



ارائه شده توسط:

سایت ترجمه فا

مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده

از نشریات معتبر

پیوستگی و سازگاری اجتماعی: روابط با تلاش برای خودکشی و اپیزود افسرده

ساز اصلی در مطالعه آتی

چکیده

هدف: مطالعه دو جنبه از وظیفه درون شخصی- امنیت پیوستگی و ساگاری اجتماعی- در رابطه با تلاش برای خودکشی و اپیزود افسردگی اصلی (MDE) در مدت اقدامات بعدی طبیعی در حدود یک سال بعد از ارائه با MDE. **روش:** ۱۳۶ فرد بالغ که به آنها DSM-IV ارائه شد، MDE مقیاس پیوستگی فرد بالغ را کامل نمود و گزارش خود مقیاسی ساگاری اجتماعی در ورودی مطالعه. مبتنی بر بازبینی های قعدی در سه ماه و یک سال، ما از تحلیل باقی برای بررسی رابطه امتیازات در این مقیاس های با زمان تا یک تلاش خودکشی و زمان برای بازگش MDE استفاده نمودیم.

نتایج: امنیت کمتر/ پیوستگی بیشتر ریسک افزایش یافته برای تلاش خودکشی را در مدت ۱ سال بعدی پیش

بینی نمود (Wald $r = 9.14$, $df = 1$, $P = 0.003$. $HR = 1.16$, 95% CI 1.05 to)

۱,۲۷). ساگاری اجتماعی ضعیف تر، ریسک افزوده را برای بازگشت MDE پیش بینی نمود (Wald $X^2 = 6.95$.

۱,۲۷). ساگاری اجتماعی ضعیف تر، ریسک افزوده را برای بازگشت MDE پیش بینی نمود (Wald $X^2 = 6.95$.

داد (z=4.19, $df = 1$, $p < 0.001$. $HR = 17.3$. 95% CI = 4.6 to 65.5).

نتایج: پیوستگی اجتنابی در ساگاری اختلال افسردگی اصلی، یک هدف بالقوه درمانی برای جلوگیری از رفتار

خودکشی است. ارتقای ساگاری اجتماعی می تواند بازگشت در اختلال افسرده اصلی و در نتیجه ریسک تلاش

خودکشی را کاهش دهد. محدودیت های مطالعه شامل اندازه نمونه کوچک و استفاده از مقیاس پیوستگی

خودگزارشی می شود.

۱. مقدمه

جلوگیری از خودکشی، که به طور معمولتر مرتبط با اختلال افسرده اصلی است (MDD)، یک ناحیه NIMH با

تقدم بالا است (۲۰۰۹). بازبینی های هدف یافته در کاهش عمل خودکشی در افراد افسرده باید ر عوامل ریسک قابل

اصلاح هدف گذاری شود. یک عامل ریسک ایجاد شده برای عمل خودکشی حوزه روابط دروخ شخصی است. گواهی سازگار وجود دارد که حاکی از ارتباط بین رفتار خودکشی و مشکلات در روابط درون شخصی است (Bongar et al., 2000; Weissman, 1974).

ارتباطات درون شخصی نیاز به قابلیت تشکیل پیوستگی و از اینرو نگهداری و بررسی رابطه دارد. تئوری پیوستگی، که توسط بووی و آینوردس ارائه شده است، نشان می دهد که تجربیات اولیه برای روابط کودک- پرستار روی قابلیت فردی برای قرار گرفتن در وضعیت ها در طول زندگی تاثیر می گذارد (Crowell et al 2008). مشکلات در توسعه الگوهای پیوستگی امنیتی، قابلیت ارتجاعی در زمان های استرس و قرار گرفتن در مشکلات روحی و ساگاری ضعیف را کاهش می دهد (Mikulincer and Shaver, 2008).

پیوستگی ناامن در افراد بالغ حمله را پیش بینی می نماید (Bifulco et al., 2003; Bifulco et al., 2002) و دوره شدیدتری از افسردگی را به دنبال دارد (Conradi and de jongs, 2009). هرچند، MDD اختلال عمده مرتبط با خودکشی است، مطالعات اندکی به طور عجیب ریسک خودکشی از دیدگاه پیوستگی به ویژه در افراد بالغ نشان می دهند (Mikulincer and Shaver, 2007). هفت مطالعه، عمدتاً در افراد بالغ، که همبستگی بین پیوستگی ناامن و خیالپردازی خودکشی یا رفتار آن دیده شد، بازنگرانه و مقطعی بودند (Adam et al., 2000; Lessard and Moretti, 1998; de jong, 1992; DiFilippo and Overholser, 2000; Riggs and Jacobvitz, 2002; Stepp et al., 1999; West et al., 2008). در سطح آگاهی ما، هیچ مطالعه ای، اثر پیش بینی کننده پیوستگی در رفتار خودکشی را با استفاده از طراحی آتی امتحان نموده است. سازگاری اجتماعی فنوتیپ گسترده تر از دل بستگی است. این نشان دهنده توانایی مذاکره بین فردی برقراری رابطه با نقش های مختلف فرد تعریف شده است. چنین به عنوان کارگر، دوست، همسر، یا پدر و مادر. دهه پژوهش بر سازگاری اجتماعی هم به عنوان پیش بینی کننده و نتیجه

اختلالات افسردگی تمرکز نموده است. (Henderson, 1993; Brown and Harris, 1978; Garmezzy, 1998; Kleinman, 1988; Wade and Kessler, 2000). در یک مطالعه ماده رجیستری دوقلو، وید و Kessler شواهد موجود از روابط دو جهته علی بین حمایت اجتماعی و MDD و همچنین یک سوم مسیر که

حاکمی از دخالت عوامل ژنتیکی است که افزایش خطر ابتلا به MDD و برای هر دو برای کاهش حمایت اجتماعی (Wade and Kendler, 2000).

چندین تدبیر برای اندازه گیری سازگاری اجتماعی وجود دارد. (بازنگری شده توسط هرشفیلد ۲۰۰۰). سه مطالعه یکی از چنین تدابیر را استفاده نمود، مقیاس سازگاری اجتماعی (Weissman and Bothwell, 1976; Weissman et al., 2001). برای ارزیابی این حوزه به عنوان پیش بینی کننده نشانه های افسردگی و نتایج متفاوتی در این حالت به دست آمد (Bauwens et al., 1998; Nierenberg et al., 1995; Reimherr et al., 2001). سه مطالعه رابطه سازگاری اجتماعی برای خیالپردازی یا رفتار خودکشی را آزمایش نمود. ما طراحی آینده نگر به بررسی ارتباط از این دو جنبه از عملکرد فردی با MDD و رفتار خودکشی استفاده نمودیم. ما این فرضیه را که فایل پیوست (نظیر امنیت کمتری کنند فقیر و سازگاری اجتماعی را پیش بینی هر دو در معرض خطر بیشتری از قسمت افسردگی ماژور (MDE) و از اقدام به خودکشی در یک سال پیگیری پس از مراجعه با MDE.

۲. روش ها

۲,۱ موضوعات

نمونه شامل ۱۳۶ بیمار که ارائه شده به ما کلینیک تحقیق و پژوهش برای ارزیابی و درمان MDE و بودند که مجددا در سه ماه و یک سال از آینده نگر پیگیری. بیماران از طریق انتخاب شدند. تبلیغات در روزنامه های محلی و ارجاع پزشک، شرکت در مطالعات عصب شناسی از افسردگی، و سپس تحت درمان باز بالینی. برای ورود به مطالعه، افراد حال برای دیدار با DSM - چهارم معیارهای MDE تک قطبی و نمره :؟ : ۱۶ در تاریخ ۱۷ - آیتم امتیاز مقیاس افسردگی هامیلتون (HAM17). شرایط خروج شامل اختلال دو قطبی، ماده فعلی سوء استفاده و یا وابستگی در ظرف شش ماه، بی اشتهایی و یا پرخوری در عرض یک سال، الکترو تشنج در درمان شش ماه می باشد. مشکلات طبی ناپایدار، قابل عصبی بیماری، و یا ضربه به سر گذشته، پس از شرح کامل مطالعه، شرکت کنندگان رضایت آگاهانه کتبی داد تایید شده توسط هیئت مدیره و سازمانی را نقد نمودند.

