

عوامل خطر اقدام به خودکشی در سوءمصرف کنندگان مواد مخدر

فریده فرجی^۱، ندا کاکایی^۲، محمد کاظم عاطف وحید^۳،

احمد سهرابی^۴، سمیرا پورقربانی^۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۴/۱۹

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف شناسایی عوامل خطر و پیش‌بینی کننده خودکشی در سوءمصرف کنندگان مواد مخدر انجام شد. **روش:** این مطالعه علی-مقایسه‌ای روی ۹۱ نفر سوءمصرف کننده مواد مخدر انجام شد که شامل ۴۲ مرد و زن اقدام کننده به خودکشی و ۴۹ مرد و زن هم‌تا بدون سابقه اقدام به خودکشی بود. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های شخصیتی میلون، داس-۴۲ و راهبردهای مقابله‌ای استفاده شد. **یافته‌ها:** بیشترین میزان اقدام به خودکشی در سوءمصرف کنندگان مرد، در رده سنی جوان، مجرد، با تحصیلات سیکل، بیکار و با سابقه خودکشی‌های قبلی، سوءاستفاده شده‌ی جنسی و جسمی در کودکی، دارای مشکلات قانونی، مشاهده خودکشی و خودزنی دیگران، خشونت و خودکشی در خانواده می‌باشد. اقدام کنندگان به خودکشی در اختلالات شخصیت افسرده، وسواسی، ماژوخیسم، مرزی و در نشانگان بالینی جسمانی شکل، سوءمصرف الکل علاوه بر مصرف مواد، اختلال افسردگی اساسی و میزان استرس نمره بالاتری به دست آوردند. راهبرد تکلیف‌مدار و اجتنابی کمتر استفاده شده و بیشتر راهبرد هیجان‌مدار را در مقابله با تنیدگی‌ها به کار می‌بردند. **نتیجه‌گیری:** نتایج این تحقیق می‌تواند در شناسایی و پیشگیری از خودکشی در سوءمصرف کنندگان مواد مخدر کمک کننده باشد.

کلیدواژه‌ها: خودکشی، سوءمصرف مواد، عوامل خطر، اختلالات شخصیت

۱. کارشناس ارشد ستاد مبارزه با مواد مخدر، شورای هماهنگی مبارزه با مواد استان کردستان، سنندج، پست الکترونیک: faridefaraji@gmail.com
۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، بیمارستان امام کرمانشاه، کرمانشاه
۳. دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران
۴. دکتری تخصصی روانشناسی شناختی، دانشگاه کردستان، سنندج
۵. کارشناسی روانشناسی بالینی، بیمارستان امام کرمانشاه، کرمانشاه

مقدمه

پس از تصادفات و دیگرکشی، خودکشی سومین علت شایع مرگ و میر بین سنین ۲۴-۱۵ سال است (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۰۷). خودکشی یک تصمیم پیچیده است و عوامل متعددی در آن دخیل است. از جمله عواملی که به نظر می‌رسد مرتبط با افزایش خطر خودکشی باشند عبارتند از: افسردگی، ناامیدی^۲، بدبینی^۳، نقص در حل مسأله، تحریف-های شناختی^۴، سبک اسنادی^۵ و نگرش‌ها^۶ یا طرحواره‌های^۷ ناسازگار اولیه. همچنان که این عوامل مرتبط با آسیب‌پذیری خودکشی هستند، به عنوان اهداف مفیدی برای مداخله بالینی نیز هستند. برخی از عوامل مثلاً افسردگی به نظر می‌رسد پیش‌بینی‌کننده ثابت و نسبتاً خوب رفتار خودکشی باشد. عوامل دیگری ممکن است واقعاً همانند^۸ افسردگی و خودکشی باشند. براساس شواهد، یکی از دلایل مهم افزایش میزان خودکشی سوءمصرف مواد مخدر است که حدود نیمی از خودکشی‌ها توسط افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد صورت می‌گیرد. هم در مردان و هم در زنان اقدام‌کننده به خودکشی، تاریخچه سوءمصرف الکل و مواد وجود دارد (کلاسن^۹، ۲۰۰۷؛ گیلوم^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۰؛ سیمون^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۷) ضرغامی و خلیلیان (۱۳۸۱) نیز در پژوهشی در مورد افراد اقدام‌کننده به خودسوزی، به این نتیجه رسیدند که بیشتر این افراد بیماری جسمی دارند و از یک یا چند اختلال روانپزشکی هم رنج می‌برند که شایع‌ترین آن‌ها به ترتیب، اختلال انطباقی، وابستگی به نیکوتین، افسردگی اساسی، افسرده‌خویی^{۱۲} و اختلالات اضطرابی است. در مجموع هم در مردان و هم در زنان اقدام‌کننده به خودکشی تاریخچه سوءمصرف الکل و مواد و اختلالات روانی از جمله افسردگی اساسی، اختلال دو قطبی، اختلالات اضطرابی و بیماری‌های جسمی وجود دارد (گیلوم و همکاران، ۲۰۱۰؛ اسپایندر^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۹).

