

مقایسه تجربه‌ی گسست، شفقت به خود و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد با رفتار خودکشانه و افراد عادی

افسانه طاهری^۱ و امیرمجتبی مجتبابی^۲

از نظر مفهومی، رفتارهای مربوط به خودکشی شامل یک پیوستار از ایده‌های خودکشی یا افکار خودکشی، تا برنامه‌ریزی برای خودکشی و سرآخر، اقدام به خودکشی و مرگ توسط خودکشی قابل تبیین است. مرگ ناشی از اقدام به خودکشی در بسیاری از کشورها یک معضل بهداشت روانی محسوب می‌شود. فکر و رفتار خودکشی به دلیل تعامل عوامل مختلفی ایجاد می‌شود و در این راستا نظریه‌های بسیاری برای درک بهتر توسعه فکر و رفتار خودکشی ساخته شده‌اند. هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی تجربه‌ی گسست، شفقت به خود و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد با رفتار خودکشانه و افراد عادی بود. برای این منظور، طی یک پژوهش مقایسه‌ای ۳۰ نفر با عمل اقدام به خودکشی، با ۳۰ نفر از افراد عادی بدون افکار خودکشی از نظر سن، جنسیت و وضعیت تاهل، هم‌تاسازی و پس از ارزیابی از نظر شفقت به خود، حمایت اجتماعی ادراک شده، تجربه‌ی گسست و رفتار خودکشانه، با یکدیگر مقایسه شدند. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بین دو گروه افراد با رفتار خودکشانه و افراد عادی به لحاظ مولفه‌های شفقت به خود، حمایت اجتماعی ادراک شده و متغیر تجربه‌ی گسست، تفاوت معناداری وجود دارد. بدین ترتیب می‌توان عنوان داشت که تجربه‌ی گسست بالاتر، شفقت به خود و حمایت اجتماعی ادراک شده پایین‌تر می‌تواند در رفتار خودکشانه نقش داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: تجربه‌ی گسست، شفقت به خود، حمایت اجتماعی، رفتار خودکشانه

مقدمه

خودکشی یک مشکل و مسأله‌ی بهداشت عمومی در جهان است که روند بدتری در دهه‌ها و سال‌های اخیر داشته است و میزان آن هر سال رو به افزایش است (سال، برنر، میلیکان و همکاران ۲۰۱۹). هر سال در سراسر دنیا حدود ۸۰۰۰۰۰ نفر به علت خودکشی می‌میرند (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸). از نظر مفهومی، رفتارهای مربوط به خودکشی شامل یک پیوستار، از ایده‌های خودکشی یا افکار خودکشی، تا برنامه‌ریزی برای خودکشی و سرآخر، اقدام به خودکشی و مرگ توسط خودکشی است

۱. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۲. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده‌ی مسؤل) ordicc@gmail.com

(کانیوکا، کلیهر- رابون، چانگ و همکاران، ۲۰۱۹). فکر و رفتار خودکشی به دلیل تعامل عوامل مختلفی ایجاد می‌شود و در این راستا نظریه‌های بسیاری برای درک بهتر توسعه فکر و رفتار خودکشی ساخته شده‌اند (استرادا، نوناکا، گئورگوریتو و همکاران، ۲۰۱۹). به غیر از عوامل خطری چون جنس، سن، نژاد، مذهب، وضعیت تاهل، شغل و سلامت جسمانی-روانی، جستجو در میان دیگر متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با رفتار خودکشانه با هدف پیشگیری و کاهش رفتار ضروری به نظر می‌رسد.