نمونه ۶۰٪ زن بودند، ۷۳٪ سفید پوست غیر اسپانیایی بود، و ۱۴٪ هیسپانیک. سن متوسط سالانه ۳۹,۲ بود (انحراف معیار ۱۲,۳) و میانگین کل آموزش ۱۵,۴ سال (انحراف معیار ۲,۶) بوده است. ۳۹٪ در حال حاضر مورد

استفاده قرار گرفت. در ورود به مطالعه. نمونه ۲۴ درصد متأهل بودند. ۶۳٪ بیماران بستری بودند، ۳۵٪ سابقه اختلال طول عمر ماده استفاده، و ۴۹٪ بود. تاریخ عمر اقدام به خودکشی. پایه متوسط HAM17 نمره بود ۱۹،۴ (انحراف معیار ۵،۴). افراد مورد مطالعه متوسط طول عمر سه MDES (حداکثر کوتاه در ۲۰، به عنوان برخی از گزارش های زیادی به تعداد دفعات مشاهده شده)، مدت زمان متوسط از شروع مطالعه MDE شد ۲۴ هفته (حداکثر در ۱۰۴ کوتاه شده). متوسط زمان پیگیری در مطالعه، ۳۰۶ روز (در محدوده ۳۶ - ۳۶۵).

۲،۲ تدابیر

در شروع مطالعه اجماع محور اول و دوم تشخیص استفاده مصاحبه بالینی ساختاریافته برای بیمار نسخه چهارم DSM - (SCID من و ۱۱) (اول و همکاران.. ۱۹۹۶؛ اسپیتزر و همکاران.. ۱۹۹۰). رکود اقتصادی شد. مورد ارزیابی قرار گرفت HAM17 (همیلتون، ۱۹۶۰) و بک پرسشنامه افسردگی (BDI) (بک و همکاران.. ۱۹۶۱). Raters ارزیابی خودکشی تاریخ تلاش با کلمبیا فرم تاریخچه خودکشی (Oquendo هوش مصنوعی و همکاران، ۲۰۰۳). خشونت عمر، خصومت، و تکانشگری با براون - گودوین پرخاشگری دارای رتبه شدند پرسشنامه (BGA) (براون و همکاران هوش مصنوعی، ۱۹۷۹)، باس - Durkee دشمنی پرسشنامه (BDH) (باس و Durkee، 1957)، و بارت مقیاس تکانشگری (بخرد) (Barratt. 1965). افکار خودکشی بود ارزیابی با استفاده از مقیاس افکار خودکشی (۱۵۵) (بک و همکاران.. ۱۹۷۹)، ناامیدی با مقیاس ناامیدی بک (BHS).

سبک دل بستگی بود در ورود به مطالعه با سیمپسون را دارای رتبه مقیاس دل بستگی بزرگسالان (کارشناسی ارشد) (سیمپسون، ۱۹۹۰). کارشناسی ارشد، ۱۳ - مورد اندازه گیری کند. می پرسد افراد به سرعت خود را بر اساس یک سری از حکم هایی در مورد "چگونه شما معمولاً نسبت به احساس خود را شرکای عاشقانه. "مثالها عبارتند از : "من آن را پیدا نسبتاً آسان به نزدیک به دیگران است. " "من خیلی راحت داشتن نه بستگی به افراد دیگر "، "من به ندرت نگران می شود. رها شده توسط دیگران " و " برای من خیلی مشکل است اعتماد به دیگران به طور کامل. "مطالب خود را در نرخ ۷ - نقطه مقیاس Likert ("کاملاً موافق" را به "به شدت مخالف"). ما به دنبال توصیه سیمپسون به نمره اندازه گیری با استفاده از امن در مقابل. عامل اجتنابی (موارد ۱-۳ و ۵-۹) و امن در مقابل. عامل اضطراب (۴ آیتم و ۱۰-۱۳) (سیمپسون هوش مصنوعی و همکاران، ۱۹۹۲). در نمونه ما، آلفا کرونباخ ۰،۷۷ بود برای امن در مقابل. عامل اجتنابی و ۰،۷۶ برای امنیت در مقابل اضطراب عامل. نشان می دهد قابلیت

اطمینان قابل قبول است. برای سادگی، ما اشاره به این عنوان عوامل اجتنابی و اضطراب. (بک و همکاران! a, 1974)، و دلایل برای زندگی با دلایل زندگی مقیاس (Linehan) (RFL) و همکاران، ۱۹۸۳). Raters شد روانشناسان یا مددکاران اجتماعی با استادان و یا دکتری بین ارزیاب توافق و داخل کلاس برای ضریب مقیاس بالینی بودند. خوب تا عالی (کنگره ۰,۷۱-۰,۹۷) (همکاران مان ع.ج. ۱۹۹۹).

سازگاری اجتماعی در ورودی مطالعه با استفاده از گزارش خودمقیاس سازگاری اجتماعی ارزیابی شده است (-SAS SR). یک مقیاس ۵۴ موردی برای وظیفه نقش اجتماعی (Weissman and Bothwell, ۱۹۷۶; Weissman et al., 2001). این مورد دو هفته اول در شش ناحیه ارزیابی می شود: کار (پرداخت، یا دانش آموز)؛ فعالیت های اجتماعی؛ روابط با خانواده گسترده؛ رابطه اولیه/ تاهل؛ پدر و مادر بودن و واحد خانواده شامل مورد اقتصادی (Weissman and MHS staff, ۱۹۹۹). پوشش سوال ۱) عملکرد وظیفه ۲) اصطکاک با دیگران ۳) روابط درون شخصی و ۴) احساسات و ارضائات. سوالات در مقیاس پنج نقطه نمره گذاری شده اند. با امتیاز بالاتر نشاندهنده اختلالات بیشتر. امتیازات اقلام جمع می شود و تقسیم بر تعداد اقلام جواب داده شده برای به دست آوردن وسایل مقیاس فرعی و کلی می شود [Weissman and MHS staff, 1999]. SAS-SR توافق بهتری را با نسخه نمره گذاری شده بالینی نشان داد که دارای سازگاری داخلی بالاتر، قابلیت اطمینان از مون-ازمون دوباره بود و هنجارها برای نمونه های بالینی و اجتماعی در دسترس بودند. (Weissman and MHS staff, 1999).

۲,۳ اقدامات بعدی

در مورد اقدامات بعدی، موضوعاتی که به عنوان افراد غیربیمار بودند درمان باز را در جامعه بعد از بیمارستان دریافت نمودند. شش ماه پس از درمان باز در کلینیک ما به دنبال درمان در جامعه. درمان روان پزشک تعیین دارو درمانیبر اساس قضاوت بالینی پیگیری ارزیابی شامل موجودی از رژیم دارو درمانی. پیگیری ارزیابی مورد استفاده قرار SCM من (اسپیتزر هوش مصنوعی و همکاران، ۱۹۹۰) برای اندازه گیری یا نه حامی JV - ضوابط وزارت معارف بودند دیدار کرد. در طول هر ماه از زمان آخرین ارزیابی. شروع اپیزود / افسست خرما به شرح زیر است رمزی شد : برای ماه متوالی از وزارت معارف (حداقل یک ماه)، روز شروع به عنوان رمزی بود. برای اولین بار از ماه و ماندگار تا آخرین روز از آخرینماه است که در آن معیار وزارت معارف کامل رعایت شده است؟ برای MOES کمتر نسبت به مدت یک ماه، تاریخ شروع به عنوان شروع در رمزی بود. ۱۵ و در پایان آخرین روز از ماه است.

۲,۴ تحلیل آماری

تحلیل اولیه روی رابطه بین امتیازات خط اصلی در AAS و SAS-SR برای تلاش در خودکشی و MDE در مدت اقدامات بعدی متمرکز شد. رگرسیون فاجعه تناسبی COX استفاده شد اول در مدل های ناسازگار و بنابراین برای ناتوانی های بالقوه. فرض فجایع تناسبی برای هر کدام از این مدل های کنترل شده است. به علت برخی از اقلام AAS که به طور معکوس کدگذاری شدند، همه به گونه ای دوباره کدگذاری شدند که امتیاز بالاتر حاکی از دل بستگی با امنیت کمتر برای نوع عالی بود وابسته به هر عامل.