1. Kaplan & Sadock

4. cognitive distortions

7. Schema

10. Guillaume

13. Schneider

2. Hopelessness

5. attributional style

8. Concomitant

11. Simon

3. pessimism

6. attitudes

9. Claassen

12. dysthymia

نقص در راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند هم عامل زمینه‌ساز سوء‌مصرف مواد باشد و هم عامل زمینه‌ساز اقدام به خودکشی. استرس بخشی از زندگی آدمی و اجتناب ناپذیر است. آن چه که بر سلامت افراد تأثیر می‌گذارد، خود استرس نیست بلکه الگوی مقابله با استرس است. راهبردهای مقابله‌ای به عنوان عامل مرتبط با استرس و اختلال‌های روانپزشکی مورد توجه بوده است. از این رو بررسی ابعاد راهبردهای مقابله‌ای برای پیش بینی سوءمصرف مواد، تعداد دفعات مصرف مواد، تکمیل دوره درمان و فرآیند عود در میان معتادان دارای اهمیت است (بال^۱، ۱۹۹۸). افراد معتاد در شرایط استرس‌زا از راهبردهای مقابله‌ای غیر انطباقی از جمله دارو یا الکل جهت کاهش استرس یا افسردگی استفاده می‌کنند. بنابراین، بیشترین راهبردهای مقابله‌ای این افراد سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و اجتنابی است (فوریس^۲، مک‌کلار^۳ و موس^۴، ۲۰۰۷؛ آیرلند، براون و بالارینی^۵، ۲۰۰۶). در نظر گرفتن مهارت‌های مقابله‌ای در افراد اقدام‌کننده به خودکشی هم جهت پیشگیری، هم جهت درمان و ممانعت از اقدام مجدد به خودکشی مهم است، زیرا افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، دچار نقص در مهارت‌های مقابله‌ای هستند که نقش مهمی در سلامت روان افراد دارد (شمسی‌خانی، ره‌گوی، فلاحی خشک‌ناب و ره‌گذر، ۱۳۸۵). بین نقص در حل مسأله و خودکشی ارتباط معناداری وجود دارد (هاسکینگ^۶ و همکاران، ۲۰۱۰؛ کید، کارول^۷، ۲۰۰۷). افراد اقدام‌کننده به خودکشی علاوه بر مشکلات مقابله با رویدادهای استرس‌زای زندگی، همچنین مشکلاتی نیز جهت مقابله با خلق منفی تجربه می‌کنند. با فرض این مشکلات، این افراد درگیر در رفتارهایی می‌شوند که ممکن است به سرعت فشار هیجانی آن‌ها را تسکین دهد (مثل سوءمصرف الکل یا مواد مخدر، خودآزاری و خودکشی). آن‌ها فاقد مهارت‌های لازم جهت تعدیل سریع خلق منفی شان هستند و رفتارشان اغلب تکانشی است (کلاسن، ۲۰۰۷؛ کالر، بروب، بوتلندر، وانزل و سویکا^۸، ۲۰۰۲). میزان اقدام به خودکشی در میان سوءمصرف‌کنندگان

1. Ball

4. Moos

7. Kidd & Carroll

2. Forsy

5. Ireland, Brown & Ballarini

8. Koller, Preub, Bottlender, Wenzel & Soyka

3. McKellar

6. Hasking

مواد مخدر رو به افزایش است و وابستگی به مواد مخدر احتمال خودکشی در آینده را افزایش می‌دهد (اسچایندر و همکاران، ۲۰۰۹). از عوامل خطر اقدام به خودکشی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر می‌توان به افسردگی، روابط خانوادگی آشفته، فقدان حمایت اجتماعی، تنهایی، سوءاستفاده جنسی و جسمی، مشکلات روانپزشکی قبلی اشاره کرد که افسردگی بیشتر از همه عوامل خطر، مرتبط با خودکشی است (پاگورا^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). اختلال مصرف مواد علاوه بر دیگر اختلالات روانپزشکی، با اقدام به خودکشی رابطه مثبت دارد (فلنس بورگ^۲ - مادسن^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). اما این سؤال مطرح است که چرا برخی از معتادان اقدام به خودکشی می‌کنند اما برخی دیگر اقدام نمی‌کنند؟ عوامل زیادی وجود دارد که علاوه بر مصرف مواد می‌تواند خطر خودکشی را بالا ببرد از جمله اینکه بیماری‌های روانی یکی از عوامل مستعد کننده برای اقدام به خودکشی هستند (شیخ الاسلامی، کنی و ضیائی، ۱۳۸۶). علاوه بر اختلال مصرف مواد، اختلالات خلقی، اختلال‌های اضطرابی، تکانشگری بالا، استرس و افکار خودکشی (مالونی، دیجن هارت، دارک و نلسون^۴، ۲۰۰۹؛ لی، پیچ، مارتین و تایلور^۵، ۲۰۱۰)، و اختلال شخصیت مرزی (جیگلینگ^۶ و همکاران، ۲۰۰۹؛ سروتی، منکا پرسیاچی و گراتس^۱، ۲۰۱۰) در افراد اقدام کننده به خودکشی شایع است. محمدی فر، زارعی مته کلائی، نجفی و منطقی (۱۳۹۲) در پژوهشی تحت عنوان مقایسه ویژگی‌های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معتادان با و بدون افکار خودکشی بدین نتیجه دست یافتند که ویژگی‌های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معتادان خودکشی گرا بالاتر از معتادان غیر خودکشی گرا بود. افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد در مقایسه با افراد غیر مبتلا به اختلال مصرف مواد، بیشتر احتمال دارد که در طول زندگی شان اقدام به خودکشی کنند (اسچایندر و همکاران، ۲۰۰۹). خودکشی می‌تواند عامل خطری جدی در بیماران مبتلا به اعتیاد باشد و در روند برنامه‌های درمانی تداخل کند. لذا تدوین برنامه‌های پیشگیری در سطح دوم و سوم جهت تداوم درمان و کاهش آسیب

1. Pagura
 2. Flensburg-Madsen
 4. Li, Page Martin & Taylor
 6. Cerutti, Manca, Presaghi & Gratz

3. Maloney, Degenhardt, Darke & Nelson
 5. Giegling

نیازمند توجه جدی به مسأله خودکشی در بیماران معتاد است. هدف پژوهش حاضر عوامل خطر اقدام به خودکشی در سوءمصرف کنندگان مواد مخدر بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح تحقیق از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش عبارت بود از: افراد معتاد به مواد مخدر و اقدام کننده به خودکشی که در بیمارستان امام خمینی کرمانشاه بستری بودند. از این جامعه ۴۲ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. گروه مقایسه نیز ۴۹ نفر از میان معتادان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد انتخاب شدند که هیچ گونه سابقه اقدام به خودکشی نداشتند و به لحاظ تحصیلات، سن و جنس با گروه اقدام کننده به خودکشی همتا بودند. با استفاده از آزمون t برای دو گروه مستقل، دو گروه به لحاظ سن همتا بودند ($t = 1/78, P > 0/05$)، همچنین با استفاده از آزمون مجذور خی همتا بودن آنها در تحصیلات به اثبات رسید ($X^2 = 2/647, P > 0/05$).

