

فصلنامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز

سال اول، شماره ۳ و ۲، تابستان و پاییز ۱۳۸۵

اختلالات شخصیت و اقدام به خودکشی در دانشجویان

علی حسینی - کارشناس ارشد در روانشناسی - پژوهشگر جهاد دانشگاهی - دانشگاه تربیت معلم تهران
دکتر علیرضا مرادی - دکتر در روانشناسی - دانشیار دانشگاه تربیت معلم تهران
دکتر فریدون یاری - دکتر در روانشناسی - استادیار دانشگاه تربیت معلم تهران

چکیده

هدف: هدف این مطالعه، بررسی نقش اختلالات شخصیت در اقدام به خودکشی دانشجویان ایرانی است. این اختلالات شامل اختلالات شخصیت اجتنابی، ضداجتماعی، مرزی، اسکیزوتایپال، پارانوئید، اسکیزوئید، وابسته، نمایشی، خودشیفته، وسواسی - جبری، آزارگر، پرخاشگر - منفعل و خودشکن (آزارطلب) می‌باشد.

روش: این مطالعه یک مطالعه پس رویدادی (علی - مقایسه‌ای) است که با روش پرسشنامه‌ای انجام شده است. پرسشنامه بالینی چند محوری میلیون ۲ بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان اقدام‌کننده به خودکشی که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و ۳۰ نفر از دانشجویان عادی که با گروه اقدام‌کننده به خودکشی براساس پنج متغیر سن، جنس، وضعیت تأهل، رشته تحصیلی و سال تحصیلی هم‌تا شده بودند اجرا گردید و نتایج مورد مقایسه و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: دانشجویان اقدام‌کننده به خودکشی در علائم اختلالات شخصیت اجتنابی، ضد اجتماعی، مرزی، اسکیزوتایپی، پارانوئید، خودشیفته، پرخاشگر - منفعل و آزارطلب تفاوت معنی‌داری با گروه دانشجویان عادی داشتند و میانگین گروه اقدام‌کننده به خودکشی بالاتر بود. در علائم اختلالات شخصیتی اسکیزوئید، وابسته، نمایشی، وسواسی - جبری و آزارگر تفاوت‌های بین دو گروه معنا دار نبود.

نتیجه: دانشجویان اقدام‌کننده به خودکشی در بعضی از اختلالات شخصیت نمرات بالایی دارند و می‌توان با بررسی اختلالات شخصیت آنها، افراد در معرض خطر را تشخیص داد و اقدامات لازم را به منظور پیشگیری از اقدام به خودکشی و کمک به درمان دانشجویان اقدام‌کننده انجام داد.

واژه‌های کلیدی: اقدام به خودکشی، دانشجویان، اختلالات شخصیت، آزمون میلیون ۲.

مقدمه

براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، اقدام به خودکشی^۱ عبارت است از عملی غیرکشنده که در آن شخص عمداً و بدون مداخله دیگران رفتاری غیرعادی (مثل خودآسیب‌زنی یا خوردن یک ماده به میزان بیشتر از مقدار تجویز شده برای درمان) را انجام می‌دهد و هدف وی تحقق تغییرات مورد انتظار خود می‌باشد (پلات^۲ و همکاران، ۱۹۹۲ به نقل از هاوتون و هیرینگن^۳، ۲۰۰۰).

با نگاهی به تاریخچه مطالعات خودکشی درمی‌یابیم که اگر چه در اعصار قدیم خودکشی به صورت خودقربانی سازی^۴ و خودشهیدسازی^۵ و بعدها به عنوان گناه (از دیدگاه مذهبی) مورد توجه بوده است (استیلیون و مکدوول^۶، ۱۹۷۵ و ۱۹۹۶ به نقل از راجرز^۷، ۲۰۰۱)، بعدها با پیشرفت جوامع و گسترش حقوق خصوصی و اجتماعی، خودکشی به عنوان یک بیماری مطرح گردید (اسکیرول^۸، ۱۸۳۷، مریان^۹، ۱۷۶۳، به نقل از راجرز، ۲۰۰۱).

بر طبق نظر لستر^{۱۰} (۱۹۸۸) وقتی دیدگاه‌های مختلف روانشناختی مثل رویکرد روان پویایی فروید، یادگیری اجتماعی بندورا^{۱۱}، شناختی بک^{۱۲} و الگوی

- 1- Suicide attempt
- 2- Platt
- 3- Hawton & Heeringen
- 4- Self-sacrificy
- 5- Self-martyrdom
- 6- Stillion & Mc Dowell
- 7- Ragers
- 8- Esquirol
- 9- Merian
- 10- Lester
- 11- Bandura
- 12- Beck

مکعبی^۱ اشنایدمن^۲ نتوانستند موفق به فهم رفتار خودکشی، هدایت تحقیقات مربوط به آن و ارائه راهکارهای مناسب جهت کاهش آن شوند، مطالعه و پژوهش در مورد رفتار خودکشی جنبه عمل‌گرا به خود گرفت و لذا تحقیق در مورد متغیرهای مرتبط و تأثیرگذار در شکل‌گیری و تکوین این پدیده آغاز شد (لستر، ۱۹۸۸).

در همین راستا یکی از حیطه‌هایی که مورد توجه محققان خودکشی‌شناسی قرار گرفته بررسی عوامل و اختلالات روانشناختی همراه و همبسته با خودکشی است که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۳ انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰) شامل اختلالات محور I (اختلالات بالینی) و محور II (اختلالات شخصیت) می‌شود. در این مقاله به ارتباط اختلالات شخصیت و اقدام به خودکشی پرداخته می‌شود.

به گفته لینهان^۴ و همکاران (۲۰۰۰) مطالعاتی که ارتباط بین اختلالات شخصیت با اقدام به خودکشی را می‌آزمایند، نسبتاً جدید و به لحاظ تعداد کم هستند. علاوه بر این به واسطه مشکلات روش‌شناختی در تعریف اقدام به خودکشی مشکل است که درباره ارتباط این پدیده با اختلالات شخصیت نتیجه بگیریم. زیرا نمی‌توان تشخیص داد که آیا رفتار اقدام به خودکشی با قصد مردن است یا صرفاً خودآسیب‌زنی بدون قصد مرگ است. با وجود این پژوهش‌های انجام شده همراهی و همبستگی بالایی را بین اختلالات شخصیت و اقدام به خودکشی نشان داده‌اند (لینهان و همکاران، ۲۰۰۰). این پژوهش‌ها عمدتاً به سه دسته تقسیم می‌شوند:

- 1- Cubic model
- 2- Schnideman
- 3- Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
- 4- Linehan

دسته اول مطالعات در مورد افراد دارای اختلال شخصیت^۱ انجام شده است. این مطالعات نشان داده است که در ۳۹٪ تا ۹۰٪ افراد گروه نمونه سابقه اقدام به خودکشی قبلی وجود دارد (آرنز و هوگ^۲، ۱۹۹۶، برنشتاین^۳ و همکاران، ۱۹۹۸، کوربیت^۴ و همکاران، ۱۹۹۶، گاروی و اسپودن^۵، ۱۹۸۰، مودستین^۶ و همکاران، ۱۹۹۷، به نقل از لینهان و همکاران، ۲۰۰۰).