رابطه در خط اصلی AAS و SAS-SR برای ناتوانی های بالقوه با استفاده از همبستگی از مزمون و آزمون های غیر پارامتری شد. تحلیل ها با استفاده از نسخه ۱۶ SPSS برای ویندوز انجام شد (SPSS, Inc. .. Chicago, IL) and SAS (SAS Institute Inc., Cary, NC).

به علت اینکه تناسب بعدی موضوعات هر خیالپردازی خودکشی را در سه ماه و یک سال ارزیابی بعدی تجربه نمود، ما آزمایش نمودیم که کدام از AAS و SAS-SR خیالپردازی خودکشی را پیش بینی نمود که این کار با استفاده از رگرسیون لجستیک (بله/خیر) انجام شد.

تحلیل ها با زمان تا MDE به عنوان خروجی به زیرگروه محدود شد (N برابر با ۸۳,۶۱ درصد) که معیارها برای MDE را در مدت سه هفته اول از اقدامات برآورده نمود. این چارچوب زمانی برای تخمین پیشنهادات نیروی وظیفه ACNP در مورد تعریف بخشش را انتخاب شد (Rush et al, 2006). بسیاری از متغیرها که ما آزمایش نمودیم همبسته بودند، لذا اصلاح بونفرونی که آزمون های مستقل را فرض می کند بی نداشت محافظه کارانه بود. چون مطالعه دارای دو نتیجه اولیه بود، تلاش خودکشی و MDE. ما الف را برای تمام آزمون ها برابر ۰,۰۲۵ انتخاب نمودیم.

به عنوان یک هدف ثانویه، ما انجام تجزیه و تحلیل طولی برای تست اینکه آیا MDE واسطه ارتباط از دل بستگی و یا اجتماعی اقدام به تنظیم در پیگیری. این تجزیه و تحلیل رگرسیون کاکس با MDE (حاضر / غایب) به عنوان استفاده می شود. وابسته به زمان covariant. بنابراین ، پیگیری زمان برای هر موضوع به دوره های با و بدون MDE تقسیم شد.

۳,۱ پیش بینی تلاش خودکشی در مدت AAS بعدی

در طول یک سال پیگیری، ۱۲ نفر (۹٪) ساخته شده است. مجموع of26 اقدام به خودکشی. از اقدام، ۱۱ نفر (۹۲٪) بود. خودکشی تاریخ تلاش قبل از ورود به مطالعه. متوسط کشنده بودن از تلاش شد ۳، مربوط به متوسط آسیب نیاز به درمان سرپایی پزشکی (به عنوان مثال خواب پس از مصرف بیش از حد آرام بخش، بستن از زخم خود تحمیل لازم، شکستگی اندام). دل بستگی اجتنابی پیش بینی در معرض خطر بیشتری از خودکشی تلاش در مدل ناسازگار (جدول ۱). برای هر نقطه بیشتر اجتنابی، خطر اقدام به خودکشی افزایش ۱۶٪. با استفاده از تقسیم متوسط، گروه با دل بستگی اجتنابی بیشتر نشان داد که گرایش به سمت $risl >$ پنج برابر افزایش خودکشی تلاش در طول پیگیری (جدول ۱ و شکل ۱). مشتاق دل بستگی بود اقدام به خودکشی پیش بینی نیست (جدول ۱). از سال گذشته اقدام به خودکشی یکی از قوی ترین است پیش بینی آینده از تلاش، ما یک مدل از زمان آزمایش به تلاش برای وضعیت پایه تلاش کننده تنظیم کرده است. هر دو گذشته سابقه تلاش (راست والد = ۵,۷۷، $df = 1$ ، فسفر = ۰,۰۱۶، منابع انسانی = ۱۲,۳، ۹۵٪ سی جی ۱,۵۹ - ۹۵,۶۸) و دل بستگی اجتنابی به عنوان درجه در مداوم متغیر (راست والد = ۸,۸۲، $df = 1$ ، فسفر = ۰,۰۰۳، منابع انسانی = ۱,۱۵، ۹۵٪. $CI=1.05$ تا ۱,۲۵). تلاش خودکشی در مدت اقدامات بعدی اینگونه پیش بینی شد. تغییر کوچکی در نسبت فاجعه تنظیم شده برای دل بستگی حاکی از درآمیختگی کمینه توسط تلاش آخر بود.

دل بستگی اجتنابی خیالپردازی خودکشی را در سه ماه بعدی پیش بینی نمود (جدول ۱)، اما نه در ۱ سال ($p=0.35$) دل بستگی مشتاقانه خیالپردازی خودکشی را در ۳ ماه پیش بینی نمی نمود (جدول ۱) یا ۱ سال ($p=0.16$)

در خط اصلی، دل بستگی اجتنابی با تواضع با افسردگی موضوعی، ناامیدی، SAS-SR, HAM17 همبسته بود و به طور معکوس با دلایل زندگی همبسته بود (جدول ۲). دل بستگی اجتنابی با سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت بیمار بستری یا غیربستری، تلاش خودکشی در گذشته، اختلال در استفاده از وضعیت گذشته، اختلال شخصیتی مرزی، خیالپردازی خودکشی گذشته (SSI)، (BIS)، دشمنی (BDHI) و توافق (BGAI)، تعداد دوره های افسردگی اصلی گذشته، طول MDE جاری یا تعداد روزهای بعدی با اتخاذ داروهای ضدافسردگی مرتبط نبود (جدول ۲).

ما مدل های Cox جداگانه را برای زمان در تلاش با دل بستگی اجتنابی به عنوان پیش بینی کننده، تنظیم یک در آمیختگی بالقوه آزمایش نمودیم (RFL, BDI, BHS, HAM17. and SAS-SR).. دل بستگی اجتنابی، پیش بینی کننده ای چشمگیر در هر مدل با نسبت های فاجعه در گستره ۱،۱۲ تا ۱،۱۶ بود به جز برای مدل تنظیم کننده خط اصلی BDI، که در آن دل بستگی اجتنابی روندی را نشان داد ($P = ,Wald X2 = 4.66, df = 1$)، $HR = 1.11$ (0.031) و امتیاز BDI به طور حاشیه ای تنظیم کننده چشمگیر SAS-SR بود، دل بستگی اجتنابی چشمگیر بود ($Wald r=7.58, df=1, p=0.006, HR=1.15$) و SAS-SR اینگونه نبود ($Wald r 1.22, df = 1, P = 0.27, HR = 1.79$).

۳،۲ پیش بینی تلاش خودکشی در مدت SAS-SR بعدی

سازگاری اجتماعی (SAS-SR) تلاش خودکشی را در مدت ۱ سال بعدی پیش بینی نمی نمود (جدول ۱).

۳،۳ پیش بینی MDE در مدت AAS بعدی

نه اجتنابی و نه مشتاقانه هیچ کدام از این عوامل دل بستگی، MDE را در مدت بعدی پیش بینی نمی نمود (جدول ۱)

۳،۴ پیش بینی MDE در مدت بعدی: SAS-SR

سازگاری اجتماعی کمتر (SAS-SR بالاتر) ریسک بیشتری را برای بازبینی در مدت ۱ سال بعدی پیش بینی نمی نمود (جدول ۱). یک امتیاز متوسط ضعیف تر ۱/۲ نقطه، ۵۰ درصد ریسک بیشتر را برای در مدت اقدام بعدی پیش بینی می نمود.

در خط اصلی، سازگاری اجتماعی ضعیف تر با وضعیت تجرد، دشمنی، افسردگی موضوعی، ناامیدی و دل بستگی اجتنابی مرتبط بود (جدول ۳). SAS-SR با سن، جنس، آموزش، درآمد، وضعیت بستری بودن یا نبودن، طول MDE خط اصلی، تعداد MDE های گذشته، تصورات خودکشی اخیر، تلاش خودکشی گذشته، اختلال استفاده از مفهوم گذشته، اختلال شخصیتی مرزی، توافق نشان، دلایل زندگی، دل بستگی مشتاقانه، HAM17 یا روزهای بعدی با داروهای ضد افسردگی مرتبط بود.

