

بررسی رابطه ترومای کودکی با افکار خودکشی :

نقش میانجی تاب آوری

تحقیق برای درس:

نظریه ها و پژوهش های معاصر در مورد تحول

شخصیت

استاد:

جناب آقای دکتر رسول حشمتی

دانشجو:

اکرم علی باقر:

دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی

دی ماه ۱۴۰۲

تروما به طور کلی پاسخ عاطفی فرد به یک تجربه ناراحت‌کننده است. برخلاف سختی‌های معمولی، رویدادهای آسیب‌زا معمولاً ناگهانی و غیرقابل پیش‌بینی هستند، تهدیدی جدی برای زندگی مانند آسیب بدنی یا مرگ دارند و احساس می‌شود خارج از کنترل فرد هستند. مهمتر از همه، رویدادها تا حدی آسیب‌زا هستند که احساس امنیت فرد را در جهان تضعیف می‌کنند و این حس را ایجاد می‌کنند که هر لحظه ممکن است فاجعه رخ دهد. افکار خودکشی یک اصطلاح پزشکی است که در رابطه با اشتغال ذهنی شدید فرد در حول و حوش خودکشی به کار برده می‌شود. این افکار و تصورات انواع گوناگونی را شامل می‌شوند. برخی از این افکار ممکن است در حد تصور و خیال پردازی بوده و آن چنان جدی نباشد که از آن جمله می‌توان به طرح و نقشه خودکشی با جزئیات، بازی نقش و تفکر درباره خودکشی ناموفق و نیمه خودکشی به گونه‌ای که افراد دیگر از رنج روحی فرد باخبر بشوند، اشاره کرد. اما برخی دیگر ممکن است کاملاً جدی و به قصد نابودی فرد در ذهن وی جریان داشته باشند. تاب‌آوری ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه‌دار و توانایی در ترمیم خویشتن است. تاب‌آوری یعنی اینکه فرد بتواند قوام و سلامت روانشناسی خود را در مواجهه با سختی‌ها حفظ کند. این ظرفیت انسان می‌تواند باعث شود تا او پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرد و علی‌رغم قرار گرفتن در معرض تنش‌های شدید، شایستگی اجتماعی، تحصیلی و شغلی او ارتقا یابد. تاب‌آوری به معنای توانایی مقابله با شرایط دشوار و پاسخ انعطاف‌پذیر به فشارهای زندگی است، به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش رو مواجهه سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند، با موقعیت‌های غیرمنتظره کنار بیایند. هدف این تحقیق فراتحلیل (متاآنالیز) چندین پژوهشی است که در قسمت مروری برپیشینه پژوه آمده اند. در واقع متاآنالیز، تحلیل آماری است که نتایج چند مطالعه علمی متعدد را با هم ترکیب می‌کند. یافته‌ها و نتیجه‌گیری دلالت بر این دارند که: به طور کلی رخدادها آسیب‌زای زندگی بویژه ترومای کودکی با افکار خودکشی و با نقش میانجی تاب‌آوری رابطه دارد.

کلید واژه‌ها: ترومای کودکی، افکار خودکشی، نقش میانجی، تاب‌آوری، فراتحلیل

مقدمه

تروما به طور کلی پاسخ عاطفی فرد به یک تجربه ناراحت‌کننده است. برخلاف سختی‌های معمولی، رویدادهای آسیب‌زا معمولاً ناگهانی و غیرقابل پیش‌بینی هستند، تهدیدی جدی برای زندگی مانند آسیب بدنی یا مرگ دارند و احساس می‌شود خارج از کنترل فرد هستند. مهمتر از همه، رویدادها تا حدی آسیب‌زا هستند که احساس امنیت فرد را در جهان تضعیف می‌کنند و این حس را ایجاد می‌کنند که هر لحظه ممکن است فاجعه رخ دهد. از دست دادن والدین در دوران کودکی، تصادفات رانندگی، خشونت فیزیکی، تجاوز جنسی، تجارب جنگی نظامی، از دست دادن غیرمنتظره یکی از عزیزان معمولاً رویدادهای آسیب‌زا هستند و زمانی که هر یک از این موارد در دوران کودکی اتفاق بیوفتند ترومای کودکی خواهند بود. در این مقاله همراه ما باشید تا با تروما در دوران کودکی بیشتر آشنا شوید. ترومای کودکی، مغز در حال رشد را تغییر می‌دهد و هر چه زودتر پیرشانی ایجاد شود، تأثیرات آن در بزرگسالی عمیق‌تر می‌شود. به طور خاص، بدرفتاری در دوران کودکی مانع از رشد هیپوکامپ، جایگاه حافظه بلند مدت می‌شود. هر چه تعداد حوادث نامطلوب در اوایل کودکی بیشتر باشد، اختلال در رشد هیپوکامپ بیشتر خواهد بود. سوء استفاده عاطفی تأثیر متفاوتی ایجاد می‌کند. کسانی که در دوران کودکی سوء استفاده عاطفی را گزارش کردند، نازک شدن قسمت‌هایی از مغز را نشان دادند که خودآگاهی (قشر پیشانی) را پردازش می‌کند و به ما کمک می‌کند تا احساسات خود را بفهمیم و با آنها کنار بیاییم (لوب گیجگاهی میانی). نازک شدن در این مناطق از مغز به توضیح میزان بالای اضطراب و افسردگی در افرادی که سوء استفاده عاطفی و بی‌توجهی را تجربه کرده‌اند، کمک می‌کند. یکی از تصورات غلط رایج در مورد ترومای دوران کودکی این است که زندگی شما برای همیشه نابود شده است. برخی از افرادی که تروما را تجربه می‌کنند هویت قربانی را به خود می‌گیرند. کنار گذاشتن برچسب قربانی می‌تواند به فرد این امکان را بدهد که خود را به عنوان بازمانده نه قربانی ببیند و به او اجازه می‌دهد رشد کند و نسبت به آینده احساس خوش بینی داشته باشد. به طور کلی فرض بر این است که صحبت در مورد احساسات و تجربیات منفی منجر به بهبودی می‌شود. با این حال داده‌ها نشان می‌دهند که تکرار خاطرات دردناک گاهی می‌تواند خطرناک باشد. در نتیجه، درمان بهتر است با دقت و بر اساس مورد به مورد به کار گرفته شوند. سفر هر کس از طریق تروما و ترومای کودکی متفاوت خواهد بود و درمان آن نیازمند یک متخصص با تجربه است.

افکار خودکشی^۱: یک اصطلاح پزشکی است که در رابطه با اشتغال ذهنی شدید فرد در حول و حوش خودکشی به کار برده می‌شود. این افکار و تصورات انواع گوناگونی را شامل می‌شوند. برخی از این افکار ممکن است در حد تصور و خیال پردازی بوده و آن چنان جدی نباشد که از آن جمله می‌توان به طرح و نقشه خودکشی با جزئیات، بازی نقش و تفکر درباره خودکشی ناموفق و نیمه خودکشی به گونه‌ای که افراد دیگر از رنج روحی فرد باخبر بشوند، اشاره کرد. اما برخی دیگر ممکن است کاملاً جدی و به قصد نابودی فرد در ذهن وی جریان داشته باشند. از آمارها چنین برمی آید که درست است که همه افرادی که به نوعی به خودکشی فکر می‌کنند یا قبلاً فکر کرده‌اند، اقدام به خودکشی نمی‌کنند، اما بیشترشان در نهایت این کار را به انجام خواهند رساند. مهم‌ترین عاملی که می‌تواند در تفکرات و خیال پردازی‌های فرد درباره خودکشی نقش ایفا کند، افسردگی است. اما عوامل دیگری نیز همچون برخی بیماری‌های روانی، حوادث غیرقابل پیش‌بینی و اتفاقات درون خانواده می‌توانند سبب ساز شکل‌گیری افکار و خیالات خودکشی در فرد بشوند. تکرار افکار خودکشی یا اقدام به خودکشی می‌تواند یکی از نشانه‌های بارز اختلال شخصیت مرزی باشد. یک تحقیق نشان داد که ۷۳٪ از اشخاص مبتلا به این اختلال اقدام به خودکشی کرده‌اند و متوسط اقدام به خودکشی در هر فرد مبتلا ۳ تا ۴ بار ذکر شده‌است. در حال حاضر راه‌های درمانی و داروهای خاصی برای درمان افرادی که اشتغال ذهنی شدیدی به خودکشی دارند، موجود است.

خودکشی^۲: عملی عمدی است که باعث مرگ فرد می‌شود. خودکشی پدیده پیچیده‌ای است و می‌تواند علل گوناگون و پیچیده‌ای داشته باشد. ناامیدی، اختلالات روانی نظیر افسردگی، اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، اختلال طیف اوتیسم اختلالات فیزیکی مانند سندرم خستگی مزمن شکست عشقی، اعتیاد به الکل، سوء مصرف مواد یا دارو، می‌توانند به خودکشی ربط داشته باشد و ثابت شده که این عوامل فرد را بیشتر در معرض خودکشی قرار می‌دهد. اغلب، عوامل استرس‌زا مانند مشکلات مالی، مشکلات شغلی، مشکلات تحصیلی یا مشکلات ارتباط بین فردی مانند طلاق یا قطع رابطه آزار دیگران یا قلدری نیز ممکن است در این میان نقش داشته باشند.