میزان بالای اقدام به خودکشی در بین کسانی که اختلال شخصیت دارند حتی هنگامی که اختلالات خاص محور ۱ مثل افسردگی^۷ و اختلال وحشتزدگی^۸ کنترل می‌شوند باقی می‌مانند (کوربیت و همکاران، ۱۹۹۶، فریدمن^۹ و همکاران، ۱۹۹۲). آرنز و هوگ (۱۹۹۶) تفاوت بین بیماران بستری با تشخیص اختلالات شخصیت و بیماران بستری با تشخیص اختلالات عاطفی را بررسی کردند و دریافتند که میزان خودکشی‌گرایی^{۱۰} در بین افراد واجد این دو نوع اختلال تفاوتی ندارد.

اختلال شخصیت مرزی در تحقیقات مختلف با رفتارهای خودکشی مرتبط بوده است و تنها اختلال شخصیت مرزی است که رفتار خودکشی یک رفتار ملاکی برای آن است. بیش از ۷۵٪ اشخاص دارای اختلال شخصیت مرزی حداقل یک اقدام به خودکشی قبلی را گزارش کرده‌اند (فریدمن، ۱۹۸۳،

1- Personality disorder

2- Ahrens & Haug

3- Bornstein

4- Corbitt

5- Garvey & Spoden

6- Modestin

7- Depression

8- Panic disorder

9- Friedman

10- Suicidality

سولوف^۱ و همکاران، ۱۹۹۴، تاکر^۲ و همکاران، ۱۹۹۷). بر طبق بعضی از پیمایشهای زمانی، ۹۰٪ بیماران دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی با خودکشی می‌میرند (مودستین، ۱۹۸۹، به نقل از لینهان، ۲۰۰۰).

۶۰٪ افرادی که ملاکهای شخصیت اسکیزوتایپال^۳ را دارند، اقدام به خودکشی را گزارش کرده‌اند (گاروی واسپودن، ۱۹۸۰). در پژوهشی، فنتون^۴ و همکاران (۱۹۹۷) میزان اقدام به خودکشی در بیماران دارای اختلال شخصیت اسکیزوتایپال را ۳۴٪ اعلام کرده‌اند.

افراد مبتلا به اختلال شخصیت پرخاشگر - منفعل (منفی‌گرا^۵) که پرخاشگری خود را از طریق ویژگیهای منفعلانه‌ای از قبیل مانع‌تراشی، کارشکنی، تعلل، مسامحه، لجبازی و ناکارآمدی به شکل پنهان نشان می‌دهند (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰) نیز در مطالعه ایوور اسمیت^۶ مورد بررسی قرار گرفتند. وی دریافت که اقدام به خودکشی در بین این افراد شایع است (سادوک^۷ و سادوک، ۱۳۸۲). به علاوه رود و همکاران (۲۰۰۰) نیز به منفی‌گرایی در نیمرخ شخصیتی افراد اقدام‌کننده به خودکشی اشاره کرده‌اند.

گروه دوم مطالعات با استفاده از روش تحلیل خوشه‌ای^۸، سعی در یافتن نیمرخهای شخصیتی افراد اقدام‌کننده به خودکشی داشته‌اند. در یکی از این مطالعات الیس^۹ و همکاران (۱۹۹۶) با استفاده از آزمون میلون^{۱۰} بر روی

- 1- Soloff
- 2- Tucker
- 3- Schizotypal
- 4- Fenton
- 5- Negativistic
- 6- Ivor Smith
- 7- Sadock
- 8- Cluster analysis
- 9- Ellis
- 10- Millon

۲۱۹ نفر اقدام کننده به خودکشی چهار نیمرخ شخصیتی به دست آوردند:
 ۱- منفی گرایی^۱ / اجتنابی^۲ / اسکیزوئید^۳ - اجتنابی / وابستگی^۴ / منفی گرایی
 ۳- ضد اجتماعی^۴ - نمایشی / خود شیفتگی^۵.

مک کان و گرگلیس^۶ (۱۹۹۰) نیمرخ شخصیتی کج خلقی / خودشکنی^۷ / مرزی^۸ / پرخاشگر-منفعل / اجتنابی را در بین افراد اقدام کننده به خودکشی یافتند. همچنین آنها دریافتند که دو گروه اقدام کننده به خودکشی و دارای ایده های خودکشی در مقیاسهای اسکیزوئید، خودشیفته، وسواسی-جبری، آزارطلبی، و اسکیزوتایپال متفاوت بودند.

ایدی (۱۳۸۰) که به ترسیم نیمرخ شخصیتی افراد اقدام کننده به خودکشی با استفاده از آزمون میلون ۲ پرداخته است، به این نتیجه رسیده که نیمرخ شخصیتی افراد اقدام کننده به خودکشی و افراد غیر اقدام کننده متفاوت می باشد و ویژگیهای شخصیت مرزی در افراد اقدام کننده به خودکشی بیش از افراد غیر اقدام کننده است. به علاوه زنان اقدام کننده به خودکشی در مقیاس نمایشی و مردان در سایر مقیاسها نمرات بالاتری داشتند.

دسته سوم مطالعات که ویژگیهای اقدام کنندگان به خودکشی را مطالعه می کنند نیز شواهدی از میزان بالای اختلال شخصیت را در افراد اقدام کننده به خودکشی یافته اند. در یک مطالعه روی ۷۵ نفر از اقدام کنندگان به خودکشی در ۶۸٪ آنها ملاکهای DSM-III-R برای اختلال شخصیت

- 1- Negativism
- 2- Avoidant
- 3- Schizoid
- 4- Dependence
- 5- Narcississm
- 6- Mc Cann & Gerglis
- 7- Self- defeating
- 8- Borderline

یافت شد. علاوه بر این، مطالعات نشان می‌دهد که افراد دارای اختلال شخصیت در مقایسه با افراد فاقد اختلال شخصیت، بیشتر احتمال دارد که در خلال سالهای آتی اقدام به خودکشی مجدد نمایند (۸۸٪ در برابر ۵۶٪) (جانسون^۱ و همکاران، ۱۹۹۶).

یافته‌های مطالعات کالبد شکافی روانی^۲ نشان می‌دهد که اختلال شخصیت در ۹٪ تا ۳۴٪ و رگه‌های شخصیتی نابهنجار در ۳۰٪ تا ۷۰٪ افرادی که زندگی خود را می‌گیرند گزارش شده است (ایزومتسا^۳ و همکاران، ۱۹۹۶). مطالعات کیسی^۴ (۱۹۸۹) و دیرکز^۵ (۱۹۹۸) نشان داد که افراد دارای رفتارهای خودکشی در اغلب موارد (۵۵٪) دارای اختلالات شخصیت بودند.