ما مدل های جداگانه را با SAS-SR به عنوان پیش بینی کننده آزمایش نمودیم که برای یک امیزش بالقوه تنظیم می شود. در مدل های تنظیم کننده برای وضعیت تاهل، دشمنی، ناامیدی و دل بستگی اجتنابی، SAS-SR به عنوان

پیش بینی کننده ای حائز اهمیت

جدول ۲: ارتباط عامل اجتنابی مقیاس دلبستگی فرد بالغ با متغیرهای خط اصلی

P	df	امار از مون	N	مشخصات
				سن
				تصور خودکشی اخیر
				دلایل زندگی
				تکانشی
				توافق ویژگی
				دشمنی
				افسردگی هدفمند (BDI)
				نامیدی (BHS)
				افسردگی ذهنی (HAM17)
				سازگاری اجتماعی (امتیاز SAS-SR متوسط)
				تعداد دوره های افسردگی اصلی (MDE)
				طول MDE خط اصلی
				کل روزهایی که برای هر داروی ضدافسردگی طول کشیده است
P	df	t	متوسط	N
				زن
				جنس
				مزدوج
				بیمار بستری در خط اصلی
				تلاش کننده خودکشی گذشته
				اختلال استفاده از طول عمر
				اختلال شخصیتی مرزی
				در مواردی که N کلی کمتر از ۱۳۶ است ناشی از داده های از دست رفته

جدول ۳: ارتباط امتیاز متوسط گزارش خودمقیاس سازگاری اجتماعی با متغیرهای خط اصلی در زیرگروه

(N=83) نه برآورده کننده معیارهای اختلال افسردگی اصلی برای به هفته اول

P	df	امار از مون	N	مشخصه
				سن
				تصور خودکشی اخیر
				دلایل زندگی

تکانشی
 توافق ویژگی
 دشمنی
 افسردگی هدفمند (BDI)
 ناامیدی (BHS)
 افسردگی ذهنی (HAM17)
 دل بستگی اجتنابی
 دل بستگی مشتاقانه
 تعداد دوره های افسردگی اصلی (MDE)
 طول MDE خط اصلی
 کل روزهایی که برای هر داروی ضد افسردگی طول کشیده است

P	df	t	متوسط	N	زن	جنس
مزدوج						
بیمار بستری در خط اصلی						
تلاش کننده خودکشی گذشته						
اختلال استفاده از طول عمر						
اختلال شخصیتی مرزی						
در مواردی که N کلی کمتر از ۸۳ است ناشی از داده های از دست رفته						

برای MDE با نسبت های فاجعه از ۲,۱۶ تا ۲,۳۷ ($p=0.01$ تا ۰,۰۲۳). در مدل سازگار برای افسردگی ذهنی در خط اصلی، امتیاز MDE BDI پیش بینی شد ($P = 0.005, HR = 1.06, 95\% CI, Wald r 7.93. df = 1$).
 and SAS-SR was not significant ($Wald r=0.90, df=1, p=0.34. HR=1.42$).

۳,۵ وساطت توسط MDE برای تلاشهای خودکشی آتی

در مدل Cox طولی با کواریته مستقل از زمان، MDE در مدت تلاش خودکشی بعدی، $df= 1. p < 0.001$ ،
 ریسک تلاش خودکشی ۱۷ برابر بزرگتر در مدت MDE بود. با استفاده از همین روش، نتایجی برای SAS-SR چشمگیر نبود. $HR=2.02. 95\%CI=0.9 to ۱,۶۶. df= 1, p=0.097$.

4.6). با پیش بینی کننده ها در مدل، نسبت فاجعه برای SAS-SR تا ۱,۵ کاهش یافت ($p=0.32$) در حالیکه برای MDE کمی تغییر داشت ($HR=16.1$).

$P < 0.001$ ، پیشنهاد می داد که هر تلاش برای خودکشی با سازگاری اجتماعی عمدتاً از طریق ریسک MDE در مدت دوره بعدی است.

تحلیل موازی با استفاده از تلاش اجتنابی به عنوان پیش بینی کننده نشان از وساطت توسط MDE نمی داد. نسبت فاجعه برای تلاش اجتنابی در مدل ناسازگار چشمگیر بود ($z = 3.82$).

MDE برای سازگار در مدل سازگار برای MDE بازگشتی نبود ($df=1$, $HR=1.16$, $p<0.001$, $95\%CI = 1.07$ to 1.25) و به طور قابل درکی در مدل سازگار برای MDE بازگشتی نبود ($df=1$, $HR=1.13$, $P < 0.001$, $95\%CI = 1.06$ to 1.20).

۴. بررسی

مهمترین یافته این مطالعه این است که تلاش اجتنابی ریسک بزرگتری برای تلاش خودکشی در مدت یک سال بعدی برای افراد بالغ بعد از ارائه با MDE بود. اثر مستقل از confounds بالقوه از جمله تلاش های گذشته وضعیت. شدت افسردگی هدف. ناامیدی، دلایل تنظیم زندگی و اجتماعی در مدل تعدیل شدت افسردگی ذهنی در ابتدا (BOI). اجتنابی پیوست شد در سطح روند (فسفر = ۰,۰۳۱) و BDI شد. حاشیه دار (فسفر = ۰,۰۲۵). به دانش ما. این است مطالعه اول تا نشان دهد که سبک دلبستگی نا امن است. پیش بینی کننده انتحاری با استفاده از تلاش های آینده نگر، طولی طراحی.

نتایج حمایت از دو فرضیه مطالعه چهار. ناامن دلبستگی اجتنابی پیش بینی خطر اقدام به خودکشی فقیر و سازگاری اجتماعی را پیش بینی خطر ابتلا به MDE در طول من سال پیگیری. صحبت شده است درست نیست. نه دلبستگی عامل پیش بینی شده وزارت معارف در مدت پیگیری. هر اثر فقیرتر سازگاری اجتماعی در اقدام به خودکشی آینده نگر به نظر می رسد توسط وزارت معارف در معرض خطر بیشتری از عود می شود با واسطه. ۹۵٪ ($CI = 0.69$ to 2.9).

این واقعیت است که دلبستگی اجتنابی پیش بینی خودکشی تلاش، در حالی که سازگاری اجتماعی بهتر از پیش بینی بود وزارت معارف. پشتیبانی از این دیدگاه که وزارت معارف و رفتار خودکشی می پدیده های مجزا با برخی از واریانس مشترک (مان هوش مصنوعی و همکاران، ۱۹۹۹). مدل از اقدام به خودکشی با دلبستگی اجتنابی و

نمره BDI به عنوان پیش بینی کننده پیشنهاد کرد که بیشتر ذهنی افسردگی ممکن است بعضی از اثر اجتنابی توضیح دل‌بستگی م د در طول پیگیری ۱۷ - اعطا برابر بالاتر خطر اقدام به خودکشی. با این حال. آیا شواهدی وجود دارد که ما را پیدا کند راجعه MDE واسطه اثر دل‌بستگی اجتنابی. نتایج تاکید بر اهمیت درمان افسردگی برای پیشگیری از خودکشی تلاش و همچنین نشان می دهد که اجتنابی دل‌بستگی ممکن است عامل خطر مستقل شایسته نمایندگی اکتشاف بیشتر به عنوان یک هدف مداخله بالینی برای دو درمان هدف یافته، در تلاش ناهنجار در اختلال شخصیتی مرزی کارامدی در جلوگیری از رفتار خودکشی را نشان داد (Bateman and Fonagy,) or (Clarkin et al., 2007"1999) "suicidality)، با مورد اخر گواهی بر بهبود الگوهای دل‌بستگی نشان داده شد. (Levy et al., 2006).

دل‌بستگی اجتنابی افکار خودکشی در سه پیش بینی ماه می باشد. اما یک سال نیست. و این ممکن است با این حقیقت توضیح داد : که افکار خودکشی علائم شایع افسردگی است دل‌بستگی اجتنابی و ضعیف تر بود با همراه MDE در مقایسه با اقدام به خودکشی. دل‌بستگی اجتنابی ممکن است باشد نشانگر مشخص تر از خطر اقدام به خودکشی نه از افکار. اگر چنین است. این امر می تواند مهم تر برای خودکشی پیشگیری باشد.