تاب‌آوری^۳: ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامه‌دار و توانایی در ترمیم خویشتن است. تاب‌آوری یعنی اینکه فرد بتواند قوام و سلامت روانشناسی خود را در مواجهه با سختی‌ها حفظ کند. این ظرفیت انسان می‌تواند باعث شود تا او پیروزمندانه از رویدادهای ناگوار بگذرد و علی‌رغم قرار گرفتن در معرض تنش‌های شدید، شایستگی اجتماعی، تحصیلی و شغلی او ارتقا یابد. تاب‌آوری به معنای توانایی مقابله با شرایط دشوار و پاسخ انعطاف‌پذیر به فشارهای زندگی است، به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش رو مواجهه سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند، با موقعیت‌های غیر منتظره کنار بیایند. تاب‌آوری نوعی ویژگی است که از فردی به فردی دیگر متفاوت است و می‌تواند به مرور زمان رشد کند یا کاهش یابد و بر اساس تلاش فرد در جهت اصلاح فکری و عملی، در روند آزمون و خطای زندگی شکل می‌گیرد. تاب‌آوری پدیده‌ای صرفاً ذاتی نیست. تاب‌آوری حاصل تعامل ویژگی‌های شخصیتی فرد و محیط است و از طریق آموزش، یادگیری، تمرین و تجربه حاصل می‌شود. مفهوم تاب‌آوری از روانشناسی مثبت‌گرا به مفاهیم روانشناسی افزوده شده‌است. مارتین سلیگمن بنیان‌گذار روانشناسی مثبت‌گرا می‌گوید بدبینی میراث نامطلوب والدین برای فرزندان است. تاب‌آوری گذر از بحران را پشتیبانی و به موفقیت کمک می‌کند. یعنی دستیابی به موفقیت بدون تاب‌آوری ممکن نیست و تاب‌آوری مقدم است بر هر موفقیتی. همین تعریف کوتاه نشان می‌دهد که تعاریف غیرتخصصی موجود از تاب‌آوری که آن را حمل بر صبر و تحمل شرایط می‌کند، اشتباه است. در این تحقیق به روش فرا تحلیل، یافته‌ها و نتایج چندین تحقیق مرتبط، مورد امعان نظر قرار خواهند گرفت تا خلاء‌های پژوهشی بیشتر مورد بررسی و کنکاش قرار گیرند. با توجه به موارد فوق، این پژوهش در راستای پاسخ به این سؤال پژوهشی است که، رابطه ترومای کودکی با افکار خودکشی: نقش میانجی تاب‌آوری، چگونه می‌باشد؟

۲. مبانی نظری تحقیق:

۱-۲. روش فرا تحلیل (متا آنالیز)

Suicidal ideation^۱

Suicide^۲

: Resilience^۳

فرا تحلیل^۴ یک روش تحقیق کیفی است که با کمک روش‌های آماری یافته‌های پژوهش‌های گوناگون را تحلیل و یکپارچه‌سازی می‌کند. این روش فصل مشترک روش‌های پژوهش کیفی و روش‌های آماری است و از هر دو منظر قابل بررسی است. در واقع متاآنالیز، تحلیل آماری است که نتایج چند مطالعه علمی متعدد را با هم ترکیب می‌کند.

این روش از ترکیب یافته‌های گوناگون تحلیل‌های آماری حاصل می‌شود. مطالعات علمی با روش فرا تحلیل زمانی انجام می‌شود که چندین مطالعه علمی وجود داشته که همگی برحسب یک هدف یا بررسی وجود یک اثر (تیمار) صورت گرفته شده و بخواهیم نتایج و همچنین خطای آن‌ها را با یکدیگر مقایسه و نتیجه جدید به عنوان برآیند نتایج قدیم، حاصل نماییم. در هر یک از روش‌های تحلیلی، میزان خطای مشخصی توسط محقق گزارش شده است. در فرا تحلیل قرار است به کمک نتایج بدست آمده، خطای مورد مطالعه کاهش یافته و ترکیبی از همه تحقیق‌ها حاصل شود. فرا تحلیل یکی از رویکردهای فرامطالعه در پژوهش کیفی است. این روش در مقایسه با فراترکیب^۵ و فرابریزیش^۶ روشی پیچیده‌تر است. جهت انجام فرا تحلیل در ابتدا باید حوزه‌ای انتخاب گردد که نتایج مطالعات در آن حوزه دو پهلو و با ابهام همراه باشد. سپس مراحل ذیل به ترتیب انجام می‌پذیرد:

- شناسایی نتایج تحقیقات
- ترکیب نتایج تحقیقات انتخاب شده و مقایسه آن‌ها با یکدیگر
- ارزشیابی نتایج فراتحلیل به منظور کاهش خطا در برآورد فرا تحلیل شکاف‌های موجود در پیشینه، دانش و برخی موارد ضعف‌های نظری را آشکار ساخته و جهت تعیین نقاط قوت تحقیق بینش کافی را ایجاد می‌نماید. در واقع فراتحلیل پاسخی قطعی و نهایی برای درک مسائل تحقیقی و مانند سایر روش‌های تحلیل داده‌ها بر اساس گفته گرین و هال: «یاریگر اندیشه است نه جایگزین آن». روش کیفی فراتحلیل شامل کلیه مراحل تحقیق یعنی نظریه، روش، نتایج و غیره می‌باشد. در روش فراتحلیل ابتدا از طریق شکستن اجزای کل به ماوراء و فراتر از کل اولیه رسیده، سپس تحلیل اولیه به نحوی منتقل می‌گردد که یافته‌های نامناسب در چارچوبی قابل قبول قرار گرفته و سرانجام، تحلیل‌های ترکیب شده اطلاعاتی را نشان می‌دهند که در اطلاعات اولیه موجود نباشند. در عمل، ابتدا اطلاعات از منابع اولیه استخراج و سپس با یکدیگر ترکیب شده و سرانجام یک کل جدید را تشکیل می‌دهند. «در آمار، فراتحلیل یا فرایزوهش داده‌های بدست آمده از پژوهش‌های مختلف را یکجا گرد هم می‌آورد و آنها را به عنوان یک مجموعه داده تحلیل می‌کند. با سرجمع کردن و تحلیل حجم زیادی از داده‌ها، امکان اعتماد به نتایج به طور قابل توجهی بیشتر می‌شود. به این ترتیب می‌توان گفت که یافته‌های «فرا تحلیل» اساسی‌تر از یافته‌های مطالعات پژوهشی منفرد هستند. فراتحلیل را می‌توان تحلیل تحلیل‌ها یا پژوهش کردن روی مجموعه پژوهش‌ها تعریف کرد» (کمبل و کمبل، ۱۳۹۹، ص ۶۷). آنچه که بر اهمیت و کاربرد روش فراتحلیل افزوده است، نقش آن در ترکیب و یکپارچه‌سازی تحقیقاتی است که به صورت انفرادی و پراکنده انجام گرفته است. از نظر روش شناختی نیز فراتحلیل به روشنی خلاءها و مشکلات و نواقص تحقیقات و مطالعات انجام شده را نشان می‌دهد. در حقیقت پایداری این نوع تحقیقات از طریق تقابل یافته‌های تحقیقاتی و روایی آنها از طریق آزمون سازگاری آنها با واقعیت به دست می‌آید و هر دو این‌ها به دلیل انباشت دانش و توسعه آن در فراتحلیل است.

۲-۲. ترومای کودکی وقوع ترومای کودکی را می‌توان در وجوه سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده هیجانی، غفلت فیزیکی و غفلت هیجانی در درون کودکی افراد ریشه یابی نمود. به عبارت دیگر: «ترومای کودکی به انواع مختلفی تقسیم می‌شود که مهمترین آنها عبارتند از: سوءاستفاده^۷، هیجانی، جنسی و فیزیکیو غفلت^۸ هیجانی و فیزیکی» (Bernstein & et al, 2023). همچنین: «طبق نظریه دلبستگی بالبی، شکلگیری یک دلبستگی ایمن به مثال یک نگرگانه امن در مقابل آسیب‌شناسی روانی عمل کرده، موجبات رشد هیجانی موفقیت‌آمیز را فراهم می‌کند» (Lowell & et al, 2014). در ضمن: «به همین دلیل است که تجربه رویدادهای سخت و آسیبزا، به ویژه تجاربی که توسط مراقب شکل داده شده اند، اثر تعیین کننده‌ای بر سیستم فکری، هیجانی و رفتاری فرد نسبت به خود و دیگران دارد و بدین ترتیب می‌توان گفت منجر به شکلگیری عقاید فراشناختی مثبت و منفی می‌شود. کودکی که مورد سوءاستفاده یا بدرفتاری قرار گرفته

است، برای جلوگیری از سوءاستفاده و بدرفتاری های احتمالی بعدی، باورهای مثبتی در مورد نگرانی و بازبینی مجدد موارد تهدیدزا را پرورش میدهد» (Myers & Wells, 2015, p. 638). بطوری که: «تجارب مکرر نگرانی و پیامدهای آن منجر به شکلگیری فرانگرانی یا باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی مانند غیر قابل کنترل بودن افکار و خطر میشود. طبق دیدگاه فراشناخت، فرد برای مقابله با فرانگرانی به راهبردهای منفی تنظیم هیجان (مانند نشخوار فکری، پایش تهدید، کنترل افکار، سرکوب افکار و اجتناب و حتی به افکار خودکشی) متوسل میشود که این راهبردها منجر به پردازش شخصی متمرکز بر تهدید شده، به گونه ای که اضطراب و احساس خطر تداوم یافته، به شناخت اجازه بازگشت به محیط عادی و عاری از تهدید را نمیدهد» (Takaragni & et al, 2017, p.136).

