۲۰۲۰) نشان دادند که بدتنظیمی هیجانی در نوجوان نقش اساسی در اختلالات روانی شدید، مصرف و سوءمصرف مواد و پندار خودکشی و اقدام به خودکشی دارد.

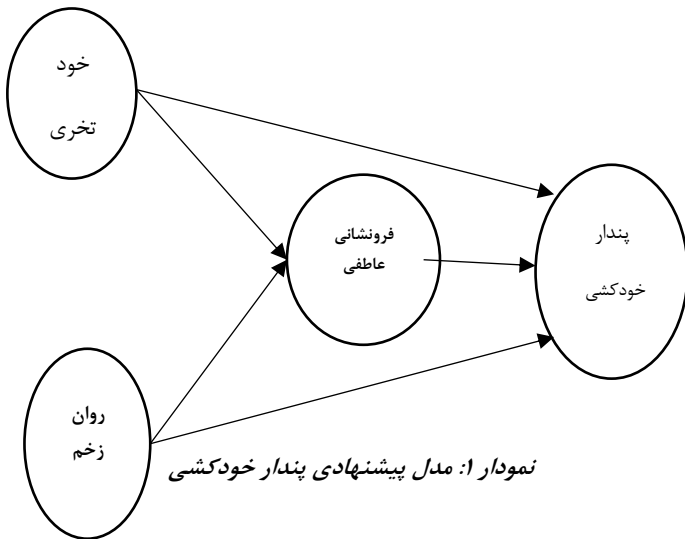
11. Rank
12. Lin, Hong, Tsai & Liu
13. Jiang, Ren, Liu & You
14. Lee
15. emotional suppression
16. King
17. Brailovskaia, Teismann & Margraf
18. Rice
19. De Berardis

1. suicide
2. Soko
3. suicide ideation
4. Swee, Shochet, Cockshaw & Hides
5. Choi & Bae
6. rumination
7. Anderson
8. Beck
9. self-destruction
10. Thorpe

روان زخم^۱ به معنای تجارب دوران کودکی هست که قبل از ۱۸ سالگی رخ می‌دهد که شامل سوءاستفاده‌های فیزیکی، جنسی، عاطفی، غفلت و بی‌توجهی می‌باشند. تحقیقات قبلی یک ارتباط قوی بین روان زخم و افزایش اختلالات روانی (مولنار^۲ و همکاران، ۲۰۰۱) و رفتار خودکشی (اینس^۳، ۲۰۰۶) در بزرگسالی برقرار ساخته است. مدل تحولی یتس^۴ (۲۰۰۴) که ارتباط میان بذر رفتاری‌های دوره کودکی و خودکشی و جرح خویشتن را کانون توجه خود قرار داده است، تأثیرات منفی رویدادهای تروماتیک بر سطوح مختلف احساس کفایت را بررسی می‌کند. به عقیده‌ی یتس (۲۰۰۴)، کمبودهای فرد در زمینه‌ی کفایت شخصیتی و کارکرد انطباقی، از تروماها و تجارب کودکی ناشی شده‌اند و این تروماها در شکل‌گیری و پیدایش پندار و رفتارهای خودکشی گرایانه و خود جرحی به‌عنوان یک راهبرد جبرانی نقش مهمی دارند. یافته‌های مربوط به تحقیقات اسپینولا^۵ و همکارانش (۲۰۲۰) نشان داد که روان زخم دوران کودکی و نیازهای روان‌شناختی ارضاء نشده تعیین‌گرهای مهم پندار خودکشی در قشر بزرگسالان جوان می‌باشد. همچنین اوکونور^۶ و همکارانش (۲۰۲۰) نشان دادند که تجربه روان زخم، استرس زندگی روزمره و سطح کورتیزول روزانه می‌تواند فرد را به پندار خودکشی آسیب‌پذیر کند.

در طول چند دهه‌ی اخیر، نتایج بسیاری از مطالعات، تأیید کننده‌ی این فرضیه بوده است که غفلت از نیازهای اساسی کودک و یا آزار جسمی و جنسی در طول سال‌های اول زندگی، با رشد اختلالات روانی مانند اختلال شخصیت مرزی و افسردگی، رابطه‌ی کاملاً معنی‌دار دارد (هنری^۷، ۲۰۱۱). مشکلات درون فردی و بین فردی مختلفی مثل، افسردگی، اضطراب، سوءمصرف مواد، رشد پندار و رفتارهای خودکشی گرایانه و آسیب زدن به خود، سازگاری ضعیف از پیامدهای رویدادهای تروماتیک دوران کودکی است. باینکه رفتارهای خود تخریبی و روان زخم از عواملی هستند که باعث افزایش پندار خودکشی گرایانه می‌شوند اما هنوز جای این سؤالات باقی است که آیا فرونشانی هیجانی می‌تواند پندار خودکشی را پیش‌بینی کند؟ آیا فرونشانی هیجانی می‌تواند به‌عنوان متغیر واسطه‌ای رابطه بین روان زخم و پندار خودکشی را تبیین کند؟ و در آخر، آیا فرونشانی هیجانی می‌تواند به‌عنوان متغیر واسطه‌ای رابطه بین خود تخریبگری و پندار خودکشی را تبیین کند؟ بدین ترتیب، ما در یک تحقیق اکتشافی، به دنبال بررسی اهمیت و نقش فرونشانی هیجانی به‌عنوان متغیر میانجی در رابطه بین روان زخم، خودتخریبگری و پندار خودکشی در قالب یک مدل ساختاری هستیم. مدل مفروض تحقیق حاضر در نمودار شماره ۱ ترسیم شده است.