این واقعیت است که نیمی از موارد شامل اجتنابی عامل چسبندگی ارزیابی سهولت با روابط نزدیک است. سازگار با شناسایی توسط دیگران از خون گرم عوامل خطر برای رفتار خودکشی. دو مورد شاهد مطالعات انجمن ها در بر داشت از "آزارنده فردی" (Nordstrom و همکاران ، ۱۹۹۵) و وابستگی به پاداش کم است. همراه با سردی (ون و همکاران Heeringen هوش مصنوعی، ۲۰۰۰)، با سابقه خودکشی. مطالعه اخیر نشان داد که پاداش کم وابستگی ارتباط با کورتیزول بالاتر ادراری (ون Heeringen هوش مصنوعی و همکاران، ۲۰۰۰). پیشنهاد یک لینک به استرس پاسخ. افراد با سبک دل‌بستگی اجتنابی و یا خلق و خو ممکن است دور شبکه های کوچکتر پشتیبانی به بافر آنها را در برابر وقایع تنش زای زندگی. متناوبا. افرادی که حساسیت بیشتری نسبت به تنش بین فردی ممکن است توسعه سبک دل‌بستگی اجتنابی به عنوان محافظ خود مقابله مکانیزم را صورت دهد.

از این علاقه است که در فایل پیوست (نظیر مطالعه ما اضطراب بود پیش بینی MDE در حالی که اکثر مطالعات نشان داده اند افسردگی می شود با اضطراب به جای اجتنابی مرتبط سبک دل‌بستگی (شیور و همکاران هوش مصنوعی.. ۲۰۰۵). این امر ممکن است مربوط به محدودیت های مقیاس ۱۳ - موردی ما، در مقایسه با استفاده از

بیشتر برقرار شد، بهتر، دانه سازهای پیوست. این همچنین می تواند به یافته های مربوط به سبک اجتنابی است که ممکن است مهم بیشتر در افراد به شدت افسرده یا به خود انتقادی و ابعاد خود تنبیهی از افسردگی (Mikulincer shaver و ۲۰۰۷).

پیدا کردن ما که فقیر سازگاری اجتماعی را پیش بینی MDE در طول پیگیری تکرار مطالعات در مورد این مطلب بیش از چند دهه (براون و هریس ۱۹۷۸؛ Garmezy، 1993؛ هندرسون،

۱۹۹۸؛ Kleinman، 1988؛ وید و Kendler، 2000). اجتماعی تنظیم شده است ساخت پیچیده با بسیاری از جنبه های. از جمله حمایت اجتماعی (Leskela و همکاران.. ۲۰۰۶)، کارکرد خانواده (Keitner هوش مصنوعی و همکاران، ۱۹۹۵)، پاسخ به استرس (Paykel، 1978). و استعداد انعطاف پذیری (Garmezy، 1993؛ راتر و همکاران، ۲۰۰۶). Hirschfeld همکاران هوش مصنوعی. خلاصه به عنوان ساخت. "توانایی برای عمل اجتماعی. حفظ و لذت بردن از روابط و کار، را فراهم کند و برای خود و خانواده" (Hirschfeld و همکاران.. ۲۰۰۰).

یک مطالعه موردی برای کنترل نشان داد که خودکشی مرابط با وظیفه اجتماعی ضعیف تر است، مستقل از بیماری روحی (Duberstein et al., 2004). هرچند، اثر سازگاری اجتماعی ضعیف تر در تلاش های برای خودکشی در مطالعه ما به نظر واسطه ای برای ریسک بزرگتر برای MDE بازگشتی می رسد.

تعداد کمی از بازبینی هاب رای جلوگیری از خودکشی در بیماران با MDD نشان داده شده است (بازنگری شده توسط Mann و همکاران ۲۰۰۵). یافته های کنونی پیشنهاد می دهد که تلاش اجتنابی می تواند ارائه دهنده مطالعه بیشتر مشخصات با هدف درک و جلوگیری از رفتار خودکشی باشد. برای نمونه، بیماران افسرده با تمایلات تلاش اجتنابی می توانند شامل ریسک بالاتری از زیر گروه ها شوند که در آنها آزمون های جلوگیری از خودکشی می تواند احتمالاً اثری را آشکار نماید. در عوض، بیماران افسرده خودکشی که برای آنها واسطه ضدافسردگی واقعاً احساسات خودکشی را کم نمی کند می تواند از افزایش با روان درمانی سود برساند که روی تمایلات تلاش اجتنابی تمرکز می نماید.

امنیت دلبستگی و سازگاری اجتماعی احتمالاً ارتجاع فردی را برای تنش افزایش می دهد. که همبستگی های این عوامل را پوشش نمی دهد که می تواند درمان های جدیدی را پیشنهاد دهد. یک مطالعه در مورد fMRI در انسان ها نشان داد که نامنی دلبستگی با فعالیت امیگدالا و واکنش لحظه ای در مدت تنش و وظیفه مرتبط با دلبستگی

همبسته است (Lemche et al., ۲۰۰۶) (برای بازبینی روان شناسی دلبستگی در مدل های حیوانی به polan و hofer 2008 مراجعه کنید).

حجم نمونه نسبتاً کوچک. به ویژه برای تجزیه و تحلیل با MDE به عنوان نتیجه. محدودیت می باشد. واقع که نمونه شامل بیماران به دنبال درمان در کلینیک شناخته شده در زمینه تحقیقات خودکشی و ناپایدار است که تمرکز مشکلات پزشکی و اختلالات مصرف مواد فعلی استفاده شده حذف ممکن است کاربرد دیگر به جمعیت محدود می کند.

محدودیت دیگر این است که به نمونه محدود بود آنها که با ما پیگیری اطلاعات به دست آمده بود. دیفرانسیل ساییدگی در میان کسانی که با دلبستگی های مختلف و اجتماعی سبک تنظیم می تواند تاثیر خودش را بر نتایج ما است. با این حال ، به نظر می رسد که ساییدگی خواهد بود به احتمال زیاد در میان متن * بیشتر اجتنابی و یا ضعیف تنظیم مطالب. این می توانست نمونه ای از این آسیب پذیر ترین اثر نایاب ما در بر داشت و به این ترتیب ممکن است به نتایج مورد انتظار تحت تاثیر به سوی پوچ منجر شود.

کارشناسی ارشد و SAS - SR هر دو گزارش خود و در نتیجه آسیب پذیر به خاطر تعصب. بررسی های اخیر خود گزارش اقدامات از دلبستگی بزرگسالان است. از جمله تنظیم، موافقت کردند. خود را با ساختار دو بعدی به عنوان منعکس کننده "پایه عملکرد سیستم پیوست" (Fraley و فیلیپس، ۲۰۰۹). بیماران افسرده و بستگان نزدیک خود را ظاهر به توافق بر سر سطح اختلال با استفاده از SAS - SR (Weissman و Bothwell. 1976).

از آنجا که افراد کارشناسی ارشد و SAS - SR در طول تکمیل MDE پایه، نمره در هر دو مقیاس به احتمال زیاد نمایندگی ترکیبی از دولت و اثرات صفت. با این حال. ارتباط از دو مقیاس با پایه $1 = 0.37$ BOI و 0.45 ، به ترتیب) و HAM17 0.22 و 0.17 بود) نمرات متواضع نیز است. ما برای تنظیم شدت افسردگی در مدل رگرسیون. علاوه بر این ، به عنوان مدل با MDE وابسته به زمان کوواریته آیا شواهدی وجود دارد که MDE راجعه واسطه اثر دلبستگی اجتنابی در اقدام به خودکشی فراهم نیست.

در مدل MDE در مدت اقدام بعدی سازگار برای BDI خط اصلی، فقدان اهمیت برای سازگاری اجتماعی می تواند قدرت آماری محدود شده را بازتاب نماید. بعلاوه، استفاده ما برای چارچوب زمانی سه هفته برای تعریف بخشیدن از MDE می تواند بسیار باریک باشد.

درمان در مدت اقدام بعدی کنترل شده نبود. اما AAS نه SAS-SR مرتبط با روزهای بعدی بود که موضوعات گزارش شده وساطت ضدافسردگی را اتخاذ می نمود. نهایتاً ما بسیاری از آزمون های آماری را انجام دادیم و برخی می تواند الفا را برای راحت بودن ۰,۰۲۵ در نظر بگیرند.