ابزار

۱- پرسش‌نامه چند محوری بالینی میلون: پرسش‌نامه چند محوری میلون یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بلی و خیر است که برای ارزیابی صفات شخصیت و آسیب‌های روانی طراحی شده است و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا که برای درمان یا ارزیابی روانشناختی به مراکز سلامت روان مراجعه می‌کنند استفاده می‌شود. این آزمون یکی از مهم‌ترین ابزارهای سنجش عینی نشانگان بالینی مطرح شده در محور یک و اختلالات شخصیت در محور دو DSM است. آزمون میلون تلاش می‌کند وجود داشتن یا نداشتن اختلالات بالینی را با استفاده از نمرات میزان پایه پیش‌بینی کند. بیماران دارای نمرات بیشتر از ۸۵ به عنوان مبتلا به اختلال معرفی می‌شوند و کسانی که نمرات پایین‌تر از ۸۵ می‌گیرند به عنوان بدون اختلال در نظر گرفته می‌شوند. برای مقیاس‌های اختلال شخصیت، همبستگی‌های متوسطی از ۰/۵۸ تا ۰/۹۳ با متوسط ۰/۷۸ به دست آمده است. در مورد مقیاس‌های نشانگان بالینی، نیز همبستگی‌های متوسطی از ۰/۴۴ تا ۰/۹۵ با متوسط ۰/۸۰ به-

دست آمده است (کریگ، ۱۹۹۹). اعتبار مقیاس‌ها در مطالعه هنجاریابی آزمون با فاصله زمانی ۵ تا ۱۴ روز در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۹۶ با متوسط ۰/۹۰ برای تمام مقیاس‌ها گزارش شده است (کریگ و اولسان، ۱۹۹۸). در ایران در مطالعه شریفی (۱۳۸۵) همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۹۸ گزارش شده است. همچنین در این مطالعه، اعتبار آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه شده و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۵ تا ۰/۹۷ به دست آمده است.

۲- پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس^۱: این مقیاس در سال ۱۹۹۵ توسط لایبوند و لایبوند تهیه شده و دارای دو فرم کوتاه (۲۱) و بلند (۴۲) است. فرم بلند آن هر یک از سازه‌های روانی افسردگی، اضطراب و استرس را توسط ۱۴ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. خرده مقیاس افسردگی مواردی چون ناامیدی، فقدان انگیزه، ملالت، و عزت نفس پایین را اندازه‌گیری می‌کند. خرده مقیاس اضطراب ویژگی‌هایی چون گوش به زنگی و زیرمقیاس استرس ویژگی‌هایی چون دشواری در آرام شدن را ارزیابی می‌کند. مطالعات انجام شده توسط لایبوند^۲ و لایبوند (۱۹۹۵) نشان داد که اعتبار به روش بازآزمایی برای زیرمقیاس‌های فرعی به ترتیب ۰/۸۱ برای استرس، ۰/۷۹ برای اضطراب و ۰/۷۱ برای افسردگی به دست آمد. برای روایی مقیاس نیز ضرایب همبستگی با پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی بک به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ می‌باشد. صاحبی، اصغری و سالاری روایی و اعتبار نسخه فارسی پرسش‌نامه را در جمعیت ایرانی رضایت بخش گزارش کرده‌اند (۱۳۸۴).

۳- پرسش‌نامه مقابله با فشار روانی (راهبردهای مقابله‌ای): این پرسش‌نامه توسط اندلر و پارکر^۳ در ۱۹۹۰ ساخته شد و شامل ۴۸ گویه می‌باشد. پاسخ‌دهی آن به روش طیف لیکرت از هرگز (۱) تا خیلی (۵) می‌باشد. ضریب اعتبار آن به وسیله اندلر و پارکر (۱۹۹۰) بر روی نمونه ۳۱۳ نفری (۱۶۱ نفر زن و ۱۵۲ نفر مرد) محاسبه شد که در راهبرد تکلیف مدار ۰/۸۲، در هیجان مدار ۰/۷۶، و در اجتنابی ۰/۶۷ بود. در ایران نیز چندین پژوهش اعتبار پرسش‌نامه مذکور را بر روی نمونه‌های مختلف محاسبه کرده‌اند از جمله

در تحقیق قریشی راد (۱۳۸۹) ضرایب اعتبار به روش بازآزمایی در زیرمقیاس تکلیف مدار ۰/۵۸، در هیجان مدار ۰/۵۵ و در اجتنابی ۰/۸۳ گزارش شد.