1. Childhood trauma
2. Molnar
3. Enns
4. Yates



روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی و مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش شامل دانشجویان مقاطع مختلف تحصیلی دانشگاه پیام نور استان ایلام بود که در سال تحصیلی ۹۵-۹۶ مشغول به تحصیل بودند. از بین جامعه آماری ذکر شده تعداد ۲۳۳ دانشجو به‌عنوان نمونه که بر اساس جدول مورگان و محدودیت‌های موجود در پژوهش و به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه‌های مربوط به تحقیق را تکمیل نمودند. از بین این تعداد، ۱۱۶ نفر را مرد و ۱۱۷ نفر را زن تشکیل داده بودند. میانگین سنی و انحراف معیار سن پسران به ترتیب برابر ۲۲/۹۸ و ۳/۱۲۷ و میانگین سنی و انحراف معیار سن دختران به ترتیب برابر ۲۲/۷۵ و ۱/۶۶۹ بود. برای اجرای داده‌ها ابتدا با هماهنگی مسئولین دانشگاه به دانشکده‌های دانشگاه پیام نور ایلام مراجعه شد. با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی پژوهش از دانشجویانی استفاده شد که خود مایل به شرکت در پژوهش بودند. دستورالعمل نحوه پاسخ دادن به سؤالات به دانشجویان شرح داده شد. از ایشان خواسته شد که آیتم‌های پرسشنامه‌ها را به‌دقت مطالعه کنند و تا حد امکان سؤالی را بی‌پاسخ نگذارند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های پندار خودکشی بک، آسیب به خود سانسون، فرونشانی عاطفی وینبرگر و کودک‌آزاری استفاده شد.

ابزارها

پرسشنامه‌ی پندار خودکشی بک: این پرسشنامه به‌منظور بررسی پندار خودکشی توسط آرون بک (۱۹۶۱) ساخته شده و دارای ۱۹ پرسش است که هر پرسش از صفر تا ۳۸ متغیر می‌باشد. ارزیابی پندار خودکشی در فرد بر اساس نمره کسب‌شده توسط افراد به‌صورت فاقد پندار خودکشی، دارای پندار خودکشی کم و دارای پندار خودکشی پرخطر خواهد بود. تنظیم شده است. این مقیاس بر اساس ۳ درجه نقطه‌ای از ۰ تا ۲ تنظیم شده است. پاسخ‌گو می‌بایست پاسخ خود را با تعیین یکی از این سه گزینه تعیین نماید نمره هر

5. Spínola
6. O'Connor
- 7 Henry

پرسشنامه‌ی تجربه زیسته روان زخم: این پرسشنامه، روان زخم را در چهار بعد غفلت، آزار جنسی، آزار جسمی و آزار عاطفی بررسی می‌کند. پرسشنامه روان زخم توسط محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) تهیه شده است و نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت (از ۰ = هرگز تا ۳ = همیشه) انجام می‌شود. همچنین، گویه‌های ۱۵ تا ۲۵ که مربوط به زیرمقیاس غفلت و بی-توجهی نسبت به کودک هستند، به صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. گویه‌های ۱ تا ۱۴ مربوط به زیرمقیاس عاطفی هستند، گویه‌های ۲۶ تا ۳۳ مربوط به زیرمقیاس آزار فیزیکی هستند و گویه‌های ۳۴ تا ۳۸ مربوط به زیرمقیاس آزار جنسی هستند. این ابزار در ابتدا شامل ۵۴ بوده و محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) بعد از اجرای تحلیل عاملی، از ۵۴ ماده مقیاس فوق، ۳۸ ماده را که دارای بیشترین همبستگی با متغیرهای مورداندازه‌گیری بود، به دست آوردند و به منظور بررسی روایی آن، از روش‌های محاسبه‌ی روایی محتوا، روایی سازه و روایی ملاکی استفاده کردند. همچنین این محققان برای محاسبه‌ی ضریب پایایی مقیاس مذکور از روش محاسبه همبستگی درونی مقیاس (آلفای کرونباخ) و روش آزمون-بازآزمون استفاده نمودند. در پژوهش آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه روان زخم، ۰/۹۲، محاسبه گردید. این ضریب نشان می‌دهد که مقیاس موردنظر از ضریب همسانی درونی بالایی برخوردار است. همچنین، محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) ضریب همبستگی آزمون-بازآزمون برای خرده مقیاس‌های آزار عاطفی، غفلت، آزار جسمی و جنسی را از ۰/۸۹ تا ۰/۷۹، به دست آوردند.

تحلیل داده‌ها

جهت توصیف، پردازش و تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های پژوهش از نرم‌افزارهای آماری SPSS-22 و Lisrel⁹-8.85 (جورسکوگ و سوربوم^{۱۰}، ۲۰۰۶) استفاده شد. برازش مدل فرضی با کاربرد روش مدل‌یابی معادلات ساختاری^{۱۱} (SEM) مورد آزمون قرار گرفت. قبل از انجام تحلیل، پیش‌فرض‌های مرتبط با روش آماری SEM بررسی شدند تا از قابلیت انجام تحلیل روی داده‌ها اطمینان حاصل شود. تحلیل داده‌ها با استفاده از رویکرد دومرحله‌ای (آندرسون و گرینینگ^{۱۲}، ۱۹۸۸) صورت پذیرفت. در گام اول تحلیل عاملی تأییدی^{۱۳} (CFA) برای ارزیابی برازش مدل اندازه‌گیری استفاده شده و در گام دوم با بهره‌گیری از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری، الگوی ساختاری فرضی مورد آزمون قرار گرفت.