شفقت به خود در علت‌شناسی اختلالات روان‌شناختی و سلامت روان دخیل بوده و شواهد محکمی حاکی از ارتباط بین شفقت به خود بالاتر با پریشانی عاطفی-هیجانی کمتر وجود دارد (کلاری، کاملی و اُکانر، ۲۰۱۹). نف (۲۰۰۹) شفقت به خود را این گونه تعریف می‌کند: گشوده بودن و همراه شدن با رنج‌های خود، تجربه‌ی حس مراقبت و مهربانی نسبت به خود، اتخاذ نگرش غیرقضاوتی و همراه با درک و فهم نسبت به بی‌کفایتی‌ها و شکست‌های خود و تشخیص اینکه تجربه‌ی فرد بخشی از تجربه‌ی بشری است. علاوه بر این، نتایج حاصل از پژوهش‌ها نشان از تأیید نقش شفقت به خود در خودکشی داشته است (چانگ، نجاریان، رایت و همکاران، ۲۰۱۷؛ کولت، پوگ، ویت و همکاران، ۲۰۱۶؛ تاناکا، وکرل، شاماک و همکاران، ۲۰۱۱). در این راستا کلاری و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ی مروری خود دریافتند که خود شفقتی و بخشش خود بالاتر با رفتارهای خودجرحی و افکار خودکشی کمتر در ارتباط است. کانیوکا و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه‌ی خود دریافتند که خودشفقتی در نشانه‌های افسردگی، اضطراب و رفتارهای مرتبط با خودکشی در دانشجویان نقش دارد. حمایت اجتماعی نیز یکی از مولفه‌های مرتبط با سلامت روان و پیش‌بینی کننده‌ی مشکلات روان‌شناختی است. بیماران که نمرات بالایی در حمایت اجتماعی به دست می‌آورند، به احتمال زیاد بهتر با عوامل استرس‌زای روانی کنار می‌آیند (ایرنشواو، لانگ، لیبیت و همکاران ۲۰۱۴). رایج‌ترین تعریف حمایت اجتماعی بر در دسترس بودن و کیفیت ارتباط با افرادی که در مواقع مورد نیاز منابع حمایتی را فراهم می‌کنند، تأکید دارد. منابع حمایتی موجب می‌شود که فرد احساس مراقبت، مورد علاقه بودن، عزت‌نفس و ارزشمند بودن کند و احساس کند که بخشی از شبکه‌ی وسیع ارتباطی است (علی‌پور، ۲۰۰۶). پژوهش‌های پیشین بر نقش حمایت اجتماعی در خودکشی صحنه گذاشته‌اند (حیدری، ۲۰۱۶؛ شن‌گول، کایا، شن و همکاران، ۲۰۱۴؛ پاناگی‌یوتی، گودینگ، تیلور و همکاران، ۲۰۱۴). در این راستا ابراهیم، چدین، احمد و همکاران (۲۰۱۹) در مطالعه خود دریافتند که حمایت خانواده و دوستان با افکار و رفتار خودکشی رابطه منفی دارد. ویلکز، مورلاند، دیلون و همکاران (۲۰۱۹) نیز در پژوهشی دریافتند که حمایت اجتماعی پایین، خطر خودکشی را بالا می‌برد.

از دیگر سو، تجربه‌ی گسست (تجزیه) نیز یکی از مولفه‌های روان‌شناختی است که می‌تواند در سلامت روان نقش داشته باشد. گسست عبارت است از فعالیت جدا و منفک سازه‌های روانی با محتوای آنها که قبلاً با یکدیگر پیوسته و مرتبط بوده‌اند. گسست یک مکانیزم است که به ذهن این اجازه را می‌دهد که از هشیاری فاصله بگیرد و در مواقعی که محرک‌ها و برانگیزاننده‌های فراتر از توان فرد پیش می‌آیند، ذهن با این مکانیزم در واقع به نوعی از تنظیم هیجان و رفتار دست می‌زند؛ این تجزیه می‌تواند در طیف‌های مختلفی صورت بگیرد، از فراموشی روزمره‌ی ساده گرفته که گاهی همه ما به آن دچار می‌شویم، تا اختلالات تجزیه‌ای که می‌تواند منجر به بستری شدن فرد بشود (برون، ۲۰۰۶). در این راستا، نتایج مطالعات کالاتی، بن‌ساسی و کورت (۲۰۱۷)، فووت، اسمولین، نفت و همکاران (۲۰۰۸)، کاراداک، سار، تامار-گورول و همکاران (۲۰۰۵) و زوراوغلو، توزون، سار و همکاران (۲۰۰۳) بر نقش تجربه گسست در خودکشی تاکید داشته است.