۲-۳. **افکار خودکشی:** در تاریخ همه جوامع بشری بطور عام، خودکشی مشاهده شده است. به عبارت دیگر: «خودکشی در تمام فرهنگ ها و دوره ها وجود داشته است» (Lester, 2016, p.84). همچنین خودکشی: «دهمین عامل مرگ در جهان است» (Bertolote & Fleischmann, 2009, p.104). بر طبق آمارهای رسمی: «حدود یک میلیون تن سالانه بر اثر خودکشی جان خود را از دست می دهند» (Brodsky, & et al, 2008, P.588). بطوری که: «میزان مرگ ناشی از خودکشی در سال ۲۰۱۲ در جهان، ۴/۱۱ در صد هزار تن (۱۵ در مردان و ۸ در زنان) و در ایران، ۲/۵ در صد هزار تن (۷/۶ در مردان و ۶/۳ در زنان) برآورد شده است» (Campos & et al, 2018, p.243) و (Castellvi & et al, 2017, p.202). در واقع: «در طی سال های اخیر، مرگ ناشی از خودکشی روند صعودی داشته است. پیش بینی می شود نسبت مرگ ناشی از خودکشی از ۸/۱ درصد در سال ۱۹۹۸ به ۴/۲ درصد در سال ۲۰۲۰ افزایش یابد» (Choi & Yu, 2015, P.202). به عبارت دیگر: «مطالعات مربوط به خودکشی سه پدیده مهم را بررسی می کنند که شامل ایده پردازی خودکشی، اقدام به خودکشی و خودکشی هستند» (Crawford, 2011, P.381). «ایده پردازی خودکشی، عبارتی است که بر وقوع هرگونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد. این افکار، طیفی از اندیشه های مبهم در مورد خاتمه زندگی www.SID.ir Archive of SID نشریه مدیریت ارتقای سلامت، دوره ۹، شماره ۳، خرداد و تیر ۱۳۹۹ تا ۳۶ خودکشی را در بر می گیرد. تخمین زده شده است که ۲۴ درصد از افرادی که فکر خودکشی را گزارش می کنند، در نهایت دست به اقدام می زنند» (Hawton & Heeringen, 2009, P.1378). به عبارتی: «ایده پردازی خودکشی خود یک عامل خطر برای خودکشی محسوب می شود» (Groleger & et al, 2003, P.210). همچنین: «قوی ترین پیش بینی کننده اقدام به خودکشی و خودکشی است» (Lester, 2016, P83). بنابراین، «مطالعه ایده پردازی خودکشی و عوامل و زمینه های مرتبط با آن می تواند در راستای مطالعات خودکشی مفید باشد. چندین عامل خطرناک برای ایده پردازی و رفتار خودکشی گرایي وجود دارد که شامل جنبه هایی از رفتار خودکشی گرایي، وجود اختالت روانپزشکی به خصوص اختالت خلقی، اختال شخصیت، عوامل مزاجی و روان شناختی، عوامل زیستی و عوامل خانوادگی و محیط خانواده است» (Lowell & et al, 2014, P.1442) به واقع: «یکی از عواملی که می تواند بر ایده پردازی خودکشی و به دنبال آن اقدام به خودکشی در بزرگسالی مؤثر باشد، تروماهای دوران کودکی است» (Von Heeringen, 2003, P.261). یعنی اینکه: «ارتباط میان ترومای دوران کودکی و افزایش خطر رفتار خودکشی در هر دو جمعیت عمومی و بالینی دیده شده است. برای مثال، یک بررسی میان سوء استفاده جنسی دوران کودکی و رفتار خودکشی بزرگسالی ارتباط قوی نشان داد» (Marcenko & et al, 2019, P.132). بطوری که: «تروماهای دوران کودکی به میزان قابل توجهی با شروع زودرس اقدام به خودکشی همراه است» (Mortier & et al, 2017, P.294). همچنین: «چندین پژوهش نیز نقش تروماهای دوران کودکی را در بروز ایده پردازی خودکشی و رفتار خودکشی در اوایل بزرگسالی تأیید کردند» (Myers & Wells, 2015, p.637) و (Roy, 2011, P.206).

۲-۴. **نقش میانجی: تاب آوری متغیر میانجی (یا واسطه ای) فرآیندی را توضیح می دهد که از طریق آن دو متغیر به هم مرتبط هستند، در حالی که یک متغیر تعدیل کننده (یا تعدیل کننده) بر قدرت و جهت آن رابطه تأثیر می گذارد. آوردن واسطه ها و تعدیل کنندگان در تحقیقاتان به شما کمک می کند تا برای تصویر کامل تر از دنیای واقعی از مطالعه یک رابطه ساده بین دو متغیر فراتر بروید. این متغیرها هنگام مطالعه روابط همبستگی یا علی پیچیده بین متغیرها مهم هستند. گذاشتن این متغیرها در پژوهش، همچنین می تواند به شما کمک کند تا از چندین سوگیری تحقیقاتی مانند سوگیری ناظر، سوگیری بقا، سوگیری مخفیانه، یا سوگیری متغیر حذف شده اجتناب کنید یا آن را کاهش دهید.**



در واقع، **متغیر میانجی** (یا واسطه ای) راهی است که در آن یک متغیر مستقل بر متغیر وابسته تأثیر می گذارد. این بخشی از مسیر علی یک اثر است، و به شما می گوید که چگونه یا چرا یک اثر رخ می دهد. **متغیر میانجی** (یا واسطه ای):

- توسط متغیر مستقل ایجاد می شود.
 - بر متغیر وابسته تأثیر می گذارد
 - وقتی در نظر گرفته شود، همبستگی آماری بین متغیرهای مستقل و وابسته بیشتر از زمانی است که در نظر گرفته نشده باشد.
- تفاوت متغیر میانجی و تعدیل گر:** شما می توانید یک متغیر واسطه ای را به عنوان میانجی برای دو متغیر در نظر بگیرید. به عنوان مثال، کیفیت خواب (یک متغیر مستقل) می تواند پیشرفت تحصیلی (یک متغیر وابسته) را از طریق واسطه هوشیاری تحت تأثیر قرار دهد. در یک رابطه میانجی، می توانید یک پیکان از یک متغیر مستقل به یک میانجی و سپس از میانجی به متغیر وابسته بکشید. در مقابل، تعدیل کننده چیزی است که بر رابطه بین دو متغیر عمل می کند و جهت یا قدرت آن را تغییر می دهد.

متغیر میانجی یا تعدیل کننده:

به عنوان مثال، وضعیت سلامت روان ممکن است رابطه بین کیفیت خواب و پیشرفت تحصیلی را تعدیل کند: این رابطه ممکن است برای افرادی که شرایط سلامت روانی تشخیص داده شده ندارند، قوی تر از افراد مبتلا به آن ها باشد. در یک رابطه تعدیل کننده، می توانید یک فلش از تعدیل کننده به رابطه بین متغیر مستقل و وابسته بکشید. **متغیر میانجی چیست؟** تحلیل میانجیگری ما را قادر می سازد تا اثر یک یا چند متغیر مستقل (پیش بینی کننده) را بر روی یک متغیر وابسته (نتیجه) از طریق یک متغیر سوم به نام میانجی یا متغیر مداخله گر بررسی کنیم. برخلاف تحلیل اعتدال، در تحلیل میانجیگری، متغیر میانجی بین متغیرهای مستقل و وابسته قرار می گیرد. جایی که:

- مسیر A و $B =$ اثر غیر مستقیم
- مسیر $C =$ اثر مستقیم در تحلیل میانجیگری، هدف ما این است که بررسی کنیم آیا برای اثر غیرمستقیم اهمیت آماری وجود دارد یا خیر و با استفاده از ضریب غیر استاندارد بتا و خطای استاندارد برای مسیرهای A و B ، اثر نقطه ای را تخمین بزنیم. یک نکته مهم این است که میانجیگری ماهیت همبستگی دارد. به عبارت دیگر، همه متغیرها در تحلیل میانجی گری شما باید نوعی رابطه بین خود داشته باشند. به عنوان مثال، اگر هیچ رابطه ای بین متغیرهای X و Y وجود نداشته باشد، چیزی وجود ندارد که بتوانیم میانجیگری کنیم. با این حال، همبستگی دلالت بر علت و معلولی ندارد. این چیزی است که شما محقق باید با استنتاج علی بین متغیرها به آن پی ببرید. و اگر پیش بینی های شما درست از آب درآمد، تأییدی است بر معتبر بودن نظریه شما. در بسیاری از موارد، دانش آموزان اغلب میانجی گری را با تحلیل اعتدال اشتباه می گیرند. قبل از تصمیم گیری در مورد اینکه آیا تحلیل میانجی برای مدل شما مناسب است یا خیر، به شدت توصیه می کنم که ابتدا تفاوت بین متغیرهای میانجی و تعدیل کننده را در تحقیق درک کنید. در این تحقیق، متغیر تاب آوری، نقش میانجی دارد. تاب آوری^۹: ظرفیت بازگشتن از دشواری پایدار و ادامهدار و توانایی در ترمیم خویشتن است. تاب آوری یعنی اینکه فرد بتواند قوام و سلامت روانشناسی خود را در مواجهه با سختی ها حفظ کند. رویکرد روانشناسی مثبت گرا، با توجه به استعدادها و توانمندی های انسان (به جای پرداختن به نابهنجاری ها و اختلال ها)، در سال های اخیر مورد توجه روانشناسان قرار گرفته است. این رویکرد، هدف نهایی خود را شناسایی سازه ها و شیوه هایی میداند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند. از این رو عواملی که سبب سازگاری هر چه بیشتر آدمی با نیازها و تهدید های زندگی گردند، بنیادیترین سازه های مورد پژوهش این رویکرد می باشند. در این میان، جایگاه ویژه ای در حوزه های روانشناسی تحول، تاب آوری روانشناسی خانواده و بهداشت روانی یافته است، به طوری که هر روز بر شمار پژوهش های مرتبط با این سازه افزوده (1991) تاب آوری میشود. گارمزی فرآیند، توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط مقاله پژوهشی

اصیل Original Article Archive of SID www.SID.ir سیامک سامانی و همکاران Vol 1386 .No / 13 / 3 Fall 2007 پاییز / ۳ هـ شمار / سیزدهم سال ۲۹۱ تهدیدکننده، تعریف نمود ها ند. به بیان دیگر تاب آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (والر، 2001). البته تاب آوری، تنها پایداری در برابر آسیب ها یا شرایط تهدیدکننده نیست و حالتی انفعالی در رویارویی با شرایط خطرناک نم یباشد، بلکه شرکت فعال محیط پیرامونی خود است. میتوان گفت تاب آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی - روانی، در شرایط خطرناک است (کانر و پژوهشگران بر این باورند که تاب آوری نوعی ترمیم خود با پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی است (گارمزی، 7 و بکر 6، سیجی 5، 1991؛ ماستن، 2001؛ راتر، 1999؛ لوتار، و (1999) وی باور داشت که تاب آوری، بازگشت یا رسیدن به تعادل سطح بالاتر (در شرایط به تعادل اولیه تهدیدکننده) است و از این رو سازگاری موفق در زندگی را فراهم میکند. در عین حال کامپفر به این نکته نیز اشاره مینماید که سازگاری مثبت با زندگی، هم می تواند پیامد تاب آوری به شمار رود و هم به عنوان پیش آیند، سطح بالاتری از تاب آوری را سبب شود. وی این مسأله را ناشی از پیچیدگی تعریف و نگاه فرآیندی به تاب آوری میداند. در زمینه پیامدهای تاب آوری، شماری از پژوهش ها به افزایش سطح سلامت روان و رضایتمندی از زندگی اشاره دارد. 12، 2004؛ سیلیمن 11، 1987؛ لازروس 10 داشتهاند (آنتونوسکی، 1994). گروهی دیگر از پژوهشها نیز به تأثیر سلامت روان یا کاهش مشکلات هیجانی بر رضایت از زندگی اشاره داشته اند (هامارات و 21، سالتو 20، اهر 19، لوفلر 18، 2001؛ فوروهوالد 17 ماتنی، 2004) تاب آوری انعطاف پذیری و توانایی «بازگشت» پس از چالش ها و زمان های سخت است. برای کودکان، چالش ها و زمان های سخت شامل تجربیاتی مانند شروع مدرسه یا مهدکودک جدید، تغییر خانه یا ورود یک خواهر یا برادر به خانواده است. چالش ها همچنین می توانند شامل تجارب جدی مانند قلدری، فروپاشی خانواده، بیماری خانوادگی یا مرگ باشند. می توان با داشتن یک رابطه گرم و حمایتی با فرزندان به یادگیری مهارت ها و رشد تاب آوری در کودکان کمک کرد. «تابآوری در کودکان پس از وقوع حوادث تروماتیک مانند شاهد بودن خشونت های اجتماعی و خانگی، از دست دادن والدین به علت مرگ، جابجایی های مکرر و تغییر در مراقبان، ورود به سیستم های مراقبت از کودک، قرار گرفتن در معرض جنگ و خشونت های نظامی و پس از بلایای طبیعی توصیف میشود» (ریتر و اسفسکی، 2009) در صورت وجود مهارت تاب آوری در کودکان آنها می توانند از شکست ها بهبود یافته و سریعتر به زندگی خود بازگردند. هنگامی که کودکان بر موانع و مشکلات غلبه می کنند، اعتماد به نفس آنها تقویت می شود و به آنها کمک می کند دفعه بعد که مشکلی پیش آمد احساس توانایی بیشتری داشته باشند. امروزه: «پرخاشگری در حال تبدیل شدن به یک مشکل پیچیده بین کودکان است؛ خصوصاً کودکانی که تجربه اتفاقات سخت زندگی مثل بد رفتاری را دارند» (هولمز، یون، ویت، کوبولسکی و استیجروالد، 2015). کودکان تاب آور اغلب در حل مشکلات و یادگیری مهارت های جدید خوب هستند، به این دلیل که آنها تمایل بیشتری به تلاش مجدد دارند حتی اگر در بار اول همه چیز آنطور که می خواهند پیش نرود. زمانی که همه چیز خوب پیش نمی رود و کودکان احساس اضطراب، غمگینی، ترس یا ناامیدی می کنند، انعطاف پذیری به آنها کمک می کند تا بفهمند که این احساسات ناراحت کننده معمولاً برای همیشه دوام نمی آورند. تاب آوری کودک باعث می شود تا کمتر از مشکلات اجتناب کند و کمتر به روش های ناسالم مانند حالت تدافعی یا تهاجمی یا آسیب رساندن عمدی به خود با مشکلات برخورد کند. همچنین کودکان تاب آور احتمالاً از سلامت جسمی و روانی بهتری برخوردار خواهند بود. همه کودکان چالش هایی را تجربه می کنند، اما کودکانی که دارای خلق و خوی مضطرب، مشکلات یادگیری یا ناتوانی هستند، ممکن است موقعیت های خاصی را چالش برانگیز ببینند برای مثال، خواندن با صدای بلند در کلاس یا ماندن در کنار یک مراقب نا آشنا. افزایش تاب آوری در کودکان و توانایی سازگاری خوب با ناملایمات، تروما، تراژدی، تهدیدها یا حتی منابع مهم استرس می تواند به فرزندان ما کمک کند استرس و احساس اضطراب و عدم اطمینان را مدیریت کنند. با این حال، انعطاف پذیر بودن به این معنی نیست که کودکان مشکل یا پریشانی را تجربه نخواهند کرد. تاب آوری در کودکان و ایجاد آن موضوع مهمی است که یک عمر همراه فرزند شما خواهد بود. زندگی پر از فراز و نشیب است و باید به فرزندان خود بیاموزیم تا از این سختی ها سربلند بیرون بیایند. تاب آوری در کودکان و نوجوانان مهمترین عامل در گذر آسان تر از مشکلات است.

۳. مروری بر پیشینه تحقیق * شیخه و همکاران (1399) در تحقیقی با عنوان: تبیین دوران کودکی در رویکرد بر ساخت گرایی اجتماعی (تحلیلی و اسازانه در باره ترومای دوران کودکی)، به این نتایج رسیده اند که: «کودکان روایت های مفیدی از واقعیت و موضوعات مختلف دارند. از این رو گفت و شنود، فرصتی است برای تمرین مهارت های معنا سازی. هر یک از کودکان نظرات خود را مطرح می

کنند و به سخنان مربیان نیز گوش می دهند. اگر احترام و پذیرش متقابل حاکم باشد، همه با اشتیاق در تبادل نظر ها مشارکت می کنند و به تروما دچار نمی گردند» (گرگن و گرگن، ۱۳۹۴، ص ۱۲۴)*. بگیان کوله مرز و همکاران (۱۳۹۸)، در تحقیقی با عنوان: (نقش تجربه ترومای دوران کودکی، واکنش پذیری و درد ذهنی در اقدام کنندگان به خودکشی و افراد بهنجار)، به این یافته ها و نتایج رسیده اند که: «نتایج تحلیل به روش همزمان نشان داد که پانزده متغیر پیش بین ۹۱/۷ در صد پراش و در روش گام به گام، سه متغیر پیش بین ۸۹/۹ در صد پراش برای تنها تابع ممیز از اختلاف بین دو گروه افراد اقدام کننده به خودکشی و دانشجویان را تبیین می کنند. به نظر می رسد با در نظر داشتن یافته های پژوهش حاضر، می توان گفت که پوچی/بی ارزشی، تجربه ترومای دوران کودکی و ناتوانی در پذیرش و مقابله با عوامل شناختی منفی، می توانند زمینه ساز اقدام به خودکشی شوند».