به طور خلاصه. یافته های ما نشان داد که دل بستگی اجتنابی پیش بینی می کند اقدام به خودکشی و فقیرتر سازگاری اجتماعی پیش بینی وزارت معارف راجعه در ل سال پیگیری از این نمونه ای از در و سرپایی که با ارائه MDE آزمون های بازبینی بالینی می تواند این حوزه های غیرنشانه ای مهم را در ارزشهای بهبود پیش بینی بیماری هدفمند نماید.

نقش منبع سرمایه گذاری

دکتر گرانباوم توسط NIMH K23 MH076049 پشتیبانی شده که هیچ یک از منابع سرمایه گذاری در جمع اوری داده ها، تحلیل، توضیح یا در آماده سازی این نوشته شرکت ننمود.

تضاد منافع

به دکتر گرانباوم واسطه های از GlaxoSmithKline را برای یک سرمایه گذاری فدرالی (جایزه k23) هدیه شد. مطالعه از مونی بالینی نامرتبط به این نوشته، دکتر مان دکتر مان دریافت کمک مالی برای حمایت از پژوهش های تصویربرداری مغز نامربوط مطالعات از گلاکسو و نوارتیس. نویسندگان دیگر هیچ تضاد منافع را به فاش کردن در ارتباط با این مقاله نداشتند.

تشکرات

پشتیبانی شده توسط PHS کمک های مالی و MH62185 MH48514 (کونته مرکز علوم اعصاب)؛ NIMH (Grunebaum K23 MH076049)؛ (Galfalvy NIMH K25 MH074068).

درمان روابط اشیا با درکی از ارائه تکوینی خاص برای کودک شروع می شود، که شامل تصویر دینامیک، زمینه های بازی مشخصه و روابط درون شخصی، اهداف درمانی و تکنیک های درمانی خاص می شود. این درک بنابراین با فازهای درمان توصیف شده اولیه مجتمع می شود: با ایجاد رابطه پایگاهی امن، با به چالش کشیدن مدل های کاری داخلی از طریق دعوت های مبتنی بر فرضیه های پدید آمده از بازی کودک و زمینه های ارتباط و نهایتاً از

طریق فاز نابودی طرح ریزی شده به دقت، که در آن هدف ارتقای پایداری شی و گسترش مدل های کاری داخلی جدید به دنیای بزرگتر است.

سندروم های اصلی [نشانه ها و مشکلات پرداخته شده

درمان بازی روابط شی، رابطه متمرکز بر روی دیدگاه است. این درمان انتخاب برای طیف خاصی از مشکلات رفتاری و روحی است. مشکلات کودک که توسط این درمان مقدماتی پرداخته شده، به تراومای درون شخصیتی دیرینه که در روابط کودک-والدین یا کودک با دیگران تجربه شده منجر می شود. اغلب چنین کودکانی نشانه های ثانویه برای پاتولوژی رابطه ای کودک والدین را دارند که توسط برخی از درجات ترک مشخص می شود. کودک و عاطفی مشکلات رفتاری منعکس کننده تلاش ها برای کنار آمدن و یا با محیط زیست (و یا روابط وفق دهند در درون آن) به عنوان درک بی نهایت تهدید، ناپایدار، غیر قابل پیش بینی، و یا وضعیت نامناسب (قبل از، ۱۹۹۶). شی روابط بازی درمان با استفاده از رابطه درمانی برای تغییر شکل دادن پاتولوژیک داخلی کار مدل خود و دیگران در راه است که ترویج ایمان بیشتر در سرپرستان، ترغیب احترام به حدود و توسعه استراتژی های بیشتر تطبیقی برای ارتباط بین شخصی و برای مقابله با ناکامی و استرس است.

در شدید، رها کردن پدر و مادر و یا تصادف ممکن است رخ دهد در صورت سوء استفاده یا غفلت. با این حال، کمتر افراطی اشکال رها کردن به پدر و مادر و یا تصادف، به خصوص وقتی مزمن و یا غیر قابل پیش بینی هستند، همچنین احتمال دارد تا رسوب ناسازگارانه مقابله استراتژی و Gotlib، 1996، Matzk، Rivinus، Levoy، و مک گوایر، ۱۹۹۱). فرزند است به احتمال زیاد احساس می کند تحت هیچ شرایطی در رها کردن پدر و مادر به عنوان تمایلی یا درک قادر به ارائه پشتیبانی و یا حفاظت از وقتی که کودک احساس ضعف. به عنوان مثال، پدر و مادر عاطفی در دسترس نیست (SUGh) به عنوان افسرده مادر است که به دست آوردن تعادل بعد از قسمت از خشونت خانگی، و یا مادر با نگرانی فعلی خود را سرگرم رابطه عاشقانه) است به احتمال زیاد مورد توجه قرار گرفته به عنوان رها (Canino، پرنده، روبیو - Stipek، و براوو، ۱۹۹۰؛ هال، ۱۹۹۶؛ Blakely، Kolbo، و Engleman، ۱۹۹۶؛ لی و Gotlib، 1991؛ Radke - بومادران و Klimes - Dougan، 1997).

احساس غرق شدن شدت یافته است زمانی که پدر و مادر به عنوان یک تهدید، به عنوان زمانی که پدر و مادر است مستعد ابتلا به طغیان و یا غیر قابل پیش بینی، مانند ماده سوء استفاده پدر و مادر یا یکی مبتلا به اختلال

شخصیت (Levoy و همکاران، ۱۹۹۱؛ Wooley، 1998). کودک ممکن است احساس ضعف نه تنها زمانی که پدر و مادر است و یا ناخوانده محیط خانه پر هرج و مرج است، بلکه هنگامی که پدر و مادر در خطر بیافتد در توانایی خود به طور موثر و به طور مداوم مجموعه محدودیت ها. در مقابل، پدر و مادر نگران ممکن است به عنوان ناخوانده، با تجربه در همان زمان ترویج توسعه برداشت که تهدید محیط زیست می باشد. احساس مزمن غرق کمک به توسعه از مدل داخلی خود تلقی عنوان به تنهایی و در برخورد با محیط زیست محافظت نشده، و در نتیجه آسیب پذیر، به آسانی آشفته، و بی قدرت شده است. (همیلتون، ۱۹۹۰).

مدل های داخلی از کسانی که در توسعه مبتنی بر در تجربه را با دیگران درک شده به عنوان رها کردن و / یا تصادفی بودن با همراه شدید تحت تاثیر قرار (به عنوان مثال، خشم، شرم) را که نمی به آسانی متابولیزه یا یکپارچه در 'کودک تجربه بدون توسعه بالغ مکانیسم های مقابله ای و موثر (قبل از، ۱۹۹۶). رشد کودک از استراتژی مقابله است بازداشت در سطح ابتدایی، کوتاه شده توسط تجربه از احساس ضعف مزمن (Levoy و همکاران، ۱۹۹۱). چنین استراتژی های مقابله ای بدوی شامل اجتناب (که تنش های ایجاد شده و نتایج به طغیان ادواری)، خارج کردن (به عنوان مثال، رفتار مخل)، موقعیت یابی یا بی اعتنایی (تلاش برای احساس قدرت استفاده از ضداستقلالی نشان دادن)، مکرر کاری (تلاش برای تحمیل نظم هرج و مرج داخلی و خارجی محیط)، کنترل سبک فردی (برای تنظیم از راه دور ورزش و مرزهای سفت و سخت بین فردی)،

نقش معکوس، مهار نیازها و احساسات در تلاش برای وفق دادن سرپرستان، و بستن. در تکیه بر راهبردهای مقابله ای بدوی، که در انطباق با یک بیماری مزمن "دولت توسعه اضطرار"، "کودک می شود به شدت آسیب پذیر به استرس و انعطاف ناپذیر در مقابله با استرس و، به عنوان یک نتیجه، اغلب توسعه ناسازگارانه میان فردی استراتژی (به عنوان مثال، کنترل رفتار، آیا از نظر مخالف و یا بی اعتنایی تطابقی). فرزند از اعمال داخلی درگیری های درون شخصی در تلاش برای ایجاد کنترل هرج و مرج در هر دو داخلی و خارجی محیط (قبل از، ۱۹۹۶).