همانطور که عنوان شد، خودکشی یکی از معضلات اساسی عصر حاضر شناخته شده و به عنوان یک مشکل عمده‌ی بهداشتی مطرح است. تغییر ساختاری و جوان‌تر شدن افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند نیز بر مشکلات افزوده است. در این شرایط نه تنها جامعه، نیروهای مولد خود را از دست می‌دهد، بلکه باید به دلیل بیماری‌ها، معلولیت‌ها، و آسیب‌های روانی اجتماعی ناشی از این معضل، هزینه‌های نگهداری و اراییه‌ی مراقبت‌های خاص را برای سال‌های طولانی بپذیرد. خودکشی به سلامت روان اعضای خانواده‌ی قربانیان آسیب می‌زند، تاثیرات منفی بر زندگی اجتماعی به جای می‌گذارد و احتمال وقوع آن را در محیط خانواده و اجتماع افزایش می‌دهد (جمشیدزاده، رفیعی، یاسمی و همکاران، ۲۰۰۴). با وجود این، خودکشی یک معضل روانی اجتماعی قابل پیشگیری است و بدین ترتیب با توجه به اینکه متغیرهای روان‌شناختی در بروز خودکشی نقشی اساسی دارند با توجه به آنچه گفته شد، هدف این پژوهش پاسخ به این پرسش بود که آیا بین تجربه‌ی گسست، شفقت به خود و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد با رفتار خودکشانه و افراد عادی تفاوت وجود دارد؟

روش

این پژوهش یک پژوهش پس‌رویدادی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر افراد با رفتار خودکشانه و افراد عادی بود. نمونه‌ها به صورت نمونه‌ی در دسترس از بین افراد بستری در بخش مسمویت بیمارستان لقمان با اقدام به خودکشی در سال ۲۰۱۸ و افراد عادی انتخاب شد. تعداد نمونه در پژوهش‌های علی مقایسه‌ای حداقل ۳۰ نفر است که با توجه به حضور دو گروه در این پژوهش، تعداد

نمونه ۶۰ نفر تعیین شد، بدین ترتیب که ۳۰ نفر افراد با رفتار خودکشانه با ۳۰ نفر از افراد بدون تمایل به خودکشی از نظر سن، جنسیت و وضعیت تاهل هم‌تاسازی شدند. آزمودنی‌ها با پرسشنامه تجدید نظر شده خودکشی^۱ (SBQ-R)، مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه^۲ (SCS-SF)، مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده^۳ (MSPSS) و مقیاس تجربه‌ی گسست^۴ (DES) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

مقیاس شفقت به خود- فرم کوتاه (SCS-SF) شامل ۱۲ گویه است که پاسخ‌های آن در یک دامنه‌ی ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) قرار می‌گیرند و توسط ریس، پومیر، نف و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شده است. این مقیاس سه مولفه‌ی دو قطبی را در ۶ زیر مقیاس مهربانی با خود / خود-قضاوتی (معکوس)، ذهن آگاهی / همانندسازی افراطی (معکوس)، و اشتراکات انسانی / انزوا (معکوس) اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌ی میانگین برای شفقت به خود ۳۶ می‌باشد. نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی سطح بالاتر شفت به خود است. فرم کوتاه با فرم بلند همبستگی بالایی ($r=0/97$) دارد و پایایی باز آزمایی ۰/۹۲ گزارش شده است (خانجانی، فروغی، صادقی و همکاران، ۲۰۱۶). در پژوهش خانجانی و همکاران (۲۰۱۶) عنوان شده که نتایج تحلیل عاملی تأییدی از ساختار ۳ عاملی مقیاس شفقت به خود در نمونه‌ی ایرانی حمایت کرد. مقیاس شفقت به خود همبستگی منفی و معناداری با کمال‌گرایی ($r=-0/33$) و عاطفه‌ی منفی ($r=-0/38$) و شرم بیرونی ($r=-0/21$) داشت. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس و عامل‌های خود مهربانی- خود قضاوتی، تجربه‌ی مشترک بشری- انزوا و ذهن آگاهی- همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۶۸، ۰/۷۱ و ۰/۸۶ بدست آمد (خانجانی و همکاران، ۲۰۱۶).

مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) را زیمت، دهلم، زیمت و همکاران (۱۹۸۸) به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی فرد تهیه کرده‌اند. این ابزار ۱۲ گویه را شامل می‌شود که حمایت اجتماعی ادراک شده هر فرد را در هر یک از سه حیطه‌ی مذکور در طیف ۷ گزینه‌ای کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می‌سنجد. برای به دست آوردن نمره کل این مقیاس، نمره‌ی همه‌ی گویه‌ها با هم جمع شده و بر تعداد آنها (۱۲) تقسیم می‌شود. نمره‌ی هر زیر مقیاس نیز از حاصل جمع نمرات گویه‌های مربوط به آن تقسیم بر تعداد

1. The Suicide Behaviors Questionnaire-Revised
2. Self-Compassion Scale – Short Form
3. Multidimensional Scale of Perceived Social Support
4. Dissociative Experiences Scale

گویه‌های آن زیر مقیاس (۴) به دست می‌آید. اعتبار و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است. سلیمی، جوکار و نیک‌پور (۲۰۰۹) پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی ادراک شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. علی‌پور، علی‌اکبری، امینی و همکاران (۲۰۱۶) پایایی این پرسشنامه را برای نمره کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و هر سه بعد حمایت دوستان، خانواده و شخص به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند.