یافته‌ها

آمار توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آمار توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌ها

متغیرهای جمعیت شناختی	مقولات	گروه باسابقه خودکشی	گروه بدون سابقه خودکشی
جنسیت	مرد	۳۷(۸۸/۱ %)	۴۶(۹۴ %)
	زن	۵(۱۱/۹ %)	۳(۶ %)
سن	۱۹-۳۰	۲۳(۵۵ %)	۲۵(۵۱ %)
	۳۱-۴۰	۱۴(۳۳ %)	۱۷(۳۵ %)
	بالتر از ۴۱	۵(۱۲ %)	۷(۱۴ %)
تاهل	مجرد	۲۳(۵۴/۷ %)	۲۴(۵۰ %)
	متاهل	۹(۲۱/۳ %)	۱۴(۲۸ %)
	مطلقه	۱۰(۲۴ %)	۱۱(۲۲ %)
تحصیلات	سیکل	۳۱(۷۳/۸ %)	۳۵(۷۱ %)
	دیپلم و بالاتر	۱۱(۲۶/۲ %)	۱۴(۲۹ %)
شغل	شاغل	۸(۱۹/۱ %)	۱۴(۲۹ %)
	بیکار	۳۴(۸۰/۹ %)	۳۵(۷۱ %)
	-	۲۴(۵۷/۱ %)	۲۲(۴۵ %)
سابقه خشونت در خانواده	-	۹(۲۱/۴ %)*	۲(۴ %)
	-	۳۴(۸۰/۹ %)	۳۹(۸۰ %)
	-	۵(۱۲ %)*	۴(۸ %)
	-	۳۳(۷۸ %)	۳(۶۳ %)
	-	۱۷(۴۰/۴ %)*	۹(۱۸ %)
	-	۲۹(۶۹ %)*	۱۷(۳۴ %)
	-	۳۶(۸۶ %)	۳۹(۸۰ %)
	-	۳۴(۸۱ %)	۳۷(۷۵ %)
	-	-	-
	-	-	-

* تفاوت معنادار بین دو گروه وجود دارد.

آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	گروه اقدام کننده به خودکشی		گروه غیراقدام کننده به خودکشی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اسکیزوئید	۵۴/۵۴	۱۵/۹۴	۵۰/۸۹	۱۴/۱۶
اجتنابی	۵۹/۹	۱۶/۶۹	۶۳/۶۱	۱۶/۶۰
صفات افسرده	۸۱/۴	۲۲/۴۱	۷۰/۰۰	۲۴/۳۳
نمایشی	۴۴/۲	۳۲/۲۰	۳۵/۲۴	۲۳/۲۹
خودشیفته	۱۷/۲۶	۱۰/۳۷	۱۷/۴۸	۹/۸۰
ضد اجتماعی	۵۱/۵۴	۱۵/۶۵	۴۶/۳۸	۱۸/۴۰
سادیسیم	۵۱/۱۱	۱۴/۶۸	۵۴/۱۰	۱۵/۹۷
وسواسی	۵۵/۲۱	۲۷/۹۴	۴۳/۸۰	۲۹/۶۵
منفعل-پر خاشاگر	۶۴/۱۹	۲۱/۲۱	۶۴/۸۷	۱۵/۵۲
ماژوخیسم	۶۵/۴۷	۱۶/۴۰	۵۸/۲۰	۱۹/۲۰
اسکیزوتایپال	۵۶/۸۵	۱۹/۳۴	۵۲/۴۶	۱۶/۷۲
مرزی	۶۳/۲۳	۱۳/۹۴	۵۳/۹۳	۲۳/۶۰
پارانوئید	۶۱/۲۱	۱۳/۵۹	۵۷/۳۸	۱۴/۵۵
اضطراب	۶۰/۴۰	۱۱/۰۰	۵۹/۷۵	۱۵/۷۲
جسمانی شکل	۵۸/۵۷	۱۲/۳۵	۵۰/۱۲	۱۵/۹۱
شیدایی	۶۰/۴۰	۲۰/۹۰	۶۲/۷۷	۱۶/۶۲
دیس تایمی	۶۵/۰۰	۱۵/۶۱	۶۲/۴۶	۱۷/۹۱
الکلیسم	۵۲/۷۰	۱۸/۹۴	۳۶/۵۷	۱۶/۵۲
افسردگی اساسی	۷۶/۹۵	۱۴/۳۰	۶۲/۳۴	۱۶/۵۷
اختلال هذیانی	۵۷/۷۰	۱۷/۱۳	۵۰/۱۹۵	۱۸/۲۸
راهبرد تکلیف مدار	۳۲/۶۹	۱۲/۷۸	۴۴/۵۷	۱۲/۷۰
راهبرد هیجانی	۵۶/۱۱	۱۰/۶۸	۴۲/۸۰	۱۷/۵۰
راهبرد اجتنابی	۴۱/۶۴	۹/۷۸	۴۴/۱۴	۱۰/۷۴
افسردگی موقعیتی	۲۹/۱۱	۷/۴۲	۲۲/۴۴	۶/۴۱
اضطراب	۲۰/۳۸	۷/۱۷	۱۸/۷۱	۵/۶۴
استرس	۳۰/۶۴	۵/۷۵	۲۵/۶۹	۴۹/۰۰

برای بررسی تفاوت اختلالات شخصیت در دو گروه از تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. یکی از پیش شرط‌های این آزمون برابری ماتریس کواریانس‌هاست. نتایج آزمون باکس حکایت از این پیش شرط داشت ($P > 0/05$), $F = 1/78$, $M = 41/18$ باکس). پیش شرط دیگر این آزمون برابری واریانس‌های خطاست. نتایج آزمون لون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آزمون لون برای بررسی برابری واریانس‌های خطا در متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	آماره F	معناداری
اسکیزوئید	1/780	> 0/05
افسردگی	0/230	> 0/05
نمایشی	1/640	> 0/05
خودشیفتگی	1/890	> 0/05
ضداجتماعی	2/240	> 0/05
سادیسم	1/370	> 0/05
وسواس	1/800	> 0/05
منفعل-پرخاشگر	1/850	> 0/05
مازوخیسم	1/310	> 0/05
اسکیزوتایپال	0/790	> 0/05
مرزی	2/790	> 0/05
پارانوئید	0/320	> 0/05
اجتنابی	6/970	< 0/05
اضطراب	0/27	> 0/05
اختلال جسمانی شکل	2/240	> 0/05
شیدایی	0/550	> 0/05
دیس‌تایمی	0/780	> 0/05
سوء مصرف الکل	0/580	> 0/05
افسردگی اساسی	2/220	> 0/05
اختلال هذیان	2/160	> 0/05
افسردگی	1/340	> 0/05
اضطراب	0/240	> 0/05
استرس	2/710	> 0/05
راهبرد تکلیف‌مدار	1/690	> 0/05
راهبرد هیجان‌مدار	2/900	> 0/05
راهبرد اجتنابی	3/220	> 0/05

