

رابطه خشم سرکوب شده و احساس خودکهتری با گرایش به خودکشی در دانش آموزان دختر و پسر شهر نوک آباد شهرستان خاش

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۶

کد مقاله: ۳۷۰۷۶

بهروز میرکازهی ریگی^۱، مجید هاشم زهی کهنوکی^۲

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی رابطه خشم سرکوب شده و احساس خود - کهتری با گرایش به خودکشی در دانش آموزان دانش آموزان دختر و پسر شهر نوک آباد شهرستان خاش می باشد. روش انجام تحقیق مذکور بر مبنای هدف تحقیق، روش تحقیق توصیفی از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه دانش آموزان شهر نوک آباد شهرستان خاش در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ می باشند. در این پژوهش حجم نمونه با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده تعداد ۱۵۰ از دانش آموز بر حسب جنسیت و قومیت می باشند. در این پژوهش داده‌ها به روش میدانی و با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌های تحقیق داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین، انحراف استاندارد و ...) استفاده شد و در بخش آمار استنباطی برای تعیین رابطه بین متغیرها از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج حاصل از یافته‌های تحقیق نشان داد که بین خشم سرکوب شده با گرایش به خودکشی در دانش آموزان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته‌ها در بررسی رابطه بین احساس خودکهتری با گرایش به خودکشی در دانش آموزان نشان داد که بین احساس خودکهتری با گرایش به خودکشی در دانش آموزان رابطه ای وجود ندارد. همچنین، متغیر خشم سرکوب شده توانسته است ۲/۸۹ درصد تغییرات گرایش به خودکشی دانش آموزان را پیش بینی کند.

واژگان کلیدی: خشم سرکوب شده، احساس خودکهتری، گرایش به خودکشی، دانش آموزان

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی و مشاور تحصیلی

۲- کارشناسی آموزش ابتدایی

زندگی خانواده نقش اساسی در حفظ سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی کودکان و والدین دارد. خانواده اولین و مهمترین بافت اجتماعی را برای رشد انسان فراهم می‌سازد. در جریان رشد طبیعی هر کودک یک رشته تغییرات شناختی، عاطفی و اجتماعی را شاهد هستیم. تقریباً همه کودکان در طول رشد و در جریان سازگاری با این تغییرات دچار مشکلاتی می‌شوند و استرس و تعارضی را که به دنبال می‌آید، می‌تواند به مشکلات رفتاری-عاطفی و یادگیری در آن‌ها بینجامد. اکثر مشکلات رفتاری کودکان منعکس کننده شرایط پیچیده بین فردی اعضای خانواده به ویژه والدین می‌باشد. به عبارت دیگر، وجود مشکلات رفتاری کودک به منزله روابط معیوب اعضای خانواده با یکدیگر است و با روش‌های تربیتی نادرست والدین و تعاملات معیوب آن‌ها با فرزندان ارتباط دارد. همچنین از آنجاییکه خودکشی به عنوان یک پدیده روانی-اجتماعی، موضوع چندوجهی و پیچیده‌ای است که تمام ملل و جهان‌ها با آن مواجه می‌باشند، وقتی شخصی مرتکب خودکشی می‌شود، معمولاً وابستگان و دوستان او متعجب و حیران می‌شوند اما پس از بررسی دقیق سرنخ‌هایی بدست می‌آید که در عین دشواری ضرورت پیگیری و جستجوی کمک و خدمات تخصصی را آشکار می‌سازد. بنابراین، پیش‌بینی خودکشی حتی برای متخصصان امری آسان و دقیق نیست، ازین رو بررسی دقیق علایم و نشانه‌های خطر خودکشی برای تشخیص به موقع و مناسب بسیار کمک‌کننده است. به همین دلیل سعی می‌کنیم که رابطه فرزند پروی عزت‌مندانه را با سلامت روانی که یکی از مباحث آن افکار خودکشی و خودکشی است را مورد بحث قرار داده شود.

۲- بیان مسأله و اهمیت و ضرورت تحقیق

خودکشی یک مشکل عمده بهداشتی است که حدود ۰/۴ تا ۰/۹ تمامی مرگ‌های ایالات متحده را در بر می‌گیرد. هشتمین علت مرگ و میر در کل جمعیت و سومین علت مرگ در بین جوانان می‌باشد. میزان خودکشی در آن کشور به طور میانگین ۱۲/۵ در ۱۰۰۰۰۰ نفر جمعیت می‌باشد و در طی ۱۵ سال گذشته میزان خودکشی در بین سنین ۲۴-۱۵ سال دو تا سه برابر شده است (سادوک و همکاران^۱، ۲۰۰۴). طبق گزارش انجمن روانپزشکی آمریکا خودکشی دومین علت مرگ در میان دانشجویان و سومین علت مرگ در سنین ۱۵-۲۴ سال و ششمین علت مرگ در کودکان زیر ۱۵ سال را تشکیل می‌دهد (دیوانی، ۱۳۸۳؛ وندا^۲، ۲۰۰۳). آمارها بیانگر آن است که سالانه نزدیک به یک میلیون نفر از جمعیت جهان جان خود را به دلیل خودکشی از دست می‌دهند. این نکته مبین آن است که در حال حاضر به ازاء هر ۳۰ ثانیه یک مورد خودکشی در دنیا رخ می‌دهد. پیش‌بینی‌ها همچنین نشان می‌دهند که با رشد روز افزون آمارهای خودکشی در سال ۲۰۲۰ میلادی جهان شاهد یک میلیون و پانصد و سی هزار مورد خودکشی خواهد بود. این رقم بیانگر آن است که در سال ۲۰۱۰ میلادی به ازاء گذشت هر ۲۰ ثانیه یک مورد خودکشی در دنیا رخ می‌دهد (بیوتریس و میشارا^۳، ۲۰۰۸). میزان بالای خودکشی و اقدام به آن سبب شده تا پژوهشگران عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی را مورد بررسی قرار دهند، یکی از این عوامل خشم است. خشم نقش یک احساس شدید منفی را دارد که در زمینه زندگی منفی و روابط بین فردی رخ می‌دهد و به گسترش ناراحتی، ناامیدی و خودکشی منجر می‌شود (کونیک و گوتیرز^۴، ۲۰۰۵). اگرچه تجربه خشم گاهی اوقات ممکن است غیرقابل اجتناب باشد و به عنوان توانایی انطباق و تنظیم هیجان‌ها به کار رود با این حال به طور کلی خشم با سلامت روانی و جسمانی ضعیف و رفتار خودکشی ارتباط اجتناب‌ناپذیری دارد (فیلیپ و همکاران^۵، ۲۰۰۶). خشم به طور کلاسیک به عنوان یک مفهوم هیجانی چندبعدی و فیزیولوژیکی نیز مطرح است که متشکل از احساسات و نگرش‌ها در محدوده شدت از تحریک کم تا خشم شدید قرار می‌گیرد (اشپیلگر و همکاران^۶، ۱۹۹۵). علاوه بر این خشم بین یک یا چند بار تلاش برای اقدام به خودکشی تمایز ایجاد می‌کند و مشخص شده که سهم خشم به عنوان یک عامل خطر برای رفتارهای خودکشی در طول عمر مطرح است (اسپوزیتو و همکاران^۷، ۲۰۰۳). به لحاظ تئوری نیز بین خشم و رفتار خودکشی رابطه وجود دارد. برخی از تئوری‌های تکاملی و روان‌تحلیلی بر این دیدگاه هستند که خشم و خودکشی به لحاظ مفهومی مرتبط هستند و هر دوی آنها ممکن است ریشه در پرخاشگری داشته باشند (پلوتچیک و همکاران^۸، ۱۹۸۹). بر اساس این تئوری‌ها افسردگی و رفتارهای خودکشی نشات گرفته از خشم و تکانه‌های پرخاشگری برگشته به درون هستند (کوتلر^۹، ۲۰۰۱). با این حال، پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند که هم خشم درون و هم خشم بیرون با کاهش کیفیت زندگی و رفتارهای خودکشی مرتبط هستند (کانر و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۳؛ دومیس و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۵؛ پینیولی و همکاران^{۱۲}، ۲۰۰۷).

از دیدگاه شناختی نیز افرادی که مشکلات مرتبط خشم دارند دارای محدوده‌ای از بازداری‌های شناختی و نقایص بین فردی هستند که باعث تاثیر منفی روی بهزیستی آنها دارد و باعث شکل‌گیری خطر افزایش رفتارهای خودکشی می‌شوند نظیر حل مسئله ضعیف اجتماعی و استدلال اجتماعی ضعیف (برندگدن و همکاران^{۱۳}، ۲۰۰۲؛ رودولف و کلارک^{۱۴}، ۲۰۰۱). عامل مهمی

- 1 Saduk et al
- 2 vanda
- 3 Biotris & mishara
- 4 Kuvnik & gutirez
- 5 Fillip et al
- 6 Shpilger et al
- 7 Spozito et al
- 8 Plotchik et al
- 9 Kutler et al
- 10 Konner et al
- 11 Dumis et al
- 12 Pinyouli et al
- 13 Brandgedn et al

دیگری که نقش مهمی در گرایش به خودکشی دارد احساس کهنتری، ارزشمندی و عزت نفس پایین است. احساس عقده حقارت یا به تعبیر فارسی احساس کهنتری از جمله عواطف و احساس‌هایی است که هر فرد در زهدگی روزمره خود به شکلی آن را تجربه می‌کند و تقریباً تمامی افراد بشر کم و بیش با این مسئله درگیرند (طاهری، ۱۳۸۵). این واژه برای بیان نداشتن عزت نفس مطرح شده است (هاسپر، ۲۰۱۳). آدلر معتقد بود که احساس حقارت منبع تمامی تلاش‌های انسان است. رشد فرد از جبران تلاش‌های ما برای چیره شدن بر حقارت‌های واقعی یا خیالی ما ناشی می‌شود. در طول زندگی خود با نیاز به جبران این احساس‌های حقارت و تلاش کردن برای سطوح به مراتب بالاتر رشد تحریک می‌شویم (شولتز، ۱۳۹۱). از آنجا که احساس حقارت همیشه در مقایسه خود با دیگران به کار می‌رود داشتن چنین احساسی با احساس انزوای اجتماعی و تعلق نداشتن نیز همراه است (هاسپر، ۲۰۱۳). جنبه‌های غیر مفید کنار آمدن با احساس کهنتری بنیادی در واقع همان پاسخ‌های سازش نیافته در برابر زندگی از قبیل سوء مصرف مواد مخدر، الکلیسم، بدبینی، خودکشی و یا انواع روان‌آزردگی‌ها هستند که صرف نظر از وجود نارسایی عضوی، در سبک زندگی نامناسب ریشه دارند (آقا یوسفی و همکاران، ۱۳۹۲). در واقع، احساس حقارت و کهنتری به عنوان یکی از ویژگی‌های شناختی افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی نیز در نظر گرفته می‌شود به طوری که افراد مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی و وسواس اجبار ارزیابی منفی تری از خود و عملکرد اجتماعی‌شان دارند (یائو و همکاران، ۲۰۰۷). این افراد برای کنار آمدن با اضطراب باید چندین نوع واکنش دفاعی را پرورش دهند که مهمترین آن‌ها از نظر فروید مکانیزم دفاعی سرکوبی است. در این مکانیزم فرد انرژی خود را بیسج می‌کند و افکار ناخوشایند را واپس می‌زند (دارابی، ۱۳۸۵). احساس کهنتری و یا حقارت منجر به عزت نفس پایین و جستجوی رفتارهای خطرآفرین و منفی در نوجوانان می‌شود (مورتایز، ورنر و کولامی، ۲۰۰۶). و از طرفی این احساس حقارت و کهنتری با گرایش به سوء مصرف مواد، پرخاشگری، آسیب به خود و نتایج ضعیف تحصیلی همراه است (کرک و رید، ۲۰۰۱؛ اسکات، ۲۰۰۴). با توجه به اهمیت مسائلی که در ارتباط با نقش عوامل مهم در گرایش به خودکشی مطرح شد حال این سوال مطرح است که آیا بین خشم سرکوب شده و احساس کهنتری با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان دختر و پسر شهر نوک آباد شهرستان خاش ارتباط معناداری وجود دارد؟