چنج^۶ و همکاران (۱۹۹۵) ارتباط قوی بین خطر اقدام به خودکشی و اختلال شخصیت ضداجتماعی^۷ را گزارش کرده‌اند. در پژوهش آقانو^۸ و همکاران (۲۰۰۰) در جزایر فی جی ۱۲/۸٪ افراد اقدام‌کننده به خودکشی اختلال شخصیت، اغلب از نوع نمایشی و ضد اجتماعی داشتند. موسیکی^۹ (۲۰۰۱) نیز نشان داد که اختلال شخصیت ضداجتماعی پیوسته در بخش بزرگی از خودکشی‌های موفق یافت شده است. مارتانن^{۱۰} و همکاران (۱۹۹۴)

1- Johnson

2- Psychological autopsy

3- Isometsa

4- Casey

5- Dirks

6- Cheng

7- Antisocial

8- Aghanwa

9- Moscicki

10- Marttunen

دریافتند که ۴۵٪ پسران و ۳۳٪ دختران نوجوان دارای رفتار خودکشی غیرکشنده، رفتار ضد اجتماعی دارند.

بیوترایز^۱ (۱۹۹۹) در یک پژوهش فرا تحلیلی اذعان می‌دارد که در مطالعات مختلف، رگه‌های شخصیتی منفعل-پرخاشگر^۲، وابسته^۳، وسواسی^۴ و نمایشی^۵ با اقدام به خودکشی ارتباط دارد. وی همچنین دریافت که بین رفتار ضد اجتماعی (اختلال سلوک^۶، اختلال لجبازی و نافرمانی^۷)، اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اقدام به خودکشی ارتباط وجود دارد.

چمن (۱۳۷۵) دریافت که اختلالهای شخصیت ضد اجتماعی، نمایشی و مرزی بیشترین فراوانی را در بین اقدام‌کنندگان به خودکشی دارد.

بدین ترتیب مشخص می‌شود که در پژوهشهای مختلف، اختلالات شخصیت از جمله اختلالات شخصیت مرزی، ضد اجتماعی، خودشیفته و نمایشی با اقدام به خودکشی مرتبط بوده‌اند. پژوهش حاضر با توجه به افزایش نسبتاً زیاد اقدام به خودکشی دانشجویان در سالهای اخیر (گزارش منتشر نشده وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، ۱۳۸۲) به مقایسه دانشجویان اقدام‌کننده به خودکشی و دانشجویان عادی از لحاظ نشانه‌های اختلالات شخصیت می‌پردازد تا از این طریق عوامل شخصیتی خطر ساز اقدام به خودکشی دانشجویان را تشخیص دهد.

- 1- Beautrais
- 2- Passive-aggressive
- 3- Dependent
- 4- Obsessive-compulsive
- 5- Hysterionic
- 6- Conduct disorder
- 7- Oppositional defiant disorder

روش

پژوهش حاضر یک پژوهش بنیادی از نوع پس رویدادی (علی - مقایسه‌ای^۱) است. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه‌های ایران و گروه نمونه شامل ۶۰ نفر ان اقدام‌کننده به خودکشی و ۳۰ نفر خودکشی با روش نمونه‌گیری در دسترس بر سر سرتیغ و بی‌سرسن سن انتخاب شدند و گروه دانشجویان عادی براساس پنج متغیر سن، جنس، وضعیت تأهل، رشته تحصیلی و سال تحصیل با گروه اقدام‌کننده به خودکشی هم‌تا شدند.

ابزار پژوهش

ابزار پژوهش عبارت است از: الف) پرسشنامه بالینی چند محوری میلون^۲ (MCMII-II). این پرسشنامه توسط میلون (۱۹۸۷) بر اساس نظریه زیستی - روانی - اجتماعی وی ساخته شد. پرسشنامه شامل ۱۷۵ جمله کوتاه خود توصیفی با پاسخهای بلی - خیر است و دارای ۲۲ مقیاس است که در سه گروه الف) مقیاسهای بالینی (شخصیت، ب) الگوهای بیمارگون شخصیت و ج) نشانگانهای بالینی جای گرفته‌اند. مقیاس‌های اختلالات شخصیت که در این پژوهش بکار رفته عبارت است از: ۱- اجتنابی ۲- ضد اجتماعی ۳- مرزی ۴- اسکیزوتیپال ۵- پارانوئید ۶- اسکیزوئید ۷- وابسته ۸- نمایشی ۹- خود شیفته ۱۰- وسواسی - جبری ۱۱- آزارگر^۳ ۱۲- پرخاشگر - منفعل^۴ ۱۳- خودشکن (آزار طلب).

- 1- Causal -comparative
- 2- Milllon Clinical Multiaxial Inventory
- 3- Saddism
- 4- Self-defeating

در جدول ۱ درصد افراد موجود در گروههای اقدام‌کننده به خودکشی و عادی بر حسب متغیرهای کنترل آمده است.

به خودکشی و عادی بر حسب متغیرهای

ل

وضعیت تأهل		جنس		-			۱۸-۱۹	خرده متغیرها
متأهل	مجرد	مرد	زن	۲۵- ۲۴	۲۲-۲۳	۲۰-۲۱	۱۳/۴	۵۶
۳/۳	۹۶/۷	۴۳/۳	۵۶/۷	۲۰	۴۶/۶	۲۰	۱۳/۴	گروه اقدام‌کننده به خودکشی
۳/۳	۹۶/۷	۴۳/۳	۵۶/۷	۲۰	۴۶/۶	۲۰	۱۳/۴	گروه عادی

ادامه جدول ۱

رشته تحصیلی					سال ورود				متغیر	
هنر	پزشکی	علوم فنی	علوم پایه	علوم انسانی	سال ۵ و بیش تر	سال ۴	سال ۳	سال ۲	سال ۱	خرده متغیرها
۳/۳	۳/۳	۴۶/۳	۱۳/۳	۳۶/۴	۲۳/۳	۱۳/۳	۲۳/۳	۱۶/۷	۲۳/۳	گروه اقدام‌کننده به خودکشی
۳/۳	۳/۳	۴۶/۳	۱۳/۳	۳۶/۴	۲۳/۳	۱۳/۳	۲۳/۳	۱۶/۷	۲۳/۳	گروه عادی

همانگونه که می‌بینیم گروه اقدام‌کننده به خودکشی و گروه عادی به طور کامل بر اساس متغیرهای کنترل هم‌تا شده‌اند. ضمناً میانگین و انحراف استاندارد سن دو گروه به ترتیب ۲۲/۰۷ و ۱/۹۵ می‌باشد.

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اختلالات شخصیت برای دو گروه اقدام‌کننده به خودکشی و عادی محاسبه گردیده است. علاوه بر این از روش آزمون t وابسته برای گروه‌های هم‌تا جهت بررسی تفاوت بین میانگین‌های دو گروه استفاده شد (جدول شماره ۳).