همانگونه که مشاهده می‌شود در تمام مولفه‌ها به جزء مولفه‌ی اجتنابی (میلون) برابری واریانس‌های خطا برقرار است. با توجه به برقراری پیش فرض‌ها نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که تفاوت معناداری در ترکیب خطی متغیرها بین دو گروه وجود دارد (۰/۳۴۴ = مجذور اتا، $P < ۰/۰۰۱$, $F = ۵/۱۱$, $F = ۰/۳۳۹$, $F = ۰/۳۳۹$ = لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۴: تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌های میلیون

متغیرها	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
اسکیزوئید	۳۰۵/۱۸	۱/۳۵۰	۰/۲۴
افسردگی	۲۷۶۰/۲۰	۵/۱۰۰	۰/۰۲۸
نمایشی	۱۷۴۲/۹۵	۲/۲۷۰	۰/۱۳۵
خودشیفتگی	۱/۱۷	۰/۰۱۲	۰/۹۱۱
ضداجتماعی	۶۰۲/۱۱	۲/۸۸۰	۰/۱۵۲
سادیسیم	۲۰۱/۲۳	۰/۸۴۹	۰/۳۵۹
وسواس	۳۳۲۹/۱۳	۳/۹۹۰	۰/۰۴۹
منفعل-پرخاشگر	۱۰/۶۷	۰/۰۳۲	۰/۸۵۹
ماژوخیسم	۱۱۹۵/۹۸	۳/۸۱۰	۰/۰۵۴
اسکیزوتایپال	۴۳۵/۴۰	۱/۳۴۰	۰/۲۴۹
مرزی	۱۹۵۵/۷۱	۵/۱۹۰	۰/۰۲۵
اجتنابی	۴۶۱/۴۳	۰/۱۹۲	۰/۶۶

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در مولفه‌های افسردگی، وسواس، و اختلال مرزی تفاوت معنادار وجود دارد. در سایر مولفه‌ها تفاوت معنادار نمی‌باشد. با توجه به آمار توصیفی در تمام موارد گروه خودکشی گرانمات بالاتری گزارش نموده‌اند. برای بررسی تفاوت نشانگان بالینی در دو گروه نیز از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. یکی از پیش شرط‌های این آزمون برابری ماتریس کواریانس هاست.

نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش شرط داشت ($F= 1/140, P> 0/05$)، $M= 82/84$ باکس). پیش شرط دیگر برابری واریانس‌های خطاست. همانگونه که در جدول ۳ مشاهده شد این پیش شرط نیز برقرار است.

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که تفاوت معناداری در ترکیب خطی متغیرها بین دو گروه وجود دارد ($F= 0/66$) = مجذور اتا، $F= 3/89, P< 0/01$ ، $F= 0/81$ = لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در عوامل نشانگان بالینی

نشانگان بالینی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری
پارائوئید	۳۳۱/۱۴	۱/۶۶۰	۰/۲۰۱
اضطراب	۹/۵۴	۰/۰۵۰	۰/۸۲۳
جسمانی شکل	۱۶۱۴/۴۰	۷/۸۰۰	۰/۰۰۶
شیدایی	۱۲۷/۱۰	۰/۳۶۰	۰/۵۴
دیس تایمی	۱۴۴/۸۲	۰/۵۰۰	۰/۴۷
سوء مصرف الکل	۵۴۳۳/۳۴	۱۷/۳۷۰	۰/۰۰۰۵
افسردگی اساسی	۴۸۲۴/۲۹	۲۰/۱۹۰	۰/۰۰۰۵
اختلال هذیانی	۸۴۴/۹۰	۲/۶۷۰	۰/۱۰۵

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین دو گروه در مولفه‌های جسمانی شکل، سوء مصرف الکل، و افسردگی اساسی وجود دارد. در سایر مولفه‌ها تفاوت معنادار وجود ندارد. با توجه به آمار توصیفی در تمام موارد مذکور گروه خودکشی گرا نمرات بالاتری گزارش نموده‌اند.

برای بررسی تفاوت میزان افسردگی، اضطراب، استرس در دو گروه از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد.

یکی از پیش شرط‌های این آزمون برابری ماتریس کواریانس‌هاست. نتایج آزمون باکس حکایت از این پیش شرط داشت ($F= 1/22, P> 0/05$)، $M= 22/31$ باکس). پیش شرط

دیگر آزمون برابری واریانس‌های خطاست که نتایج جدول ۳ حکایت از برقراری این پیش شرط داشت.

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که تفاوت معناداری در ترکیب خطی متغیرها بین دو گروه وجود دارد ($M=0/24$)=مجذور اتا، $P < 0/05$ ، $F=4/96$ ، $0/76$ =لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۶: تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در عوامل افسردگی، اضطراب، استرس

معناداری	آماره F	میانگین مجذورات	نشانه‌گان بالینی
0/0005	21/12	1006/15	افسردگی
0/218	1/53	62/82	اضطراب
0/0005	15/49	553/90	استرس

همانگونه که در جدول ۶ مشاهده می‌شود تفاوت معناداری بین دو گروه در مولفه‌های افسردگی و استرس وجود دارد. با توجه به آمار توصیفی در دو مورد مذکور گروه خودکشی گرانمات بالاتری گزارش نموده‌اند.

برای بررسی تفاوت راهبردهای مقابله‌ای در دو گروه از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. یکی از پیش شرط‌های این آزمون برابری ماتریس کواریانس‌هاست.