*. حسینی رمقانی و همکاران (۱۳۹۸)، در پژوهشی با عنوان: نقش واسطه ای فراشناخت و اجتناب تجربی در رابطه بین ترومای کودکی و نشانه های اختلال استرس پس از سانحه: کاربرد مدل معادلات ساختاری، به نتایج زیر رسیده اند مبنی بر اینکه: با توجه به احتمال عود نشانه های اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و ناکارآمدی رویکردهای درمانی در بهبودی ماندگار علائم این اختلال، شناسایی دقیق عوامل دخیل در شروع و حفظ PTSD از اهمیت بسزایی برخوردار است. در این راستا مطالعه حاضر با هدف بررسی نقش میانجی فراشناخت و اجتناب تجربی در رابطه بین ترومای کودکی و نشانه های PTSD صورت گرفت. مواد و روش ها: آزمودنی های این پژوهش مقطعی-تحلیلی، ۴۳۲ بیمار (۲۷۸ نفر زن و ۱۵۴ نفر مرد) مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر شیراز در بهار، تابستان، پاییز و زمستان ۱۳۹۷ بودند که با توجه به معیارهای ورود و خروج و اجرای مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات محور یک و دو (SCID) انتخاب شدند. فهرست اختلال استرس پس از سانحه (PCL-5) فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی (CTQ)، فرم کوتاه باورهای فراشناختی (MCQ-30) و پرسشنامه پذیرش و عمل (AAQ-II) مورد استفاده قرار گرفت. داده ها به وسیله تحلیل معادلات ساختاری (ضرایب هم بستگی و رگرسیون) در نرم افزار AMOS (ver 23) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج: یافته ها نشان داد که مدل پیشنهادی، برازش مناسبی با داده ها دارد (CFI= 0/93، GFI= 0/96، TLI= 0/97، IFI= 0/97، NFI= 0/97، RMSEA= 0/07). کلیه ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار هستند. به طوری که فراشناخت و اجتناب تجربی به طور معناداری بین ترومای کودکی و نشانه های PTSD نقش میانجی را دارند. نتیجه گیری: یافته های این مطالعه پیشنهاد می کند که در طراحی مداخلات روانشناختی برای افراد مبتلا به PTSD، به نقش ترومای کودکی فراشناخت و اجتناب تجربی توجه نمود.

*. بابایی نادینلویی و همکاران (۱۳۹۹)، در تحقیقی با عنوان: (افکار و رفتارهای خودکشی در بین زنان قربانی همسر آزاری ارجاع داده شده به اورژانس اجتماعی: با تأکید بر نقش مواجهه با ترومای دوران کودکی)، به این یافته ها و نتایج رسیده اند که: «بین رفتارهای خودکشی با مؤلفه های ترومای دوران کودکی شامل سوء استفاده هیجانی، جنسی، جسمی و غفلت هیجانی، همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشت (P<0/01). همچنین متغیر های سوء استفاده جسمانی، سوء استفاده هیجانی، غفلت یا نادیده گرفتن هیجانی و سوء استفاده جنسی ۳۸٪ واریانس متغیر رفتارهای خودکشی را تبیین کردند. (نتیجه گیری اینکه): زنانی که در دوران کودکی تروما را تجربه کرده اند به احتمال بیشتری به هنگام مواجهه با مشکلات زندگی خصوصاً همسر آزاری، رفتارهای خودکشی را انتخاب می کنند و مستعد افسردگی، اضطراب و استرس هستند».

*. نررانی و همکاران (۱۳۹۹)، در پژوهشی با عنوان: (همبستگی ترومای کودکی و ایده پردازی خودکشی با میانجیگری درد روانی و روابط موضوعی، به این یافته ها و نتایج رسیده اند که: خودکشی یک مشکل سلامت عمومی جدی است که در تمام فرهنگ ها و دوران ها رخ می دهد. عوامل بسیاری می تواند بر ایده پردازی خودکشی و اقدام به خودکشی اثرگذار باشند. هدف این پژوهش، تعیین همبستگی ترومای کودکی و ایده پردازی خودکشی با میانجیگری درد روانی و روابط موضوعی است. روش کار: طرح پژوهش حاضر، از نوع توصیفی-همبستگی است. ۳۷۱ تن از دانشجویان دانشگاه های آزاد اسلامی شهر تهران با استفاده از نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. به منظور جمع آوری داده ها از "پرسشنامه ترومای کودکی"، (Childhood Trauma Questionnaire) "مقیاس ایده پردازی خودکشی بک" (Beck Scale for Suicidal Ideation) "مقیاس درد روانی اورباچ و میکولینسر (Orbach & Mikulincer)" (Mental Pain Scale) و "سیاهه روابط موضوعی بل (Bell Object Relations Inventory) استفاده شد. روایی ابزارها با اکتفا به

مطالعات پیشین و پاپایی ابزارها به روش ضریب آلفای کرونباخ انجام شد. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزارهای آماری اس پی اس ۲۲ و ایموس نسخه ۲۳ انجام شد. یافته ها: ارزیابی الگوی فرضی پژوهش با استفاده از شاخصهای برازندگی نشان داد که الگوی فرضی با الگوی اندازه گیری، برازش دارد. $(95/0 = CFI, 95/0 = NFI, 072/0 = SRMR)$ بعلاوه ترومای کودکی هم به صورت مستقیم و هم غیر مستقیم از طریق برد روانی و روابط موضوعی با ایده پردازی خودکشی همبستگی دارد. نتیجه گیری برد روانی و روابط موضوعی در رابطه بین ترومای کودکی و ایده پردازی خودکشی نقش واسطه ای دارند. پیشنهاد می شود در تدوین مداخلات پیشگیرانه و درمانی کارآمد برای ایده پرزای و اقدام به خودکشی از یافته های حاضر استفاده شود.

* انفعال و همکاران (۱۴۰۰). در پژوهشی با عنوان: (پیش بینی صفات سازمان شخصیت مرزی بر اساس ترومای دوران کودکی و جو عاطفی خانواده در افراد معتاد به مواد مخدر»، به این یافته ها و نتایج رسیده اند که: (نتایج حاصل گویای آن است که ترومای دوران کودکی و جو عاطفی خانواده، قادر به پیش بینی صفات سازمان شخصیت مرزی است).

* مراد زاده و نجفی (۱۴۰۱). در تحقیقی با عنوان: پیش بینی افسردگی بر اساس ترومای کودکی، تکانشگری و تنظیم هیجان در افراد وابسته به مواد، با این یافته ها و نتایج رسیده اند که: هدف پژوهش حاضر پیش بینی افسردگی بر اساس ترومای کودکی تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان در افراد وابسته به مواد بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد وابسته به مواد در مراکز ترک اعتیاد شهر تهران در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. از این بین تعداد ۳۰۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و نسخه ی دوم پرسشنامه افسردگی بک، فرم کوتاه پرسشنامه ترومای کودکی، مقیاس تکانشگری بارت و همچنین نسخه ی کوتاه پرسشنامه سبک های تنظیم شناختی هیجان را تکمیل نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد. یافته ها یافته های پژوهش نشان داد که دو مولفه ی ترومای کودکی شامل سوء استفاده هیجانی و سوء استفاده فیزیکی و همچنین دو مولفه تکانشگری حرکتی و بی برنامه گی به طور مثبت افسردگی را پیش بینی کردند. همچنین، سه راهبرد تنظیم شناختی هیجان شامل دو راهبرد ناسازگار (سرزنش خود و فاجعه سازی) به طور مثبت و یک راهبرد سازگارانه (تمرکز مجدد بر برنامه ریزی) به شکل منفی افسردگی را پیش بینی کردند. نتیجه گیری طبق نتایج پژوهش حاضر مولفه های مطرح شده از متغیرهای ترومای کودکی تکانشگری و راهبردهای تنظیم هیجان پیش بینی کننده ی افسردگی هستند. بنابراین توجه به این متغیرها در پیشگیری از افسردگی از اهمیت ویژه برخوردار است.

* انصاری کلاچاهی و همکاران (۱۴۰۱)، در پژوهشی با عنوان: پیش بینی افسردگی بر اساس ترومای کودکی، تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان در افراد وابسته به مواد، به این یافته ها و نتایج رسیده اند که: هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه ای طرحواره های هیجانی در رابطه سبک های دلبستگی و ترومای دوران کودکی با گرایش به روابط فرزاناشویی بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان متأهل دانشگاه گیلان در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند که از ۲۰۶۱ نفر، ۲۴۶ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس دلبستگی بزرگسالان تجدید نظر شده (RAAS)، کولینز و رید، (۱۹۹۶)، پرسشنامه ترومای کودکی فرم کوتاه شده (CTQ)، برنشتاین و همکاران، (۲۰۰۳)، مقیاس نگرش نسبت به روابط فرزاناشویی (ATERS)، واتلی، (۲۰۰۶) (و مقیاس طرحواره های هیجانی LESS)، لیهی، (۲۰۰۲) بود. برای تحلیل داده ها از مدل یابی معادلات ساختاری در قالب تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج نشان داد که مدل پیشنهادی پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود نتایج بوت استرپ نیز نشان داد که مسیر غیرمستقیم سبک دلبستگی ایمن با گرایش به روابط فرزاناشویی از طریق طرحواره های هیجانی انطباقی و غیرانطباقی معنادار بود ($p > 0/05$) مسیر غیرمستقیم سبک دلبستگی اضطرابی-دوسوگرا با گرایش به روابط فرزاناشویی از طریق طرحواره های هیجانی انطباقی و غیرانطباقی معنادار بود ($p > 0/01$) مسیر غیرمستقیم ترومای دوران کودکی با گرایش به روابط فرزاناشویی از طریق طرحواره های هیجانی انطباقی معنادار بود ($p > 0/05$) از یافته های فوق می توان نتیجه گرفت که طرحواره های هیجانی نقش واسطه ای را بین سبک های دلبستگی و ترومای دوران کودکی با گرایش به روابط فرزاناشویی ایفا می کند. لذا لزوم توجه به این عوامل در برنامه های پیشگیری و مشاوره ای ضروری است.