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اختلالات شخصیت در دو گروه اقدام‌کننده خودکشی و عادی

۵۷

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

گروه عادی		گروه اقدام‌کننده به خودکشی		نوع متغیر
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
۱۳/۹۴	۶۷/۴۳	۱۴/۰۳	۷۱/۵۳	اسکیزوئید
۲۲/۳	۶۰/۱۵	۱۵/۸۲	۷۶/۴	اجتنابی
۲۰/۲۷	۶۰/۷۳	۲۵/۲۱	۵۶/۷۳	وابسته
۲۰/۸۴	۶۸/۹۳	۱۱/۱۶	۷۵/۳۳	نمایشی
۲۳/۲۳	۸۱/۳۳	۱۵/۷۱	۹۳/۸۳	خودشیفته
۱۷/۹۱	۶۷/۰۳	۱۶/۷	۸۶/۷۷	ضداجتماعی
۱۷/۸۵	۶۸/۲۶	۲۰/۳۱	۶۶	وسواسی جبری
۱۳/۳۳	۶۵/۴۳	۱۸/۵۷	۷۵/۷۳	اسکیزوتایپال
۲۶/۵۵	۵۵/۱۶	۱۷/۷۵	۸۲/۵۳	مرزی
۱۵/۲۰	۶۵/۵۳	۱۶/۳۲	۷۸/۸۷	پارانوئید
۱۶/۲۷	۸۰/۸۷	۱۵/۴۳	۸۷/۴۷	آزارگر
۲۸/۷۴	۶۱/۰۷	۱۸/۲۴	۹۰	پرخاشگر-منفعل
۲۲/۶۸	۶۰/۱۵۰	۱۸/۶۳	۷۶/۵۳	خودشکن (آزارطلب)

جدول ۳: مقایسه میانگین دو گروه دانشجویان اقدام‌کننده به خودکشی و

دانشجویان عادی

در اختلالات شخصیت

نوع متغیر	t	درجه آزادی	سطح معناداری
اسکیزوئید	۰/۹۸	۲۹	۰/۳۴
اجتنابی	۳/۴۴	۲۹	۰/۰۰۲
وابسته	-۰/۶۶	۲۹	۰/۵۱
نمایشی	۱/۴۵	۲۹	۰/۱۶
خودشیفته	۲/۱۳	۲۹	۰/۰۴۲
ضداجتماعی	۴/۲۴	۲۹	۰/۰۰۰۱
وسواسی - جبری	-۰/۵۰	۲۹	۰/۱۲
اسکیزوتایپال	۲/۸۸	۲۹	۰/۰۰۷
مرزی	۴/۴۰	۲۹	۰/۰۰۰۱
پارانوئید	۳/۰۲	۲۹	۰/۰۰۵
آزارگر	۱/۶۰	۲۹	۰/۱۲
پرخاشگر-منفعل	۴/۶۰	۲۹	۰/۰۰۰۱
خودشکن (آزارطلب)	۲/۷۶	۲۹	۰/۰۱

داده‌های جدول بالا (جدول ۳) حاکی از آن است که در متغیرهای اختلالات شخصیت اسکیزوئید، وابسته، نمایشی، وسواسی - جبری و آزارگر تفاوت معناداری (در سطح ۰/۰۵) بین دو گروه وجود ندارد. در متغیرهای شخصیت اجتنابی، خودشیفته، ضداجتماعی، اسکیزوتایپال، مرزی، پارانوئید، پرخاشگر - منفعل و خودشکن (آزارطلب) بین دو گروه اقدام‌کننده به خودکشی و عادی تفاوت معنادار وجود دارد. جدول ۲ نیز

نشان می‌دهد که میانگین گروه اقدام‌کننده به خودکشی در این اختلالات بیشتر از میانگین گروه عادی است. به عبارتی میزان این اختلالات در گروه اقدام‌کننده به خودکشی بالاتر از گروه عادی است.

بحث

درصد بالایی از قربانیان خودکشی از مشکلات یا اختلالات شخصیتی گوناگون در رنج‌اند. داشتن اختلال شخصیت ممکن است از چند جهت عامل تعیین‌کننده برای رفتار خودکشی باشد: ۱- زمینه‌سازی برای بروز اختلالات عمده روانپزشکی مثل الکلیسم^۱ یا افسردگی، ۲- ایجاد مشکلات در روابط و سازگاری اجتماعی، ۳- زمینه‌سازی برای بروز رخداد‌های نامطلوب زندگی، ۴- ایجاد مشکل در توانایی مقابله با مشکلات جسمی و روانی و ۵- تشدید تعارض میان شخص و افراد محیط او از جمله افراد خانواده، پزشکان و کارکنان بیمارستان (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲).

در رابطه با نقش اختلال شخصیت مرزی در اقدام به خودکشی، یافته‌های پژوهش حاضر همخوان با یافته‌های پژوهش‌های فریدمن (۱۹۸۳)، سولوف و همکاران (۱۹۹۴)، تاکر و همکاران (۱۹۸۷) و ایدی (۱۳۸۰) است. تفاوت بین دو گروه در نشانه‌های این اختلال معنادار است و گروه اقدام‌کننده به خودکشی میانگین بالاتری دارد.

در تبیین همراهی اقدام به خودکشی در بیماران مرزی گروهی از محققان مانند لینکز^۲ و همکاران (۲۰۰۴)، بلک^۳ و همکاران (۲۰۰۴) و سولوف و همکاران (۱۹۹۴) به توأمان این اختلال با اختلال افسردگی و سوء مصرف

1- Alcoholism

2- Links

3- Black

مواد اشاره کرده اند. بر طبق پژوهش هاوتون^۱ (۲۰۰۳) افراد دارای توأمان اختلالات محور I و II، نسبت به افراد فاقد توأمان، افسرده‌تر و ناامیدتر بودند، گستره‌های پرخاشگری بیشتری داشتند، تکانشی‌تر بودند و عزت‌نفس^۲ و مهارت‌های حل مسأله^۳ ضعیفتری را از خود نشان دادند. همچنین این بیماران عدم وجود محبت والدین و رفتار خودکشی والدین را نیز گزارش کرده‌اند (عواملی که هر کدام به نوبه خود می‌تواند یک عامل خطر ساز اقدام به خودکشی باشد). در مورد دانشجویان ایرانی نیز مطالعات متعددی شیوع افسردگی را در بین آنان گزارش کرده‌اند: از جمله پناه عنبری (۱۳۸۰) افسردگی را یکی از شایعترین شکایات دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یاسوج می‌داند. عکاشه (۱۳۷۵) در پژوهش خود نشان داده است که ۸/۷٪ دانشجویان ورودی سال ۷۵ دانشگاه علوم پزشکی کاشان اختلال افسردگی مه‌دارند. در مورد سوء مصرف مواد نیز سراج‌زاده و فیضی (۱۳۸۳) دریافتند که ۵/۶٪ دانشجویان کشور بیش از ۲۰ بار الکل مصرف کرده‌اند و ۳/۱٪ وابستگی زیاد به مواد مخدر داشتند در حالی که ۱٪ آنها معتاد بودند. بنابراین، وجود افسردگی و سوء مصرف مواد در کنار اختلال شخصیت مرزی عامل زمینه‌سازی در اقدام به خودکشی دانشجویان به شمار می‌رود. حسینیایی، مرادی و پژومند (منتشر نشده) به این نتیجه رسیدند که در اختلال سوء مصرف مواد، سوء مصرف الکل و افسردگی بین دانشجویان اقدام‌کننده به خودکشی و دانشجویان عادی تفاوت معنادار وجود دارد.

