

## ویژگی‌های شخصیتی اقدام‌کنندگان به خودکشی، افراد افسرده و افراد بهنجار

مینا بن راضی غابشی<sup>۱\*</sup>، چنگیز رحیمی<sup>۲</sup><sup>۱</sup>کارشناس ارشد، دانشگاه شیراز minabenrazi@yahoo.com<sup>۲</sup>عضو هیئت علمی دانشگاه شیراز

## چکیده

پژوهش حاضر به مطالعه ویژگی‌های شخصیتی اقدام‌کنندگان به خودکشی، افراد افسرده و افراد بهنجار پرداخت. فرضیه عام مورد آزمایش این بوده است که بین اقدام‌کنندگان به خودکشی، افراد افسرده و افراد بهنجار از لحاظ ویژگی‌های شخصیتی تفاوت معناداری وجود دارد. آزمودنی‌ها بالغ بر ۱۲۱ نفر (۳۶ نفر در گروه اقدام‌کننده به خودکشی، ۴۰ نفر در گروه افسرده، ۴۵ نفر در گروه بهنجار) بودند. ابزار پژوهش عبارت بود از: پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت و آزمون چک لیست علایم. نتایج نشان داد که گروه اقدام‌کننده به خودکشی در خرده مقیاس روان‌رنجورخویی از همه بالاتر و در خرده مقیاس‌های وظیفه‌مداری و گشودگی در تجربه از همه پایین‌تر می‌باشد.

**کلید واژه‌ها:** ویژگی‌های شخصیتی، اقدام‌کنندگان به خودکشی، افسردگی

## مقدمه

خودکشی یکی از پدیده‌هایی است که همواره مورد بحث روانشناسی و روانپزشکی بوده و با توجه به آمار روزافزون انسان‌هایی که خویشتن را از حیات محروم می‌دانند، لزوم بررسی نقش عوامل روانی و اجتماعی در بروز این پدیده و همچنین پیشگیری و درمان به موقع آن نه تنها از لحاظ پژوهش‌های علمی واجد اهمیت است بلکه از نظر انسانی نیز در درجه‌ای از اهمیت قرار می‌گیرد که می‌تواند نوعی وظیفه تلقی گردد. هر سال در ایالات متحده حدود ۳۰۰۰۰ مرگ به خودکشی نسبت داده می‌شود. در حال حاضر خودکشی دهمین علت شایع مرگ و میر در ایالات متحده است (پورافکاری، ۱۳۸۱). در ایران به دلیل سن اجتماعی و مذهبی و همچنین تقبیح شدید این امر در مذهب اسلامی، بسیاری از موارد خودکشی گزارش نشده و یا به صورت مرگ طبیعی یا تصادف خود را نشان می‌دهند لذا آمار دقیق میزان خودکشی در ایران چندان در دست نمی‌باشد. اما با این وجود آمار خودکشی در ایران بر طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، ۰/۳ در هر ۱۰۰ هزار مرد و ۰/۱ در هر ۱۰۰ هزار زن در سال ۱۹۹۱ بود (براون، ۲۰۰۱، به نقل از صدرالسادات و شمس اسفندآباد، ۱۳۸۴). درصد بالایی از قربانیان خودکشی، مسایل یا اختلالات شخصیتی گوناگون دارند.