مقیاس تجربه‌ی گسست (DES) شامل ۲۸ پرسش راجع به تجربیات زندگی روزمره است که اولین نسخه توسط برنستین و پوتنام (۱۹۸۶) و نسخه‌ی دوم توسط کارلسون و پوتنام (۱۹۹۳) طراحی شده است. مقیاس تجربه‌ی گسست از نظر تهیه‌کنندگان یک ابزار خودسنجی کوتاه برای اندازه‌گیری فراوانی تجارب تجزیه‌ای است. این مقیاس به عنوان ابزاری معتبر و پایا جهت کمی‌سازی تجارب تجزیه‌ای طراحی شده و توسعه یافته است. نمره‌ی میانگین در جمعیت کل در آمریکای شمالی ۱۰/۸ بوده است. برای بزرگسالان، هر نمره زیر ۱۵ عادی است. تحقیقاتی که اعتبار و اعتبار این ابزار را نشان می‌دهد دارای ثبات درونی بالایی با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی آزمون بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۶ است و محدوده ضریب دو نیمه کردن را بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۳ گزارش کرده اند (بروس، رای و کارلسون، ۲۰۰۷). در پژوهش امرالهی، مرادی و حسنی (۲۰۱۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳. برای این مقیاس بدست آمده است.

پرسشنامه‌ی تجدید نظر شده‌ی رفتار خودکشانه (SBQ-R) توسط عثمان، بوگ، گوئیرز و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است از ۴ گویه تشکیل شده است که هر گویه، ابعاد مختلفی از قابلیت فرد را برای خودکشی مورد سنجش قرار می‌دهد. گویه‌ی اول افکار خودکشی و اقدام به خودکشی، گویه‌ی دوم فراوانی افکار خودکشی در طی سال گذشته، گویه‌ی سوم بیان نیت و گویه‌ی چهارم احتمال اقدام به خودکشی در آینده را مورد سنجش قرار می‌دهد. نقطه‌ی برش نمره‌ی کلی این آزمون ۷ برای جمعیت عادی و ۸ برای بیماران بالینی است، به طوری که اگر فردی نمره‌ی ۷ و بالاتر از آن دریافت کند به عنوان در معرض خطر خودکشی شناسایی می‌شود. طراحان این مقیاس گزارش کرده‌اند که این ابزار دارای اعتبار درونی، پایایی خوب و همین‌طور توانایی تمایز گروه دارای تمایلات خودکشی از گروه غیر خودکشی‌گرا است (دمیرچی، کیانی و خاکدال، ۲۰۱۷). رشید، کیانی، یگانه و همکاران (۲۰۱۷) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۰/۳ گزارش شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، پس از بررسی مفروضه‌های مرتبط، از آزمون تحلیل واریانس چند راهه (مانوا) استفاده شد. داده‌ها با بیستمین ویرایش نرم‌افزار آماری SPSS پردازش شد.

یافته‌ها

در جدول ۱، مولفه‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیر شفتت به خود، حمایت اجتماعی و تجربه‌ی گسست و نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره ارائه شده است.

جدول ۱. مولفه‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره در افراد با رفتار خودکشانه و افراد عادی

MANCOVA		افراد با رفتار خودکشانه		افراد عادی			
P	F	SD	M	SD	M		
۰/۰۴۸	۴/۰۳	۲/۱۲	۵/۲۷	۱/۹۰	۶/۳۰	مهربانی با خود	شفتت به خود
۰/۲۴۱	۱/۴۱	۲/۱۶	۵/۳۷	۱/۴۸	۵/۹۳	قضاوت در مورد خود	خود
۰/۰۰۱	۳۴/۷۰	۱/۴۱	۴/۵۰	۱/۱۷	۶/۴۷	احساس مشترکات انسانی	
۰/۰۰۱	۵۵/۴۵	۱/۴۴	۳/۹۳	۱/۸۹	۷/۱۷	انزوا	
۰/۰۰۱	۱۹/۳۸	۱/۹۵	۴/۸۳	۱/۶۱	۶/۸۷	ذهن آگاهی	
۰/۰۰۱	۵۸/۹۳	۱/۳۲	۴/۱۷	۱/۴۰	۶/۸۷	فزون همانندسازی	
۰/۰۰۱	۴۷/۴۱	۴/۷۸	۱۵/۹۳	۳/۲۱	۲۳/۱۷	دیگران	حمایت اجتماعی
۰/۰۰۱	۲۹/۰۸	۵/۲۹	۱۵/۷۷	۳/۸۵	۲۲/۲۰	خانواده	ادراک‌شده
۰/۰۰۱	۲۴/۷۴	۶/۰۰	۱۲/۹۰	۵/۰۱	۲۰/۰۰	دوستان	تجربه گسست
۰/۰۰۱	۱۸/۱۰	۵/۰۶	۳۰/۵۴	۴/۲۰	۸/۸۰		