فرض نرمال بودن چندمتغیری با محاسبه شاخص کشیدگی چندمتغیری نسبی^{۱۴} بررسی شد که مقدار آن برابر ۱/۴۳۵ به دست آمد. بنتلر (۱۹۹۸) معتقد است در صورتی که ارزش این شاخص بیشتر از ۳ نباشد، نرمال بودن چندمتغیری محقق شده است؛ بنابراین توزیع تمامی ترکیب‌های متغیرها نرمال است. برای بررسی پیش‌فرض هم خطی چندگانه از دو شاخص هم خطی چندگانه یعنی VIF (شاخص تورم واریانس) و Tolerance استفاده

سؤال به ترتیب زیر محاسبه می‌گردد: گزینه اول نمره ۰، گزینه دوم نمره ۱ و گزینه سوم نمره ۲. این مقیاس از روایی و پایایی بالایی جهت بررسی پندار خودکشی برخوردار بوده و هنجاریابی آن در ایران نیز به عمل آمده است (انیسی و همکاران، ۱۳۸۴). مقیاس پندار خودکشی بک دارای پایایی بالایی است با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۹۷ و با استفاده از روش آزمون-باز آزمون پایایی آزمون ۰/۵۴ به دست آمده است (انیسی و همکاران، ۱۳۸۴).

پرسشنامه‌ی فرونشانی عاطفی: این پرسشنامه برای اندازه‌گیری سه سازه مورد استفاده قرار می‌گیرد که شامل: پریشانی، خویشتن‌داری، تدافعی بودن. پریشانی (۲۹ سؤال) در چهار بعد طبقه‌بندی می‌شود که شامل: (اضطراب، افسردگی، عزت‌نفس پایین و احساس خوب بودن پایین). خویشتن‌داری (۳۰ سؤال) در چهار بعد طبقه‌بندی شده که شامل سرکوب خشم، کنترل تکانه، مسئولیت‌پذیری و سایر ملاحظات رفتاری. تدافعی بودن (۱۱ سؤال) در دو بعد طبقه‌بندی شده است که شامل: سرکوب دفاعی بودن و انکار پریشانی. نمره سرکوب در این پرسشنامه به شرح زیر محاسبه می‌شود: (۳/خویشتن‌داری) + سرکوب-تدافعی بودن. نمره‌ی بالا در سرکوب به معنی سطح بالای فرونشانی عاطفی است.

پرسشنامه آسیب به خود (SHI): پرسشنامه آسیب به خود یک پرسشنامه ۲۲ سؤالی است که به صورت بلی/خیر پاسخ داده می‌شود. در این پرسشنامه رفتارهایی که عمداً به منظور آسیب به خود انجام شده‌اند مورد ارزیابی قرار می‌گیرند، مانند سوء مصرف دارو یا مواد و الکل، خودزنی، ایراد آسیب بدنی به خود تا از دست دادن شغلی به صورت عمدی. این پرسشنامه به منظور استفاده در جمعیت‌های روان‌پزشکی (سانسون^۱، فاین^۲ و نان^۳، ۱۹۹۴؛ سانسون، گیج^۴ و ویدرمن^۵، ۱۹۹۸؛ سانسون، سانسون و موریس^۶، ۱۹۹۶) و جمعیت‌های غیرروان‌پزشکی (سانسون، سانسون و فاین، ۱۹۹۵؛ سانسون، سانسون و ویدرمن، ۱۹۹۵، ۱۹۹۶؛ سانسون، سانسون و ویدرمن، ۱۹۹۶، ۱۹۹۸؛ سانسون، سانسون، توچت^۷، ۱۹۹۸؛ ویدرمن، سانسون و سانسون، ۱۹۹۸) طراحی شده است. مطالعه اعتبار این پرسشنامه با نقطه برش ۵ یا بیشتر، به طبقه‌بندی دقیق ۸۴٪ از پاسخ‌دهندگانی که بر اساس مصاحبه تشخیصی اختلال مرزی^۸ واجد این اختلال به شمار می‌رفتند، در طبقه اختلال شخصیت مرزی گردید (سانسون، گیج و ویدرمن، ۱۹۹۸). تحقیقات بعدی اعتبار هم‌گرایی این ابزار را با ابزارهای خودگزارشی شخصیت مرزی (سانسون، گیج و ویدرمن، ۱۹۹۸)، افسردگی (سانسون، ویدرمن، سانسون و توچت، ۱۹۹۸)؛ و آزاردیدگی در کودکی (سانسون، سانسون، ویدرمن، ۱۹۹۶؛ سانسون، ویدرمن، سانسون، ۱۹۹۶؛ سانسون و توچت، ۱۹۹۸) نشان داده‌اند. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۴ به دست آمده است.