عامل مهم دیگری که به اقدام به خودکشی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و بسیاری از اختلالات شخصیت دیگر کمک می‌کند، تکانش وری است (بلک و

1- Hawton

2- Self-esteem

3- Problem-solving skills

همکاران، ۲۰۰۴، استنلی و همکاران، ۲۰۰۱). از نظر زیستی سطوح پایین سروتونین^۱ (5-HIAA) در مایع مغزی- نخاعی^۳ بیماران روانپزشکی (مثل افسردگی، اختلالات شخصیت، روان‌گسستگی) و نیز در افراد ظاهراً سالم، باعث افزایش تکانش‌وری شده و خطر اقدام به خودکشی را افزایش می‌دهد (بورگویس^۴، ۱۹۹۱). در مورد دانشجویان ایرانی، پژوهشی در این زمینه در دسترس نیست ولی با توجه به سن پائین افراد اقدام‌کننده به خودکشی احتمال می‌رود تکانش‌وری در آنان بالا باشد و همین تکانش‌وری منجر به اقدام به خودکشی شود.

وقایع منفی زندگی^۵ نیز در بسیاری از پژوهشها به عنوان عامل خطر ساز اقدام به خودکشی در اختلالات شخصیت، بخصوص اختلال شخصیت مرزی ذکر شده است. شرلی^۶ (۲۰۰۵) در پژوهشی نشان داد که وقایع منفی زندگی بخصوص آنهایی که مربوط به موضوعات عشق - ازدواج^۷ و جنایت - قانون^۸ هستند پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌دار اقدام به خودکشی در اختلالات شخصیت مرزی، افسردگی مه‌اد و سوء مصرف مواد و قربانیان سوء استفاده جنسی در کودکی بودند.

سوء استفاده جسمی و جنسی در کودکی، خود یکی از وقایع نامطلوب و منفی زندگی است که در مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی یافت شده است (برودسکی^۹ و همکاران، ۱۹۹۷، سولوف و همکاران، ۲۰۰۰). به علاوه عدم حمایت خانوادگی در کودکی نیز در اقدام به خودکشی بیماران مرزی دخیل است (لینکز و همکاران، ۲۰۰۳).

1- Serotonin

2- 5-Hydroxy Indole Acetic Acid

3- Cerebro-spinal fluid

4- Bourgeois

5- Negative life events

6- Shirly

7- Love-marriage

8- Crime-legal

9- Brodsky

در همین راستا از دیدگاه روان‌تحلیل‌گری، بیماران مرزی از غلبه ارتباط موضوعی^۱ درونی شده که به شکل پرخاشگرانه سرمایه‌گذاری شده^۲، رنج می‌برند و این پرخاشگری گاه به سوی دیگران و گاه به سوی خود فرد جهت می‌یابد و حتی ممکن است به دفاعهای ضد اجتماعی نیز منجر شود (کرنبرگ^۳، ۲۰۰۴). در پژوهش حاضر دو گروه اقدام‌کننده به خودکشی و عادی در متغیرهای سابقه بیماری جسمی در والدین و ارتباط نامناسب با والدین، با یکدیگر تفاوت معنادار داشتند.

عوامل دیگری از جمله از دست دادن واقعی یا ذهنی شریک زندگی یا اشخاص مهم زندگی (کلسبرگ^۴ و همکاران، ۱۹۹۱ و کالگرن^۵، ۱۹۸۸، به نقل از واز رمن^۶، ۲۰۰۱، لینکز و همکاران، ۲۰۰۴ و استنلی و همکاران، ۲۰۰۱)، ادراک نادرست از مهلک بودن رفتار اقدام به خودکشی (استنلی^۷ و همکاران، ۲۰۰۱) و طلب حمایت و مراقبت و کسب اطمینان (گاندرسون^۸ و همکاران، ۱۹۸۴) از عوامل دخیل در شکل‌گیری رفتار اقدام به خودکشی در بیماران مرزی است، که در مورد دانشجویان ایرانی این موضوعات مطالعه نشده است.

شخصیت ضد اجتماعی در تحقیقات مختلف از جمله بیوترایز (۱۹۹۹)، موسیکی (۲۰۰۱)، آقانو (۲۰۰۰) و چمن (۱۳۷۵) با اقدام به خودکشی مرتبط بوده است. در پژوهش حاضر نیز مطابق با پژوهشهای فوق بین دو گروه تفاوت معنا دار وجود دارد و میانگین گروه اقدام‌کننده به خودکشی بالاتر است.

- 1- Object relationship
- 2- Aggressively invested
- 3- Kernberg
- 4- Kjelsberg
- 5- Kallgern
- 6- Wasserman
- 7- Stanley
- 8- Gunderson

در مورد این اختلال در پژوهشهایی از جمله بیوترایز (۱۹۹۹) به صفات پرخاشگری و تکانشی بودن (که از نشانه های شخصیت ضداجتماعی است) در اقدام به دل شخصیت ضد اجتماعی در بسیاری از

ی می‌نمایند (وازرمن، ۲۰۰۱)، احساس

مسئوبیت نمی‌سند رورون، ۱ و وصی که اسیر قانون می‌شوند، به استیصال می‌رسند و اقدام به خودکشی می‌نمایند. همچنین بیماران طبقه B اختلالات شخصیت آینده‌نگری لازم را ندارند، به گونه‌ای که پژوهشگران به فقدان هدفهای واقعی درازمدت (ورون، ۲۰۰۱ و بازانیس^۲ و همکاران، ۲۰۰۲) و عدم وجود تفکر معطوف به آینده مثبت^۳ که خود ناشی از عدم تنظیم هیجانی است (مک لئود^۴ و همکاران، ۲۰۰۴ و ۱۹۹۸) در بیماران طبقه B اختلالات شخصیت (شامل دو اختلال مرزهی و ضداجتماعی) که اقدام به خودکشی کرده‌اند، اشاره نموده‌اند. البته در بین دانشجویان ایرانی پژوهشی که میزان شیوع و نحوه اثر این اختلال را بررسی نماید انجام نشده است و این خود می‌تواند یکی از موضوعات پژوهشی آینده باشد.

اختلال شخصیت اسکیزوتایپال مطابق با پژوهش گاروی و اسپودن (۱۹۸۰) و اختلال شخصیت پارانویید بر طبق نظر وازرمن (۲۰۰۱) با اقدام به خودکشی مرتبط بوده است. در پژوهش حاضر نیز تفاوت بین دو گروه در نشانه‌های این دو اختلال معنادار است و میانگین گروه اقدام‌کننده به خودکشی بالاتر است. یکی از دلایل این ارتباط می‌تواند به گفته فنتون (۱۹۹۷) بدگمانی موجود در اختلالات طیف روان‌گسستگی باشد. به علاوه، مشکلات میان فردی (و در مورد پارانوییدها، سوءظن) که

1- Verona

2- Bazanis

3- Positive future-directed thinking

4- Macleod

افراد دارای این اختلالات دارند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲) ممکن است به انزوای اجتماعی و در نهایت اقدام به خودکشی بینجامد. همچنین تحریفهای شناختی و در بعضی موارد هذیانها (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰) نیز می‌تواند به اقدام به خودکشی کمک نمایند. در این مورد نیز پژوهشی که به وجود و ماهیت این دو اختلال در بین دانشجویان ایرانی پرداخته باشد یافت نشد.