نتایج حاصل از تحلیل واریانس چند متغیره نشان می‌دهد که بین دو گروه افراد با رفتار خودکشانه و افراد عادی از نظر متغیرهای مهربانی با خود ($F(1, 58) = 4.03, P < 0.05$)، احساس مشترکات انسانی ($F(1, 58) = 34.70, P < 0.001$)، ذهن آگاهی ($F(1, 58) = 55.45, P < 0.001$)، انزوا ($F(1, 58) = 19.38, P < 0.001$)، فزون همانندسازی ($F(1, 58) = 58.93, P < 0.001$)، حمایت دیگران ($F(1, 58) = 47.41, P < 0.001$)، حمایت خانواده ($F(1, 58) = 29.08, P < 0.001$)، دوستان ($F(1, 58) = 24.74, P < 0.001$) و تجربه‌ی گسست ($F(1, 58) = 18.10, P < 0.001$) تفاوت معناداری وجود دارد، اما از نظر قضاوت در مورد خود ($F(1, 58) = 1.41, P > 0.05$) تفاوت معناداری وجود نداشته است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که افراد با رفتار خودکشانه در مقایسه با افراد عادی در مؤلفه‌های مهربانی با خود، احساس مشترکات انسانی، انزوا، ذهن آگاهی و فزون همانندسازی متغیر شفقت به خود از میانگین نمرات پایین تری برخوردارند. این یافته همسو با مطالعات کلاری و همکاران (۲۰۱۹)؛ کانیکو و همکاران (۲۰۱۹)؛ چانگ و همکاران (۲۰۱۷)، کولت و همکاران (۲۰۱۶) و تاناکا و همکاران (۲۰۱۱) می‌باشد.

در این راستا، می‌توان گفت افراد بدون داشتن شفقت به خود شکست‌های خود را نمی‌بخشند، پذیرای رنج خود نیستند و خودکشی را درمان دردهای غیرقابل تحمل خود می‌دانند. سبک کنار آمدن انسان‌ها با خودکشی، شبیه سبک کنار آمدن آنها با زندگی است (اشنایدمن، ۱۹۹۸). افرادی که به حال خود شفقت و دلسوزی می‌کنند، متوجه می‌شوند ناکامل بودن، شکست خوردن و تجربه کردن سختی‌های زندگی، یک امر اجتناب‌ناپذیر است. بنابراین آنها تمایل دارند، هنگام مواجهه با تجربیات رنج آور، با خود مهربان باشند، نه اینکه وقتی زندگیشان از ایده‌آل‌هایشان دور می‌ماند، از دست خود عصبانی شوند، یا رفتار خودکشانه از خود بروز دهند. به طور خلاصه می‌توان نتیجه گرفت در نبود مولفه‌ی مهربانی با خود، باور دوست داشتنی نبودن تقویت می‌گردد و افراد به جای درک و پذیرش خود، با رفتار خودکشانه عملاً خود را به شدیدترین صورت ممکن تنبیه می‌کنند. وقتی احساس مشترکات انسانی کم‌رنگ می‌شود، احساس انزوا و جدایی از دیگران جای آن را می‌گیرد و افراد به این باور می‌رسند که تنها آنها در رنج و سختی و کشمکش هستند. این احساس تنهایی مداوم به همراه عدم اتخاذ یک رویکرد متعادل برای درک احساسات منفی خود، تمایل فرد را به نشخوار و تمرکز وسواسی بر افکار و هیجانات منفی تقویت کرده و زمینه را برای تصمیم و انجام رفتار خودکشانه مهیا می‌سازد.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که افراد با رفتار خودکشانه در مقایسه با افراد عادی در حمایت اجتماعی ادراک شده از میانگین نمرات پایین تری برخوردارند. یافته‌های حاصل از پژوهش همسو با مطالعات ابراهیم و همکاران (۲۰۱۹)، ویلکز و همکاران (۲۰۱۹)، حیدری (۲۰۱۶)، شن‌گول و همکاران (۲۰۱۴)، پاناگی‌یوتی و همکاران (۲۰۱۴) است.