8. Diagnostic Interview for Borderlines
9. linear structural relations
10. Jöreskog & Sörbom
11. Structural Equation Modeling
12. Anderson & Gerbing
13. Confirmatory Factor Analysis
14. relative multivariate kurtosis

1. Sansone
2. Fine
3. Nunn
4. Gage
5. Wiederman
6. Morris
7. Touchet

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری

متغیرها	RFI	CFI	NFI	SRMR	RMSEA	χ^2
روان زخم	۰/۹۳	۰/۹۶	۰/۹۴	۰/۰۶	۰/۰۹	۲۶۳/۱۹
فرونشانی هیجانی	۰/۹۲	۰/۹۳	۰/۹۰	۰/۰۶	۰/۰۷	۲۲۳
پندار خودکشی	۰/۹۵	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۰۴	۰/۰۵	۱۹۱

شد. نتایج نشان می‌دهد که این پیش‌فرض محقق شده است، چراکه مقدار شاخص تورم واریانس (VIF) در همه متغیرها از حد بحرانی (۲) کوچک‌تر بوده و مقدار Tolerance نیز به حد مطلوب (۱) نزدیک‌تر است. جهت بررسی پیش‌فرض استقلال منابع خطا از آزمون دوربین - واتسون استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد که این پیش‌فرض محقق شده است چراکه مقدار آزمون (۲/۱۴) از دو حد بحرانی (۲/۵ - ۱/۵) گذر نکرده است. همچنین، ارزیابی داده‌های پرت چندمتغیری با استفاده از محاسبه فاصله‌های مالهالانوبیس^۱ برای هر فرد صورت پذیرفت. شرکت‌کنندگانی که داده‌های پرت داشتند از پژوهش حذف شدند.

نتایج

ضرایب همبستگی: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آورده شده است. همان‌گونه که مندرجات این جدول نشان می‌دهند تمامی همبستگی‌های مقدار قابل‌توجهی دارند ($0/719 \leq r \leq 0/518$) خود تخریبی، روان زخم، فرونشانی عاطفی و پندار خودکشی همبستگی معنی‌دار باهم دارند که در این میان خود تخریبی و پندار خودکشی بیشترین همبستگی ($r=0/706$) را نشان می‌دهند. با توجه به مثبت بودن رابطه بین متغیرها می‌توان گفت که با افزایش میزان خودتخریبی، فرونشانی عاطفی و روان زخم، میزان پندار خودکشی نیز افزایش می‌یابد.

ضریب استاندارد شده، خطای استاندارد شده و سطح معنی‌داری برای هر کدام از متغیرهای مشهود در جدول ۳ گزارش شده است. تمامی ضرایب در سطح $p < 0/01$ معنی‌دار هستند.

جدول ۳. ضریب استاندارد شده، خطای استاندارد شده و سطح معنی‌داری

T-values	متغیرهای مشهود		
	خطای استاندارد	ضریب استاندارد	
۱۰/۱۶	۰/۰۶	۰/۶۲	خود تخریب‌گری
			متغیرهای مشهود روان زخم
۱۶/۹۸	۰/۱۳	۰/۹۳	آزار عاطفی
۱۳/۷۵	۰/۳۴	۰/۸۱	غفلت
۱۴/۶۹	۰/۲۸	۰/۸۵	آزار جسمی
۸/۹۰	۰/۶۵	۰/۵۹	آزار جنسی
			متغیرهای مشهود فرونشانی هیجانی
۸/۰۳	۰/۵۸	۰/۶۶	خوب‌نشدن‌داری
۸/۱۵	۰/۵۲	۰/۷۰	تدافعی بودن
			متغیرهای مشهود پندار خودکشی
۲۸/۸۰	۰/۱۰	۰/۹۵	تمایل به مرگ
۲۹/۶۲	۰/۰۸	۰/۸۵	آمادگی به مرگ
۲۶/۱۳	۰/۱۴	۰/۹۳	تمایل به خودکشی واقعی

جدول ۱. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

	۱	۲	۳	۴
۱ خود تخریبی	۱			
۲ روان زخم	۰/۵۹۷**	۱		
۳ فرونشانی عاطفی	۰/۵۱۸**	۰/۵۲۴**	۱	
۴ پندار خودکشی	۰/۷۱۹**	۰/۷۰۸**	۰/۵۳۴**	۱

* همبستگی در سطح یک‌صدم معنادار است

** همبستگی در سطح پنج‌صدم معنادار است

ارزیابی مدل اندازه‌گیری

شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری در جدول ۲ ارائه شده است. بر اساس یافته‌های مربوط به شاخص‌های برازندگی می‌توان گفت که مدل‌های اندازه‌گیری از برازش مطلوبی برخوردار هستند. شاخص SRMR در شرایط مطلوب برای پذیرش مدل است. مقادیر شاخص مقتصد RMSEA در حد مطلوب و قابل‌قبول است که نشان می‌دهد اقتصاد مدل‌ها رعایت شده و پیچیده طراحی نشده‌اند. بدین معنا که در آزاد گذاری پارامترهای ثابت امساک وجود داشته و پارامترهایی که برای برآورد آزاد گذاشته شده‌اند دارای مبنای نظری و تجربی قوی هستند. شاخص‌های NFI، CFI و RFI نیز در محدوده قابل‌قبول برای برازش مدل می‌باشد. بدین ترتیب، متغیرهای آشکار توانایی لازم برای عملیاتی کردن متغیرهای مکنون را دارند.