مدل پنج عاملی شخصیت از جمله مدل‌هایی است که در تبیین خودکشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. تعداد قابل ملاحظه‌ای از تحقیقات تجربی ارتباط معناداری بین نوروتیسم، بُعد شخصیتی که توسط تمایل کلی به تجربه عواطف منفی مشخص می‌شود، و افسردگی یافته اند (بگ بایو همکاران، ۱۹۹۵، دوگانو همکاران، ۱۹۹۵، انز و کاکس، ۱۹۹۷). چیکوتا و استایلز (۲۰۰۴)، در تحقیقی ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی، افسردگی، ناامیدی و افکار خودکشی را مورد بررسی قرار دادند. نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیره نشان داد که نشانگان افسرده ساز بطور مثبت توسط نوروتیسم و گشودگی، و بطور منفی توسط برون‌گرایی، پیش‌بینی شدند. ناامیدی نیز بطور مثبت توسط نوروتیسم و بطور منفی توسط برون‌گرایی، پیش‌بینی شد. در نهایت نیز، افکار خودکشی بطور مثبت توسط نوروتیسم، پیش‌بینی شد. همچنین در تحقیق برنت و همکارانش (۱۹۹۳)، گروه اقدام‌کننده به خودکشی میزان بالایی از اختلالات عاطفی و بی‌ثباتی هیجانی را نسبت به گروه کنترل نشان دادند. در ایران طاهرپور (۱۳۸۰)، در تحقیقی سبک‌های شخصیتی افراد اقدام‌کننده به خودکشی را مورد بررسی قرار داد. بر طبق یافته‌های تحقیق بیشترین فراوانی مربوط به سبک شخصیتی هیستریونیک (۳۴/۷۲ درصد)، نارسیستیک (۲۰/۸۳ درصد) و منفعل-مهاجم (۱۵/۲۷ درصد) بود. بنابراین بر اساس مطالعات انجام شده در زمینه خودکشی و در نظر گرفتن متغیرهای مورد مطالعه، می‌توان نتیجه گرفت که یک نقص و بدکارکردی بنیادی در ساختار شخصیت این افراد وجود دارد. اکثر این تحقیقات بر عامل روان‌نژندی به عنوان عامل مستعد ساز برای افسردگی بالینی و از طرفی زمینه ساز خودکشی در آینده، تاکید داشتند. لذا با توجه به مجموع مطالعات انجام شده و نتایج بدست آمده، پژوهش حاضر با هدف شناسایی دقیق ویژگی‌ها و صفات شخصیتی مرتبط با خودکشی، انجام گردید.

## روش

### شرکت کنندگان و طرح پژوهش

جامعه مورد مطالعه در این تحقیق شامل سه گروه است: گروه اول شامل افراد اقدام کننده به خودکشی است، گروه دوم دربرگیرنده افراد افسرده ای است که سابقه هیچگونه اقدام به خودکشی نداشته اند و گروه سوم را افراد بهنجار تشکیل می دهند. روش نمونه گیری گروه اول بر این اساس بود که طی پنج ماه پیگیری از تاریخ ۸۹/۶/۱ لغایت ۸۹/۱۰/۱ در بیمارستان‌های شهید فقیهی، نمازی و ابن سینا و همکاری روانشناسان، پرستاران بخش اتفاقات و مددکاران این بیمارستان‌ها، نمونه‌ها که بالغ بر ۳۶ نفر بودند، انتخاب شدند. ملاک برای انتخاب و تشخیص بیماران بر اساس اطلاعات موجود در پرونده بیمار، یا اظهارات خود بیمار و اطرافیان وی صورت می گرفت. روش نمونه گیری گروه دوم نیز به این ترتیب بود که طی پنج ماه پیگیری و مراجعه به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان پزشکی شهر شیراز، ۴۰ نفر از افرادی که طبق نظر روان پزشک یا روان شناس مرکز، افسرده تشخیص داده شده بودند و در ضمن سابقه هیچگونه اقدام به خودکشی نیز نداشتند، انتخاب شدند. به منظور حذف عامل درمان، این افراد نباید به مدت طولانی تحت درمان (چه دارویی و چه روان درمانی) قرار گرفته باشند. در ضمن برای اینکه تجانس بیشتری بین گروه‌ها وجود داشته باشد، قرار بر این شد تا گروه دوم (گروه افسرده) از میان افرادی که دارای افسردگی متوسط رو به شدید هستند انتخاب شوند تا دقیقاً مشخص شود که چه عامل شخصیتی علی رغم شدت افسردگی نسبتاً بالا در آنان، مانع از اقدام به خودکشی در آن‌ها می‌شود. روش نمونه گیری گروه سوم نیز بر این اساس بود که افرادی را که هیچ سابقه روانپزشکی نداشتند از میان کارکنان بیمارستان‌های شهید فقیهی، نمازی و ابن سینا در شهر شیراز با روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شدند. در مرحله بعد، آزمون SCL-90 روی این گروه اجرا شد که پس از تکمیل آن توسط شرکت کنندگان و نمره گذاری، ۴۵ نفر از کسانی که نمره آنها در کل مقیاس یا هر یک از زیر مقیاس‌های آن کمتر از یک بود، به عنوان گروه نمونه بهنجار انتخاب شدند و پس از آن، آزمون پنج عامل بزرگ شخصیت (IPIP) روی آنان اجرا گردید.