نتایج آزمون باکس حکایت از برقراری این پیش شرط داشت ($F=1/72$ ، $P > 0/05$)، $M=31/45$ باکس). پیش شرط دیگر برابری واریانس‌های خطاست که نتایج جدول ۳ حکایت از برقراری این پیش شرط داشت. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که تفاوت معناداری در ترکیب خطی متغیرها بین دو گروه وجود دارد ($M=0/21$)=مجذور اتا، $F=2/33$ ، $P < 0/05$ ، $0/92$ =لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۷: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در عوامل راهبردهای مقابله ای

معناداری	آماره F	میانگین مجذورات	راهبردهای مقابله ای
۰/۰۰۰۵	۱۹/۶۶۰	۳۱۹۲/۳۲	راهبرد تکلیف مدار
۰/۰۰۰۵	۲۰/۱۶۰	۴۳۹۱/۷۸	راهبرد هیجان مدار
۰/۲۵۲	۱/۳۳۰	۱۴۱/۳۴	راهبرد اجتنابی

همانگونه که در جدول ۷ مشاهده می شود در مولفه های راهبرد تکلیف مدار و راهبرد هیجان مدار تفاوت معناداری بین دو گروه وجود دارد. با توجه به آمار توصیفی در مولفه هیجان مدار گروه خودکشی گرانمات بالاتری گزارش نموده اند و در مولفه تکلیف-مدار گروه غیر خودکشی گرانمات بالاتری گزارش نموده اند.

بحث و نتیجه گیری

هدف کلی پژوهش حاضر شناسایی عوامل خطر و پیش بینی کننده خودکشی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر بود. در رابطه با مقایسه سوابق معتادان اقدام کننده به خودکشی و معتادان غیر اقدام کننده به خودکشی یافته ها نشان داد که سابقه اقدام به خودکشی، سوء مصرف همزمان الکل با دیگر مواد مخدر، سابقه خودکشی در خانواده و سابقه مشاهده خودکشی و خودزنی دیگران، در اقدام کنندگان به خودکشی در مقایسه با گروه مقایسه بیشتر است. مصرف همزمان الکل با دیگر مواد مخدر در مقایسه با مواد مخدر به تنهایی خطر اقدام به خودکشی را بالا می برد (مادسن، کاوینچ، ورلی، مارتی، ۲۰۰۹). افراد اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با افراد غیر اقدام کننده به خودکشی، سابقه اقدام به خودکشی داشتند. اقدام های قبلی خودکشی پیش بینی کننده قوی خودکشی است (کلاسن، ۲۰۰۷). سوء مصرف برخی از مواد مخدر از جمله اپیوئیدها، کوکائین و مسکن ها ممکن است در مقایسه با دیگر مواد مخدر مرتبط با اقدام به خودکشی باشند (مالونی و همکاران، ۲۰۰۹). در پژوهش حاضر تفاوتی در میان دو گروه

در نوع ماده مخدر مصرفی مشاهده نشد و بیشترین ماده مخدر مصرفی در هر دو گروه به ترتیب شیره و هروئین بود.

در رابطه با مقایسه اختلالات شخصیت معنادان اقدام کننده به خودکشی و معنادان غیر اقدام کننده به خودکشی نتایج نشان داد که تفاوت دو گروه در اختلالات شخصیت مرزی، افسرده، وسواسی و مازوخیسم معنادار است. علاوه بر مهارت‌های غیر انطباقی در افراد معنادار، مطالعات متعددی به همبندی اختلالات مصرف مواد مخدر و اختلالات شخصیت محور دو در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی اشاره کرده‌اند که برخی از این پژوهش‌ها بیشتر به اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت مرزی از دسته دوم اختلالات شخصیت اشاره کرده‌اند (والتر، ویس بک، دیتمان و گراف^۱، ۲۰۱۰؛ گرا، مووس و ناواس^۲، ۲۰۰۹) و برخی دیگر بیشتر به وجود اختلالات شخصیت دسته اول یعنی پارانوئید، اسکیزوتایپال و اسکیزوئید اشاره کرده‌اند (بال، کوب ریچاردسون، کانولی، بوجوسا و نئال^۳، ۲۰۰۵). در پژوهش محمدی‌فر و همکاران (۱۳۹۲) نیز ویژگی‌های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معنادان خودکشی گرا بالاتر از معنادان غیر خودکشی گرا بود. براساس پژوهش‌های انجام شده، از میان اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت مرزی در افراد اقدام کننده به خودکشی شایع است (جیگلینگ و همکاران، ۲۰۰۹؛ سروتی و همکاران، ۲۰۱۰). ارتباط بین اختلال شخصیت مرزی و اختلال شخصیت ضداجتماعی با افزایش خطر خودکشی ممکن است به چندین دلیل رخ دهد. اول اینکه یکی از ویژگی‌های بالینی عمده اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی، تکانشگری است که خطر خودکشی را افزایش می‌دهد. دوم اینکه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی سابقه سوءمصرف الکل و مواد مخدر را دارند که از جمله عوامل افزایش خطر خودکشی است. سوم اینکه بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی به سختی حمایت اجتماعی کافی را به دست می‌آورند (مالونی و همکاران، ۲۰۰۹).