ارزیابی مدل ساختاری

همان‌گونه که مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد تمامی شاخص‌های برازش مدل ساختاری در محدوده مناسب قرار دارد. شاخص χ^2 معنادار است، شاخص SRMR در شرایط مطلوب برای پذیرش مدل است. مقادیر شاخص مقتصد RMSEA در حد مطلوب و قابل‌قبول است. شاخص‌های NFI، CFI و RFI نیز در محدوده قابل‌قبول برای برازش مدل می‌باشد.

1. mahalanoibis distance

بوت استرپ، هر دو مثبت بوده و مقدار صفر مابین این دو حد قرار ندارد؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روان زخم به‌واسطه فرونشانی عاطفی اثر مثبت و معنی‌داری در پندار خودکشی دارد.

همچنین اثر خود تخریبی بر پندار خودکشی به‌واسطه فرونشانی عاطفی از نظر آماری معنی‌دار است. چراکه حد بالا و پایین آزمون بوت استرپ، هر دو مثبت بوده و مقدار صفر مابین این دو حد قرار ندارد؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که خود تخریبی به‌واسطه فرونشانی عاطفی اثر مثبت و معنی‌داری در پندار خودکشی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که خود تخریب‌گری بر پندار خودکشی اثر مستقیم دارد. این یافته با یافته‌های لین، هونگ، تابی و لیو (۲۰۲۰)، جیانگ، رین، لیو و یو (۲۰۲۰)، کلونسکی (۲۰۰۹) و شاتر (۲۰۰۵) همسو می‌باشد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت رفتارهای خود تخریبی و پندار خودکشی و اقدام به خودکشی بر روی یک طیف قرار دارند و افراد خود تخریب‌گر در معرض خطر بالای ایده پردازی و اقدام به خودکشی هستند همچنین برخی خصوصیات شخصیتی مانند تکانش‌گری، ناپایداری عاطفی، خشم و افسردگی در بین افراد خودتخریب‌گر و دارای پندار خودکشی مشترک هستند. جولمیلند^۱ (۲۰۰۲) و هاوتن^۲ (۲۰۰۳) در مطالعاتشان بر نرخ بالای خودکشی در افراد با رفتارهای خود تخریب‌گر غیر کشنده تأکید کردند. این یافته‌ها حمایت تجربی را از نیاز به آغاز فرایندهای مداخله قبل از افزایش مشکلات را در افراد خودتخریب‌گر فراهم می‌کند. مشخصه خودتخریبی همسو با پایگاه شخصیتی سوپرایگو یا وجدان در نظریه روانکاو است. احساس گناه بالا و تنبیه خود از ویژگی‌های افراد با سوپرایگوی بالاست. بر اساس دیدگاه روانکاو خود تنبیهی و احساس گناه ریشه در خشم نسبت به افراد مهم زندگی دارد. در صورتی که خشم نسبت به ابژه به سمت خود فرد برگردد تبدیل به خود تنبیهی می‌گردد؛ بنابراین، خودتخریبی را می‌توان نوعی خشم حل‌نشده و بازگشت داده‌شده به سمت خود تلقی کرد. از این منظر، می‌توان گفت که افراد با خودتخریبی بالا پندار خودکشی را راهی برای خلاصی از رنج ناشی از خشم به خود و به دنبال آن تخریب و تنبیه خود می‌دانند، مثل اینکه با نبود کردن و کشتن خود، به رنج ناشی از احساسات دردناک (خشم) پایان می‌بخشند. از جهتی دیگر خودتخریبی با رفتارهای خودکشت‌دهنده همراه است و ناکامی‌های مداوم این‌گونه رفتارها فرد را به سمت ناامیدی می‌کشاند. ممکن است که فرد برای خلاصی از این ناکامی‌ها و ناامیدی‌ها به فکر پایان دادن به زندگی خود نیز بیافتد.

نتایج پژوهش نشان داد که روان زخم بر پندار خودکشی اثر مستقیم دارد. این یافته با یافته‌های اسپینولا و همکاران (۲۰۲۰)، اوکونور و همکاران (۲۰۲۰)، فلیتی (۱۹۹۸) و دوب و شانت (۲۰۰۱) همسو می‌باشد. این نتایج نشان می‌دهد که تجارب ناخوشایند و تروماهای دوران کودکی باعث افزایش افکار و پندار خودکشی می‌شود. وجود یک فضای امن در درون خانواده و تجربه امنیت زمینه‌های رشد مطلوب سبک‌های مقابله‌ای را فراهم می‌سازد.