۳- چارچوب تحقیق

اهداف تحقیق

هدف اصلی: تعیین رابطه‌ی بین خشم سرکوب شده و احساس کهنتری با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان دختر و پسر
اهداف فرعی:

تعیین رابطه‌ی بین خشم سرکوب شده با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان دختر و پسر
تعیین رابطه‌ی بین احساس کهنتری با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان دختر و پسر

فرضیه‌ها:

فرضیه اول: بین خشم سرکوب شده با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان دختر و پسر رابطه‌ی معناداری وجود دارد.
فرضیه دوم: بین احساس خودکهنتری با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان دختر و پسر رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

۴- تعاریف نظری مفاهیم و اصطلاحات پژوهش

خشم: خشم وضعیتی روانی است که در گستره‌ی آزرده‌گی اندک تا غضب شدید می‌گنجد. معلول‌های فیزیکی خشم شامل، تندشدن ضربان قلب، افزایش فشار خون و میزان آدرنالین در خون است. از دید عده‌ای، خشم بخشی از واکنش مغز به بیمناکی‌اش از درد است. هنگامی که شخص خودآگاهانه تصمیم به اقدام می‌گیرد تا بلافاصله رفتار تهدیدکننده‌ی نیروی بیرونی دیگری را متوقف کند، خشم احساس غالب (رفتاری، ذهنی و کالبدشناختی) در وی می‌شود. نمودهای خارجی خشم را در حالات چهره و بدن، واکنش‌های کالبدشناختی و گاه رفتارهای تهاجمی در ملاً عام توان یافت. مثلاً جانوران و آدمیان بانگ‌های درشت بر می‌آورند، می‌کوشند که بزرگ‌تر جلوه کنند، دندان می‌نمایند و خیره می‌شوند. خشم الگویی رفتاری است که برای زنده‌کردن به تعرض‌کنندگان طراحی شده است تا از رفتار تهدیدکننده‌شان دست کشند. درگیری فیزیکی، بدون ابراز پیشاپیش خشم توسط یکی از طرف‌های درگیر، خیلی به ندرت رخ می‌دهد. بعضی‌ها به این باورند که خشم یکی از خواص نفس بوده که در اثر عمل و یا حالت غیرپسندیده از باطن خروج کرده و حالت زنده‌جانان را متغیر ساخته و حتی با عکس‌العمل خطرناک می‌شود. کسانی که می‌توانند خشم خود را کنترل کنند، عمل بدی از آنها سر نمی‌زند که این عمل بسیار مشکل بوده و ظرفیت بسیار زیادی می‌خواهد.

- 1 Rodoulf & klark
- 2 Hasper
- 3 shoults
- 4 Yao et al
- 5 Murtaiz et al
- 6 Krak & rid
- 7 scout

۴-۱- احساس کهنتری

«احساس کهنتری» از جمله احساس‌هایی است که تقریباً تمامی افراد با شدت و ضعف، با آن درگیرند. این احساس از یک سو، گران‌بهارترین انگیزه‌ای است که انسان را وادار می‌کند تا به تکامل خویش و راهکارهای رسیدن به کمال بیندیشد تا آن‌جا که مبنای حرکت و موجب گذر از کهنتری به مهتری می‌گردد و از سوی دیگر، می‌تواند نقشی مخرب و ویرانگر داشته باشد و به صورتی دردناک در وجود فرد رسوخ یابد و به جای حرکت و گذر به مهتری، موجب رفتارهای نامطلوب و غیرعادی شود. احساس کهنتری همچون سکه دورویی است که یک روی آن ارجمندی انسان را در پی دارد و روی دیگرش سقوط او را. بنابراین، موفقیت و عدم موفقیت انسان وابسته به چگونگی مواجهه با احساس کهنتری است. اما از آن‌جا که همه افراد از عزت نفس بالایی برخوردار نیستند، در مواجهه با احساس کهنتری اقدام به جبران کاذب یا انحرافی می‌نمایند. مکانیزم فرار از واقعیت و روی آوردن به خیالات، گریز از مسؤلیت، خودنمایی و ریاکاری، جلب توجه، ترور شخصیت، تخریب دیگران و استفاده از غیبت - تهمت، استهزاء و ...، روی آوردن به لذات موقت و مواد مخدر، روشنفکرنمایی و هویت باختگی، شبهه افکنی و سنت شکنی و ریاست طلبی نمونه‌هایی از جبران کاذب به شمار می‌آیند.

۴-۲- خودکشی

عملی عمدی است که باعث مرگ فرد شود. خودکشی اغلب به علت یأس صورت می‌گیرد که علت آن اغلب به اختلال روانی نظیر افسردگی، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، شکست عشقی، اعتیاد به الکل، یا سوء مصرف دارو نسبت داده می‌شود. اغلب، عوامل استرس‌زا مانند مشکلات مالی و یا مشکلات ارتباط بین فردی در این میان نقش دارند. تلاش برای جلوگیری از خودکشی شامل موارد زیر است: محدود کردن دسترسی به سلاح گرم، درمان بیماری‌های روانی و سوء مصرف دارو و بهبود وضعیت اقتصادی. رایج‌ترین روش انجام خودکشی در کشورهای مختلف متفاوت است و تا حدی به روش‌های قابل دسترسی بستگی دارد. روش‌های معمول عبارتند از: حلق‌آویز کردن، مسمومیت با قرص برنج، و سلاح گرم و کشیدن تیغ روی رگ سالانه حدود ۸۰۰،۰۰۰ تا یک میلیون نفر بر اثر خودکشی می‌میرند، و این امر دهمین علت اصلی مرگ در سراسر جهان است. میزان این کار در مردان بالاتر از زنان بوده و احتمال خودکشی مردان سه تا چهار برابر بیشتر از زنان است. تخمین زده می‌شود که هر سال ۱۰ تا ۲۰ میلیون اقدام به خودکشی غیرکشنده رخ می‌دهد. اقدام به این کار در جوانان و زنان شایع‌تر است. دیدگاه‌های مربوط به خودکشی تحت تأثیر درون‌مایه‌های زیستی متنوعی نظیر مذهب، افتخار و معنای زندگی قرار دارد. ادیان ابراهیمی ستاً خودکشی را وهن خداوند تلقی می‌کنند که دلیل این مسئله اعتقاد به تقدس زندگی است. در طول دوران سامورایی در ژاپن، سپوکو به‌عنوان جبران شکست و یا نوعی اعتراض شمرده می‌شد. رسم ساتی، که در حال حاضر عملی غیرقانونی در مراسم تشییع جنازه هندو است، این انتظار را مطرح می‌کرد که بیوه دست به قربانی کردن خود بزند و برای این کار خود را خواسته یا ناخواسته و تحت فشار خانواده و جامعه، بر روی تل هیزم مراسم تشییع جنازه شهرش بیندازد. قبلاً خودکشی و اقدام به خودکشی جرم محسوب می‌شد و مجازات در پی داشت، اما اکنون دیگر در اکثر کشورهای غربی چنین نیست. این کار همچنان در بسیاری از کشورهای اسلامی جرم محسوب می‌شود. در قرن بیستم و بیست و یکم، از خودکشی به شکل قربانی کردن خود به‌عنوان روشی برای اعتراض استفاده می‌شود، و کامیکازی و بمب‌گذاری‌های انتحاری به‌عنوان تاکتیک‌های نظامی یا تروریستی مورد استفاده قرار می‌گیرند.

۴-۳- روانشناسی فرزند پروری عزت‌مندانه

الف- تأثیرات والدین

انسان، چون موجودی اجتماعی است و در ارتباط با محیط‌های اجتماعی مختلف می‌باشد، از هر محیطی چیزی می‌آموزد تا در مجموع از فرد بدون هویت، تبدیل به شخص اجتماعی (نیک گهر، ۱۳۶۹) و دارای هویت اجتماعی گردد و طبیعی است که این فرد شهروندی متمرکز برای جامعه خویش می‌شود. در گذر از شخص فردی بدون هویت به شخص اجتماعی، فعالیت جامعه‌پذیری نسبت به وی اعمال می‌شود. امر جامعه‌پذیری توسط منابع مختلف بر روی انسان عملی شده، و هر یک بخشی از شخصیت فرهنگی و اجتماعی شخص اجتماعی شده را می‌سازند. در این بین، خانواده در اکثر جوامع از جمله ایران بیشترین نقش را ایفا کرده، (پیازه، ۱۹۸۱) که این نقش در رفتارها و نوع فرزند پروری عزت‌مندانه آنها متبلور می‌شود. در این رابطه ثنائی به نقل از فریمو می‌گوید: "اثر خانواده بر اشخاص از تمام نیروهائی که تا بحال شناخته شده بیشتر است. یعنی اثر خانواده فراتر از فرهنگ جامعه، دنیای کار، دوستان، نزدیکان و امثال آنهاست" (ثنائی، ۱۳۷۸: ۲۶). ثنائی به نقل از مینوچین بر این باور است که، "فرد بدون خانواده، قابل تعریف نیست. در واقع خانواده کانون شکل‌گیری و هویت فرد است" (همان: ۲۹). باقر ثنائی نیز خود معتقد است، "انسان عمدتاً وارث برنامه ریزی‌های خودآگاه و ناخودآگاه خانواده و برون‌سازی‌های دوران کودکی خود با آنهاست" (همان: ۲۱). اعزازی نیز به نقل از ماکس هورکهایمر معتقد است که "از میان تمام نهادهای اجتماعی که فرد را برای قبول اقتدار (دیکتاتوری در سطح جامعه) آماده می‌سازد، خانواده در مقام اول قرار دارد." (اعزازی، ۱۳۷۶: ۲۰) در همین رابطه کلاین برگ نقل می‌کند که، "ژاک در مطالعه‌اش استادانه خود در باره قدرت طلبی در کودکان ۴ ساله ثابت کرد که تغییر صفات شخصیت بر اثر تغییر اوضاع و احوال محیط ممکن است." (کلاین برگ، ۱۳۷۲: ۲۰) و تأثیر گذارترین این محیط‌ها خانواده می‌باشد. به عقیده کاردینر "شیوه تربیت کودک (نخستین نهاد اجتماعی) ساختمان اساسی شخصیت را پی‌ریزی می‌کند." (همان، ۳۹۴). نیوکمب چنین می‌

گوید: "تفاوت جنبه های عملی تربیت کودکان نتیجه تفاوت فرهنگی و نیز تفاوت شخصیت است. شیخاوندی نیز در مورد تاثیر خانواده بر شخصیت فرزندان معتقد است که "بر اساس مطالعات روانی-جامعی، مثلاً ملاحظه شده است که در خانواده های سختگیر کودکان یا سر بطغیان می زنند و خشونت بخرج می دهند و یا احساس گناه و مجرمیت می کنند و در خود فرو می روند." (۱۳۷۹: ۴۴) رابطه والدین با فرزندان یا شیوه های فرزند پروری، در گذر از اعمالی است که اهداف گوناگونی را در بر دارد. تربیت اخلاقی و روانی، شناسائی، رشد و پیشرفت استعدادهای فرزندان، آموزش مهارت ها، آشنا کردن با قوانین و هنجارهای جامعه از دید والدین، از جمله این اهداف می باشند. "پارسنز نیز دو کارکرد اساسی یعنی اجتماعی کردن و شکوفایی شخصیت فرزند را برای خانواده در نظر می گیرد." (اعزازی، ۱۳۷۶: ۱۶) این گونه اهداف والدین که شامل تمام فعالیت ها و اعمالی می شود که به صورت مستقیم یا غیر مستقیم ارتباط آنها را با فرزندان در رفتارهای روزمره (برچه و لوکمان، ۱۹۸۶) نشان می دهد، هسته اصلی این مقاله بوده، که تحت عنوان فرزند پروری عزت مندانه یا رابطه آموزشی مطرح می باشد. این فعالیت ها بر طبق نظریه عمل بوردیو جامعه شناس معاصر فرانسوی (بوردیو، ۱۹۸۹) توسط نیروهای هدایت و یا کنترل می شوند، که این نیروها به صورت یکسان و به یک اندازه نزد انسانها از جمله والدین وجود ندارد. این نیروها در ارتباط با وضعیت اقتصادی اجتماعی و فرهنگی خانواده می باشند. همچنین تصوراتی که والدین از فرزندان خود دارند، تاثیر بر روی چگونگی نوع روابط یعنی شیوه های فرزند پروری عزت مندانه نیز دارند. (منادی، ۱۳۷۸) تصورات نیز تحت تاثیر طبقه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی فرد (یا سرمایه های فرهنگی) می باشند. تصورات و فرهنگ فرد، یعنی عادت واره (بوردیو، ۱۳۸۰) هر دو عامل به صورت مستقیم و غیر مستقیم اعمال فرد را هدایت و کنترل می کنند. در این پژوهش، فرهنگ و تصورات والدین و نقش فرزند، هدایت کننده رفتارهای آنها از جمله نوع رابطه با فرزندان می باشند.