1. Walter, Wiesbeck, Dittmann & Graf
3. Cobb-Richardson, Connolly, Bujosa & Neall

2. Graa, Mouz & Navas

نتایج مربوط به مقایسه نشانگان بالینی معتادان اقدام کننده به خودکشی و معتادان غیراقدام کننده به خودکشی نشان داد که تفاوت دو گروه در نشانگان بالینی جسمانی شکل، سوء مصرف الکل علاوه بر مصرف مواد مخدر و اختلال افسردگی اساسی معنادار است. میزان افسردگی و ویژگی‌های شخصیتی ضداجتماعی در معتادان اقدام کننده به خودکشی در مقایسه با معتادان غیراقدام کننده بالاتر است (مارزوک، ترادیف، هیرش^۱، ۱۹۹۲). مطالعات همه گیر شناسانه عوامل خطر خودکشی، دریافته‌اند که افسردگی مرتبط با افزایش قابل توجه خطر رفتار خودتخریبی است (هایسل^۲ و همکاران، ۲۰۰۶). در افراد مبتلا به افسردگی اساسی که اقدام به خودکشی می‌کنند، اختلال‌های شخصیت مرزی و وابسته زیاد است (به نقل از کلاسن، ۲۰۰۷) در پژوهش حاضر نیز تفاوت دو گروه هم در اختلال افسردگی اساسی و هم در اختلال شخصیت مرزی معنادار بود که می‌تواند نشان دهنده عامل خطری برای اقدام به خودکشی در سوء مصرف کنندگان مواد مخدر باشد.

نتایج مربوط به مقایسه میزان استرس، افسردگی و اضطراب در یک هفته قبل از اقدام به خودکشی در معتادان اقدام کننده به خودکشی و معتادان غیراقدام کننده به خودکشی نشان داد که تفاوت دو گروه در میزان استرس و افسردگی در یک هفته قبل از اقدام به خودکشی معنادار است اما در میزان اضطراب معنادار نیست. براساس پژوهش‌های قبلی نیز افسردگی، اضطراب و استرس از ویژگی‌های روانی افراد اقدام کننده به خودکشی است. بیش از ۸۰ درصد افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند، در زمان اقدام به خودکشی، افسرده بوده‌اند (مالونی و همکاران، ۲۰۰۹؛ لی و همکاران، ۲۰۱۰). اکسینگ و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که رویدادهای استرس‌زا در محیط خانوادگی افراد اقدام کننده به خودکشی زیاد است که از جمله این رویدادهای استرس‌زا می‌توان به مصرف مواد مخدر در خانواده، اختلاف بین والدین، طلاق والدین، سؤاستفاده جسمی و جنسی در دوران کودکی، سابقه اقدام به خودکشی در خانواده و آشنایان، خشونت در خانواده، مشکلات روانی در والدین و دیگر افراد خانواده و مراجعه به روانپزشک اشاره کرد (به نقل از موسوی، سجادی، رفیعی و فیضی، ۱۳۸۷).

نتایج مربوط به مقایسه راهبردهای مقابله‌ای معتادان اقدام کننده به خودکشی و معتادان غیراقدام کننده به خودکشی نشان داد که تفاوت دو گروه در راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار و مسأله مدار معنادار است اما در راهبرد اجتنابی معنادار نیست. افراد اقدام کننده به خودکشی بیشتر از راهبرد هیجان مدار و کمتر از راهبرد مسأله مدار استفاده می‌کردند. هژیر (۱۳۷۶) نیز در بررسی سبک‌های مقابله‌ای در نمونه‌ای از معتادان به کوکائین با متوسط سنی ۳۲ سال نشان داد افرادی که در گذشته استرس‌های زیادی را تحمل کرده بودند از حمایت اجتماعی کمتری برخوردار بوده و بیشتر از سبک مقابله‌ای هیجان مدار استفاده کرده‌اند. این افراد مصرف کوکائین را به عنوان شیوه‌ای برای مقابله با عوامل استرس‌زا در زندگی به کار می‌برند.

در مجموع افراد مبتلا به اعتیاد، مشکلات هیجانی و رفتاری بیشتری از جمله اضطراب، افسردگی، افکار ناکارآمد، رفتارهای پرخاشگرانه و قانون شکنانه، راهبردهای مقابله‌ای ناسالم، بیش‌فعالی و اختلال شخصیت دارند (دایدن، ایمبریس، تورن و لارهون^۱، ۲۰۰۹؛ مان گروم^۲، ۲۰۰۹؛ بال و همکاران، ۲۰۰۵؛ لاد و پتری^۳، ۲۰۰۳؛ والتر و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین، می‌توان گفت این افراد نیازمند مداخلات درمانی و روانشناختی جدی هستند. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود جهت تشخیص و پیشگیری از خودکشی در بیماران معتاد بطور جدی برنامه‌ریزی شود و آموزش‌های لازم به افراد فعال در مراکز درمانی اعتیاد داده شود.

منابع

شمسی خانی، سهیلا؛ ره‌گوی، ابوالفضل؛ فلاحی خشک‌ناب، مسعود؛ ره‌گذر، مهدی (۱۳۸۵). تأثیر آموزش مهارت حل مسأله بر مهارت مقابله‌ای افراد اقدام کننده به خودکشی. پژوهش پرستاری، ۱(۳)، ۳۹-۳۱.

شیخ‌الاسلامی، همایون؛ کنی، کاملیا؛ ضیائی، امیر (۱۳۸۶). بررسی عوامل مستعد کننده اقدام به خودکشی در مراجعین به بخش اورژانس. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ۱۷(۶۵)، ۸۷-۷۷.

ضرغامی، مهران؛ خلیلیان، علیرضا (۱۳۸۱). خودسوزی‌های استان مازندران. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۳-۲۴، (۴)۷

قریشی راد فخرالسادات (۱۳۸۹). اعتباریابی مقیاس مقابله با موقعیت‌های استرس زای اندلر و پارکر. *مجله علوم رفتاری*، ۴(۱)، ۱-۲

مارنات، گری گراث (۱۳۸۴). *راهنمای سنجش روانی*، ترجمه حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو، تهران: نشر سخن

محمدی‌فر محمدعلی، زارعی مته کلایی الهه، نجفی محمود و منطقی محمود (۱۳۹۲). مقایسه ویژگی‌های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*، ۷(۲۸)، ۱۰۰-۸۹

موسوی، فریبا؛ سجادی، حمیرا؛ رفیعی، حسن؛ فیضی، آوات (۱۳۸۷). برخی عوامل خانوادگی مرتبط با اقدام به خودکشی. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۷(۲۷)، ۷۲-۵۳.