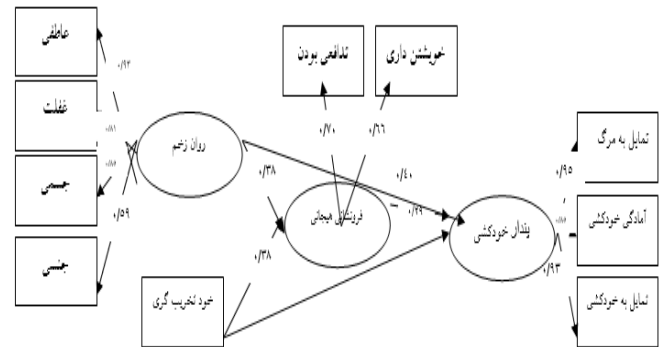
2. Hawton

جدول ۴. شاخص‌های برازش مدل ساختاری

RFI	CFI	NFI	SRMR	RMSEA	Chi-Square
۰/۹۸	۰/۹۶	۰/۹۲	۰/۰۷	۰/۰۸	۲۲۳

ارزیابی اثرات مستقیم

نمودار ۲ مدل مفروض را به همراه ضرایب استاندارد به تصویر می‌کشد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود خود تخریبی و روان زخم به‌عنوان متغیرهای برون‌زا، به ترتیب با ضریب استاندارد ۰/۳۸ و ۰/۳۸ بر فرونشانی عاطفی تأثیر دارند. فرونشانی عاطفی نیز با ضریب استاندارد ۰/۲۹ بر پندار خودکشی تأثیر دارد و در نهایت خود تخریبی و روان زخم با ضریب استاندارد ۰/۳۱ و ۰/۴۰ بر پندار خودکشی اثر می‌گذارد؛ بنابراین می‌توان گفت که خودتخریبی و روان زخم اثر مستقیم و مثبت بر پندار خودکشی دانشجویان دارد. بدین معنا که با افزایش یک واحد در خودتخریبی و روان زخم، به ترتیب ۰/۳۱ و ۰/۴۰ واحد بر میزان پندار خودکشی افزوده می‌شود.



نمودار ۲. مدل ساختاری پژوهش

ارزیابی اثرات میانجی

جدول ۵. نتایج آزمون بوت استرپ جهت بررسی اثرات غیرمستقیم

سطح معنی‌داری	اندازه اثر	خطای برآورد	حدود بوت استرپ		معیار وابسته	معیار واسط	معیار مستقل
			پایین	بالا			
۰/۰۱۴	۰/۱۶۰	۰/۰۶۵	۰/۰۵۳	۰/۲۶۷	پندار خودکشی	فرونشانی عاطفی	روان زخم
۰/۰۳۷	۰/۰۸۷	۰/۰۴۲	۰/۰۱۸	۰/۱۱۵	افکار خودکشی	فرونشانی عاطفی	خود تخریبی

جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر روان زخم بر پندار خودکشی به‌واسطه فرونشانی عاطفی از نظر آماری معنی‌دار است. چراکه حد بالا و پایین آزمون

1. Hjelmeland

شکل جزئی رابطه بین روان زخم و پندار خودکشی را میانجیگری می‌کند. بدین معنا که روان زخم به تنهایی و بدون میانجی‌گری فرونشانی عاطفی نیز می‌تواند بر پندار خودکشی اثر بگذارد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که تجارب ناخوشایند و وقایع و تروماهای دوران کودکی سبب می‌شود فرد از راهکارهای مقابله‌ای ناکارآمد مانند اجتناب شناختی-هیجانی استفاده کند، در نتیجه‌ی استفاده از این راهکارها باعث می‌شود فرد آسیب‌دیده دچار مشکل در مدیریت و تنظیم استرس در شرایط حاد زندگی شود که خود باعث ایجاد و بالا بردن میزان پندار خودکشی می‌گردد. بدین ترتیب می‌توان گفت که فرونشانی عاطفی می‌تواند رابطه بین روان زخم و پندار خودکشی را تبیین کند.

یافته‌های پژوهش نشان داد که مدل مفروض از برازش مطلوبی برخوردار است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که روان زخم باعث می‌شود که فرد از تجربه‌ی احساسات و عواطف خود بگریزد و احساسات منفی و مثبت خود را واپس‌رانی کند، این احساسات تجربه نشده از طریق فرایندهای دفاعی عقلانی سازی و نشخوار حل‌وفصل می‌شود، بدین معنا که فرد برای کاهش اضطراب ناشی از احساسات منفی از نشخوار استفاده می‌کنند و این زمینه‌های پندار خودکشی را ایجاد می‌کند. از طرف دیگر خودتخریبی باعث می‌شود که فرد به جای پذیرش احساسات و شفقت بر خود احساسات خود را نپذیرد و آن‌ها را پس زند، به نظر می‌رسد احساسات پس‌زده شده از طریق تخریب خود زمینه‌های پندار خودکشی را فراهم می‌کند.

این پژوهش دارای محدودیتی است. از جمله اینکه بر روی دانشجویان دانشگاه پیام نور انجام گرفته و بنابراین قابل تعمیم به سایر گروه‌های جمعیتی نیست. سؤالات پرسشنامه خودکشی مقاومت بالا ایجاد می‌کند، بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از مصاحبه و دیگر روش‌ها برای گردآوری داده‌ها استفاده شود. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش بر روی جمعیت بالینی نیز اجرا گردد.

منابع

- Afifi, T. O., Enns, M. W., Cox, B. J., Asmundson, G. J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American journal of public health, 98*(5), 946-952.
- Anderson, R. N., Miniño, A. M., Hoyert, D. L., & Rosenberg, H. M. (2001). Comparability of cause of death between ICD-9 and ICD-10: preliminary estimates. *National Vital Statistics Reports, 49*(2): 1-32.
- Anestis, M. D., Soberay, K. A., Gutierrez, P. M., Hernández, T. D., & Joiner, T. E. (2014). Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. *Personality and social psychology review, 18*(4), 366-386.
- Anisi, J., Fathi, A. A., SALIMI, S., & AHMADI, N. K. (2005). Validity and reliability of Beck suicide scale ideation among soldiers.