در این راستا می‌توان عنوان داشت مطابق با نظر امیل دورکیم، ریشه‌های رفتار خودکشانه در رفتار متقابل جامعه با فرد قرار دارد، همچنان که اریک فروم نیز خودکشی را پدیده‌ای اجتماعی می‌داند (اسلامی نسب، ۱۹۹۲). لذا نقش حمایت اجتماعی و خصوصاً حمایت اجتماعی ادراک شده بر انجام رفتار خودکشانه موثر است. هنگامی که فرد باور داشته باشد که مورد علاقه‌ی اطرافیان بوده و از طرف

آنان دوست داشتنی، قابل احترام و ارزشمند تلقی می‌گردد و از طرفی با آنها در یک شبکه ارتباطی و دوطرفه سهیم است، برای مقابله با احساساتی چون تنهایی و انزوا کارایی بالاتری دارد و همین امر در بهبود عملکرد وی بسیار موثر است. با توجه به اینکه عواملی همچون انزوای اجتماعی و دارا بودن خانواده‌ای فاقد حساسیت، آشفته یا متعارض جزء عوامل پرخطر مرتبط با خودکشی دسته‌بندی گردیده است (سادوک، سادوک، رویز، ۲۰۱۵)، وجود احساس ذهنی در مورد تعلق، پذیرش، مورد علاقه بودن و دریافت کمک در شرایط مورد نیاز، موجب محافظت فرد در شرایط بحرانی گردیده و با ارتقاء سازگاری، توانایی مقابله با رفتار خودکشانه را در فرد افزایش داده و تحمل شرایط سخت را تسهیل می‌کند.

همین طور نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که افراد با رفتار خودکشانه در مقایسه با افراد عادی در متغیر تجربه‌ی گسست نمرات بالاتری کسب می‌کنند. این یافته‌ها همسو با مطالعات کالاتی و همکاران (۲۰۱۷)، فووت و همکاران (۲۰۰۸)، کاراداک و همکاران (۲۰۰۵) و زوراوغلو و همکاران (۲۰۰۳) می‌باشد. در تبیین نتایج می‌توان گفت گسست موجب آن می‌گردد که جنبه‌هایی از شناخت یا تجربه از دسترسی هشیار آدمی دور بماند. بنابراین گسست نوعی نقص هشیار است که در اجرای نقش متعارف خویش برای یکپارچه ساختن شناخت‌ها، هیجان‌ها، انگیزه‌ها و سایر ابعاد تجربه در قالب یک تجربه‌ی آگاهانه دچار مشکل می‌شود. با توجه به نتایج بدست آمده در پژوهش، می‌توان تجارب گسستی در گروه‌های آسیب‌پذیر را به عنوان یکی از متغیرهای تشدیدکننده‌ی رفتار خودکشانه در نظر گرفت. در حال حاضر صرفاً استفاده از واپس‌زنی (سرکوبی) به عنوان مکانیسم دفاعی جزء شاخص‌های پیش‌بینی‌کننده‌ی خطر خودکشی (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵) محسوب می‌گردد؛ و به نظر می‌رسد، توجه به تفاوت بین گسست و سرکوبی می‌تواند در باز تعریف این متغیرها موثر باشد. در حوزه فعالیت بالینی هنگام کار با مراجعین به شدت آسیب دیده و تجزیه‌ای عاقلانه است که فرض کنیم احتمال بالایی برای خود آسیب‌زنی وجود دارد (راس و هالپرن، ۲۰۰۹).

References

- Alipour, A., Aliakbari Dehkordi, M., Amini, F., Hashemi Jashni, A. (2016). Relationship between perceived social support and adherence of treatment in Diabetes mellitus type 2: mediating role of resiliency and hope. *rph*, 10 (2): 53-67 (Persian)
- Alipour A. (2006). The Relationship of Social Support with Immune Parameters in Healthy Individuals: Assessment of the Main Effect Model. *IJPCP*, 12 (2): 134-139 (Persian)
- Amrollahi, S., Moradi, A.R. Hasani, J. (2016). Effectiveness of Memory Specificity Training for Cognitive Vulnerability and Dissociative Experiences in Patients with Post traumatic stress Disorder. *Journal of Cognitive Psychology*, 4 (3), 35-44. (Persian)
- Brown, R. J. (2006). Different types of "dissociation" have different psychological mechanisms. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 7-28.