در مورد اختلال شخصیت اجتنابی مطابق با پژوهش مک کان و سوس^۱ (۱۹۸۸) به نقل از ایدی، (۱۳۸۰) پژوهش حاضر به تفاوت معنادار بین دو گروه در نشانه‌های این اختلال و میانگین بالاتر گروه اقدام‌کننده به خودکشی اشاره دارد. حساسیت مفرط به طرد شدن از سوی دیگران خصیصه بالینی محوری افراد دارای این اختلال است و صفت شخصیتی عمده آنها کمروبی^۲ است. احساس بی‌کفایتی اجتماعی، حساسیت به طرد، عزت نفس ضعیف و عدم توانایی ابراز وجود آنها (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲) باعث انزوای آنان می‌شود و ممکن است آنها را به سوی اقدام به خودکشی بکشاند به گونه‌ای که رود^۳ و همکاران (۲۰۰۰) بسیاری از ویژگیهای اختلال شخصیت اجتنابی از جمله روابط بین فردی محدود، عزت نفس ضعیف، سلطه‌پذیری، نوسان خلقی، ترس از طرد شدن و احساس بی‌کفایتی را در اقدام‌کنندگان به خودکشی یافتند. احتمال می‌رود فراوانی این اختلال در دانشجویان بیشتر باشد چرا که دانشجویان عمدتاً افرادی درونگرا و اهل مطالعه و بعضاً کمرو هستند. همچنین در بسیاری از موارد افراد تیزهوش که قاعدتاً به دانشگاه می‌رسند از طرف اطرافیان خود درک نمی‌شوند و از روابط بین فردی اجتناب می‌ورزند.

در پژوهش حاضر همخوان با پژوهشهای مک کان و گرگلیس (۱۹۹۰)، ایس و همکاران (۱۹۹۶)، و رود و همکاران (۲۰۰۰) تفاوت بین دو گروه در نشانه‌های اختلال

1- Suess

2- Timidity

3- Rudd

پرخاشگر- منفعل معنادار است و میانگین گروه اقدام‌کننده به خودکشی بالاتر است. در تبیین این امر می‌توان گفت از آنجا که در این پژوهش بسیاری از دانشجویان مورد مطالعه در سنین پایین هستند (میانگین سن ۲۲/۷۰ سال) ممکن است هنوز راههای مناسب ابراز پرخاشگری را فرا نگرفته باشند یا جو موجود در دانشگاه و خوابگاه (در مورد دانشجویان غیربومی) اجازه این ابراز پرخاشگری را ندهد و لذا فرد به گونه منفعلانه پرخاشگری خود را در اقدام به خودکشی بروز دهد. در همین زمینه مناسب است پژوهشهای آینده به ارتباط بین روشهای ابراز پرخاشگری و اقدام به خودکشی در دانشجویان بپردازد.

وازرمن (۲۰۰۱) خودکشی را یک واکنش خود شیفته به از دست دادن تصویر افراد مهم می‌داند. به علاوه اقدام به خودکشی در بیماران دارای اختلال خودشیفتگی ممکن است به خاطر وجود اختلال توأمان افسردگی (پری^۱، ۱۹۹۰)، انزوای اجتماعی و کمال‌گرایی (آپتر^۲ و همکاران، ۱۹۹۳) و مشکلات شغلی و از دست دادن محبت دیگران (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲، جلد ۲) باشد. در پژوهش حاضر نیز مطابق با یافته‌های این پژوهشگران و محققانی از قبیل الیس و همکاران (۱۹۹۶)، مک‌کان و گرگلیس (۱۹۹۰) و بیوترایز (۱۹۹۹) تفاوت بین دو گروه در نشانه‌های این اختلال معنادار است و میانگین گروه اقدام‌کننده به خودکشی بالاتر است. این موضوع مطابق با پژوهش غزل (۱۳۷۹) از دانشگاه علوم پزشکی زاهدان است که در پژوهش وی سبک شخصیتی خودشیفته در کل دانشجویانی که مورد ارزیابی قرار گرفته بودند و در گروه دانشجویان پسر شایعتر بود. اما نکته جالب توجه این است که با مشاهده جدول ۱ نیز می‌بینیم که میانگین دانشجویان گروه عادی در این

1- Perry

2- Apter

اختلال نسبت به بقیه اختلالات بالاتر است. بنابراین می‌توان گفت با وجود بالا بودن علائم اختلال خودشیفتگی در بین دانشجویان ایرانی، این علائم در افراد اقدام‌کننده به خودکشی به طور معناداری بیشتر است و می‌تواند خطر اقدام به خودکشی را افزایش دهد.

در اختلال شخصیت خودشکن (آزارطلب) تفاوت بین دو گروه اقدام‌کننده به خودکشی و عادی معنادار است و میانگین گروه اقدام‌کننده به خودکشی بالاتر است. شاید اقدام به خودکشی نوعی رفتار خودآزارانه باشد.

شخصیت‌نمایی در پژوهش‌های مختلف از جمله بیوترایز (۱۹۹۹)، آقانو (۲۰۰۰) و چمن (۱۳۷۵) با اقدام به خودکشی مرتبط دانسته شده است. اما در پژوهش حاضر تفاوت بین دو گروه معنا دار نیست و نتایج متناقض است. علت این امر ممکن است به خاطر ویژگی‌های جنسیتی گروه نمونه باشد. بدین صورت که با توجه به اینکه اختلال شخصیت‌نمایی بیشتر در زنان متداول است (ایدی، ۱۳۸۰) هر چه زنان بیشتری در گروه نمونه موجود باشند احتمال اثر آن بیشتر می‌شود. در پژوهش حاضر ۵۶/۷٪ گروه اقدام‌کننده به خودکشی زن و ۴۳/۳٪ مرد بوده‌اند. مطابق با مطالب مذکور در پژوهش غزل (۱۳۷۹) در دانشگاه علوم پزشکی زاهدان نیز شایعترین ویژگی شخصیتی دانشجویان دختر که مورد ارزیابی قرار گرفته بودند ویژگی‌های شخصیت‌نمایی و وسواسی بود و لذا شاید این اختلال نیز در بین تمام دانشجویان ایرانی (اعم از اقدام‌کننده به خودکشی و غیر آن) بخصوص دختران به یک اندازه شایع باشد. با توجه به جدول ۱ در پژوهش حاضر نیز درمی‌یابیم که میانگین دو گروه در این اختلال بسیار نزدیک به هم است. علاوه بر این ممکن است افراد دارای این اختلال به دلیل ویژگی‌های شخصیتی خاص خود تهدید به خودکشی نمایند تا اقدام به آن.

لازم به ذکر است که در مورد اختلال شخصیت‌نمایی ممکن است مسائل روش‌شناختی (مربوط به پرسشنامه و اجرای آن) و مسائل فرهنگی-اجتماعی (بیان

ویژگیهای خود و ...) در نتایج دخیل باشد که به نظر می‌رسد بهترین روش برای آگاهی از صحت و سقم آن تکرار پژوهش باشد.