برای استفاده در اوایل دوران کودکی (از صفر تا سه ، ۱۹۹۴) ، اغلب به اندازه کافی برای تصویر برداری از خود مقررات مشکلات ، با یک صدمه فردی همراه است. در DSM - چهارم شرایط را ، خود تنظیم مشکلاتی از این قبیل اغلب در تشخیص مانند مخل اسیر اختلالات رفتار ، Attention-Deficit/Hyperactivity اختلال) ، و به طور فزاینده ، اختلال دوقطبی. در کودکان با تشخیص چنین، آن ها مفید است که آیا توسعه ارزیابی از نشانه

های انطباق تحت تاثیر بود به یک محیط پر هرج و مرج که در آن امکان پذیر نبود به منظور توسعه مهارت های خود تنظیم. در چنین موارد ، مشکلاتی که به نظر می رسد در درجه اول نیاز به دارو و / یا مدیریت رفتار نیز به نفع از اینکه توسط objectrelations خطاب بازی درمانی ، تغییر شکل دادن به جسم بی نظم روابط و حاصله ناسازگارانه مقابله زمینه جیزی بودن راهبردهایی که مشکلاتی که در درجه اول نگاه رفتاری. خود مشکلات ممکن است مقررات در هر مرحله از رشد و نمو جسم مشاهده روابط. اختلالات رفتار تخریبی ، از جمله مخالفان اختلال ستیزه جویان و اختلال سلوک ، ریشه مشکلات خود را در پیوست ، هر چند این است که اغلب نادیده گرفته شوند. در زیر قسمت بیرونی سختی یک کودک مبارز با انجام مشکلات کودکان دچار آسیب های روانی است که اقدام است از تا با کنار آمدن داخلی و خارجی هرج و مرج. کودکان چنین می توان درک کرد به عنوان بازداشت در تمرین و ایجاد روابط حسنه توسعه مرحله از روابط شی. خلقی و اضطراب اختلالات ممکن است در ظهور هر مرحله از توسعه روابط شی. افسرده خوایی اختلال گسترده در میان مزن کودکان تحت الشعاع که مبارزه با مقابله با کسری بودجه و برداشت مداوم از عدم از پشتیبانی می کند. افسردگی ممکن است از درک نتیجه از رها کردن همراه با پدر و مادر در دسترس نبودن عاطفی. علاوه بر این ، کودکان روابط با جسم بی نظم ممکن است تجربه فراگیر اضطراب منتشر است که در ریشه درک بنیادی است که محیط زیست بی خطر نیست و مردم در آن هستند یا در دسترس نیست. و یا حال تهدید است. افسردگی و اضطراب می تواند به بیشتر ذهنی احساس کردم ، به عنوان مخالف بودن شی روابط بازی درمانی ۷۱ در بیش فعالی و یا رفتار مخرب عمل کرده است. در میان کودکان در بعد رشد و نمو مراحل روابط شی. هنگامی که افسردگی یا اضطراب مشکل ارائه ، مناسب است که نظر بگیرید که آیا روابط شی بی نظم ممکن است یک عامل موثر باشد. سوء استفاده و غفلت از تشکیل افراط در پدر و مادر فرزند رابطه آسیب شناسی. در چنین

شرایط ، تروما فردی است به احتمال زیاد باید آن را تجربه بیشتر به عنوان تلفظ می شود. بدون در نظر گرفتن از مرحله رشد است که در آن واقعه آسیب زا تجربه ، تشدید می تواند یک واقعه آسیب زا انتظار می رود به منظور کمک به افزایش سفتی از تحریف در روابط شی ، سختی در مقابله ، و آسیب پذیری به بهم ریختگی (به عنوان مثال ، چه رفتار آشفته یا "بستن پایین" تحت فشار). بسیاری از اختلالات دوران کودکی نتیجه از چند عوامل مؤثر. مناسب است که به نظر آیا روابط شی بی نظم ممکن است هنگامی که درگیر شناسایی مسائل درمان و فرموله

کردن مداخلات. اگر چه *objectrelations* بازی درمانی است و ایده آل برای نشان داد درمان اختلالات ناشی از دینامیک در بالا ، در F۶ ارتقاء سالم آن شرح داده شده مدل های خود ، دیگران ، و ایجاد ارتباط و تشویق احترام به مرزها و حدود، عناصر بازی درمانی شی می تواند روابط شود درآمد کافی به منظور ارتقاء هر کودک طرح درمان به کار گرفته شود.

نمونه های موردی

درمان روابط شی می تواند توسط آزمون خلاصه درمان برای دو کودک که به یکی به طور ابتدایی پیش همزی نگری و همزی نگری اولیه ارائه شد (Ann ۱۰ ساله) و دیگری که دیدگاه ترکیبی ارائه شد (Trina, ۴ ساله) هر مورد در حفظ با جدول مناسبی سازماندهی شد که با تاریخچه ای شروع می شد که با تجربیات اولیه کودک و روابط او را توصیف می کند و با فرمولبندی دینامیک ادامه می یابد که شامل درک درمانگر می شود...

References

- Adam, K.S., Sheldon-Keller, A.E., West, M., 1996. Attachment organization and history of suicidal behavior in clinical adolescents. *J. Consult. Clin. Psychol.* 64 (2), 264-272.
- Barratt, E.S., 1965. Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety. *Psychol. Rep.* 16, 547-554.
- Bateman, A., Fonagy, P., 1999. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Am. J. Psychiatry* 156 (10), 1563-1569.
- Bauwens, F., Pardoën, D., Staner, L., Dramaix, M., Mendlewicz, J., 1998. Social adjustment and the course of affective illness: a one-year controlled longitudinal study involving bipolar and unipolar outpatients. *Depress. Anxiety* 8, 50-57.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., Erbaugh, J., 1961. An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 4, 53-63.
- Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L., 1974. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J. Consult. Clin. Psychol.* 42 (6), 861-865.
- Beck, A.T., Kovacs, M., Weissman, A., 1979. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. *J. Consult. Clin. Psychol.* 47 (2), 343-352.
- Bifulco, A., Moran, P.M., Ball, C., Bernazzani, O., 2002. Adult attachment style: I: Its relationship to clinical depression. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 37 (2), 50-59.
- Bongar, B., Goldberg, L., Cleary, K., Brown, L., 2000. Marriage, family, family therapy, and suicide. In: Maris, R.W., Berman, A.L., Silverman, M.M. (Eds.), *Comprehensive Textbook of Suicidology*. The Guilford Press, New York, pp. 222-239.
- Bifulco, A., Mahon, J., Kwon, J.H., Moran, P.M., Jacobs, C., 2003. The Vulnerable Attachment Style Questionnaire (VASQ): an interview-based measure of attachment styles that predict depressive disorder. *Psychol. Med.* 33 (6), 1099-1110.
- Brown, G.W., Harris, T., 1978. *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. The Free Press, New York.
- Brown, G.L., Goodwin, F.K., Ballenger, J.C., Goyer, P.F., Major, L.F., 1979. Aggression in human correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. *Psychiatry Res.* 1, 131-139.
- Buss, A.H., Durkee, A., 1957. An inventory for assessing different kinds of hostility. *J. Consult. Psychol.* 21 (4), 343-349.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., Kernberg, O.F., 2007. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *Am. J. Psychiatry* 164, 922-928.
- Conrad, H.J., de Jonge, P., 2009. Recurrent depression and the role of adult attachment: a prospective and a retrospective study. *J. Affect. Disord.* 116, 93-99.
- Crowell, J.A., Fraley, R.C., Shaver, R.P., 2008. Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In: Cassidy, J., Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of Attachment*. Guilford, New York, pp. 599-634.
- de Jong, M.L., 1992. Attachment, individuation, and risk of suicide in late adolescence. *J. Youth Adolesc.* 21 (3), 357-373.
- DiFilippo, J.M., Overholser, J.C., 2000. Suicidal ideation in adolescent psychiatric inpatients as associated with depression and attachment relationships. *J. Clin. Child Psychol.* 29 (2), 155-166.
- Duberstein, P.R., Conwell, Y., Conner, K.R., Eberly, S., Evinger, J.S., Caine, E.D., 2004. Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study. *Psychol. Med.* 34 (7), 1331-1337.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., Williams, J.M.G., Benjamin, L., 1996. *Structured clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders (SCID-II), (Version 2.0)*. Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute, New York.
- Fraley, R.C., Phillips, R.L., 2009. Self-report measures of adult attachment in clinical practice. In: Obegi, J.H., Berant, E. (Eds.), *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults*. The Guilford Press, New York, pp. 153-180.
- Garmez, N., 1993. Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry* 56, 127-136.
- Hamilton, M., 1960. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 23, 56-62.
- Henderson, A.S., 1998. Social support: its present significance for psychiatric epidemiology. In: Dohrenwend, B.P. (Ed.), *Adversity: Stress, and Psychopathology*. Oxford University Press, New York, pp. 390-397.
- Hirschfeld, R.M.A., Montgomery, S.A., Keller, M.B., Kasper, S., Schatzberg, A.F., Moller, H.J., Healy, D., Baldwin, D., Humble, M., Versiani, M., Montenegro, R., Bourgeois, M., 2000. Social functioning in depression: a review. *J. Clin. Psychiatry* 61, 268-275.
- Keitner, G.L., Ryan, C.E., Miller, I.W., Kohn, R., Bishop, D.S., Epstein, N.B., 1995. Role of the family in recovery and major depression. *Am. J. Psychiatry* 152 (7), 1002-1008.
- Kleinman, A., 1988. Do social relations and cultural meanings contribute to the onset and course of mental illness? In: *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. Free Press, New York 53-76.
- Lemche, E., Giampietro, V.P., Surguladze, S.A., Amaro, E.J., Andrew, C.M., Williams, S.C.R., Brammer, M.J., Lawrence, N., Maier, M.A., Russell, T.A., Simmons, A., Ecker, C., Joraschky, P., Phillips, M.L., 2006. Human attachment security is mediated by the amygdala: evidence from combined fMRI and psychophysiological measures. *Hum. Brain Mapp.* 27, 623-635.
- Leskela, U., Rytysala, H., Komulainen, E., Melartin, T., Sokero, P., Lestela-Mielonen, P., Isometsa, E., 2006. The influence of adversity and perceived social support on the outcome of major depressive disorder in subjects with different levels of depressive symptoms. *Psychol. Med.* 36, 779-788.
- Lessard, J.C., Moretti, M.M., 1998. Suicidal ideation in an adolescent clinical sample: attachment patterns and clinical implications. *J. Adolesc.* 21 (4), 383-395.
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Kelly, K.M., Reynoso, J.S., Weber, M., Clarkin, J.F., Kernberg, O.F., 2006. Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 74 (6), 1027-1040.

- Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L., Chiles, J.A., 1983. Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *J. Consult. Clin. Psychol.* 51 (2), 276–286.
- Mann, J.J., Wateraux, C., Haas, G.L., Malone, K.M., 1999. Towards a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *Am. J. Psychiatry* 156 (2), 181–189.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lönnqvist, J., Malone, K.M., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Röhmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., Hendin, H., 2005. Suicide prevention strategies: a systematic review. *J. Am. Med. Assoc.* 294 (16), 2064–2074.
- Mikulincer, M., Shaver, P.R., 2007. Attachment in Adulthood. The Guilford Press, New York. Chapter 13, p. 391.
- Mikulincer, M., Shaver, P.R., 2008. Adult attachment and affect regulation. In: Cassidy, J., Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of Attachment*. Guilford, New York, pp. 503–531.
- Nierenberg, A.A., Grossbard, S.J., Fava, M., Rosenbaum, J.F., 1995. Social adjustment does not predict depressive relapse during continuation fluoxetine therapy. *J. Affect. Disord.* 34, 73–77.
- NIMH, 2009. Division of Services and Intervention Research: Areas of High Priority. <http://www.nimh.nih.gov/about/organization/dsir/index.shtml>. Accessed September 15.
- Nordström, P., Schalling, D., Åsberg, M., 1995. Temperamental vulnerability in attempted suicide. *Acta Psychiatr. Scand.* 92, 155–160.
- Oquendo, M.A., Halberstam, B., Mann, J.J., 2003. Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. In: First, M.B. (Ed.), *Standardized Evaluation in Clinical Practice*. APPI Press, Washington, D.C., pp. 103–130.
- Paykel, E., 1978. Contribution of life events to causation of psychiatric illness. *Psychol. Med.* 8, 245–253.
- Polan, H.J., Hofer, M.A., 2008. Psychobiological origins of infant attachment and its role in development. In: Cassidy, J., Shaver, P.R. (Eds.), *Handbook of Attachment*. Guilford, New York, pp. 158–172.
- Reimherr, F.W., Strong, R.E., Marchant, B.K., Hedges, D.W., Wender, P.H., 2001. Factors affecting return of symptoms 1 year after treatment in a 62-week controlled study of fluoxetine in major depression. *J. Clin. Psychiatry* 62 (suppl 22), 16–23.
- Riggs, S.A., Jacobvitz, D., 2002. Expectant parents' representations of early attachment relationships: associations with mental health and family history. *J. Consult. Clin. Psychol.* 70 (1), 195–204.
- Rush, A.J., Kraemer, H.C., Sackeim, H.A., Fava, M., Trivedi, M.H., Frank, E., Ninan, P.T., Thase, M.E., Gelenberg, A.J., Kupfer, D.J., Regier, D.A., Rosenbaum, J.F., Ray, O., Schatzberg, A.F., 2006. Report by the ACNP task force on response and remission in major depressive disorder. *Neuropsychopharmacology* 31, 1841–1853.
- Rutter, M., 2006. Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1094, 1–12.
- Shaver, P.R., Schachner, D.A., Mikulincer, M., 2005. Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 31, 343–359.
- Simpson, J.A., 1990. Influence of attachment styles on romantic relationships. *J. Pers. Soc. Psychol.* 59 (5), 971–980.
- Simpson, J.A., Rholes, W.S., Nelligan, J.S., 1992. Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: the role of attachment styles. *J. Pers. Soc. Psychol.* 62 (3), 434–446.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., First, M.B., 1990. Structured Clinical Interview for DSM-III-R/DSM-IV Patient edition (SCID-P). American Psychiatric Press, Washington, D.C.
- Stepp, S.D., Morse, J.Q., Yaggi, K.E., Reynolds, S.K., Reed, I., Pilkonis, P.A., 2008. The role of attachment styles and interpersonal problems in suicide-related behaviors. *Suicide Life Threat. Behav.* 38 (5), 592–607.
- van Heeringen, K., Audenaert, K., Van de Wiele, L., Vert, P., 2000. Cortisol in violent suicidal behaviour: association with personality and monoaminergic activity. *J. Affect. Disord.* 60 (3), 181–189.
- Wade, T.D., Kendler, K.S., 2000. The relationship between social support and major depression: cross sectional, longitudinal and genetic perspectives. *J. Nerv. Ment. Dis.* 188, 251–258.
- Weissman, M.M., 1974. The epidemiology of suicide attempts, 1960 to 1971. *Arch. Gen. Psychiatry* 30, 737–746.
- Weissman, M.M., Bothwell, S., 1976. Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch. Gen. Psychiatry* 33, 1111–1115.
- Weissman, M.M., MHS staff, 1999. Social adjustment scale-self report (SAS-SR) user's manual. Multi-Health Systems, Inc, New York.
- Weissman, M.M., Olfson, M., Gameroff, M.J., Feder, A., Fuentes, M., 2001. A comparison of three scales for assessing social functioning in primary care. *Am. J. Psychiatry* 158 (3), 460–466.
- West, M.L., Spreng, S.W., Rose, S.M., Adam, K.S., 1999. Relationship between attachment-felt security and history of suicidal behaviours in clinical adolescents. *Can. J. Psychiatry* 44 (6), 578–582.

این مقاله، از سری مقالات ترجمه شده رایگان سایت ترجمه فا میباشد که با فرمت PDF در اختیار شما عزیزان قرار گرفته است. در صورت تمایل میتوانید با کلیک بر روی دکمه های زیر از سایر مقالات نیز استفاده نمایید:

لیست مقالات ترجمه شده ✓

لیست مقالات ترجمه شده رایگان ✓

لیست جدیدترین مقالات انگلیسی ISI ✓

سایت ترجمه فا ؛ مرجع جدیدترین مقالات ترجمه شده از نشریات معتبر خارجی