به نظر می‌رسد که تجربه تروما در همان اوان کودکی مسیر رشد و به‌کارگیری مکانیسم‌ها و روش‌های مقابله‌ای کارآمد را مسدود می‌سازد و فرد از روش‌ها و دفاع‌های ناکارآمد مثل مکانیسم‌های دفاعی ناپخته استفاده می‌کند. مکانیسم‌های دفاعی ناپخته بیشتر با درونی سازی و جسمانی سازی هیجان‌ات و تعارضات درونی حل‌نشده ارتباط دارد؛ بنابراین، می‌توان گفت که تجربه تلخ تروما برای کودکی که هنوز به مهارت‌های روان‌شناختی مجهز نشده باعث می‌شود که برای حل تعارضات و احساسات دردناک به درون‌ریزی و درنهایت پندار خودکشی بپردازد. با این منطقی می‌توان گفت افرادی که تجربه تروما تیک زیادی در کودکی تجربه کرده‌اند، پندار خودکشی را روشی برای حل‌وفصل تعارضات درونی بکار می‌گیرند، مثل اینکه فرد با فکر خودکشی راهی برای خلاصی از درد ناشی از ضربه پیدا می‌کند. از جهتی دیگر، یادآوری خاطرات مربوط به تروما و احساسات و هیجان‌های دردناک همراه با آن‌ها می‌تواند فرد را به سمت ناکامی بکشاند و فرد برای رهایی از ناکامی به خودکشی فکر کند. همچنین، تجربه تروما می‌تواند تصویر ذهنی فرد از خود را تحت تأثیر قرار دهد بدین شکل که باعث تصویر ذهنی منفی و انزجار از خود شود و این موضوع زمینه رشد پندار خودکشی را در این افراد فراهم کند.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که اثر خودتخریبی بر پندار خودکشی با میانجی‌گری فرونشانی عاطفی از نظر آماری معنی‌دار هست. بر اساس این یافته، فرونشانی به شکل جزئی رابطه بین خودتخریبی و پندار خودکشی را میانجی‌گری می‌کند. بدین معنا که روان زخم به تنهایی و بدون میانجی‌گری خودتخریبی نیز می‌تواند بر پندار خودکشی اثر بگذارد. تحقیقات پیشین نشان داده‌اند که تنظیم هیجان ممکن است در خودکشی درگیر باشد، چپروکای^۱ و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند که توانایی خود-گزارشی و مدیریت احساسات خود دارای ارتباط منفی با پندار خودکشی بود. همچنین هوتون^۲ و همکاران (۲۰۰۷) نشان دادند که کمبود پاسخ سازگاران به هیجان‌ات منفی و افزایش پاسخ‌های ناسازگاران به هیجان‌ات منفی تفکرات و تصورات و اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد. فرونشانی اصطلاحی کلی است که برای توصیف تمایل به مهار تجربه و بیان احساسات منفی یا شناخت‌های ناخوشایند به منظور جلوگیری از تهدید شدن خودانگاره‌ی مثبت فردی (سبک مقابله‌ای سرکوب‌گر) استفاده می‌شود؛ بنابراین می‌توان گفت که فرونشانی یک روش ناسازگاران تنظیم هیجان می‌باشد که برای جلوگیری از مواجهه با هیجان‌ات و عواطف منفی به کار می‌رود. همچنین، در تبیین این نتایج می‌توان گفت که خود تخریبی در نتیجه‌ی ناپایداری عواطف و خشم فرد و احساسات منفی ایجاد می‌شود احساسات منفی و هیجان‌های حاصل از خود تخریبی بر اثر فرونشانی عاطفی موجب عدم تماس فرد با هیجان‌ات و افزایش پندار خودکشی می‌شود.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که اثر روان زخم بر پندار خودکشی با میانجی‌گری فرونشانی عاطفی از نظر آماری معنی‌دار هست. این نتایج با مطالعه‌ی راس و همکاران (۲۰۲۰)، پرادایس و همکاران (۲۰۲۰) و تراسی و همکاران (۲۰۰۸) همسو می‌باشد. بر اساس این یافته، فرونشانی عاطفی به