با وجود اشاراتی که در پیشینه پژوهش به ارتباط اختلالات شخصیت اسکیزوئید، وابسته، وسواسی و آزارگر با اقدام به خودکشی شده است، این ارتباط چندان مورد تأکید قرار نگرفته است. در پژوهش حاضر تفاوت بین دو گروه در نشانه‌های این اختلالات معنادار نیست و لذا نتایج تا حدودی همخوان است.

همان طور که ملاحظه می‌شود پژوهش حاضر در مورد ارتباط بین نشانه‌های اختلالات شخصیت اجتنابی، ضد اجتماعی، اسکیزوتایپال، مرزی، پارانوئید، خودشیفته، پرخاشگر- منفعل و خودشکن (آزارطلب) با اقدام به خودکشی، همخوان با پژوهشهای پیشین است. در مورد نشانه‌های اختلالاتی مثل اسکیزوئید، وابسته، وسواسی- جبری و آزارگری نیز در فقدان و یا ارتباط کم اینها با اقدام به خودکشی تا حدودی با تحقیقات گذشته همسو می‌باشد. اما در اختلال شخصیت نمایشی تناقض این پژوهش با پژوهشهای قبلی آشکار است و اگر چه در جای خود به دلیل این تناقض پرداخته شده ولی روشن‌تر شدن این موضوع مستلزم پژوهشهای آتی است.

بنابراین ضمن این که با بررسی علائم اختلالات شخصیت در دانشجویان می‌توان افراد در معرض خطر اقدام به خودکشی را به صورت نسبی تشخیص داد، اما باید توجه داشت که توأمان این اختلالات با یکدیگر و با سایر اختلالات از جمله اختلالات خلقی و سوء مصرف مواد و الکل (مالون^۱ و همکاران، ۱۹۹۵، بوتیسس^۲، ۱۹۹۷) و در کنار عوامل اجتماعی و جمعیت شناختی است که منجر به اقدام به خودکشی می‌شود. پژوهش‌های آینده باید ضمن توجه به مجموع این عوامل، به کیفیت و مکانیزم ارتباط بین اختلالات

1- Mallone

2- Botsis

شخصیت و اقدام به خودکشی توجه کند و بر ویژگی‌ها و صفات شخصیتی که وجود آنها فرد را در معرض خطر اقدام به خودکشی قرار می دهد تمرکز نماید.

منابع

انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۰۰). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی تجدید نظر شده (DSM-IV-TR). ترجمه نیکخو، محمد رضا. آوادیس پانس، هامایاک. ۱۳۸۳. تهران. سخن.

ایدی، صالح. (۱۳۸۰). ترسیم نیمرخ شخصیتی افراد خودکش در آزمون میلون ۲ (MCMII-II). پایان نامه چاپ نشده انستیتو روانپزشکی تهران.

پناه عنبری، علی. و دیگران. (۱۳۸۰). بررسی سلامت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی یاسوج در سال ۷۸-۱۳۷۷. طب و تزکیه، شماره ۴۳، صفحات ۳۸-۲۴.

چمن، محمدرضا. (۱۳۷۵). بررسی خودکشی در بخش روانپزشکی بیمارستان امام حسین در سال ۷۴. پایان نامه چاپ نشده دکترای پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده پزشکی.

خواجه موگهی، ناهید. (۱۳۷۲). آماده سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه بالینی چند محوری میلون ۲ (MCMII-II). پایان نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد، انستیتو روانپزشکی تهران.

سادوک، بنیامین، جیمز. سادوک، ویرجینا، آلکوت. (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی، جلد ۳. (ترجمه رفیعی، حسن. و سجانیان، خسرو. تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳). تهران. ارجمند.

سراج زاده، سید حسین. فیضی، ایرج. (۱۳۸۳). پنداشتها و واقعیتها: دانشجویان و مسأله مواد مخدر، طرح شیوع شناسی مواد مخدر در بین دانشجویان دانشگاههای

دولتی ایران. اداره کل مطالعات و برنامه ریزی فرهنگی - اجتماعی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.

عکاشه، گودرز. (۱۳۷۹). بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی ۱۳۷۵ دانشگاه علوم پزشکی کاشان. اندیشه و رفتار، دوره ۵ شماره ۴، صفحات ۱۷-۱.

غزل، آناهیتا. (۱۳۷۹). بررسی ویژگیهای شخصیتی دانشجویان پزشکی زاهدان و رابطه آن با سلامت روانی آنها. پایان نامه دکتری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.

Aghanwa, H. S. (2000). *The characteristics of suicide attempters admitted to the main general hospital in fiji islands. Journal of Psychosomatic Research*, 49: 439-445.

Ahrens, B. and Haug, H. J. (1996). *Suicidality in hospitalized patients with a primary diagnosis of personality disorder. Crisis*. 17: 59-63.

Apter, A., Bleich, A. king, R. A. Kron, S. Fluch, A. Kotler, M. and others. (1993). *Death without warning? A clinical postmortem study of suicide in 43 Israeli adolescent males. Arch Gen Psychiatry*. 50: 138-142.

Bazanis, E. Rogers, R. D. Dowson, J. H. Taylor, P. Mean, C. Staleg, D. Nevison-Andrews, D. Taylor, D. Robbins, T. W. & sahakian, B. J. (2002). *Neurocognitive dificits in decision-making and planning of patients with DSM-III-R broderline personality disorder. Psychological Medicine*. 32: 1395-1405.

Beautrais, Annette, L. (1999). *Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. Canterburry Suicide Project, Christchrerch School of Medicine*. 16: 420-436.

- Black, Donald, W. Blum, Nancee. Pfohl, Bruce. & Hale, Nancy. (2004). **Suicide behavior in borderline personality disorders: prevalence, risk factors prediction and prevention.** *Journal of Personality Disorders.* 18 (3): 226-239.
- Botsis, Alexander, J. Soldatos, Constantin, R. Tefanis, Costas, N. (1997). **Suicide biopsychosocial approaches.** *elsevier sciences.* Amsterdam, Netherland.
- Bourgeois, M. (1991). **Serotonin, impulsivity and suicide.** *Human Psychopharmacology.* 6: s31-36.
- Brodsky, B. S. Malone, K. M. Ellos, S. P. Dulit, R. A. Mann, J. J. (1997). **Characteristics of Borderline personality disorder Associated with behavior.** *American Journal of Psychology.* 155: 1715-1719.
- Casey, P. R. (1989). **Personality disorder and suicide intent.** *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 79: 290-295.
- Cheng, Andrew, T. A. chen , tong, H. H. chen, chwen – chen. & Jenkins Rachel. (2000). **psychosocial and psychiatric risk factors for suicide.** *the British Journal of Psychiatry.* 5: 360-365.
- Corbit, E. M. Malone, K. M. Hass, G. L. and Man, J. J. (1996). **Suicidal behavior in patients with major depression and comorbid personality disorders.** *Journal of Affective Disorders.* 39 : 61-72.
- Dirks, B. L. (1998). **Repetition of parasuicide : ICD-10 personality disorders and adversity.** *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 98: 208-213.