ب- شیوه های فرزند پروری عزت مندانه

رابطه والدین اعم از آموزشی یا غیر آموزشی با فرزندان، رابطه ای یکسان و بر طبق یک الگو و مدل خاصی نیست. بر اساس تحقیقی در فرانسه، این مدلها در ارتباط با طبقه اجتماعی خانواده ها می باشند. (ژیفو لوووسور، ۱۹۹۵) به گفته کاستلان "یک مدل فرزند پروری عزت مندانه در همه خانواده ها وجود ندارد. بلکه به تعداد خانواده ها، تعداد روش های فرزند پروری عزت مندانه وجود دارد." (کاستلان، ۱۹۷۶: ۷) برای مثال، در مورد فعالیت اجتماعی کردن کودکان، مدلهای متفاوتی وجود دارد. بومریند به نقل از سیف (۱۹۶۸: ۱۷۸) با انجام پژوهشی درباره ۱۵۰ کودک ۴ ساله، که در دوره آمادگی پیش دبستانی ثبت نام کرده بودند، والدین آنها را به سه گروه مختلف به شرح زیر تقسیم می کند:

گروه اول، والدینی هستند که فرزندان خود را مجبور به اطاعت کورکورانه می کنند. این گروه، فرزندان خود را محدود کرده، اختیار و آزادی کمتری به آنها می دهند و معتقدند که رفتار کودکان بایستی زیر نظر آنان باشد. در نتیجه، ضوابط رفتاری آنها انعطاف پذیر نبوده و یک جانبه است، و گاهی اوقات برای اجرای همان ضوابط رفتاری، کودکان را تنبیه می کنند.

گروه دوم، والدینی هستند که با فرزندان خود با اقتدار رفتار کرده، ولی بر عکس گروه اول معتقد به انعطاف پذیری در رفتارند. به فرزندان خود فرصت می دهند تا در صورت لزوم اعتراض کنند و تربیت خاصی را با دلیل به آنها تفهیم می کنند. گروه سوم، والدینی هستند که نسبت به رفتار فرزندان تحمل پذیرند و در برابر اعمال خلاف، چشم پوشی می کنند. این والدین، معیارهای مشخصی را جهت رفتار کودکان در نظر می گیرند، و سایر رفتار آنان را با دیده اغماض می نگرند، جز رفتارهایی که باعث صدمه و آسیب بدنی به آنها می شود. علی شریعتمداری نیز سه روش دموکراسی، آزادی و دیکتاتوری را تقریباً با همین محتوی به عنوان شیوه های فرزند پروری عزت مندانه موجود در خانواده ها معرفی می کند. (شریعتمداری، ۱۳۶۷) در پژوهش حاضر، نکته قابل تمق در شیوه های فرزند پروری عزت مندانه، حضور فیزیکی والدین در محیط خانه یعنی زمان بودن با فرزندان و چگونگی فضای فرهنگی حاکم بر خانواده مد نظر می باشد (شریعتمداری، ۱۳۶۷)

۴-۴- شخصیت

شخصیت مجموعه ویژگی های فکری، ذهنی، ذوقی و رفتاری انسان است که غالباً در گفتارها و رفتارها و عکس العمل انسان ها در فعالیت و برخوردهای روزمره اشان قابل رؤیت است. شخصیت به مانند "وجدان که امری اجتماعی است" (لوفور، ۱۹۷۶: ۶۱)، محصول محیط اجتماعی و فرهنگی ای است که فرد در آن متولد شده و بزرگ می شود. پر واضح است که خانواده، فرهنگ حاکم بر جامعه، رسانه ها و نهاد آموزش و پرورش هر یک به نوعی در ساختن ویژگی های شخصیت فرد سهیم هستند. ولی "تاثیر خانواده بر شخصیت افراد از امتیاز خاصی بر خوردار است" (پروین، ۱۳۷۴: ۱۴۷) شخصیت انسان بطور شگفت انگیزی پیچیده است. (گلدارد، ۱۳۷۴: ۱۴۷) یا به باور لاپاساد ناتمام است (لاپاساد، ۱۹۹۷) لذا، بسادگی نمی توان کلیه ویژگی های شخصیت یک انسان را شناسایی کرد. ما نیز قصد چنین کاری را در این پژوهش نداریم. از میان ویژگی های متعدد شخصیت افراد، یک ویژگی برای ما قابل تمق بوده است. اجتماعی بودن انسان یا چگونگی رابطه وی با محیط اطراف خود اعم از والدین، دوستان و یا در جامعه و مدرسه مد نظر می باشد. برای شناسایی اینگونه رابطه از اندیشه ژاک اردوانو روانشناس اجتماعی معاصر فرانسوی استفاده کرده ایم.

اردوانو (اردوانو ۱۹۹۴: ۱۶ و ۱۷)، رفتار و رابطه انسان را با هر نظامی (خانه، مدرسه، محیط کار و غیره) که در آن قرار دارد به سه حالت معرفی می‌کند. وی معتقد است، وقتی انسان در مقابل قوانین، هنجارها و آداب‌های آشکار و پنهان نوشتاری و گفتاری یک نظامی قرار می‌گیرد، امکان انتخاب یکی از سه حالت مختلف را دارد. این سه حالت که هر یک ویژگی خاص خود را دارند، عبارتند از: رفتاری مجریانه، رفتاری بازیگرایانه، و رفتاری خالق‌گرایانه. این سه حالت هر یک محصول یکی از شیوه‌های فرزند پروری عزت‌مندانه می‌باشند. با توجه به اینکه والدین تشکیل‌دهنده‌های اصلی و اولیه هر کانون خانواده هستند، نوع نگاه آنها نسبت به فرزند یا جایگاه فرزند در خانواده، شکل رابطه آنها را با فرزندان مشخص و هدایت می‌کند. طبیعتاً فرزندان نیز نسبت به کنش‌های والدین، واکنش نشان می‌دهند. این واکنش‌ها در طی گذر زمان در شکل شخصیت آنان انعکاس می‌یابد. یعنی حرکت اصلی و اولیه توسط والدین آغاز و به اجرا گذاشته می‌شود. حرکت والدین تحت تأثیر جهان بینی یا سرمایه‌های فرهنگی آنان می‌باشد. در بعضی از خانواده‌ها، والدین تصمیم‌گیرندگان اصلی بوده و فرزندان بدون چون و چرا، اوامر و خواسته‌های آنها را اطاعت می‌کنند. یعنی در این حالت، فرزندان نقشی پائین‌تر از والدین داشته، و روش والدین که فقط نان آور خانواده می‌باشند قانداستبدادی بوده، و در این حالت غالباً زمان گفتگوئی بین والدین و فرزندان وجود ندارد، یا در صورت وجود اندک خواهد بود. در خانواده‌های دیگر، فرزند سالاری ملاک بوده، یعنی توجه و اهمیت بیش از حد به فرزندان می‌شود که باعث شده فرزند، محور قرار بگیرد و والدین نقش اصلی خود را در تهیه رفاه فرزندان خلاصه می‌کنند. در این حالت بیشتر یک رابطه بر اساس آزادی حاکم است و در مواقعی زمان گفتگو به مقدار کم وجود دارد، چون والدین وظیفه خود را در تهیه رفاه مادی فرزندان خلاصه کرده‌اند. خانواده‌هایی که در حالت میانه به صورت دموکراتیک رفتار می‌کنند، یعنی هر دو بخش اعضای خانواده دارای ارزش یکسانی بوده، ولی دارای وظایف متفاوتی می‌باشند. در این حالت، والدین هم نان آور خانواده بوده، هم به احساسات فرزندان توجه دارند، یعنی با فرزند گفتگو و مشورت می‌شود. هر یک از این سه حالت، یعنی فرزند عضو ضعیف خانواده باشد، یا فرزند محوری، و یا فرزند عضوی برابر با والدین باشد، این ویژگی‌ها در طبقات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی متفاوتی نیز هستند. علاوه بر این عنصر، ویژگی‌های شخصیتی و فرهنگی والدین نیز در چگونه انگاشتن فرزند دخالت دارند. تحقیقی که توسط یک گروه متخصص در فرانسه در سال ۱۹۹۴، صورت گرفته است، به این نتیجه دست یافتند، هر چقدر والدین دارای شخصیتی درونی باشند، فرزندان خود را بیشتر پذیرا هستند و هر چقدر کمتر درونی باشند و بیشتر بیرونی باشند، کمتر فرزندان خود را می‌پذیرند. (ورکر و همکاران، ۱۹۹۴)

۴-۵- سلامت روان

الف- روانشناسی سلامت روان

در مورد سلامت روان تعاریف نظری فراوانی وجود دارد، و یک توافق جمعی و مشترک بین اندیشمندان رشته‌های مختلف در این مورد وجود ندارد. مثلاً پزشکان و افرادی که با دیدگاه پزشکی به این مسئله می‌نگرند سلامت روان را منوط به نداشتن علائم بیماری تلقی می‌نمایند. روان‌شناسان و پزشکان نیز فردی را از نظر روانی سالم می‌دانند که دچار علائم روانی که بیانگر اختلال در کارکردهای روانی است نباشد، و بتواند به هنگام مواجه شدن با مسائل و مشکلات اجتماعی در رفتارهایشان تعادل برقرار کنند. کارشناسان سازمان بهداشت جهانی سلامت فکر و روان را چنین تعریف می‌نمایند سلامت روان عبارت است از: سلامت فکر، قابلیت برقراری رابطه هماهنگ و موزون با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی، حل تضادها، مشکلات، تمایلات فردی به طور منطقی، عادلانه و مناسب است. لونسون^۱ و همکاران (۱۹۶۲) معتقدند که سلامت روان عبارت است: از اینکه اولاً چه احساسی نسبت به خود و دیگران و دنیای اطراف و ثانیاً به چگونگی سازگاری فرد و شناخت موقعیت مکانی و زمانی خویش ارتباط دارد. فرهنگ بزرگ روانشناسی لاروس سلامت روان را چنین تعریف می‌کند: استعداد روان برای هماهنگ، خوشایند و موثر کار کردن برای موقعیت‌های دشوار، انعطاف پذیر بودن و توانایی داشتن برای ارزیابی تعادل خود است. در تعریفی دیگر سلامت روان عبارت است از سازگاری فرد با جهان اطراف با حداکثر امکان به طوری که باعث شادی و برداشت مفید و موثر از سوی فرد می‌شود (میلانی فر، ۱۳۸۳). پاتن استاد فلسفه دانشگاه هلستیک می‌تواند تعریفی از سلامت روانی را بایستی به منزله توانایی افراد برای دستیابی به اهدافی که برای خود در نظر گرفته‌اند تعریف نمود (شرف‌الدین زاده، ۱۳۸۸). سلامت روان به معنای احساس رضایت، روان سالم‌تر و تطابق اجتماعی با موازین مورد قبول هر جامعه است (کاپلان و سادوک، ترجمه پور افکاری، ۱۳۷۶). به طور کلی، شخصی دارای سلامت روان می‌تواند با مشکلات دوران رشد روبه‌رو شود و قادر است در عین کسب فردیت با محیط نیز انطباق یابد به نظر میرسد تعریف رضایت بخش از سلامت روان برای فرد مستلزم داشتن احساس مثبت و سازگاری موفقیت‌آمیز و رفتار شایسته مطلوب است بنابراین هر گونه ملاکی که به عنوان اساس سلامتی در نظر گرفته می‌شود باید شامل رفتار بیرونی و احساسات درونی باشد. (بنی جمال واحدی، ۱۳۷۰) سازمان بهداشت جهانی، سلامت روان را چنین تعریف کرده است بهداشت روان در درون مفهوم کلی بهداشت جای می‌گیرد و بهداشت یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش‌های اجتماعی، روانی، جسمی و بهداشتی، سلامتی تنها در نبود بیماری یا عقب‌ماندگی نیست. تعریف کینز برگ^۲ در مورد بهداشت روانی عبارت از تسلط مهارت در ارتباط با محیط، به خصوص درس خرسند، فرار از مسائلی که با قانون‌گریزی دارد لذت بردن از زندگی و استفاده صحیح از فرصت‌ها ملاک تعادل و سلامت روان است. (میلانی فر، ۱۳۷۴)