* ابراهیمی و همکاران (۱۴۰۲)، در تحقیقی با عنوان: «رابطه ترومای کودکی با افکار خودکشی با توجه به نقش واسطه ای طرحواره های ناسازگار اولیه»، به این نتایج رسیده اند که: آسیب ها و تروماهای دوران کودکی می تواند تاثیر عمیقی بر ویژگی های روانشناختی افراد در طول زندگی بگذارند. تروماهای دوران کودکی می توانند در شکل گیری طرحواره های ناسازگار و بروز افکار خودکشی گونه در

بزرگسالی موثر باشند. پژوهش حاضر با هدف مدل‌یابی افکار خودکشی بر اساس ترومای کودکی با نقش میانجی طرحواره‌های ناسازگار اولیه انجام شد. روش کار: این پژوهش از لحاظ روش از نوع مطالعات همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی بزرگسالان شهر تهران که سابقه ناملایمات جسمی و جنسی در دوران کودکی داشتند، تشکیل دادند. نمونه شامل ۳۰۰ نفر با سابقه ناملایمات کودکی بودند که با شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به منظور سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه‌های ترومای دوران کودکی (CTQ)، پرسشنامه افکار خودکشی بک (BSSI) و پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار (YSQ-SF) استفاده شد. داده‌ها به شیوه تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار ایموس (Amos) بررسی شد. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که اثر مستقیم ترومای دوران کودکی بر افکار خودکشی به صورت مثبت معنادار است ($P < 0.05$) همچنین، نتایج نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در رابطه بین ترومای دوران کودکی با افکار خودکشی نقش میانجی ایفا می‌کنند ($p < 0.05$) نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر طرحواره‌های ناسازگار اولیه رابطه بین افکار خودکشی و ترومای دوران کودکی را میانجی‌گری می‌کنند و برای کار بر روی افکار خودکشی باید به نقش طرحواره‌ها و تجربه‌های ناگوار دوران کودکی پرداخت.

*. ترکمن و همکاران (۱۴۰۲)، در پژوهشی با عنوان: رابطه ترومای کودکی با علائم اختلال استرس پس از آسیب در این افراد با توجه به نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی و نشخوار فکری، به این نتایج رسیده‌اند که با توجه به احتمال بازگشت نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، شناسایی دقیق عوامل دخیل در شروع و حفظ این اختلال اهمیت بسیاری دارد. هدف پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین ترومای کودکی با علائم اختلال استرس پس از آسیب، با توجه به نقش میانجی انعطاف‌پذیری شناختی و نشخوار فکری است. روش کار: پژوهش حاضر مقطعی و از نوع همبستگی و معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش شامل تمام مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی شهر همدان در سال ۱۴۰۰ بود که از این جامعه به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۸۰ نفر انتخاب و بررسی شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه اختلال استرس پس از سانحه کیان و همکاران، مقیاس ترومای کودکی برنشتاین و همکاران، پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دنیس و وندروال و پرسش‌نامه نشخوار فکری نولن هوکسما و ماور استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش مدل‌یابی معادلات ساختاری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ و ایموس (AMOS. 21) انجام شد. یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که ترومای کودکی با علائم اختلال استرس پس از سانحه و نشخوار فکری رابطه مثبت و معنادار و با انعطاف‌پذیری روان‌شناختی رابطه منفی و معناداری دارد. همچنین، بین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی با علائم اختلال استرس پس از سانحه رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. از سوی دیگر، نتایج تحلیل مسیر نشان داد که نشخوار فکری و انعطاف‌پذیری شناختی بین ترومای کودکی و استرس پس از سانحه نقش واسطه‌ای دارد. نتیجه‌گیری: توجه به انعطاف‌پذیری شناختی و نشخوار فکری نقش مهمی در رابطه بین ترومای کودکی و اختلال استرس پس از سانحه دارد.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی فراتحلیل (متاآنالیز) یافته‌ها و نتایج چندین پژوهش (که در بخش مروری برپیشینه پژوهش در رابطه با (بررسی رابطه ترومای کودکی با افکار خودکشی: نقش میانجی تاب‌آوری) بود. نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات مولفه‌های تجربه‌ی ترومای دوران کودکی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی در مقایسه با افراد عادی به طور معنی‌داری بالاتر است. این نتایج با مطالعات گراتز و همکاران (2011)، فولت و همکاران (2006)، وینگفیلد و همکاران (2011)، روی (2011) و مندلی و همکاران (2011) همخوانی دارد. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که میان سواستفاده جنسی دوران کودکی و رفتار خودکشی بزرگ‌سالی ارتباط قوی وجود دارد. تروماهای دوران کودکی به میزان قابل توجهی با شروع زودرس اقدام به خودکشی همراه است. نخستین رفتار خودکشی بیشتر در سن جوانی، به همراه بیماری‌های روان‌پزشکی، پرخاشگری، صفات و رفتار خشونت‌آمیز دیده می‌شود. سن پایین هنگام اقدام به خودکشی با تکرار اقدام به خودکشی همراه است (روی، 2011). از سوی دیگر تکرار اقدام به خودکشی با خود جرح‌ی‌های دیگر نیز همراه است. پژوهش سوگر و همکاران (2011) همانطور که تعدادی از متخصصان خاطر نشان ساخته‌اند که حرمت خود پایین به ایجاد پرخاشگری کمک می‌کند (روس و ساندو، ۲۰۲۰؛ دونالن، ترزنئیوفسکی، رابینز، مغیت و کاسپی، ۲۰۱۵)؛ و روانشناسان انسان‌گرا مثل راجرز (۱۹۶۱)