- Bruce, A. S., Ray, W. J., & Carlson, R. A. (2007). Understanding cognitive failures: What's dissociation got to do with it? *The American Journal of Psychology*, 120(4), 553–563. <https://doi.org/10.2307/20445425>
- Calati, R., Bensassi, I., & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: meta-analyses. *Psychiatry Research*, 251, 103–114.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*.
- Chang, E. C., Yu, T., Najarian, A. S. M., Wright, K. M., Chen, W., Chang, O. D., ... Hirsch, J. K. (2017). Understanding the Association Between Negative Life Events and Suicidal Risk in College Students: Examining Self-Compassion as a Potential Mediator. *Journal of Clinical Psychology*, 73(6), 745–755.
- Cleare, S., Gumley, A & O'Connor, RC. (2019). Self-compassion, self-forgiveness, suicidal ideation, and self-harm: A systematic review. *Clin Psychol Psychother*, 26 (5): 511-530.
- Collett, N., Pugh, K., Waite, F., & Freeman, D. (2016). Negative cognitions about the self in patients with persecutory delusions: An empirical study of self-compassion, self-stigma, schematic beliefs, self-esteem, fear of madness, and suicidal ideation. *Psychiatry Research*, 239, 79–84.
- Damirchi, E. S., Kiani, A & Khakdal Ghojebeygloo, S. (2017). The Relationship between Sense of Coherence and Cognitive Emotion Regulation with Suicidal Thoughts among Students at University of Mohaghegh Ardabili in 2017. *Community Health journal*; 11(3, 4):56-64. (Persian)
- Earnshaw, V. A., Lang, S. M., Lippitt, M., Jin, H., & Chaudoir, S. R. (2014). HIV Stigma and Physical Health Symptoms: Do Social Support, Adaptive Coping, and/or Identity Centrality Act as Resilience Resources? *AIDS and Behavior*, 19(1), 41–49.
- Eslami nasab, A. (1992). *Suicide Crisis*. Tehran: Ferdos. (Persian)
- Estrada, C, A, M., Nonaka, D., Gregorio, E, R., Leynes, C, R., Del Castillom R, T., Hernandez, P, M & et al. (2019). Suicidal ideation, suicidal behaviors, and attitudes towards suicide of adolescents enrolled in the Alternative Learning System in Manila, Philippines—a mixed methods study. *Tropical Medicine and Health*, 47, 1-18.
- Foote, B., Smolin, Y., Neft, D. I., & Lipschitz, D. (2008). Dissociative disorders and suicidality in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), 29–36.
- Hydari, S. (2016). *The Relationship between Individualism-Collectivism, Social Support and Resilience with Suicidal Thoughts in Mourning Women in Guilan Gharb City*. Malayer University. (Persian)
- Ibrahim, N., Che Din, N., Ahmad, M., Amit, N., Ghazali, S, E., Wahab, S, & et al. (2019). The role of social support and spiritual wellbeing in predicting suicidal ideation among marginalized adolescents in Malaysia. *BMC Public Health*, 19, 1-8.
- Jamshid zade F L, Rafiei H, Yasami M T, Rahimi A S, Azam K. The Procedure of Changes in Ilam Provice Related to Suicide Practice. *Social Welfare*. 2004; 3 (12) :325-348 (Persian)
- Kaniuka, A, R., Kelliher-Rabon, J., Chang, E, C., Sirois, F, M & Hirsch, J, K. (2019). Symptoms of Anxiety and Depression and Suicidal Behavior in College Students: Conditional Indirect Effects of Non-Suicidal Self-Injury and Self-Compassion. *Journal Of College Student Psychotherapy*, DOI: 10.1080/87568225.2019.1601048.
- Karadag, F., Sar, V., Tamar-Gurol, D., Evren, C., Karagoz, M., & Erkiran, M. (2005). Dissociative disorders among inpatients with drug or alcohol dependency. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(10), 1247–1253.
- Khanjani, S., Foroughi, A, A., Sadghi, K., Bahrainian, S, A. (2016). Psychometric properties of Iranian version of self-compassion scale (short form). *pajoohande*. 21 (5) :282-289 (Persian)
- Neff, K. D. (2009). The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human Development*, 52(4), 211.
- OsmanA, Bogge CL, GuitierrezPM, KonickLC & KooperBA, B. (2001). The Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) - Overview, (5), 443–454.
- Panagiotti, M., Gooding, P. A., Taylor, P. J., & Tarrier, N. (2014). Perceived social support buffers the impact of PTSD symptoms on suicidal behavior: Implications into suicide resilience research. *Comprehensive Psychiatry*, 55(1), 104–112.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250–255.
- Rashid, S., Kiani Chalmari, A., Yeganeh, N & Zeinaddini, S. (2017). The relationship between Death Anxiety, Matting, Perceived Burdensomeness and Thwarted Belongingness with Suicidal Behavior in college students (The Interpersonal-Psychological Theory for suicide). *IJEC*. 1 (1): 32-42 (Persian)