1 Lonsion
2 Kinsbarg

تعریف سلامت روان بر اساس ادبیات موضوع وابسته به هفت ملاک می‌داند که عبارتند از:

- ۱- فقدان بیماری
- ۲- رفتار اجتماعی مناسب
- ۳- رهایی از نگرانی و گناه
- ۴- کفایت فردی و خود مهارگری
- ۵- خویشتن‌پذیری و خودشکوفایی
- ۶- فردو سازمان شخصیت
- ۷- گشاده‌نگری و انعطاف‌پذیری

به نظر تودور، با توجه به ادبیات موجود نمی‌توان با قاطعیت از ملاک‌های پذیرفته‌شده جهانی برای سلامت روان سخن گفت؛ بنابراین سلامت روان از دیدگاه‌های گوناگونی تعریف می‌شود و هر تعریفی از سلامت روان، فرضیه‌های فرهنگی ذاتی خود را دارا است (لطافتی بريس، ۱۳۸۸).

سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) سلامت روان را به عنوان حالتی از بهزیستی که در آن فرد توانمندی خود را شناخته از آن‌ها به نحو موثر و مولد استفاده کرده و برای اجتماع خویش مفید است تعریف می‌کند به طور کلی بهداشت روان ایجاد سلامت روان بوسیله پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های روانی، کنترل عوامل موثر بروز آن، تشخیص زود رس، پیشگیری از عوامل ناشی از برگشت بیماری روانی و ایجاد محیط سالم در برقراری روابط صحیح انسانی است (میلانی فر، ۱۳۸۲).

لونسون (۱۹۷۵) سلامت روان را این‌گونه تعریف کرده است: سلامت روان، عبارت است از اینکه فرد چه احساسی نسبت به خود، دنیای اطراف، محل زندگی و اطرافیان دارد، مخصوصاً با توجه به مسئولیتی که در قبال دیگران دارد. همچنین به چگونگی سازش وی با درآمدخودشناخت موقعیت مکانی و زمانی خویش بستگی دارد. دوبوس^۱ (۱۹۸۵) معتقد است که سلامت روان را نباید به عنوان حالت آسایش ایده‌آل که از طریق حذف کامل بیماری به دست می‌آید در نظر گرفت بلکه سلامتی روشی برای زندگی است که از طریق آن انسان ناکامل بتواند در مواجهه با این دنیای ناکامل بدون اینکه متحمل درد و ناکامی بشود به موفقیت‌هایی هم دست پیدا کند (به نقل از نسینت و جانن ۱۹۹۲، ترجمه جانقربانی، ۱۳۷۳).

رفتار عادی نمودار شخصیت سالم انسان عادی است که موجب سازگاری او با محیط و در نتیجه رفع نیازهای ضروری او می‌شود چنین رفتاری نشانه سلامت روانی است. اکثر روانپزشکان توانایی سازش فرد با محیط، انعطاف‌پذیری، استقلال، قضاوت عادلانه و منطقی در مواجهه با محرومیت‌ها و رفتارهای روانی را ملاک سلامت روان و تعادل روان می‌دانند و اهداف اصلی از درمان بیماران روانی، قادر کردن آن‌ها به زندگی خانواده و اجتماعی و به اصطلاح سازش با محیط است (احمدوند، ۱۳۸۴).

سلامت روان را حالتی از عملکرد موفق فرآیندهای ذهنی، فعالیت‌های کارآمد، موثر و پربار، توانایی سازگاری با تغییرات و منطبق شدن با شرایط نامطلوب می‌داند که در بهترین حالت شامل وضعیتی پویا، فقدان نشانه‌های بیماری و حضور نشانه‌های سلامت است که شامل ابعاد ذهنی، روانی و اجتماعی می‌باشد (کیبیز، ۲۰۰۳).

اکثر اشخاص سالم در گذشته زندگی نمی‌کنند آن‌ها قربانیان ترور شدن‌های خیالی یا واقعی نیستند. همچنین، بعضی از نظریه پردازان داشتن دورنمایی از آینده را برای شخصیتی سالم، حیاتی می‌دانند. اما توصیه نمی‌کنند آینده را جانشین حال سازیم. جهت‌گیری ما به سوی هدف‌ها و مسئولیت‌های آتی می‌باشد. ولی همواره باید از هستی‌مان آگاه باشیم و موافق آن زندگی کنیم. نگرش‌های پیرامون شخصیت سالم نه تنها در مورد افراد متفاوت، بلکه در سنین مختلف یک فرد واحد نیز متفاوت است. ارزش‌ها، خواسته‌ها، نیازها، بیم‌ها، امیدهای ما در هر مرحله رشد و پرورش دگرگون می‌شود. احتمالاً راه درست را درست را با همان روشی در می‌یابیم که در هر دوره زندگی آنچه برایمان مناسب است می‌آموزیم. روش‌های متفاوت زندگی مجموعه اعتقادات و نقش‌های اجتماعی را می‌آموزیم، تا مناسب‌ترین آن‌ها را برای خود بیابیم. ظاهراً اشخاصی که در رسیدن به سلامت روان مختارند، کسانی هستند که به اندازه کافی آزادند که تجویزهای متفاوت را تجربه کنند تا اعتبار آن‌ها را در آزمایشگاه زندگی روزمره شان بیاموزند. دیگران می‌توانند مسیری را برای دنبال کردن پیشنهاد کنند. ولی تنها خود ما هستیم که می‌توانیم سودمندی‌اش را بسنجیم. به اعتقاد گوردن آلپورت، ویژگی شخصیت سالم چند خصوصیت را در بر می‌گیرد که عمده‌ترین آن پذیرفتن خود است. شخصیت‌های سالم می‌توانند همه جنبه‌های هستی خود را از جمله نقاط ضعف و کاستی‌های خود را بپذیرند. شخص سالم به جهان خویش عینی می‌نگرد، به عکس روان‌نژدها ناچارند واقعیت را تحریف کنند تا به خواسته‌ها و نیازها و ترس‌هایشان سازگار شود. شخصیت‌های سالم به جلو می‌نگرند و انگیزشان و هدف‌ها و برنامه‌های دراز مدت دارند (شولتز؛ ترجمه گیتی خوشدل، ۱۳۶۸).

فروم شخصیت انسان را بیشتر محصول فرهنگ می‌داند. در نتیجه به اعتقاد وی سلامت روان بسته به این است که سلامت جامعه تا چه اندازه نیازهای اساسی افراد جامعه را بر می‌آورد. نه این که فرد تا چه اندازه خودش را با جامعه سازگار می‌کند. در نتیجه سلامت روان بیش از آن که امری فردی باشد مسئله‌ای اجتماعی است. به اعتقاد وی تلاش برای سلامت عاطفی و بهبود گرایش یا استعدادهای فطری برای زندگی بارور و برای هماهنگی در نهاد همه ماست. اگر به افراد فرصت داده شود این گرایش فطری و عشق شکوفا خواهد شد و امکان حداکثر استفاده از استعداد بالقوه را خواهد داد. در تفکر فروید انسان متعارف کسی است که مراحل رشد جنسی - روانی را با موفقیت گذرانده باشد و در هیچ یک از مراحل بیش از حد تبعیت نشده باشد. از نظر او کمتر انسانی متعارف به حساب می‌آید و هر فردی به نحوی انحاء غیر متعارف است. آدلر انسان را موجودی خوب، انتخاب‌گر، اجتماعی،

مسئول و در حال شدن می‌داند. که نه خوب است و نه بد و نه ماهیتش در جامعه شکل می‌گیرد. و تکامل او در واقعیت بخشیدن به خویش است. به نظر آدلر^۱ نوروز نتیجه قصور در یادگیری است و نیز نتیجه ادراک و تصورات معیوب و منحرف است. نوروز بهایی است که ما برای فقدان تمدن خویش می‌پردازیم در صورتی که فرید نوروز را بهایی می‌دانست که ما در قبال تمدن می‌پردازیم. هر نوروز به منزله کوششی است برای رها کردن (شولتز؛ همان منبع).

۴-۶- مدل جدید سلامت روان

به عنوان راهی برای حل بعضی از مسائل زندگی، با در نظر گرفتن سلامت، به مسابه یک مفهوم نسبی به جای یک مفهوم مطلق، (دوانی^۲ و همکاران ۱۹۹۶) مدل جدیدی از سلامت روان را ارائه کرده‌اند. این مدل ابعاد مثبت و منفی سلامت روان را مطرح می‌کند که هر کدام با عناصر جسمی، روانی و اجتماعی که از تعریف سازمان بهداشت جهانی (۱۹۴۶) از سلامت روان انجام شده نشأت می‌گیرد، مطابقت دارد. ابعاد سلامت شامل بعد منفی: بیماری، بدشکلی، حالات ناخواسته، جراحات (ضایعه)، ناتوانی، عقب ماندگی. بعد مثبت: اجتماعی، جسمانی، روانی: تناسب اندام (صحت)، سلامتی و خوشی (میلانی، ۱۳۸۳). در سال‌های اخیر انجمن کانادایی بهداشت روان، سلامت روان را به سه بخش تعریف کرده است:

بخش اول بازخوردهای مربوط به خود شامل: الف: تسلط بر هیجان‌های خود؛ ب: آگاهی از ضعف‌های خود؛ ج: رضایت از خوشی‌های خود.

بخش دوم: بازخوردهای مربوط به دیگران شامل: الف: علاقه به دوستی‌های طولانی و صمیمی؛ ب: احساس تعلق به یک گروه؛ ج: احساس مسئولیت در مقابل محیط انسانی و مادی.

بخش سوم: بازخوردهای مربوط به زندگی شامل: الف: پذیرش مسئولیت‌ها ب: ذوق توسعه امکانات و علایق خود ج: توانایی اخذ تصمیم‌های شخصی د: ذوق خوب کار کردن (اسلامی، ۱۳۸۹).