### ابزار

**پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت:** این مقیاس یک آزمون ۵۰ سؤالی است که برای ارزیابی هر یک از پنج عامل بزرگ شخصیت، ۱۰ گویه مثبت و منفی وجود دارد. شرکت کنندگان باید هر سوال را بر اساس طیف لیکرت از کاملاً درست تا کاملاً نادرست در یک مقیاس پنج درجه ای تعیین نمایند. درجه بندی این ویژگی‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه ای است که در مورد گویه‌های مثبت با انتخاب گزینه کاملاً درست، نمره ۵، و با انتخاب گزینه کاملاً نادرست، نمره یک، تعلق می‌گیرد. گویه‌های منفی به صورت عکس، نمره گذاری می‌شود. حداکثر نمره آزمودنی در هر عامل ۵۰ و حداقل نمره اکتسابی ۱۰ خواهد بود. پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت توسط خرمایی (۱۳۸۵)، از متن اصلی به فارسی ترجمه شده است. برای تعیین روایی سازه این ابزار، از تحلیل عاملی به روش مولفه‌های اصلی همراه با چرخش واریماکس استفاده شد. پنج عامل در مجموع حدود ۴۳ درصد واریانس کل نمونه را توضیح داده است (همان منبع). برای تعیین اعتبار پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. برای عامل روان نژندی با ۱۰ گویه، ضریب آلفای ۰/۸۸ محاسبه شد. ضرایب آلفا برای عامل گشودگی در تجربه با ۱۰ گویه، ۰/۷۸، برای عامل وظیفه‌مداری با ۹ گویه، ۰/۸۰، برای عامل توافق‌پذیری با ۹ گویه، ۰/۸۰ و برای عامل برون‌گرایی با ۸ گویه، ۰/۷۷ محاسبه شده است. این ضرایب همسو با شاخص‌های اعتبار در مطالعه مقدماتی است (همان منبع).

**آزمون چک لیست علایم:** این مقیاس دارای ۹۰ سوال است که هر ۱۰ سوال آن یک ناراحتی روانی را اندازه‌گیری می‌کند. مقولات مورد اندازه‌گیری در این آزمون عبارتند از: اضطراب فوبیک، افسردگی، وسواس، اضطراب، جسمی‌سازی، افکار پارانوئید، حساسیت بین فردی، روانپریشی و خصومت. آزمودنی باید پاسخ خود را براساس یک مقیاس درجه بندی شده در برگ پاسخنامه مشخص کند. پاسخنامه برای هر سوال درجه در نظر گرفته است که عبارتند از: هیچ، کم، تا حدی، زیاد و خیلی زیاد که بین صفر تا چهار نمره می‌گیرد. همسانی درونی و اعتبار آزمون که از طریق روش بازآزمایی به دست آمده است برای ۹ مقوله به طور میانگین به ترتیب عبارتند از ۰/۸۶ و ۰/۸۵.

### شیوه اجرا

برای بررسی فرضیه پژوهش پس از انتخاب گروه‌ها بر اساس ملاک‌های مطرح شده، نخست برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد که برای انجام یک پژوهش انتخاب شده‌اند و شرکت آن‌ها در این کار اختیاری است. سپس دفترچه حاوی پرسشنامه پنج عامل بزرگ

شخصیت در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت و توضیحات کاملی در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه ارائه شد. اجرای پرسشنامه به صورت انفرادی بود و برای هر کدام از شرکت کنندگان توضیحات یکسانی ارائه شد. نتایج آزمون به صورت عینی از طریق ثبت پاسخ ها روی کاغذ مخصوص پاسخنامه انجام گرفت. در مجموع، اجرای این مراحل برای هر آزمودنی حدود ۳۰ دقیقه به طول انجامید.