به نقل از دونالن و همکاران (۲۰۱۵) نیز معتقدند که فقدان حرمت خود مثبت غیر مشروط با اختلالات روانشناختی از جمله پرخاشگری و بروز افکار خودکشی مرتبط است. سرانجام فرویدی های جدید معتقدند که حرمت خود پایین، پرخاشگری و افکار خودکشی را بر می انگیزد. به عنوان نمونه بر اساس نظریه پردازی هورنای و آدلر، احساس حقارت که ریشه در تجربه ی طرد و تحقیر در اوایل کودکی دارد باعث برانگیختن پرخاشگری، بروز افکار خودکشی و رفتار ضد اجتماعی میشود. افراد به وسیله برونی ساختن سرزنش ناشی از خطای خود که منجر به احساس خصومت و خشم نسبت به دیگران میشود از خودشان در برابر احساس حقارت و شرم دفاع میکنند. ازاینرو سه دیدگاه نظری مجزا عامل برانگیزاننده های رفتارهای برونی سازی شده را تا حدودی حرمت خود پایین میدانند (صالحی، ۱۳۸۸). در واقع به نظر میرسد افراد پرخاشگر برای جبران حرمت خود پایین، از طریق نشان دادن برتری و تسلط بر دیگران به دفاع از احساس تهدیدشدگی خود می پردازند. (مورفی، استوسنی و مورل، ۲۰۱۵) نشان داده اند ترومای دوران کودکی نه تنها یک عامل خطر برای رفتار خودکشی است، بلکه همچنین برای شروع زود هنگام خودکشی، اختلال های روان پزشکی و صفات تهاجمی نیز عامل خطر به حساب می آید. شواهد نشان میدهد ترومای دوران کودکی بر مغز در حال رشد کودکان و نوجوانان اثر مخربی بر جا میگذارد. یکی از این اثرها، اختلالهای هیجانی است. سواستفاده و غفلت در دوران کودکی ممکن است به ناتوانیهای مزمن در مقابله با نوسان هیجانها و در نتیجه افزایش اختلالهای هیجانی، از جمله افسردگی و اقدام به خودکشی منجر میشود (وینگفیلد و همکاران، ۲۰۱۱). از آنجاکه سواستفاده هیجانی و غفلت یک نوع محرومیت هیجانی است به افسردگی منجر میشود و اختلال افسردگی همایند بالایی با اقدام به خودکشی دارد، میتوان گفت افرادی که در کودکی دچار سواستفاده هیجانی میشوند، به اختلال های هیجانی از جمله افسردگی، اختلالهای استرس پس از سانحه، حالت های تجزیهای و اختلالات شخصیت مبتلا میشوند (گراتر و همکاران، ۲۰۱۱) و این اختلالات میتوانند به خودکشی منجر شود. از سوی دیگر سواستفاده جنسی، هیجانی، غفلت و آزار فیزیکی میتواند بر شناخت افراد تاثیر بگذارد، بدین شکل که به شکلگیری تحریف ها و خطاهای شناختی منجر شود و این تحریفهای شناختی در نهایت منجر به بروز افسردگی شود، که مهم ترین پیامد آن اقدام به خودکشی است. پژوهش روی، کارلی و سارچیون (۲۰۱۱) با بررسی ۲۸۱ فرد با سابقه اقدام به خودکشی نشان داد افرادی که سابقه اقدام به خودکشی دارند، نسبت به کسانی که داشتند. در (CTQ) سابقه اقدام به خودکشی ندارند، نمره بالاتری در پرسشنامه ترومای دوران کودکی تبیین دیگر میتوان به مدل زانارینی و همکاران) زانارینی، فرانکنبورگ، دیلوگا، هنی، خرا، پیشنهاد کرده اند برای (BPD) گاندرسون، (۱۹۹۸) نوعی مدل چندعاملی را برای اختلال شخصیت مرزی ارتباط تجربیات اولیه کودکآزاری و اقدام به خودکشی هم قابل تبیین باشد. آن ها معتقدند که اختلال شخصیت مرزی، از ترکیب پیچیده سه مولفه ناشی میشود (خلق و خوی ذاتی، تجربه های دردناک و چالش برانگیز کودکی و کژ کاری نورولوژیکی و بیوشیمیایی) (اشاره کرد. به عقیده آنها مولفه آخر، احتمالاً نتیجه ی ترکیب تجربه های ویران سازی اولیه و آسیب پذیریهایی ذاتی بیمار مرزی است. برای مثال سواستفاده ی هیجانی، جسمی و جنسی ممکن است موجب راه اندازی سیستمهای استرس شود. از سوی دیگر، زانارینی و فرانکنبورگ (محور HAP) مثل محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال زانارینی و همکاران، (۱۹۹۸) بر اساس تجربه های ناگوار کودکی، سه نوع تروما را از هم متمایز کرده- اند. ترومای تیپ ۱ شامل جداییهای اولیه، بینفاوتی مزمن به احساسات کودک، اختلافات و ناسازگاریهای هیجانی داخل خانواده میشود، ترومای تیپ ۲ نیز شامل آزار کلامی و هیجانی، غفلت از نیازهای فیزیکی و بیماری های روانی والدین میشود. ترومای تیپ ۳ نیز به آزارهای جسمی و جنسی شدید و اختلالات روانی مزمن یکی از مراقبها) به ویژه نوعی اختلال شدید شخصیتی و سومصرف مواد اشاره دارد. بنابراین این عامل رهاسازی، بی توجهی به نیازهای اولیه و آزارهای جسمی در دوران کودکی در حکم یک کاتالیزور در بزرگ سالی عمل میکند؛ به این صورت که احساسهای مزمن و شدید دیسفوریک، تجربه های پارانویدی و تجزیه ای گذرا، تکانشوری در قالب رفتارهای خودتخریب گرایان، تهدید به خودکشی، اقدام به خودکشی، روابط بین فردی آشفته، وابستگی افراطی و کنترل دیگران در بزرگ سالی ناشی از تجربیات اولیه آزاردهنده بوده است. همچنین قربانی خشونت شدن در دوران

کودکی نسبت به شاهد خشونت بودن ارتباط بیشتری با افسردگی، اضطراب و استرس دارد. در همین راستا پژوهش‌ها نشان دادند که با افزایش تجربه خشونت در کودکی، میزان آسیب روانی افزایش مییابد. آمادگی مزاجی برای ابتلا به افسردگی، اضطراب و استرس (آشفتگی روانشناختی) (تعیین کننده واکنش افراد مبتلا به بیماری های مزمن و غوطهور شدن در افکار و رفتار خودکشی است و در این میان تجارب کودکی و عوامل ژنتیکی و محیطی بسیار تاثیرگذار هستند در تبیین این یافته ها میتوان گفت، افراد اقدام کننده به خودکشی هیجان های منفی زیادی را تجربه میکنند که مانع از تفکر و تصمیم گیری صحیح برای حل مساله و برطرف کردن آن میشود. فقدان اقدامات عملی و سازنده موجب میشود که محرک های یادآور کننده حادثه استرس زا همچنان ادامه داشته یا عوامل مختلفی نظیر سرزنش، نشخوار و پرخاشگری آنها را تشدید کند که در نهایت موجب میشود فرد احساس درماندگی و ناامیدی کرده و تصور کند که هیچ کنترلی بر موقعیت خویش ندارد، زندگی برایش پوچ و بیمعنی شود و افکار خودکشی را در او تشدید کند. زمانی که افراد متحمل پریشانی و آشفتگی روانشناختی میشوند،

به شیوه های مختلفی میتوانند به خلق خود پاسخ دهند. آنها ممکن است احساس های خود را انکار کنند، از فکر کردن درباره چگونگی احساسهایشان اجتناب کنند، به سرعت اقدام به تغییر محیط خود و تغییر خلق خود کنند، یا ممکن است به نشخوار ذهنی بپردازند. الگوهای آسیب پذیری شناختی، نشخوار ذهنی و سرکوبی فکر را به عنوان راهبردهای ناسازگارانه ای شناسایی کرده اند که خطر افکار و رفتارهای خودکشی گرا را افزایش میدهند. از پژوهش ها چنین برمیآید که نشخوار ذهنی، سرکوبی فکر، و ممکن، افسردگی و اضطراب بهنوعی با یکدیگر در ارتباطند است در درازمدت افکار خودکشی را به دنبال داشته باشند قرار گرفتن در معرض خشونت یا تروما ممکن است به افزایش ناامیدی، افسردگی، تکانشوری، خطرپذیری و تلاش برای خودکشی بیانجامد. بنابراین استفاده از راهبردهای ناسازگارانه، فرد را مستعد اضطراب کرده، لذا به جای واکنش مناسب به رویدادهای تنیدگیزا، با آشفتگی و تشویش به آنها عکس العمل نشان میدهد در نتیجه افراد را مستعد ایده پردازی خودکشی میکند. یافته های پژوهش حاضر همسو Brodsky و همکاران (2008) و Roy (2011) با پژوهش های Campos و همکاران (2018) و Castellvi و همکاران (2017) است که نشان دادند میان Mortier (2017) و ترومای کودکی و اقدام به خودکشی رابطه وجود دارد. همچنین یافته های پژوهش با نتایج پژوهش و همکاران که به طور خاص نشان دادند تجارب تروماتیک تکرارشونده در دوره کودکی با ظرفیت آسیب دیده برای تنظیم هیجانی و با خشونت از جمله احساسات خودکشی گرا مرتبط می شوند، همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت، از آنجا که سوءاستفاده هیجانی به افسردگی منجر می شود و اختلال افسردگی همایندی بالایی با اقدام به خودکشی دارد، می توان گفت افرادی که در کودکی دچار سوءاستفاده هیجانی می شوند، به اختلال های هیجانی از جمله افسردگی مبتا می شوند و افسردگی می تواند به خودکشی منجر شود. شواهد نشان می دهد تروماهایی دوران کودکی بر مغز در حال رشد کودکان و نوجوانان اثر مخربی بر جا می گذارد. یکی از این اثرها، اختلال های هیجانی است. سوءاستفاده و غفلت در دوران کودکی ممکن است به ناتوانی های مزمن در مقابله با نوسان هیجان ها و در نتیجه افزایش تحمل پریشانی، رفتار پرخاشگرانه و خودکشی در بزرگسالان رابطه وجود دارد. تجربه غفلت در کودکی، ترس از آسیب رساندن به خود را در فرد کاهش می دهد و همین طور از طریق میانجیگرهایی مانند افسردگی منجر به ایده پردازی و رفتار خودکشی گرا می شود. غفلت در دوران کودکی رشد هیجانی - اجتماعی دوران نوجوانی و بزرگسالی از جمله گسترش شناخت واره های منفی در مورد خود و دیگران را تحت تاثیر قرار می دهد. همچنین غفلت موجب روابط شرطی بین محرك مربوط به آسیب و آشفتگی هیجانی و تنظیم هیجانی رشد نایافته می شوند. کودکانی که در دوران کودکی خود مورد غفلت واقع شده اند معمولاً ناچارند درد عاطفی زیادی را تحمل کنند، که این مانع از ایجاد احساس امنیت در آن ها می شود. بنابراین، این کودکان کمتر احتمال دارد مهارت های تنظیم مقابله با شناخت ها یا هیجان های منفی را گسترش می دهند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین درد روانی و ایده پردازی خودکشی همبستگی معنادار وجود دارد. این یافته با و همکاران مطالعه فراتحلیل انجام شده توسط، هم راستا می باشد. این پژوهش نشان داد که سطح درد روان شناختی در افرادی که اقدام به خودکشی می کنند نسبت به افرادی که اقدامی نمی کنند و همچنین در افراد دارای ایده های خودکشی نسبت به کسانی که هیچ ایده ای درباره خودکشی ندارند، بالاتر است. این نتایج حتی زمانی که زیرگروه ها سطح یکسانی از افسردگی داشتند، معنادار بودند. این نتیجه منطبق با این یافته است که خطر خودکشی جدا از افسردگی، به طور مثبت با سطح درد روان شناختی مرتبط است. هم چنین درد روان شناختی در برانگیختگی

خودکشی با عوامل محیطی تعامل می کند. برای مثال، میزان اقدام به خودکشی و درد روان شناختی در افرادی که در معرض خودکشی اعضای خانواده خودشان بودند نسبت به کسانی که چنین تجربه ای را نداشتند، خیلی بیشتر است. این نتایج پیشنهاد می کنند که درد روان شناختی در تعامل با رخداد های تنش زا، در افراد آسیب پذیر به خودکشی، خطر خودکشی را افزایش می دهد. بنابراین در نتیجه گیری نهایی می توان اینگونه استدلال نمود که به طور رخداد های آسیب زای زندگی بویژه ترومای کودکی با افکار خودکشی و با نقش میانجی تاب آوری رابطه دارد.