روان‌شناسان مکتب کمال، برخی از شاخص‌های سلامت روان را به قرار زیر، معرفی می‌کنند:

۱. میان محرک‌ها و پاسخ‌های فرد، تناسب و تعادل منطقی وجود دارد؛
۲. آرمان‌ها و هدف‌های فرد، در محدوده امکانات وی قرار دارد. به این مفهوم که در انتخاب اهداف زندگی به واقعیات، توجه کافی به عمل می‌آید؛

۳. فردی که دارای سلامت روان است، آگاهی و شناخت نسبتاً مطلوبی از انگیزه‌های خویش دارد و ارتباط منطقی میان انگیزه و رفتار خویش برقرار می‌کند؛

۴. فردی که روان سالم و بهنجار دارد، معمولاً از رفتار یک دست و هماهنگی برخوردار است. به عنوان مثال در حوزه احساسات و انفعالات، «ثبات عاطفی» دارد و به سادگی دستخوش هیجانات زودگذر و ناپایدار نمی‌شود؛

۵. فرد در روبرو شدن با شکست‌ها و واقعیات‌های دردناک زندگی، توانایی ویژه‌ای دارد. او ناکامیهای خود را با شجاعت می‌پذیرد و از آنها به منزله سکوی پرتاب به دنیای کامیابی‌ها و موفقیت‌هایش استفاده می‌نماید (شرفی، ۱۳۸۰)

سلامت روان عبارت است از:

۱. برخورداری از شخصیت خوش‌آمیز و توانایی گرد آمدن؛

۲. شخصی که احساس خوشبختی می‌کند و درباره خویشتن احساسات خوبی دارد و در زندگی لذت میبرد؛

۳. شخصی که می‌تواند با امور زندگی و محیط سازگار شود؛

۴. شخصی که می‌تواند از گذشته‌اش یاد بگیرد (به نقل از عبدالعلی بیاتیانی، ۱۳۹۰)

۴-۷- خودکشی

پدیده خودکشی که از عوارض مهم دنیای صنعتی عصر حاضر است بیشتر متأثر از نا به سامانی‌ها، اختلال‌های روانی و نابرابری‌های اجتماعی است. دورکیم در کتاب "تقسیم کار" خود بر این اعتقاد است که "خودکشی همراه با تمدن ظاهر می‌شود و یا حداقل آن چه به شکل خودکشی در جوامع فروتر ملاحظه می‌شود، خصوصیات ویژه‌ای دارد." (دورکیم، ۱۳۵۹: ۲۸۴) (ستوده، ۱۳۷۸: ۲۳۶) در سال ۱۷۳۷ دفوتن برای نخستین بار کلمه Suicide در فرانسه به کار برد که بعداً آکادمی علوم فرانسه در سال ۱۷۶۲ آن را پذیرفت. (اسلامی نسب، ۱۳۷۱: ۷۳) باتامور در اثر خود "جامعه‌شناسی"، آورده است که دورکیم در تحقیق خود قصد آن داشته که بین میزان خودکشی و درجه‌ی پیوستگی افراد در گروه‌های اجتماعی (همبستگی و انسجام اجتماعی) رابطه برقرار کند و معتقد است که هدف دورکیم این بود که میزان خودکشی در گروه‌های مختلف اجتماعی را به خصایص مشخصه‌ی این گروه‌ها ربط دهد و به این طریق علل اجتماعی خودکشی را کشف نماید. (باتامور، ۲۵۳۵: ۲۲). دورکیم طبیعت بشر را با رجوع به مفهوم واقعیت‌های اجتماعی تبیین می‌کند. به نظر وی واقعیت‌های اجتماعی طرق عمل کردن، فکر کردن و احساس کردن است که تا حدودی بین شماری از مردم مشترک است که این واقعیت‌ها نسبت به افراد اموری خارجی و بیرونی محسوب می‌شوند و بر وی اقتدار آمران‌ای را اعمال می‌کنند. (محسنی تبریزی، ۱۳۷۳: ۱۲۰) در زندگی شهرنشینی کنونی، جمعیت بسیار زیاد در شهرها

1 adler

2 dowani

وعدم تجانس افراد با هم واحساس غربت، تنهایی وکم شدن تعداد افراد خانواده ها و کاهش یافتن محبت خانوادگی، افزایش استقلال فردی، هم چشمیها و پیداشدن آرزوهای دور و دراز زندگی مادی، خواستن ها و نتوانستن ها، فراراز خانواده و پناه بردن به اجتماع نا آشنا، سرگشتگی در میان ارزش های متضاد زندگی شهری جدید، ناتوانی درمبارزه با دشواری ها وشکستها و نومیدیها، محرومیت درعشق توام با فقر مادی وسرانجام ضعف یا رنجوری شخصیت آن چنان ناراحتی هایی ایجاد می کند که فرد خود را در نابودی وپوچی جستجو می کند و دست به خودکشی میزند.

۴-۸- افسردگی

همان طور که قبلاً اشاره شد افسردگی از مهم ترین رفتارهای منجر به خودکشی است؛ احساس بی ارزشی، احساس گناه و اندیشیدن درباره مرگ، خودکشی یا اقدام به خودکشی از شایع ترین نشانه های افسردگی است؛ فاربر و ولیمتن (۱۹۷۰) بیان کرده اند که هنگام افسردگی شدید، شخص معمولاً دوراندیشی خود را از دست داده و از لحاظ عاطفی، توانایی حل مشکلات را نداشته و به دلیل محدودیت جریان فکری قادر به انتخاب راه حلی جز خودکشی نیست. (کلمن، ۱۳۷۶:۶۷۷) و نیز گفته شد که منظور افسردگی به معنی Depression و افسردگی به معنی Melancholy است. علائم Depression عبارتند از: اختلال در اشتها، اختلال در خواب، فقدان انرژی، احساس بدبینی، هیجان روانی و حرکتی، گاهی غمگین و گاهی شاد وهیجانی اشتغال ذهنی در مورد مرگ و خودکشی، خستگی پذیری. علائم Melancholy عبارتند از: بی خوابی، سوءهاضمه، منزوی و غیر فعال شدن، خودداری از حرف زدن و خوردن، احساس شدید تقصیر و گناه و بیچارگی، اضطراب و گریه بی اراده، اعتراف نکردن به افسردگی اشاره کرد که درنهایت فرد تصوری کند درد اوغیر قابل علاج است وتنها راه چاره خودکشی است. (دانش، ۱۳۷۹: ۱۸۳، ۱۸۴)

۵- متغیرهای جمعیت شناختی

در هر پژوهشی بررسی متغیرهای جمعیت شناختی یکی از بخش های آن فرایند محسوب می شود که در جای خود از اهمیت قابل ملاحظه ای برخوردار می باشد. لذا تحلیل این بخش از داده ها نیز در فرایند تحقیق و پژوهش مفید و مؤثر خواهد بود. نتایج حاصل از بررسی جدول نشان می دهد که ۵۰/۰۰ درصد از نمونه آماری پسر و ۵۰/۰۰ درصد از این نمونه دختر می باشند.

جدول ۱. نتایج حاصل از بررسی نمونه آماری دانش آموزان بر اساس جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد
پسر	۷۵	۵۰/۰۰
دختر	۷۵	۵۰/۰۰
کل	۱۵۰	۱۰۰

جدول ۲. نتایج حاصل از بررسی نمونه آماری دانش آموزان بر اساس مدارس محل تحصیل

مدارس محل تحصیل	فراوانی	درصد
دبیرستان دخترانه پروین	۳۶	۲۴/۰۰
دبیرستان دخترانه الزهرا	۳۷	۲۴/۷
دبیرستان پسرانه امیرکبیر	۴۰	۲۶/۷
دبیرستان پسرانه مصطفی خمینی	۳۷	۲۴/۷
کل	۱۵۰	۱۰۰

نتایج حاصل از بررسی جدول و نمودار ۲ نشان می دهد که ۲۴/۰۰ درصد از نمونه آماری در دبیرستان دخترانه پروین، ۲۴/۷ درصد از این نمونه در دبیرستان دخترانه الزهرا، ۲۶/۷ درصد در دبیرستان پسرانه امیرکبیر و ۲۴/۷ درصد در دبیرستان پسرانه مصطفی خمینی مشغول به تحصیل هستند.

۶- آزمون کلموگروف اسمیرنوف (بررسی نرمال بودن داده ها)

نتایج حاصل از جدول ۳ نشان می دهد که میزان کلموگروف اسمیرنوف داده ها در متغیر خشم سرکوب شده با میانگین (۱۰/۱۶۶) و انحراف معیار (۱۸/۷۶)، (۰/۶۶۹) می باشد. این مقدار در متغیر احساس خودکهنتری با میانگین (۹۶/۵۸) و انحراف معیار (۱۳/۳۷)، (۰/۸۹۷) می باشد. همچنین، این مقدار در متغیر گرایش به خودکشی با میانگین (۱۶/۱۰) و انحراف معیار (۴/۲۰)، (۰/۹۳۵) می باشد. که این نشان دهنده این هست که داده ها نرمال می باشند.

جدول ۳. آزمون کلموگروف اسمیرنوف (بررسی نرمال بودن داده ها)

متغیر	تعداد	میانگین*	انحراف معیار*	مقدار کلموگروف	سطح معناداری (sig)
خشم سرکوب شده	۱۵۰	۱۰/۱۶۶	۱۸/۷۶	۰/۶۶۹	۰/۷۶۲
احساس خودکهنتری	۱۵۰	۹۶/۵۸	۱۳/۳۷	۰/۸۹۷	۰/۳۹۷
گرایش به خودکشی	۱۵۰	۱۶/۱۰	۴/۲۰	۰/۹۳۵	۰/۳۴۷

** a. Test distribution is Normal. b. Calculated from data.

۷- آزمون فرضیه های تحقیق

در این بخش با استفاده از فنون آمار توصیفی و استنباطی به آزمون فرضیه های تحقیق می‌پردازیم.
فرضیه اول: بین خشم سرکوب شده با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

جدول ۴. ضریب همبستگی بین خشم سرکوب شده با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	تعداد	R پیرسون	سطح معناداری
خشم سرکوب شده	۱۰۱/۶۶	۱۸/۷۶	۱۵۰	۰/۱۷۰	۰/۰۳۸
گرایش به خودکشی	۱۶/۱۰	۴/۴۰	۱۵۰		

بررسی رابطه بین خشم سرکوب شده با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان نشان می‌دهد که متغیر خشم سرکوب شده دارای میانگین (۱۰۱/۶۶) و انحراف معیار (۱۸/۷۶) می‌باشد. همچنین، متغیر گرایش به خودکشی دارای میانگین (۱۶/۱۰) و انحراف معیار (۴/۴۰) می‌باشد. یافته‌ها همچنین بیانگر این است که ضریب همبستگی پیرسون بین خشم سرکوب شده با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان برابر با $r = 0.170$ و $p = 0.038$ می‌باشد. لذا، به لحاظ آماری اینطور می‌توان بیان داشت که بین خشم سرکوب شده با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

جدول ۵. خلاصه الگوی رگرسیون متغیر خشم سرکوب شده برای پیش بینی گرایش به خودکشی دانش‌آموزان

گام	متغیر	r	r ²	F	β	t	sig
۱	متغیر خشم سرکوب شده	۰/۱۷۰	۰/۲۸۹	۴/۳۸	۰/۱۷۰	۲/۰۹۴	۰/۰۳۸

نتایج حاصل از جدول ۵ حاکی از آن است که در بررسی اولویت‌های متغیرهای پیش‌بینی‌کننده‌ی گرایش به خودکشی دانش‌آموزان، متغیر خشم سرکوب شده پیش‌بینی داشته، این متغیر به میزان $2/89$ واریانس را برای گرایش به خودکشی دانش‌آموزان تبیین کرده و پیش‌بینی‌کننده مثبت و معنی‌داری برای آن بود.

فرضیه دوم: بین احساس خودکهوری با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

جدول ۶. ضریب همبستگی بین احساس خودکهوری با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	تعداد	R پیرسون	سطح معناداری
احساس خودکهوری	۹۸/۲۲	۱۱/۴۸	۱۵۰	۰/۰۳۶	۰/۰۶۶۵
گرایش به خودکشی	۱۶/۱۰	۴/۴۰	۱۵۰		

بررسی رابطه بین احساس خودکهوری با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان نشان می‌دهد که متغیر احساس خودکهوری دارای میانگین (۹۸/۲۲) و انحراف معیار (۱۱/۴۸) می‌باشد. همچنین، متغیر گرایش به خودکشی دارای میانگین (۱۶/۱۰) و انحراف معیار (۴/۴۰) می‌باشد. یافته‌ها همچنین بیانگر این است که ضریب همبستگی پیرسون بین احساس خودکهوری با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان برابر با $r = 0.036$ و $p = 0.0665$ می‌باشد. لذا، به لحاظ آماری اینطور می‌توان بیان داشت که بین احساس خودکهوری با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان رابطه‌ی ای وجود ندارد.

۸- بحث و نتیجه گیری

فرضیه اول: بین خشم سرکوب شده با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان رابطه‌ی معناداری وجود دارد.
نتایج حاصل از یافته‌های فرضیه اول تحقیق و در بررسی رابطه بین خشم سرکوب شده با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان نشان داد که بین خشم سرکوب شده با گرایش به خودکشی در دانش‌آموزان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بدین معنی که هر قدر خشم سرکوب شده در دانش‌آموزان زیاد باشد، گرایش به خودکشی در آنها به همان میزان افزایش پیدا می‌کند. انی نتیجه همسو با نتایج تحقیقات (محمدی فر و همکاران (۱۳۹۲)، حسینی و همکاران (۱۳۸۵)، آمرمن، کلیمن، یویچی، کنور و مک کلونسکی (۲۰۱۵)، دنیل، گودسون، ارکانی، فرانکلین و میفیلد (۲۰۰۹) لهنرت و اورهولسر (۱۹۹۴))، می‌باشد. محمدی فر و همکاران (۱۳۹۲)، در پژوهشی به مقایسه ویژگی‌های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معنادان با و بدون افکار خودکشی، پرداختند. ویژگی‌های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معنادان خودکشی‌گرا بالاتر از معنادان غیر خودکشی‌گرا بود. نتیجه گیری: غربالگری و شناسایی معنادانی که در آنها ویژگی‌های پرخاشگری و شخصیت مرزی بالا است

برای پیشگیری از خودکشی ضروری به نظر می رسد. حسینی و همکاران (۱۳۸۵)، در پژوهشی به بررسی اختلالات شخصیت و اقدام به خودکشی در دانشجویان، پرداختند. یافته‌ها نشان داد که دانشجویان اقدام کننده به خودکشی در علائم اختلالات شخصیت اجتنابی، ضداجتماعی، مرزی، اسکیزوتایپی، پارانوئید، خودشیفته، پرخاشگر - منفعل و آزارطلب تفاوت معناداری با گروه دانشجویان عادی داشتند و میانگین گروه اقدام کننده به خودکشی بالاتر بود. در علائم اختلالات شخصیتی اسکیزوتایپی، وابسته، نمایشی، وسواسی - جبری و آزارگر تفاوت‌های بین دو گروه معنادار نبود. نتیجه: دانشجویان اقدام کننده 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 اقدام کننده انجام داد. نتایج پژوهش لهنرت و اورهولسر (۱۹۹۴) نشان داد خشم نقش مهم در رفتار خودکشی نوجوانان بازی می کند. آنها ۳۲۳ نوجوان عادی و ۱۰۴ دانش آموزی که اقدام به خودکشی داشتند را بررسی کردند، نتایج نشان داد نوجوانان اقدام کننده به خودکشی تجربه عصبانیت داشتند همچنین این نوجوانان سطح بالاتری از خشم درونی و بیرونی، و کاهش گرایش به کنترل تکانه در آنها دیده شد. آمرمن، کلیمن، یویجی، کنور و مک کلونسکی (۲۰۱۵) در پژوهش خود مطرح کردند که ادبیات غنی در ارتباط با رابطه بین خشونت و خودکشی با صفت خشم وجود دارد اما با این حال کمتر شناخته شده است. آنها مطرح کردند دو مکانیسم بالقوه در رابطه بین خشونت و خودکشی با خشم وجود دارد و آن دو احساسات و تکانشگری هستند که با افزایش خشم همراه هستند و خشم به عنوان عامل زمینه ای مشترک برای هم خودکشی و هم خشونت مطرح است. و اختلال در نظم احساسات و تکانشگری به عنوان واسطه ی بالقوه ای در رفتار خودکشی است. نتایج پژوهش دنیل، گودسون، ارکانی، فرانکلین و میفیلد (۲۰۰۹) که به بررسی صفت خشم، بیان خشم و تلاش های خودکشی در میان نوجوانان و جوانان با رویکردی طولی پرداختند نتایج حاکی از آن بود که صفت خشم بالاتر و خشم بیش از حد در بیان آن با افزایش احتمال اقدام به خودکشی در میان مردان مرتبط بود برای دختران صفت خشم و بیان آن با خطر خودکشی در صورت هم ابتلایی افسردگی بیشتر بود این نتایج را می توان در پرتو نظریه فعال سازی رفتاری و سیستم بازداری رفتاری تفسیر کرد. نتایج پژوهش لهنرت و اورهولسر (۱۹۹۴) نشان داد خشم نقش مهم در رفتار خودکشی نوجوانان بازی می کند. آنها ۳۲۳ نوجوان عادی و ۱۰۴ دانش آموزی که اقدام به خودکشی داشتند را بررسی کردند، نتایج نشان داد نوجوانان اقدام کننده به خودکشی تجربه عصبانیت داشتند همچنین این نوجوانان سطح بالاتری از خشم درونی و بیرونی، و کاهش گرایش به کنترل تکانه در آنها دیده شد.

فرضیه دوم: بین احساس خودکهرتری با گرایش به خودکشی در دانش آموزان رابطه‌ی معناداری وجود دارد.

نتایج حاصل از یافته‌های فرضیه دوم تحقیق و در بررسی رابطه بین احساس خودکهرتری با گرایش به خودکشی در دانش آموزان نشان داد که بین احساس خودکهرتری با گرایش به خودکشی در دانش آموزان رابطه‌ی وجود ندارد. این نتیجه در جهت عکس نتیجه تحقیق گودوین و ماریوزیک (۲۰۰۳) می باشد که نشان داد در میان نوجوانانی که اظهار داشتند احساس حقارت را تجربه کردند میزان اقدام به خودکشی و شانس افکار خودکشی افزایش یافت. بنابراین، افزایش احساس حقارت به طور قابل توجهی با خطر افکار خودکشی و رفتارهای خودزنده در جامعه همراه است.

زندگی خانواده نقش اساسی در حفظ سلامت روانی، اجتماعی و جسمانی کودکان و والدین دارد. خانواده اولین و مهم ترین بافت اجتماعی را برای رشد انسان فراهم می سازد. در جریان رشد طبیعی هر کودک یک رشته تغییرات شناختی، عاطفی و اجتماعی را شاهد هستیم. تقریباً همه کودکان در طول رشد و در جریان سازگاری با این تغییرات دچار مشکلاتی می شوند و استرس و تعارضی را که به دنبال می‌آید، میتواند به مشکلات رفتاری-عاطفی و یادگیری در آن‌ها بینجامد. اکثر مشکلات رفتاری کودکان منعکس کننده شرایط پیچیده بین فردی اعضای خانواده به ویژه والدین میباشد. به عبارت دیگر وجود مشکلات رفتاری کودک به منزله روابط معیوب اعضای خانواده با یکدیگر است و با روش های تربیتی نادرست والدین و تعاملات معیوب آن‌ها با فرزندان ارتباط دارد. همچنین از آنجاییکه خودکشی به عنوان یک پدیده روانی- اجتماعی، موضوع چند وجهی و پیچیده یی است که تمام ملل و جهان با آن مواجه میباشند. وقتی شخصی مرتکب خودکشی می شود، معمولاً وابستگان و دوستان او متعجب و حیران می شوند اما پس از بررسی دقیق سرنخ هایی بدست می‌آید که در عین دشواری ضرورت پیگیری و جستجوی کمک و خدمات تخصصی را آشکار می سازد.

منابع

۱. ابوالحسن تنهایی، حسین (۱۳۷۴)، درآمدی بر مکاتب و نظریه های جامعه شناسی. تهران: انتشارات مردنیز.
۲. احمدوند، محمد علی (۱۳۸۴). بهداشت روانی تهران، دانشگاه پیام نور.
۳. استونز، راب (۱۳۸۳)، متفکران بزرگ جامعه شناسی. مهرداد میردامادی (مترجم). تهران: انتشارات مرکز.
۴. اسلامی نسب، بجنوردی (۱۳۷۱)، بحران خودکشی. تران: نشر فردوس.
۵. اسلامی نسب، علی، (۱۳۷۳). روانشناسی اعتماد به نفس چاپ اول - تهران - انتشارات مرداد.
۶. شنایدر و براون (۱۹۹۸). معرفی نظریه امید، فصلنامه ذهن زیبا، به نقل از سلیمی (۱۳۸۹)، ارگان مرکز مشاوره دانشگاه علامه.
۷. شنایدر، شوری، جیونز و ویلکلاند (۲۰۰۲). معرفی نظریه امید، فصلنامه ذهن زیبا، به نقل از سلیمی (۱۳۸۹)، ارگان مشاوره بهداشت روان دانشگاه علامه.