## نتایج

در پژوهش حاضر از آزمون های آماری تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) و آزمون تعقیبی شفه جهت مقایسه گروه های مورد پژوهش و آزمون فرضیه تحقیقاتی استفاده شده است. تحلیل واریانس چندمتغیره برای تعیین اثر سطوح مختلف گروه های آزمایشی بر پنج متغیر وابسته (روان رنجور خوبی، گشودگی در تجربه، وظیفه مداری، توافق پذیری و برون گرایی از پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت)، نشان داد که بین سه سطح گروه آزمایش بر اساس مقادیر وابسته، تفاوت های معنادار وجود دارد ( $P < 0.001$ )؛  $F(33/65)$ . برای مقایسه جفت میانگین ها در خرده مقیاس های پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت، از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. نتایج در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱. مقایسه جفت میانگین ها در خرده مقیاس پرسشنامه پنج عامل بزرگ شخصیت

متغیر وابسته	گروه ها	تفاوت میانگین ها	خطای معیار
روان رنجور خوبی	افسرده	۱۱/۱۳**	۱/۴۸۵
	بهنجار	۲۱/۸۱**	۱/۴۴۵
	افسرده	-۱۱/۱۳**	۱/۴۸۵
	بهنجار	۱۰/۶۸**	۱/۴۰۴
	بهنجار	-۲۱/۸۱**	۱/۴۴۵
وظیفه مداری	افسرده	-۱۰/۶۸**	۱/۴۰۴
	افسرده	-۶/۳۷**	۱/۱۹۱
	بهنجار	-۱۰/۹۴**	۱/۱۶۰
	افسرده	۶/۳۷**	۱/۱۹۱
	بهنجار	-۴/۵۸**	۱/۱۲۷
گشودگی در تجربه	بهنجار	۱۰/۹۴**	۱/۱۶۰
	افسرده	۴/۵۸**	۱/۱۲۷
	افسرده	-۲/۹۹*	۱/۰۵۷
	بهنجار	-۷/۸۳**	۱/۰۲۹
	افسرده	۲/۹۹*	۱/۰۵۷
برون گرایی	بهنجار	-۴/۸۴**	۱/۰۰۰
	افسرده	۷/۸۳**	۱/۰۲۹
	افسرده	۴/۸۴**	۱/۰۰۰
	افسرده	۱/۴۳	۱/۱۱۸
	بهنجار	-۵/۸۱**	۱/۰۸۹
افسرده	بهنجار	-۱/۴۳	۱/۱۱۸
	بهنجار	-۷/۲۳**	۱/۰۵۸
	بهنجار	۵/۸۱**	۱/۰۸۹
	افسرده	۷/۲۳**	۱/۰۵۸
	بهنجار		

\* $P < 0.001$  ، \*\* $P < 0.0001$

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود، گروه اقدام کننده به خودکشی در خرده مقیاس روان رنجور خوبی از همه بالاتر و در خرده مقیاس های وظیفه مداری و گشودگی در تجربه از همه پایین تر می باشد. گروه بهنجار نیز به جز خرده مقیاس روان رنجور خوبی، در سه خرده مقیاس باقی مانده (وظیفه مداری، گشودگی در تجربه، برون گرایی) از دو گروه دیگر بالاتر است.

## بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی ویژگی های شخصیتی در سه گروه اقدام کننده به خودکشی، افسرده و بهنجار بود. نتایج نشان داد که گروه اقدام کننده به خودکشی در خرده مقیاس روان رنجور خوبی از همه بالاتر و در خرده مقیاس های وظیفه مداری و گشودگی در تجربه از

همه پایین تر می باشد. این یافته همسو با تحقیقات چیکوتا و استایلز (۲۰۰۴)، ولتینگ (۱۹۹۹)، بروزو و همکاران (۲۰۰۵)، اسپریتو و همکاران (۲۰۰۰)، پیفر (۱۹۸۸)، ماری استوارت، کلاری روناگی، لان دری و کلاس ایمیر (۲۰۰۷)، است.

ویژگی های شخصیتی احتمالاً نقش مهمی در فهم رفتار خودکشی گرایانه بازی می کند. صفات برون گرایی و روان رنجور خوبی در این مورد اغلب بررسی شده است. سطوح بالای روان رنجور خوبی با تلاش برای خودکشی (بیوتریس، جویس و مولدر، ۱۹۹۹؛ نوردستورم، اسکالینگ و آسبرگ، ۱۹۹۵؛ بویل و براندون، ۱۹۹۸)، افکار بالای خودکشی (لولاس، گومز و سوارز، ۱۹۹۱؛ ولتینگ، ۱۹۹۹)، و همچنین با افکار و اقدامات خودکشی گرایانه تواما (فرگوسن، وودوارد و هاروود، ۲۰۰۰؛ استاتهام و همکاران، ۱۹۹۸) دارای همبستگی بالا می باشد. در تبیین وجود رابطه مثبت معنی دار بین روان رنجور خوبی و اقدام به خودکشی می توان این گونه استدلال کرد که، افراد روان رنجورخو مستعد ابتلا به افسردگی بوده و عواطف منفی بیشتری را تجربه می کنند. کوستا و مک کری (۱۹۹۱) عنوان می کنند که این افراد به طور منحصر به فردی خشم، ناکامی، پرخاشگری، احساس گناه، ناامیدی و تنهایی را تجربه می کنند و از طرفی دارای تلون مزاج بوده، سرد و کناره گیر از سایرین می باشند. بنابراین این افراد در هنگام مواجهه با استرس ها و مشکلات، بیش از سایرین احساس تهدید و خطر می کنند.