فهرست منابع:

- ابراهیمی، گلی؛ غضنفری، احمد؛ مشهدی زاده، شهرام و رحیمی، سعید (۱۴۰۲)، رابطه ترومای دوران کودکی با افکار خودکشی با توجه به نقش واسطه ای طرحواره های ناسازگار اولیه، نشریه روان پرستاری، دوره ۱۱، شماره ۱. <https://civilica.com/doc/168466>.
- انصاری کلاچاهی، فاطمه؛ قربان پور لقمجانی، امیر و صادقی، عباس (۱۴۰۱)، بررسی رابطه سبک های دلبستگی و ترومای دوران کودکی با گرایش به روابط فرزنشویی.
- انفعال، نوید؛ امیدوار، بنفشه و زارع نژاد، محمد (۱۴۰۰)، پیش بینی صفات سازمان شخصیت مرزی بر اساس ترومای دوران کودکی و جو عاطفی خانواده در افراد معتاد به مواد مخدر، مجله علمی پژوهان، دوره ۱۹، شماره ۳، بهار ۱۴۰۰، صفحات ۱ تا ۱۱.
- بابایی نادینلویی، کریم؛ اصولی، بیوک؛ عبادی، زهرا و ستاری سفیدان جدید، کاظم (۱۳۹۹)، افکار و رفتارهای خودکشی در بین زنان قربانی همسر آزاری ارجاع داده شده به اورژانس اجتماعی: با تأکید بر نقش مواجهه با ترومای دوران کودکی، مجله پزشکی قانونی ایران، دوره ۲۶، شماره ۱، زمستان ۱۳۹۹، صفحات ۱ تا ۸.
- بگیان کوله مرز، محمد جواد؛ کرمی، جهانگیر؛ مومنی، خدامراد و الهی، عادل (۱۳۹۸)، نقش تجربه ترومای دوران کودکی به واکنش پذیری و درد ذهنی در اقدام کنندگان به خودکشی و افراد بهنجار، نشریه اندیشه و رفتار، دوره چهاردهم، شماره ۵۳، پاییز ۱۳۹۸، صفحات ۷۷ تا ۸۹.
- ترکمن، مهدیس؛ داوودی، اعظم؛ نظیری، قاسم و فتح، نجمه (۱۴۰۲)، رابطه ترومای کودکی با علائم اختلال استرس پس از آسیب در این افراد با توجه به نقش میانجی انعطاف پذیری شناختی و نشخوار فکری، مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، سال ۱۴۰۲، دوره ۱۵، شماره ۱، صفحات ۱۸ تا ۲۶.
- ذررانی، ایران، برماس، حامد و ثابت، مهرداد (۱۳۹۹)، همبستگی ترومای کودکی و ایده پردازی خودکشی با میانجیگری درد روانی و روابط عمومی، نشریه مدیریت ارتقای سلامت، سال ۱۳۹۹، دوره ۹، شماره ۳، صفحات ۳۴-۴۸.
- کمبل، کالین و کمبل، توماس (۱۳۹۹)، ترجمه آرش حسینیان چاپ اول ۱۳۹۱-ص ۶۷.
- گرگن، کنت جی و گرگن، ماری (۱۳۹۴)، ساخت اجتماعی، ترجمه فاطمه جاودان، تهران: انتشارات علوم و فنون.
- مرادزاده، شیدا و نجفی، محمود (۱۴۰۱)، پیش بینی افسردگی بر اساس ترومای کودکی، تکانشگری و تنظیم شناختی هیجان در افراد وابسته به مواد، نشریه اعتیاد پژوهی، سال ۱۴۰۱، دوره ۱۶، شماره ۶۴، صفحات: ۲۱۹-۲۴۰.

References:

1. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl* 2023; 27(2): 169-90.
2. Bertolote JM, Fleischmann A. A global perspective on the magnitude of suicide mortality. New York: Oxford University Press; 2009. <https://doi.org/10.1093/med/9780198570059.003.0014>.
3. Brodsky BS, Mann JJ, Stanley B, Tin A, Oquendo M, Birmaher B, et al. Familial transmission of suicidal behavior: factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2008;69(4):584-290. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0410> PMID:18373384 PMCID:PMC2754138.
4. Campos RC, Holden RR, Baleizão C, Caçador B, Fragata AS. Self-criticism, neediness, and distress in the prediction of suicide ideation: Results from cross-sectional and longitudinal studies. *The Journal of psychology*. 2018;152(4):237-255. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1446895> PMID:29667539.

5. Castellví P, Miranda-Mendizábal A, ParésBadell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, et al. Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta analysis of longitudinal studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2017; 135 (3):195-211. <https://doi.org/10.1111/acps.12679> PMID:27995627.
6. Choi Jh, Yu M, Kim Ke. Suicidal ideation in adolescents: A structural equation modeling approach. *Nursing & Health Sciences*. 2015;17(1):119-125. <https://doi.org/10.1111/nhs.12142> PMID:24943997.
7. Crawford MJ, Thana L, Methuen C, Ghosh P, Stanley SV, Ross J, et al. Impact of screening for risk of suicide: Randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2011; 198 (5): 379-384. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.5.379> <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083592> PMID:21525521.
8. Donnellan, M.B., Trzesniewski, K.H., Robins, R.W., Moffitt, T.E & Caspi, A. (2015). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior and delinquency. *Psychological Science*, 16(4), 328- 335.
9. Hawton K, van Heeringen K. Background and epidemiology. *Lancet*. 2009; 373:1372-1381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60372-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60372-X).
10. Garmezy, N. (1991). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associate with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
11. Groleger U, Tomori M, Kocmur M. Suicidal ideation in adolescence-an Indicator of actual risk? *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*. 2003;40(3):202-215.
12. Kumpfer, K. L. (1999). Factor and processes contributing to resilience: The resilience framework. In: M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development* (pp. 179-224). New York: Kluwer Academic Publishers.
13. Lester D. Suicide and Islam. *Archives of Suicide Research*. 2016;10(1):77-97. <https://doi.org/10.1080/13811110500318489> PMID:16287698.
14. Lowell A, Renk K, Adgate AH. The role of attachment in the relationship between child maltreatment and later emotional and behavioral functioning. *Child Abuse Negl* 2014; 38(9): 1436-49.
15. Murphy, C.M., Stosny, S & Morrel, T.M. (2015). Change in self-esteem and physical aggression during treatment for partner violent men. *Journal of Family Violence*, 20(4), 201-210.
16. Reuther, E.T & Osofsky, J.D. (2019). Encyclopedia on early childhood development. Retrieved from <http://www.childencyclopedia.com/resilience/accordingexperts/resilience-after-trauma-early-development>.
17. Rus, H.M & Sandu, M.L. (2020). Features of aggression regarding homeless children. *Technium Social Sciences Journal*, 2(1), 90-95.
18. Van Heeringen K. Unit for suicide research, University of Gent, Belgium. *The British Journal of Psychiatry*. 2003; 183 (3):260-261. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.3.260> PMID:12949001.
19. Marcenko MO, Fishman G, Friedman J. Reexamining adolescent suicidal ideation: A developmental perspective applied to a diverse population. *Journal of Youth and Adolescence*. 2019; 28 (1):121-138. <https://doi.org/10.1023/A:1021628709915>.
20. Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychology*, 56, 227-238.
21. Mortier P, Demyttenaere K, Auerbach RP, Cuijpers P, Green JG, Kiekens G, Kessler RC, Nock MK, Zaslavsky AM, Bruffaerts R. First onset of suicidal thoughts and behaviors in college. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 207:291-299. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.09.033> PMID:27741465 PMID:PMC5460371.
22. Myers SG, Wells A. Early trauma, negative affect, and anxious attachment: the role of metacognition. *Anxiety Stress Coping* 2015; 28(6): 634-49.
23. Roy A. Combination of family history of suicidal behavior and childhood trauma may represent correlate of increased suicide risk. *Journal of Affective Disorders*. 2011;130(1-2):205-208. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.022> PMID:20943272.