۸. اعزازی شهلا (۱۳۷۶). جامعه‌شناسی خانواده با تاکید بر نقش، ساختار و کارکرد خانواده در دوران معاصر. انتشارات روشنگران و مطالعات زنان.
۹. آقا یوسفی، علیرضا؛ اورکی، محمد؛ احمدی ازغندی، علی؛ حسینی، علی؛ نوفرستی، اعظم (۱۳۹۲). سبک زندگی سوء مصرف کنندگان مواد و افراد بهنجار: یک مقایسه مبتنی بر آدلری نگری. مجله روانشناسی سلامت، ۲ (۱): ۴۹-۶۲.
۱۰. اکبری، بهمن (۱۳۸۸). رابطه پابندی به دعا و اضطراب با توجه متغیرهای جمعیتشناختی در دانشجویان آزاد اسلامی، واحدانزلی، نشریه روان‌شناسی و دین، سال اول، شماره ۲، صفحه ۱۴۵-۱۵۵.
۱۱. امیدی ملایری، کاوه. ۱۳۸۲. "نگاهی به علل و عوامل خودکشی". فصل‌نامه علمی-کاربردی معاونت اجتماعی ناجا. پیش شماره ی اول. صص ۸۸-۱۰۱.
۱۲. امیر دیوانی، ابولفضل (۱۳۸۳). خودکشی جوانان و نوجوانان و انگیزه‌های آن. فصلنامه بهداشت و روان، شماره ۷، ۲۳-۳۵.
۱۳. انجمن جامعه‌شناسی ایران، مجموعه مقالات آسیب‌های اجتماعی ایران، انتشارات آگاه، چاپ دوم، بهار ۱۳۸۶.
۱۴. انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰). (راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی)، ترجمه نیکخو، محمدرضا و آوادیس یانس، هامایک ۲۰۰۴، انتشارات سخن، تهران.
۱۵. براون، کوری، هاگستروم و ساندستدت (۱۹۹۹). به نقل از دکتر سلیمی (۱۳۸۹). معرفی نظریه امید. فصلنامه ذهن زیبا، ارگان مشاوره و بهداشت روان.
۱۶. بنی جمال واحدی، شکوه‌السات، احدی، حسن (۱۳۷۰). بهداشت روانی و عقب ماندگی ذهنی، تهران: نشر نی.
۱۷. بویری، ایرج (۱۳۸۶). رابطه علی بین سلامت روان و امید، شوخ طبعی و خوش بینی در دبیران راهنمایی شهرستان ایذه، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تحقیقات خوزستان.
۱۸. پروین لارنس ای (۱۳۷۴). روانشناسی شخصیت (نظریه و تحقیق) ترجمه: محمد جعفر جوادی و پروین کدیور، نشر رسا.
۱۹. پور محمد (۱۳۸۰). آسیب‌شناسی روانی، تهران، انتشارات بعثت.
۲۰. پورمحمد، زهرا، دهقانی، خدیجه و یاسینی اردکانی، سیدمجتبی (۱۳۸۰). بررسی میزان ناامیدی و اضطراب در نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور، مجله تحقیقات پزشکی شماره ۱.
۲۱. تایلر، استیو (۱۳۷۶). جامعه‌شناسی خودکشی و علی موسی نژاد (مترجم). تهران: انتشارات اصفهان.
۲۲. توسلی، غلام عباس (۱۳۷۴). نظریه‌های جامعه‌شناسی ۱. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
۲۳. ثنائی یاقر (۱۳۷۸). نقش «خانواده‌های اصلی» در ازدواج فرزندان. فصلنامه علمی-پژوهشی انجمن مشاوره ایران، بهار و تابستان ۱۳۷۸، جلد ۱، شماره ۲.
۲۴. جلالی تهرانی (۱۳۸۷). درس بهداشت روان دوره دکتری روان‌شناسی تربیتی.
۲۵. جوانمرد، غلام حسین (۱۳۸۹). آسیب‌شناسی روانی ۲، تهران: دانشگاه پیام نور.
۲۶. چانگ (۱۹۹۸). کوری، مانیر، سون داک، ساندستدست (۱۹۹۹). به نقل از دکتر سلیمی (۱۳۸۹). معرفی نظریه امید، فصلنامه ذهن زیبا، ارگان مرکز مشاوره دانشگاه علامه.
۲۷. حسینی، علی، مرادی، علیرضا، یاریاری. فریدون (۱۳۸۵). اختلالات شخصیت و اقدام به خودکشی در دانشجویان، فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)، دوره ۱، شماره ۳-۲، صص. ۸۶-۵۷.
۲۸. حسینی، سیدابوالقاسم (۱۳۷۷). اصول بهداشت روانی، جلد چهارم، مشهد، دانشگاه علوم پزشکی، ص ۴۱.
۲۹. حسینی، سیده مونس (۱۳۸۵). رابطه امید به زندگی و سرسختی روان شناختی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گچساران، پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات خوزستان.
۳۰. حمیدحق گو، پرویز. ۱۳۵۲. پایان نامه: خودکشی. دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی، مؤسسه مطالعات و تحقیقات اجتماعی دانشگاه تهران. ۱۳۵۲-۱۳۴۷.
۳۱. خسروی، زهره. ۱۳۸۳. "بررسی رابطه همسر آزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب‌رسانی به همسر در زنان شهر تهران". فصل‌نامه علمی-پژوهشی مطالعات زنان. سال دوم. شماره ی ۶ تهران. صص ۲۹۳-۲۷۵.
۳۲. دارابی، ج (۱۳۸۵). تئوری‌های روانشناسی شخصیت. تهران: انتشارات آبیژ.
۳۳. داودی، محمدرضا (۱۳۸۳). امید و نقش تربیتی آن در زندگی انسان، مجله معرفت، شماره ۲۰، صفحه ۲۰.
۳۴. داوری، محمد. سلیمی، علی، جامعه‌شناسی کجروی پژوهشکده حوزه و دانشگاه، چاپ اول، ۱۳۸۰.
۳۵. درتاج، فریبرز (۱۳۸۶). بررسی نقش عوامل درون‌زمانی و درون‌فردی بروضعیت سلامت روانی مدیران و کارکنان بنیاد شهید و امور ایثارگران، روان‌شناسی تربیتی.
۳۶. دهخدا، علی اکبر. ۱۳۴۷. لغت‌نامه. زیر نظر محمد معین. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۳۷. دورکیم، امیل. ۱۳۵۹. تقسیم کار اجتماعی. حسن حبیبی (مترجم). تهران: انتشارات قلم.
۳۸. دورکیم، امیل. ۱۳۷۸. خودکشی. نادر سالار زاده امیری (مترجم). تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبایی.
۳۹. دیویسون، نیل و کرینگ، ترجمه دکتر مهدی دهستانی (۱۳۸۶). آسیب‌شناسی روانی ۲، جلد اول، تهران، نشر ویرایش.

۴۰. رحیمی، فرزانه (۱۳۸۹). رابطه معنای زندگی، امیدواری و رضایت از زندگی با سلامت روان در آموزشیاران نهضت سواد آموزی بهبهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.
۴۱. رشید یاسمی، هوشنگ. ۱۳۴۵ پزشکی قانونی و طب کار. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
۴۲. رضایی (۱۳۸۷). بهداشت روانی، نظریه اریکسون، سایت جامع مدیریت.
۴۳. رضایی (۱۳۸۷). بهداشت روانی، نظریه فروم، سایت جامع مدیریت.
۴۴. رضایی (۱۳۸۷). بهداشت روانی، نظریه جرج کلی، سایت جامع مدیریت.
۴۵. رفیع پور، فرامرز. ۱۳۷۸ انومی یا آشفتگی اجتماعی. تهران: انتشارات سروش.
۴۶. روان شناسی مرضی؛ ساراسون؛ جلد اول؛ انتشارات رشد ۱۳۸۱
۴۷. روزنهان، سیلگمن، (۱۳۸۴) آسیب شناسی روانی ۸، (جلد دوم)، ترجمه سید محمدی، یحیی (۱۳۸۴)، نشر ارسباران، تهران.
۴۸. رییس دانا، فرییز. ۱۳۸۰ بررسی هایی در آسیب شناسی اجتماعی ایران. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور.
۴۹. ساراسون، ایروین جی. ساراسون باربارا آر. (روان شناسی مرضی)، (جلد اول)، ترجمه نجاریان، اصغری مقدم و دهقانی (۱۳۸۳)، انتشارات رشد، تهران.
۵۰. ستوده، هدایت الله. ۱۳۷۸ آسیب شناسی اجتماعی. تهران: آوای نور.
۵۱. ستوده، هدایت الله، مقدمه ای بر آسیب شناسی اجتماعی،
۵۲. سخاوت، جعفر. ۱۳۸۲ جامعه شناسی انحرافات اجتماعی. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
۵۳. سلیمی (۱۳۸۹). معرفی نظریه امید، فصلنامه ذهن زیبا، ارگان مرکز مشاوره و بهداشت روان دانشگاه علامه.
۵۴. سلیمی، علی و محمد داوری. ۱۳۸۰. بررسی هایی در آسیب شناسی اجتماعی ایران. تهران: انتشارات آوای نور.
۵۵. سیف سوسن (۱۳۶۸). تئوری رشد خانواده، تهران، انتشارات دانشگاه الزهراء.
۵۶. شاملو (۱۳۸۲). آسیب شناسی روانی، تهران رشد.
۵۷. شاملو (۱۳۸۰)، روش های تحقیق در علوم رفتاری، (چاپ سوم)، تهران، انتشارات سخن.
۵۸. شرف الدین زاده، نرگس (۱۳۸۸). رابطه بین سلامت روانی با شیوه های رویارویی با استرس در دانشجویان دانشگاه اسلامی واحد دزفول، پایان نامه کارشناسی روان شناسی عمومی دانشگاه پیام نور واحد اندیمشک.
۵۹. شرفی، محمدرضا (۱۳۸۰). جوان و نیروی چهارم زندگی و (اراده خودساز شخصیت) انتشارات سروش، تهران.
۶۰. شریعتمداری علی (۱۳۶۷). روانشناسی تربیتی. انتشارات امیر کبیر. تهران.
۶۱. شریفی، حسن پاشا؛ نجفی زند، جعفر (۱۳۸۲)، روش های آماری در علوم رفتاری، (چاپ دهم)، انتشارات سخن.
۶۲. شهید مطهری، مرتضی (۱۳۷۶)، عدل الهی، انتشارات صدرا، چاپ یازدهم.
۶۳. شهیدی، شهریار، حمیدیه، مصطفی (۱۳۸۱)، اصول و مبانی بهداشت روانی، تهران: انتشارات سمت،
۶۴. شولتز دوان (۱۹۷۷) روان شناسی کمال - ترجمه: گیتی خوشدل (۱۳۶۸) انتشارات نشر نور - تهران
۶۵. شولتز دوان و شولتز، سیدنی آلن (۱۹۹۸). نظریه های شخصیت ترجمه سید محمدی (۱۳۸۵).
۶۶. شولتز، د (۱۹۹۱). نظریه های شخصیت. ترجمه سید محمدی، ی. تهران: نشر ارسباران.
۶۷. شیخاوندی داور، (۱۳۷۹). جامعه شناسی انحرافات و مسائل جامعه‌ی. نشر مرنديزه چاپ چهارم.
۶۸. شیخاوندی، داور. ۱۳۷۳ جامعه شناسی انحرافات، آسیب شناسی جامعه‌ی. تهران: انتشارات مرنديزه.
۶۹. طاهری، ح (۱۳۸۵). عقده حقارت و راهکارهای درمان آن در منابع اسلامی. فصلنامه پژوهش های دینی، ۲(۴)، ۳۰-۵.
۷۰. طباطبایی، سید موسی. " تشخیص و پیشگیری از خودکشی جوانان ". ماهنامه ی اجتماعی، فرهنگی، آموزشی اصلاح و تربیت. شماره ی ۴۱ سال چهارم. مرداد ماه ۱۳۸۴ تهران: صص ۳۰-۲۷.
۷۱. عبدالعلی بیاتانی، لیلیا (۱۳۹۰). بررسی رابطه هوش هیجانی با سلامت روان دانشجویان دانشگاه پیام نور دزفول، پایان نامه کارشناسی، رشته راهنمایی و مشاوره در گروه علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور دزفول.
۷۲. عسگری، پرویز، شرف الدین، هدا (۱۳۸۹)، رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس بهزیستی اجتماعی در دانشجویان، واحد علوم و تحقیقات خوزستان.
۷۳. عطاری (۱۳۷۵). بهداشت روانی (۱۳۸۸). نظریه البرت الیس، سایت جامع مدیریت.
۷۴. عطاریان، مریم (۱۳۸۹)، بررسی رابطه بین عملکرد خانواده با سرسختی روان شناختی دانش آموزان دوره متوسطه شهر اصفهان در سال تحصیلی (۸۲-۱۳۸۱)، پایان نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشگاه اصفهان.
۷۵. علیپور، احمد (۱۳۹۰). مقدمات روانشناسی سلامت، تهران: دانشگاه پیام نور.
۷۶. فتحی آشتیانی، علی، باهمکاری محبوبه دادستانی (۱۳۸۸). آزمون های روان شناختی، ارزشیابی شخصیت و سلامت روان، موسسه انتشارات بعثت.
۷۷. قربانی، نیما (۱۳۷۴)، سخت رویی، ساختار وجودی شخصیت، مجله پژوهش های روانشناختی، دوره ۰، شماره ۰ و ۴.
۷۸. کاپلان (۲۰۰۳). خلاصه روانپزشکی، ترجمه پورافکاری، نصرت الله (۱۳۸۵) تهران، نشر سهراب.
۷۹. کاپلان و سادوک (۱۹۹۹). خلاصه روانپزشکی ترجمه پورافکاری (۱۳۷۶). تهران: نشر سهراب.
۸۰. کاکاوندی ملایری؛ علی (۱۳۸۸). وبلاگ روانشناسی، امیدواری تازه ترین حربه با فاسردگی.