برون گرایی پایین با افکار خودکشی (لولاس و همکاران، ۱۹۹۱) و با سابقه قبلی تلاش برای خودکشی (بیوتریس و همکاران، ۱۹۹۹؛ روی، ۱۹۹۸) در ارتباط می باشد. افسردگی و خودکشی به طور منفی با برون گرایی در ارتباط هستند و این بدان معنی است که افراد بدبین از لحاظ اجتماعی بازداری شده اند، فاقد اعتماد به نفس هستند، رهبری کردن را ترجیح نمی دهند و مایل به تجربه هیجانانگیز مثبت اندکی مانند لذت، خوشحالی و اشتیاق هستند (کوستا و مک کری، ۱۹۹۲). افراد درون گرا ساکت، خجالتی و غیر اجتماعی هستند. صمیمیت بین فردی در آن ها کم است، در دوست یابی مشکل دارند و در میان جمع احساس آشفتگی و ناراحتی می کنند. اکثر این صفات به طور مثبت با افسردگی و ناامیدی در ارتباط هستند (دیچ، ۱۹۹۱؛ ولتینگ، ۱۹۹۹)، بنابراین می توان پیش بینی کرد که برون گرایی پایین با افسردگی بالا و اقدام به خودکشی در ارتباط باشد.

وظیفه مداری به طور منفی با افکار خودکشی در ارتباط است (ولتینگ، ۱۹۹۹). به عبارتی سطوح پایین وظیفه مداری احتمالاً با کاهش خودکارایی شخصی (مارتوچیو و جاج، ۱۹۹۷) و کاهش ابراز خوشحالی (فارنهام و چنگ، ۱۹۹۷) و افزایش سطوح ناامیدی (ولتینگ، ۱۹۹۹) در ارتباط است. علاوه بر این، ارتباط بین وظیفه مداری و افکار خودکشی در جنبه های همپوش روان پریشی منعکس می گردد. همچنین وظیفه مداری با استفاده فعال از مهارت های مقابله ای مثل مهارت های مسئله مدار در ارتباط است (واتسون و هابارد، ۱۹۹۶). بنابراین، به طور نسبی سطوح پایین وظیفه مداری با نقص در مهارت های مقابله ای فعال مرتبط می باشد. در کل وجود رابطه منفی بین وظیفه مداری و اقدام به خودکشی را می توان این گونه تبیین کرد که، افراد وظیفه مدار در تصمیم گیری محتاطند و در حل مسائل از مهارت های مقابله ای مسئله مدار استفاده می کنند. بنابراین بدیهی می باشد که سطوح پایین وظیفه مداری با نقص در استفاده از مهارت های مقابله ای فعال حل مسئله و برخورد هیجانی با مشکلات و مسائل (رویکرد هیجان مدار) همراه باشد. همچنین کاهش در این عامل شخصیتی، باعث کاهش احساس شایستگی و لیاقت در فرد می گردد و این عامل به نوبه خود منجر به این امر می گردد که فرد در برخورد با مسائل پشتکار چندانی از خود نشان ندهد و یا به جای این که بر چند هدف عمده متمرکز گردد بر اهداف متعدد و یا نامربوطی تمرکز یابد. تمرکز بر اهداف بیشمار و نامربوط به مشکل، باعث می شود فرد برای حل مشکلاتش به راه هایی بیاندیشد که عملاً ناکارآمد بوده و محکوم به شکست اند و در نهایت فرد را به بن بست رسانده و به اقدام به خودکشی می کشاند.