هژیر، فرهاد (۱۳۷۶). بررسی رابطه اختلال‌های شخصیت ضداجتماعی و مرزی با اعتیاد به مواد مخدر (شیره تریاک -هروئین) در مردان ۱۸ تا ۳۵ ساله کرمانشاهی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تهران.

- Ball, S. A. (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual Focus Schema Therapy. *Addictive Behaviors*, 23, 883-891.
- Ball, S. A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A. J., Bujosa, C. T., O'Neall, T. W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 371-379.
- Cerutti, R., Manca, M., Presaghi, F., & Gratz, K. L. (2010). Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents. *Journal of Adolescence*, 34(2), 337-47.
- Claassen, C. A. (2007). Clinical differences among depressed patients with and without an history of suicide attempts: Findings from the STAR*D trial. *Journal of Affective Disorders*, 97(1-3), 77-84
- Didden, R., Embregts, P., Toorn, W. V., Laarhoven, N. (2009). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study. *Developmental Disabilities*, 30, 927-932.
- Endler, N. D., & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
- Flensborg-Madsen, T., Knop, J., Mortensen, E. L., Lykke Mortensen, E., Becker, U., Sher, L., & Gronbaek, M. (2009). Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide -Irrespective of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. *Psychiatry Research*, 167, 123-130.
- Forys, K., McKellar, J., Moos, R. (2007). Participation in specific treatment components predicts alcohol-specific and general coping skills. *Addictive Behaviors*, 32, 1669-1680.

- Giegling, I., Olgiati, P., Hartmann, A. M., Calati, R., Moller, H. J., Rujescu, D., Serretti, A. (2009). Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1262–1271.
- Graa, L. J., Mouz, J. J., Navas, E. (2009). Normal and pathological personality characteristics in subtypes of drug addicts undergoing treatment. *Personality and Individual Differences*, 46, 418–423.
- Guillaume, S., Jaussent, I., Jollant, F., Rihmer, Z., Malafosse, A., Courtet, P. (2010). Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempters with recurrent depression. *Journal of Affective Disorders*, 122, 53–59.
- Hasking, P. A., Caric, S. J., Swannell, S., Martin, G., Thompson, H. K., Frost, A. D. (2010). Brief report: Emotion regulation and coping as moderators in the relationship between personality and self-injury. *Journal of Adolescence*, 33, 767–773.
- Heisel, M. J., Duberstein, P. R., Conner, R., Franus, N., Beckman, A., Conwell, Y. (2006). Personality and reports of suicide ideation among depressed adults 50 years of age or older. *Journal of Affective Disorders*, 90, 175–180.
- Ireland, J. L., Brown, S. L., Ballarini, S. (2006). Maladaptive personality traits, coping styles and psychological distress: A study of adult male prisoners. *Personality and Individual Differences*, 41, 561–573.
- Kaplan & Sadock. (2007). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences /clinical psychiatry*. New York: Wolters kluwer /Lippincott Williams & wilkins.
- Kidd, S. A., Carroll, M. R. (2007). Coping and suicidality among homeless youth. *Journal of Adolescence*, 30, 283–296.
- Koller, G., Preuß, U. W., Bottlender, M., Wenzel, K., & Soyka, M. (2002). Impulsivity and aggression as predictors of suicide attempts in alcoholics. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 252, 155–160.
- Ladd, G. T., Petry, N. M. (2003). Antisocial personality in treatment-seeking cocaine abusers: Psychosocial functioning and HIV risk. *Substance Abuse Treatment*, 24, 323–330.
- Li, Z., Page, A., Martin, G., & Taylor, R. (2010). Attributable Risk of Psychiatric and Socio-Economic Factors for Suicide from Individual-Level, Population-Based Studies: A Systematic Review. *Social Science & Medicine*, 10, 1–30.
- Lovibond, P.F and Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress (DASS) with the Beck Depression and anxiety inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33, 335–343.
- Madsen, J., Caveng, I., Wehrli, M, V., Malti, T. (2009). Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide Irrespective of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. *Psychiatry Research*, 167, 123–130.
- Maloney, E., Degenhardt, L., Darke, S., Nelson, E. C. (2009). Impulsivity and borderline personality as risk factors for suicide attempts among opioid-dependent individuals. *Psychiatry Research*, 169, 16–21.
- Mangrum, L. F. (2009). Client and service characteristics associated with addiction treatment completion of clients with co-occurring disorders. *Addictive Behaviors* 34, 898–904.
- Marzuk, P. M., Tardiff, K., & Hirsh, C. S. (1992). The epidemiology of murder-suicide. *Journal of the American Medical Association*, 267, 3179–3183.

- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the U.S. population. *Journal of Psychiatric Research*, *44*, 1190-1198.
- Schneider, B., Kolves, K., Blettner, M., Wetterling, T., Schnabel, A., Wamik, A. (2009). Substance use disorders as risk factors for suicide in an Eastern and a Central European city (Tallinn and Frankfurt/Main). *Psychiatry Research*, *165*, 263-272.
- Simon, N. M., Zalta, A. K., Otto, M. V., Ostacher, M. J., Fischmann, D., Chow, C. W., Thompson, E. H., Stevens, J. C., Demopulos, C. M., Nierenberg, A. M., Pollack, M. H. (2007). The association of comorbid anxiety disorders with suicide attempts and suicidal ideation in outpatients with bipolar disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *41*, 255-264.
- Walter, M., Wiesbeck, G. A., Dittmann, V., Graf, M. (2010). Criminal recidivism in offenders with personality disorders and substance use disorders over 8 years of time at risk. *Psychiatry Research*, *186*(2-3), 443-5.