۸۱. کرمانی، زهرا، خداپناهی، محمدکریم، حیدری، محمود (۸۸-۱۳۸۷). تعیین ویژگی های روان سنجی، مقیاس امیداشنايدر، دانشگاه شهیدبهشتی، فصلنامه کاربردی، سال پنجم
۸۲. کسلر (۲۰۰۶)، اصطلاحات خودکشی، به نقل از گروه سلامت سیمرخ، گروه سلامت روان بزرگسالان.
۸۳. کلانتر، جهانگیر (۱۳۷۷)، رابطه ساده و چندگانه سرسختی، تیپ شخصیتی الف و فشارهای روانی با بیماریهای روانی دانش آموزان پسر سال سوم نظام جدید شهرستان اهواز، پایان نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشگاه شهید چمران اهواز.
۸۴. کلاین برگ اتو (۱۳۷۲). روانشناسی اجتماعی. جلد دوم. ترجمه: علی محمد کاردان. تهران نشر اندیشه.
۸۵. کلدی، علیرضا واردشیر گراوند. " بررسی خوکی در شهرستان کوهدشت ". فصلنامه ی علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دوم. شماره ۶ زمستان ۱۳۸۱ تهران: صص ۲۷۵-۲۹۳
۸۶. کلمن، جیمز سی. ۱۳۷۶. روانشناس نابه هنجار و زندگی نوین. کیانوش هاشمیان (مترجم). تهران: انتشارات دانشگاه الزهرا.
۸۷. کوری وهمکاران (۱۹۹۷). به نقل از سلیمی (۱۳۸۹). معرفی نظریه امید، فصلنامه ذهن زیبا، ارگان مرکز مشاوره و بهداشت روان دانشگاه علامه.
۸۸. کوزر، لوئیس (۱۳۸۰)، زندگی و اندیشه ی بزرگان جامعه شناسی. محسن ثلاثی (مترجم). تهران: انتشارات علمی.
۸۹. کوکرین، ریموند. ۱۳۷۶ مبانی اجتماعی بیماری های روانی. فریده براتی سده و بهمن بخاریان (مترجمان). تهران: انتشارات رشد.
۹۰. کوهن، رابرت. ۱۳۷۷ تغییر نگرش و تأثیر اجتماعی. علیرضا کلدی (مترجم). تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
۹۱. کیویستو، پیتر. ۱۳۸۰ اندیشه های بنیادی در جامعه شناسی. منوچهر صبوری (مترجم). تهران: انتشارات نی.
۹۲. گلدارد دیوید (۱۳۷۴). مفاهیم بنیادی و مباحث تخصصی در مشاوره، آموزش و کاربرد مهارتهای خرد در مشاوره فردی. ترجمه: سیمین حسینیان، تهران نشر دیدار.
۹۳. گلدوزیان ایرج (۱۳۸۳)، حقوق جزای اختصاصی، تهران: دانشگاه تهران، موسسه انتشارات و چاپ.
۹۴. گیدنر، آنتونی (۱۳۸۳)، جامعه شناسی. منوچهر محسنی (مترجم). تهران: انتشارات نی.
۹۵. لطافتی بریس، امین (۱۳۸۳). نظریه پردازان سلامت روان، ۷۹ فصلنامه تازه های روان درمانی سال شانزدهم شماره ۱۱ و ۱۹.
۹۶. لونسینو وهمکاران (۱۹۶۲). به نقل از میلانی فر (۱۳۸۳)، بهداشت روانی، چاپ هشتم، تهران: انتشارات قومس.
۹۷. مازلو (۱۹۷۲). بهداشت روانی (۱۳۸۸)، به نقل از موسوی (۱۳۸۷)، سایت جامع مدیریت.
۹۸. محسنی تیریزی، علیرضا. " ملاحظاتی درباب نظریه ی خودکشی دور کهایم ". نامه ی علوم اجتماعی. شماره ی ۷ دوره ی جدید. ج ۳. زمستان ۱۳۷۳ تهران. صص ۱۴۹-۱۱۷
۹۹. محمد خانی، شهرام. ۱۳۸۱ پیشگیری از خودکشی جوانان و نوجوانان: راهنمایی عملی برای معلمان و مشاوران مدارس و متخصصان بهداشت روان. تهران: انتشارات طلوع دانش.
۱۰۰. محمدی فر. محمدعلی، زارعی مته کلایی. اله، نجفی. محمود، منطقی. محمود (۱۳۹۲)، مقایسه ویژگی های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معتادان با و بدون افکار خودکشی، فصلنامه اعتیاد پژوهی، دوره ۷، شماره ۲۸، صص. ۸۹-۱۰۰.
۱۰۱. محمدی، زهرا. ۱۳۸۳ بررسی آسیب های اجتماعی زنان در دهه ی ۱۳۸۰-۱۳۷۰. تهران: انتشارات شورای فرهنگی اجتماعی زنان.
۱۰۲. منادی مرتضی (۱۳۷۸). آموزش و پرورش در آستانه قرن ۲۱. سخنرانی در دومین همایش علم در آستانه قرن ۲۱. توسط مرکز علمی فرهنگی دارالفنون توس، ۳۰ و ۳۱ اردیبهشت ۱۳۷۸، مشهد.
۱۰۳. منینجر، ترجمه میلانی فر (۱۳۷۳). بهداشت روانی (۱۳۸۸). سلیت جامع مدیریت
۱۰۴. مهرابی، ح.ع (۱۳۸۹). هنجاریابی فرم ایرانی پرسشنامه بالینی نوجوانان میلون و تعیین تاثیر گروه درمانی به شیوه TTM بر نیمرخ روانی نوجوانان وابسته به مواد مقیم کانون اصلاح و تربیت شهر اصفهان. رساله دکترای روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان.
۱۰۵. موسوی (۱۳۸۷). بهداشت روان (۱۳۸۹). نظریه سالیوان، سایت جامع مدیریت.
۱۰۶. موسوی (۱۳۸۷). بهداشت روانی (۱۳۸۹). نظریه گوردون آلپورت، سایت جامع مدیریت.
۱۰۷. موسوی (۱۳۸۷). بهداشت روانی (۱۳۸۹). نظریه مازلو سایت جامع مدیریت.
۱۰۸. میلانی فر - بهروز (۱۳۸۲). بهداشت روانی، چاپ هشتم - تهران: نشر قومی.
۱۰۹. میلانی فر، بهروز (۱۳۷۴). روان شناسی کودکان و نوجوانان استثنایی، تهران: نشر قومس.
۱۱۰. میلانی فر، بهروز (۱۳۸۳). بهداشت روانی، تهران انتشارات قومس.
۱۱۱. نادری، محمدرضا و حسینی (۱۳۸۵)، راهنمای تشخیص و آماری اختلال های روانی، جلد دوم، انتشارات سخن.
۱۱۲. نشریه امنیت (وزارت کشور)؛ سال چهارم؛ شماره ۱۵ و ۱۶، مهر و آبان ۱۳۷۹

۱۱۳. نلسون، ریتا ویلکس و الن سی. ایزرائل. ۱۳۷۵ اختلال رفتاری کودکان. محمد تقی منشی طوسی (مترجم). مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
۱۱۴. نوربخش، امین؛ مولوی، حسین (۱۳۹۴). رابطه هوش معنوی و باورهای مذهبی با احساس حقارت و کهنتری در دانشجویان. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، سال شانزدهم، شماره ۱، ۴-۱۲.
۱۱۵. نیسنت، جانس (۱۹۹۲). درآمدی بر اپیت نیولوژی. ترجمه: جانقریانی، محسن، کرمان: انتشارات خدمات فرهنگی کرمان (۱۳۷۳).
۱۱۶. نیک گهر عبدالحسین (۱۳۶۹). مبانی جامعه شناسی. انتشارات رایزن.
۱۱۷. هادی نژاد، تقی (۱۳۹۰). ارتباط بین میزان معنویت، افسردگی، امید به زندگی در بیمارستان سرطانی مردم مرکز تخصصی رادیوتراپی انکولوژی امام رضا (ع) و بیمارستان امید شهر مشهد، کتابخانه دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشکده فردوسی مشهد.
۱۱۸. یوسفی، رحیم؛ مظاهری، محمدعلی؛ ادهمیان، الهام (۱۳۸۷). احساس کهنتری در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی و وسواس - بی اختیاری. فصلنامه روانشناسان ایرانی، سال هفتم، شماره ۱۷: ۶۸-۶۳.
119. Ader, R. and Cohen, N. (1993) psychoneuroimmunology: conditioning and stress. Annual Review of psychology, 44, 53-85
120. Ammerman, B.A., Kleiman, E.M., Uyeji, E.L., Knorr, A.C., and McCloskey, M.S. (2015). Suicidal and violent behavior: The role of anger, emotion dysregulation, and impulsivity. Journal of Personality and Individual Differences, 79; 57-62.
121. Beautrais, A.L., and Mishara, B. (2008). Word Suicide prevention day: Think globally, plan nationally, act locally". Criss, 29 (2): 59-63
122. Brendgen, M., Vitaro, F., Turgeon, L., and Poulin, F. (2002). Assessing aggressive and depressed children's social relations with classmates and friends: A matter of perspective. Journal of Abnormal Child Psychology, 30(6), 609-624. doi:10.1023/A:1020863730902.
123. Brown, J. M., and Campbell, E. A. (1994). stress and coping: sources and strategies, Wiley, Chichester, England.
124. Caar, David. E (2006). Social Behavior and personality, 25 (1), pp. 285-286
125. Corsini .R. (1973). current. psychotherathes. Peacock. pubilshers. Inc Iitasaca. Lllonnis.
126. Dayer, sj, Linda. C. (2000). Research in Nursing and Health. Feb. Vol 14, pp, 41-50.
127. Dumais, A., Lesage, A.D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., and Chawky, N., (2005). Risk factors for suicide completion in major depression: A case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. American Journal of Psychiatry, 162(11), 2116-2124.
128. Eshnider, Nima .p (2001). Occupational stress: the role of type a behavior pattern, neuroticism, and hardiness as moderators of the stress-strain relation ship. Alliant International university, los Angeles , 92 pages : AAat 3205055.
129. Esposito, C., Spirito, A., Boergers, J., and Donaldson, D. (2003). Affective, behavioral, and cognitive functioning in adolescents with multiple suicide attempts. Journal of Suicide and Life-Threatening Behavior, 33 (4), 389-399. doi:10.1521/suli.33.4.389.25231.
130. Goodwin, R.D., and Marusic, A (2003). Feelings of inferiority and suicide ideation and suicide attempt among youth. Croatian Medical Journal. 44 (5): pp. 553-557.
131. Hasper, J. (2013). Management of inferior feelings and addictive behaviors. Available at: www.alfredadler.edu/.../ Hasper%20MP%202013
132. Heart. w (1999), stress: Hardiness does not help women cope with stress. Atlanta: Jul. 19. p. 6.
133. Kemeny, ME, (2003). An interdisciplinary research model to investigate Psychosocial cofactors in disease; Application to HIV-1 Immunity, 17, 562-72-
134. Kenchappanavar, R.N (2012). Relationship between Inferiority complex and Frustration in Adolescents. Journal of Humanities and Social Science (JHSS), 2(2), (Sep-Oct. 2012), pp. 01-05.
135. Kirk, J and Reid, G (2001): An examination of the relationship between Dyslexia and Offending in Young people and the implications for the training systems. DYSLEXIA, 7, pp. 77-84.
136. Kiyes. G (2003), they mental health continu um : from languishing to sloupishing in life, Journal of health and social research, 43, PP. 207-222.
137. Lazarus, R. S. and folk man, s. (1984), Transactional theory and research on emotions and coping, European Journal of personality, 1(1), 141-70.
138. Painuly, N., Sharan, P., and Mattoo, S.K. (2007). Antecedents, concomitants and consequences of anger attacks in depression. Journal of Psychiatry Research, 153(1), 39-45. doi:10.1016/j.psychres. 2006.03. 001.
139. Phillips, L.H., Henry, J.D., Hosie, J.A., and Milne, A.B. (2006). Age, anger regulation and well-being. Aging & Mental Health, 10(3), 250-256.

140. Plutchik, R., van Praag, H.M., and Conte, H.R. (1989). Correlates of suicide and violence risk: III. A two-stage model of countervailing forces. *Journal of Psychiatry Research*, 28(2), 215–225. doi:10.1016/0165-1781(89)90048-6.
141. Rabinsoon, R. H, (2005), *Hardiness at worke: psychophysiological indicators of every day courage under stress*. university of California, Irvine. 236. page s :AA319837
142. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's (2004). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. London: Lippincott.
143. Sadock, b. j., and sadok, v. A. (2003). *Synopsis of psychiatry (9tn.ed)* philadelphia: lippincott Williams & wilkins.
144. Scott, R (2004): *Dyslexia and Counselling*, London: Whurs.
145. Snyder, C.R. (2000). *Hand book of hop*. copy right by Academic press.
146. Yao S, Cottraux J, and Martin R, (2007), *Inferiority in social phobics, obsessive compulsives, and non-clinical controls: A controlled study with the inferiority scale*. *Journal of Behavior and Cognitive Therapy Today*; 305-18.