دوبرستین (۲۰۰۱) گزارش کرد که گشودگی در تجربه پایین به طور آشکار با رفتار خودکشی گرایانه در میان اقدام کنندگان مسن تر در ارتباط می باشد. وی دلایل متعددی برای این امر پیشنهاد کرد که از آن جمله عبارت است از: فقدان لذت و علاقه به حوادث زندگی، ناتوانی در یادآوری علایم و خاطرات و شبکه اجتماعی بسیار کوچک. کوستا و مک کری (۱۹۹۰) گزارش کردند که مفهوم گشودگی در تجربه به طور بالینی در نوشته های راجرز (۱۹۶۱) در مورد شخصیت های خودشکوف؛ عقاید راکیچ (۱۹۶۰) در مورد ذهن باز و بسته و مفهوم آدرنو و کولگوس (۱۹۵۰/۱۹۶۹) از شخصیت مقتدر، ریشه دارد. اشخاصی که در گشودگی در تجربه نمره پایینی کسب می کنند، سبک شناختی و عاطفی ویژه ای دارند. از لحاظ عاطفی، آن ها هیچگونه هیجان مثبت یا منفی را در ارتباط با اشخاص اطراف خود تجربه نمی کنند. از لحاظ شناختی، مسائل را تنها در دو بعد سیاه و سفید ادراک می کنند، به اعتقاد دوبرستین (۱۹۹۵) علاوه بر شناخت و عاطفه، رفتار این بیماران نیز دچار انقباض شده و مفهومی که از خود پرورش داده اند بسیار خشک و غیر قابل انعطاف است. دوبرستین (۱۹۹۵) فرض کرده است، اشخاصی که در گشودگی در تجربه نمره پایینی کسب می کنند، در معرض خطر گرفتن زندگی از خودشان هستند زیرا از لحاظ عاطفی دلسرد هستند، از لحاظ شناختی مطلق گرا می باشند، خزانه رفتاری آن ها محدود است و خودپنداره آن ها به طور غیر قابل انعطافی تعریف

شده است که همگی این عوامل ظرفیت این افراد را در سازگاری با فقدان‌ها یا تجارب طبیعی زندگی مثل تغییر در نقش‌ها، سلامتی و عملکرد کاهش می‌دهد.

### منابع

- خرمایی، فرهاد. (۱۳۸۵). بررسی مدل علی ویژگی‌های شخصیتی، جهت‌گیری‌های انگیزشی و سبک‌های شناختی یادگیری، پایان‌نامه دکترای منتشر نشده، دانشگاه شیراز.
- صدرزاده، جلال و شمس اسفندآباد، حسن. (۱۳۸۴). بررسی مقایسه‌ای نگرش دانش‌آموزان دبیرستانی ایرانی و سوئدی نسبت به خودکشی. مجله پژوهش‌های روانشناختی، ۱۵، ۸۴.
- طاهرپور، رامش (۱۳۸۰). بررسی سبک‌های شخصیتی در اقدام‌کنندگان به خودکشی در بخش مسمومین بیمارستان امام رضا (ع). پایان‌نامه دکترای پزشکی. منتشر نشده، دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

- Brent, D. A., Johnson, B., Bartle, S., et al. (1993). Personality disorder, Tendency to impulsive violence and suicidal behavior in Adolescents. *Journal of American Child Adolescent Psychiatry*, 27, 357-361.
- Costa & McCrae. (1992) Costa and R.R. McCrae, (1992). Revised NEO personality inventory (NEO PI-RTM) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI), *Psychological Assessment Resources*, 29, 309-318.
- Enns, M.W. Cox, B.J. Inayatulla, M. (2003). Personality predictors of outcome for adolescents hospitalized for suicidal ideation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 720-727.
- Mary E. Stewart, Claire Donaghey, Ian J. Deary and Klaus P. Ebmeier, (2007). Suicidal thoughts in young people: Their frequency and relationships with personality factors. *Personality and Individual Differences*. 27, 611-624.
- Pfeffer, C. R., Newcorn, J., et al. (1988). Suicidal Behavior in Adolescent Psychiatric Inpatients. *Journal of American Academic Child Adolescent Psychiatry*, 27, 357-361.
- Spirito, A., Fritsch, S., et al. (2000). Personality Characteristics of Adolescent Suicide Attempters. *Child Psychiatry and Human Development*, 30, 219-235.