- Ross, C. A., Halpern, N. (2009). Trauma Model Therapy: A Treatment Approach For Trauma Dissociation And Complex Comorbidity. Tehran: Roshd-e Farhang. (Persian)
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., & Ruiz, P. (2015). Synopsis of psychiatry: *Behavioral Sciences Clinical Psychiatry* (11th ed). New York: Wolters Kluwer.
- Salimi, A., Jokar, B., Nikpour, R., (2009). Internet Communication in Life: examining the role of social support perception and loneliness in the use of the Internet. *Psychological Studies*, 5(3), 81-102. (Persian)
- Sall, J., Brenner, L., Milikan, A, M & Colston, M, J. (2019). Assessment and Management of Patients at Risk for Suicide: Synopsis of the 2019 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guidelines. *Annals of Internal Medicine*, 171: 343-353.
- Şengül, M. C. B., Kaya, V., Şen, C. A., & Kaya, K. (2014). Association between suicidal ideation and behavior, and depression, anxiety, and perceived social support in cancer patients. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 20, 329. <https://doi.org/10.12659/msm.889989>
- Shneidman, Edwin S.. (1998). The Suicidal Mind. Tehran: Psychology and Art. (Persian)
- Soykan, A., Arapaslan, B., & Kumbasar, H. (2003). Suicidal behavior, satisfaction with life, and perceived social support in end-stage renal disease. In Transplantation proceedings (Vol. 35, pp. 1290–1291). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0041-1345\(03\)00522-0](https://doi.org/10.1016/S0041-1345(03)00522-0)
- Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M. Lou, Paglia-Boak, A., & Team, M. A. P. R. (2011). The linkages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 35(10), 887–898.
- WHO | Suicide data. (2018). Retrieved October 27, 2018, from http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/
- Wilks, CR., Morland, LA., Dillon, KH., Mackintosh, MA., Blakey, SM., Wagner, HR & et al. (2019). Anger, social support, and suicide risk in U.S. military veterans. *J Psychiatr Res*, 109: 139-144.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.
- Zoroglu, S. S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaş, H. A., Ozturk, M., ... Kora, M. E. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(1), 119–126.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 14 (No. 54), pp.27-36, 2020

Comparison of dissociative experience, self-compassion, and perceived social support in suicidal and normal individuals

Taheri, A

Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

Mojtabaie, A.M

Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran (Corresponding author)

Received: 2019/10/08

Accepted: 2019/12/20

Conceptually, suicide-related behavior can be explained to include a continuum of suicidal ideas or suicidal thoughts, to suicidal planning and, ultimately, Suicidal attempt and death by suicide. Suicide-related death is a mental health problem in many countries. Suicidal thoughts and behavior are caused by the interaction of various factors and in this respect; many theories have been built to better understand the development of thought and suicidal behavior. The purpose of the present study was to compare the dissociative experience, self-compassion, and perceived social support in suicidal and normal individuals. For this purpose, in a comparative study, 30 suicidal individuals were matched with 30 normal individuals without suicidal ideation in terms of age, gender, and marital status and after evaluating dissociative experience, self-compassion, and perceived social support, they were compared. Results of multivariate analysis of variance showed that there was a significant difference between the two groups of suicidal and normal individuals in terms of components of self-compassion, perceived social support and dissociative experience. Thus, it can be argued that higher dissociative experience, lower self-compassion and lower perceived social support may contribute to suicidal behavior.

Key words: Dissociative Experience, Self-Compassion, Perceived Social Support, Suicidal Behavior