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. Beck depression inventory-II. San Antonio. 1996; 78 (2): 490-498. *Reference Source*.
- Brailovskaia, J., Teismann, T., & Margraf, J. (2020). Positive mental health, stressful life events, and suicide ideation. *Crisis*, 41(5); 1-8.
- Choi, B. R., & Bae, S. M. (2020). Suicide ideation and suicide attempts of undergraduate students in South Korea: Based on the interpersonal psychological theory of suicide. *Children and Youth Services Review*, 117, 105282.
- De Berardis, D., Fornaro, M., Orsolini, L., Ventriglio, A., Vellante, F., & Di Giannantonio, M. (2020). Emotional Dysregulation in Adolescents: Implications for the Development of Severe Psychiatric Disorders, Substance Abuse, and Suicidal Ideation and Behaviors, *Brain Sci*, 10(591); 1-5.
- Enns, M. W., Cox, B. J., Afifi, T. O., De Graaf, R., Ten Have, M., & Sareen, J. (2006). Childhood adversities and risk for suicidal ideation and attempts: a longitudinal population-based study. *Psychological medicine*, 36(12), 1769-1778.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.
- Ghoreyshi, S. A. A., & Mousavinasab, S. N. A. D. (2008). Systematic review of researches on suicide and suicide attempt in Iran. [IRANIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY AND CLINICAL PSYCHOLOGY](#), 14(2); 115-121.
- Haw, C., Hawton, K., Houston, K., & Townsend, E. (2001). Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients. *The British Journal of Psychiatry*, 178(1), 48-54.
- Hawton, K., Zahl, D., & Weatherall, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *The British Journal of Psychiatry*, 182(6), 537-542.
- Henry, G. K., Heilbronner, R. L., Mittenberg, W., Enders, C., Stevens, A., & Dux, M. (2011). Noncredible performance in individuals with external incentives: empirical derivation and cross-validation of the psychosocial distress scale (PDS). *Applied neuropsychology*, 18(1), 47-53.
- Heshmati, R., Naseri, E., & Parnian, K. M. (2019). The role of Emotional repression and Ego-strength in predicting of smoking and non-smoking in cancer patients. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 7(28): 7-19.
- Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., De Leo, D., Fekete, S., ... & Michel, K. (2002). Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(4), 380-393.
- Jiang, Y., Ren, Y., Liu, T., & You, J. (2020). Rejection sensitivity and adolescent non-suicidal self-injury: Mediation through depressive symptoms and moderation by fear of self-compassion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, e12293.
- Kehtary, L., Heshmati, R., & Pour Sharifi, H. (2018). Investigating Structural Pattern of Depression Based on Experiential Avoidance and Emotional Repression: The Mediating Role of Self-Compassion. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24(3), 284-297.
- King, T. L., Shields, M., Sojo, V., Daraganova, G., Currier, D., O'Neil, A., ... & Milner, A. (2020). Expressions of masculinity and associations with suicidal ideation among young males. *BMC psychiatry*, 20, 1-10.
- Lee, C. Y., Chiang, Y. C., Li, A., Li, X., Wu, Y. T., Lin, Y. J., ... & Zhang, X. (2020). Influence of humor expression on suicidal ideation among adolescents: mediating effects of depressive emotion and positive emotion. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-12.
- Lin, S. S. H., Hong, C. C., Tsai, L. T., & Liu, E. T. (2020). Depressogenic traits and depression: Are humor styles mediators? *HUMOR*, 1(ahead-of-print).
- Marcenko, M. O., Fishman, G., & Friedman, J. (1999). Reexamining adolescent suicidal ideation: A developmental perspective applied to a diverse population. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(1), 121-138.
- Mohammad Khani, P., Mahmoodi, A., Ahmadi, H., Jamshidi, R. (2005). Preparation and Validation of Child Abuse Questionnaire. Master thesis. Iran University of Medical Sciences.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American journal of public health*, 91(5), 753.
- O'Connor, D. B., Branley-Bell, D., Green, J. A., Ferguson, E., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2020). Effects of childhood trauma, daily stress, and emotions on daily cortisol levels in individuals vulnerable to suicide. *Journal of abnormal psychology*, 129(1), 92.
- Rice, S. M., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., Seidler, Z. E., Denehy, L., & O'Liiffe, J. L. (2020). The Cost of Bottling It Up: Emotion Suppression as a Mediator in the Relationship Between Anger and Depression Among Men with Prostate Cancer. *Cancer management and research*, 12, 1039.
- Sansone, R. A., Fine, M. A., & Nunn, J. L. (1994). A comparison of borderline personality symptomatology and self-destructive behavior in women with eating, substance abuse, and both eating and substance abuse disorders. *Journal of Personality Disorders*, 8(3), 219-228.
- Sansone, R. A., Gage, M. D., & Wiederman, M. W. (1998). Investigation of borderline personality disorder among nonpsychotic, involuntarily hospitalized clients. *Journal of Mental Health Counseling*, 20(2), 133.
- Sansone, R. A., Sansone, L. A., & Fine, M. A. (1995). The relationship of obesity to borderline personality symptomatology, self-harm behaviors, and sexual abuse in female subjects in a primary-care medical setting. *Journal of Personality Disorders*, 9(3), 254-265.
- Sansone, R. A., Sansone, L. A., & Morris, D. W. (1996). Prevalence of borderline personality symptoms in two groups of obese subjects. *American Journal of Psychiatry*, 153(1), 117-118.
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., Sansone, L. A., & Touchet, B. (1998). An investigation of primary care patients on extended treatment with SSRIs. *The American Journal of Managed Care*, 4, 1721-1723.
- Scocco, P., de Girolamo, G., Vilagut, G., & Alonso, J. (2008). Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: Results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders-World Mental Health study. *Comprehensive psychiatry*, 49(1), 13-21.

- Shaffer, D., & Fisher, P. (1981). Suicide in children and young adolescents. *Self-destructive behavior in children and adolescents* 23 (4); 75-104.
- Spínola, J., Campos, R. C., Marques, D., & Holden, R. R. (2020). Psychache, unmet interpersonal needs, childhood trauma and suicide ideation in young adults. *Death studies*, 32(14);1-10.
- Swee, G., Shochet, I., Cockshaw, W., & Hides, L. (2020). Emotion regulation as a risk factor for suicide ideation among adolescents and young adults: the mediating role of belongingness. *Journal of youth and adolescence*, 39(18); 1-10.
- Turp, M. (2002). The many faces of self-harm. *Psychodynamic practice*, 8(2), 197-217.
- Weinberger, D. A. (1991). Social-emotional adjustment in older children and adults: I. Psychometric properties of the Weinberger Adjustment Inventory. *Unpublished manuscript, Case Western Reserve University*.
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical psychology review*, 24(1), 35-74.