- Ellis, Thomas, E. Rudd, M. D. Rajab, M. H. (1996). **Cluster Analysis of MCMI scores of suicidal psychiatric patients: four personality profiles.** *Journal of Clinical Psychology.* 52(4): 411-422.
- Fentone, Wayne, S. Thomas, M. D. Mc Glashan, M. D. Brian, victor, J. and Blyler, R. crystal. (1997). **Symptoms, subtype and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders.** *The American Journal of Psychiatry.* 154(2): 199-203.
- Friedman, R. (1983). **History of suicidal behavior in depressed patients.** *American Journal of Psychiatry.* 140: 1023-1026.
- Friedman , S. joneso J. C. chernen, L. and Barlow, D. H. (1992). **Suicidal ideation and suicide attempts among patients with panic disorder: A survey of two outpatient clinics.** *American Journal of Psychiatry.* 149: 680-685.
- Gunderson, J. G. (1984). **Borderline personality disorder.** washington, D. C. American psychiatric press.
- Garvey, M. J. and Spoden, F. (1980). **Suicide attempts in antisocial personality disorder attempts in antisocial personality disorder.** *Comprehensive Psychiatry.* 21 : 146-149.
- Hawton , K. Heeringen, K. van. (2000). **The international Handbook of suicide and attempted suicide.** USA. New York. John wiley sons LTD.
- Hawton, K. Houston, K. Haw, C. Townsend, E. Harriss, L. (2003). **Comorbidity of axis I and Axis II disorders in patients who attempted suicide.** *American Journal of Psychiatry,* 160(8): 1494- 2000.

- Holliman, Neil, B. & Guthrie, P. C. (1989). *A comparison of the MCMI and California psychological inventory in assessment of clinical population*. *Journal of Clinical Psychology*. 45(3): 373-382.
- Isometsa, E. T. Henriksson, M. M. Heikkinen, M. E. Aro, H. M. Mar Hunen, M. J. Kouppasalmi, K.T. and Lonnqvist, J. K. (1996). *Suicide attempt among subject with personality disorders*. *American Journal of Psychiatry*. 153 : 667-673 .
- Johnson, F. E. Ojehagen, A. and Traskman-Bendz, L. (1996). *A 5-year follow up study of suicide attempts*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 93 : 151-157.
- Kernberg, Otto, F. (2004). *Suicide behavior in borderline patients: diagnosis and psychotherapeutic considerations*. *American Journal of Psychotherapy*. 47(2): 245-254.
- Lester, D. (1988). *Suicide from a psychological perspective on suicide*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Libb, W. J. Stankovice, S. Sokol, R. Freeman, A. Houck, C. and Switzer, P. (1990). *Stability of the MCMI among depressed psychiatric outpatients*. *Journal of Personality Assessment*. 55 (1 & 2) : 209-218.
- Linehan, Marsha, M. Rizvi, Shirin, L. Welch, Stacy, Shawand. Page, Benjamin. (2000). *Psychiatric aspects of suicidal behavior : Personality disorders*. *The international Handbook of suicide and attempted suicide*. Editors: Hawton, K. Heeringen, K, van.
- Links, Paul, S. Gould, Brent. & Ratnayake, Ruwan. (2003). *Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder*. *Can J Psychology*. 48 (5) : 301-310.

- Links, Paul, S. Bergmans, Yvonne. Harwar, Serine, H. (2004). **Assessing suicide risk in patients with borderline personality disorder**. *Psychiatric Times*. 21 (8): 62 & 79.
- Macleod, A. K. Tata, P. Tyrer, P. Schmidt, U. Davidson, K. & Thompson, S. (2004). **Personality disorder and future-directed thinking in parasuicide**. *Journal of Personality Disorders*. 37:371-379.
- Macleod, A. K. Tata, P. Evans, K. Tyrer, P. Schmidt, U. Davidson, K. Thornton, S. & Catalan, J. (1998). **Recovery of positive future-thinking with a high-risk parasuicide group: Results from a pilot randomised controlled trial**. *British Journal of Clinical Psychology*. 37:371-379.
- Malone, Kevin, M. Hass, Gretchen, L. Sweeny, John, A. Mann, John, J. (1995). **Major depression and the risk of attempted suicide**. *Journal of Affective Disorders*. 34 : 173-185.
- Marttunen, M. J. Aro. H. M. Henriksson, M. M. & Lonqvist, J. K. (1994). **Antisocial behavior in adolescent suicide**. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 81: 167-173.
- Mccan, T. J. Gergelis, E. R. (1990). **Utility of the mcmI-II in assessing suicide risk**. *Journal of Clinical Psychology*. 40 : 764-770.
- Millon, T. (1987). **Manual for the millon clinical multiaxial inventory - II. (2nd ed)**. Minneapolis, MN: National computer system.
- Modestin, J. (1986). **Completed suicide in personality disordered inpatients**. *Journal of Personality Disorders*. 3 : 113-121.

- Mosciki, Eve, K. (2001). **Epidemiology of completed and attempted suicide : toward a framework for prevention**. *Clinical Neuroscience Research*. 1 : 310-323.
- Overholser, J.C. (1990). **Retest reliability of the millon clinical multi-axial inventory**. *Journal of Personality Assessment*. 55 (1& 2) : 202-208.
- Perry, C. J. (1990). **Personality disorders, suicide and self-destructive behavior**. In Jacobs, D. Brown, H. Editors. *Suicide: understanding and responding*. Madison (CT): International universities press.
- Rogers, James, R. (2001). **Psychological research into suicide: past, present and future**. *Suicide prevention resources for millennium*. Editor: Lester, David. USA. Philadelphia. The Bunner-Routledge.
- Rudd, David, M. Ellis, Thomas, E. Rajab, Hassan. & Wehrl, Thomas. (2000). **Personality type and suicidal behavior: an exploratory study**. *Suicide & Lif-threatening Behavior*. 30 (3) : 199-212.
- Shirley, Yen. Pagano, Marcia. E. Shea, M. Trace, Grilo, Carlos, M. Gunderson, John, G. Skodol, Andrew, E. Mc Glashan, Thomas, H. Sanislow, Charles, A. Bender, Donna, S. Zanarini, May, C. (2005). **Recent life events preceding suicide attempts in a personality disorders sample: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study**. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 73(1): 99-105.
- Solof, P. H. Lynch, K. G. Kelly, T. M. Malone, K. M. Mann, J. J. (2000). **Characteristics of suicide attempts of patients with**

major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study. *AM J Psychiatry.* 157: 601-608.

Stanley, B. Gameroff, m. J. Michalsen, V. & Mann, J. J. (2001). **Are suicid attempters who self- mutilate a unique population?** *Am J Psychiatry.* 158 : 427-432.

Torgerson, S. Alane, S. (1990). **The relationship between the MCMI personality scales and DSM-III-R axis II.** *Journal of Personality Assessment.* 55(3 & 4) : 698-707.

Tucker, I. Bauer, S. F. Wagner, S. Harlam, D. & Sher, I. (1987). **Long-term hospitalization of borderline patients: A descriptive outcome study.** *American Journal of Psychiatry.* 144: 1443-1448.

Wasserman, Danuta. (2001). **Suicide an Unnecessary Death.** Sweden. Stockholm. Martin dunitz.

Verona, E. Patrick, C. J. Joiner, T. E. (2001). **Psychopathy, antisocial personality and suicide risk.** *J Abnormal Psychology.* 110: 462-470.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی