

## نقش رگه‌های اختلال شخصیت مرزی در پیش‌بینی رفتارهای خودجراحی

### در افراد با اختلال شخصیت مرزی

نسیم ذکی‌بخش محمدی<sup>۱</sup>

سجاد بشرپور<sup>۲</sup>

محمد نریمانی<sup>۳</sup>

مسلم کرد<sup>۴</sup>

### چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش رگه‌های شخصیت مرزی در پیش‌بینی رفتارهای خودجراحی افراد مبتلا به این اختلال جهت مشخص کردن نقش هر عامل در رفتار خودجراحی بود. که با روش همبستگی بود. تمامی دانشجویان مشغول به تحصیل در دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ جامعه آماری این پژوهش را تشکیل دادند، که تعداد ۱۲۰ نفر از آنها در مرحله‌ی اولیه از طریق غربالگری با استفاده از مقیاس اختلال شخصیت مرزی (STB) شناسایی سپس ۳۰ نفر با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته‌ی SCID-II تشخیص اختلال شخصیت مرزی را دریافت، و به پرسشنامه آسیب به خود سانسون (SHI) و همکاران پاسخ دادند. جهت تحلیل داده‌ها روش‌های آماری ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون بکار رفت. نتایج حاکی از آن است که سه بعد پرسش‌نامه اختلال شخصیت مرزی با رفتارهای خودجراحی همبستگی مثبت معناداری دارد. همچنین نتایج نشان داد که متغیر تکانشگری پیش‌بین قوی‌تری برای پیش‌بینی رفتار خودجراحی بود. لذا از این پرسش‌نامه جهت شناسایی و پیشگیری از رفتار خودجراحی می‌توان استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: اختلال شخصیت مرزی، رفتارهای خودجراحی، رگه‌های شخصیت مرزی.

### مقدمه

اختلال شخصیت مرزی<sup>۵</sup> در ICD-10<sup>۶</sup> با بی‌ثباتی هیجانی مشخص شده است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی تقریباً همیشه در بحران به سر می‌برند دردناک بودن ذاتی زندگی آنها در خودجراحی<sup>۷</sup>‌های مکرر آن‌ها مشهود است؛ این گونه بیماران برای جلب کمک دیگران، ابراز خشم یا برای کرخت کردن خود در برابر حالات عاطفی فلج‌کننده‌ای که دارند، ممکن است

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول) Nassimzakhsh.m@gmail.com

<sup>۲</sup> دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

<sup>۳</sup> استاد ممتاز، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

<sup>۴</sup> دکتری علوم شناختی، پژوهشکده مغز و علوم شناختی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

این مقاله از پایان‌نامه کارشناسی ارشد استخراج شده است

<sup>۵</sup> Borderline personality disorder

<sup>۶</sup> International Statistical classification of Diseases and Related Health

<sup>۷</sup> Self-injury

خودزنی کنند یا به اشکال دیگری به جرح خود بپردازند (سادوک، سادوک و روئیز<sup>۱</sup>، ۱۳۹۶). خودکشی در ۸ تا ۱۰ درصد این افراد روی می‌دهد، و اعمال جرح خویشتن (مثل بریدن یا سوزاندن) و تهدید و اقدامات خودکشی در افراد مبتلا به این اختلال بسیار شایع است. اندیشه‌پردازی مکرر خودکشی اغلب دلیلی است برای اینکه این افراد برای کمک مراجعه می‌کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۲</sup>، ۱۳۹۴). با وجود اینکه این اختلال مخرب است، مطالعات انجام شده در مورد این اختلال بالینی ناتوان کننده، بسیار محدود است. همسو با مطالعات قبلی، نتایج مطالعه شجاع الدین و عزیز سعید (۱۳۹۵) نشان داده است که رفتار خودزنی و همچنین رفتارهایی از قبیل خراش و بریدن بدن در زندانیان مبتلا به اختلال روانی بیشتر است و در این میان بالاترین میزان شیوع رفتارهای جرح خویشتن و خودکشی مربوط به اختلال شخصیت مرزی است. همچنین در مطالعه ای دیگر مشخص شده است افراد با رفتارهای خودجرحی همراه با اختلال شخصیت مرزی به نسبت افراد با رفتارهای خودجرحی بدون علائم اختلال شخصیت مرزی بیشتر علائم افسرگی، ایده پردازی خودکشی، ناتوانی در تنظیم هیجانی و شناختی را بروز می دهند (ترنز، گردن، استین، رودریگز، روزنتال و چاپمن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). در مطالعه ای دیگر نشان داده شده است که رفتارهای خودجرحی غیر خودکشی گرا گرا ارتباط قوی با ویژگی های اختلال شخصیت مرزی دارد، و متغیر های بالینی رفتار خودکشی گرا با شخصیت مرزی به نسبت متغیر های جمعیت شناختی مانند سن ارتباط بیشتری دارد (وگا، توروبیا، سوتو، ریباس، سولر، پاسکال، رودریگز و پالارس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷).

جهت شناسایی افراد با اختلال شخصیت مرزی از ابزارهای بالینی و پژوهشی زیادی استفاده شده است در این میان می‌توان به پرسش نامه جکسون و کالاریج<sup>۵</sup> اشاره کرد. این پرسشنامه جهت سنجش این اختلال علائم را در ۳ عامل: ناامیدی، تکانشگری و علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس دسته بندی کرده است، و این عوامل را جهت تشخیص و بعنوان رگه‌های این اختلال در نظر گرفته است، لذا باتوجه به پیشینه پژوهشی ارائه شده در زمینه وجود رفتارهای خودجرحی در افراد با اختلال شخصیت مرزی و نبود مطالعه در زمینه همبستگی این علائم با بروز رفتارهای خودجرحی پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش رگه های شخصیتی مرزی در پیش بینی رفتارهای خودجرحی انجام گرفت.

## روش پژوهش

این پژوهش به روش همبستگی انجام شد. تمامی دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ جامعه این پژوهش بودند. در مرحله اول ۱۰۰۰ نفر از بین کل دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی که در سال تحصیلی ۹۶-۹۷ در حال تحصیل بودند، به روش نمونه گیری خوشه‌ای غربالگری انجام گرفت. ۱۲۰ نفر از افرادی که در مرحله غربالگری نمره برش پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی را بدست آوردند، تحت مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته SCID2 قرار گرفتند. از این میان ۳۰ نفر که ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی را داشتند شناسایی شده و انتخاب شدند. پس از ارائه رضایت نامه و آگاهی مراجعان از هدف پژوهش آزمودنی‌ها برای پاسخگویی به پرسشنامه آسیب به خود (SHI) به آزمایشگاه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی مراجعه کردند.

## ابزارهای اندازه‌گیری

<sup>1</sup> Sadock, Sadock, Roeze

<sup>2</sup> Association AP. Diagnostic and statistical manual of Mental disorder

<sup>3</sup> Turner, Gordon, Astin, Rodrigues, Rosenthal, Chapman

<sup>4</sup> Vega, torrubia, Soto, Ribas, Soler, Pascual, Rodriguez, Pallares

<sup>5</sup> Jackson, Claridge

مقیاس شخصیت مرزی (STB<sup>۱</sup>): این مقیاس توسط جکسون و کلاریج (۱۹۹۱) در آکسفورد براساس ملاک‌های DSM-III جهت بررسی خصلت‌های مرزی در جمعیت غیر بالینی و بر اساس مدل ابعادی و پیوستار نشانه‌شناختی اختلال شخصیت مرزی ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۲ سوال بوده و هدف آن ارزیابی اختلال شخصیت مرزی از ابعاد مختلف (عامل نامیدی، عامل تکانشگری، عامل سوم: عامل علائم تجزیه‌ای و پارانوئیدی وابسته به استرس) است. طیف پاسخگویی آن بدین صورت است که به هر گزینه بلی یک نمره و به هر گزینه خیر صفر نمره تعلق می‌گیرد. جکسون و کلاریج ضریب پایایی بازآزمایی را برای STB ۰/۶۱ گزارش کرده‌اند. همچنین، راولینگز<sup>۲</sup> و همکاران ضریب آلفای ۰/۸۱ را برای STB گزارش کرده‌اند، همچنین روایی همزمان STB با مقیاس‌های روان‌رنجورخویی و روان‌پریشی‌گرایی در فرهنگ اصلی به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۴۴ گزارش شده است (به نقل از: محمدزاده، گودرزی، تقوی و ملازاده، ۱۳۸۴).

مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID-5-PD): این ابزار یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختار یافته است که برای سنجش ۱۰ اختلال شخصیت محور II بر اساس DSM-5 تدوین شده است. برای تشخیص اختلالات شخصیت می‌توان از این مصاحبه به صورت مقوله‌ای یا ابعادی بهره گرفت. در زمان انتشار SCID-5 اطلاعاتی در زمینه پایایی در دست نبود با این حال بسیاری از مطالعات، پایایی پیشینه‌های آن یعنی SCID-II برای DSM-II-R و SCID-II برای DSM-IV را مورد بررسی قرار داده بودند. پایایی و روایی بالای این آزمون در مطالعات مختلف نشان داده شده است (فرست، ویلیامز، بنجامین و اسپیتزر<sup>۳</sup>، ۱۳۹۶).

پرسشنامه آسیب به خود (SHI)<sup>۴</sup>: پرسشنامه آسیب به خود توسط سانسون و همکاران در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است. این پرسشنامه خودگزارشی ۲۲ آیتمی (با پاسخ بله / خیر) است که سابقه آسیب رساندن به خود را در پاسخ دهندگان بررسی می‌کند. پرسشنامه آسیب به خود بر خلاف سایر پرسشنامه‌هایی که در این حیطه قرار می‌گیرند، تنها مقیاسی است که در تشخیص BPD یا اختلال شخصیت مرزی قابل استفاده است. پرسشنامه آسیب به خود در مقابله با مصاحبه بالینی که تقریباً اجرای آن یک ساعت و شاید بیشتر طول می‌کشد، دقت تشخیص آن در نمره برش ۸۵.۵ درصد می‌باشد. به عبارت دیگر افرادی که نمره ۵ یا بیشتر در این پرسشنامه می‌گیرند، به احتمال ۸۵ درصد این فرد نشانه‌های اختلال شخصیت مرزی را دارد. مطالعه اعتبار این پرسش نامه با نقطه برش ۵ یا بیشتر، به طبقه بندی دقیق ۸۴٪ از پاسخ دهندگانی که بر اساس مصاحبه تشخیصی اختلال مرزی ۲ واجد این اختلال به شمار می‌رفتند، در طبقه اختلال شخصیت مرزی گردید. تحقیقات بعدی اعتبار همگرایی این ابزار را با ابزارهای خودگزارشی شخصیت مرزی، افسردگی و سابقه آزاردیدگی در کودکی نشان داده‌اند، در این مطالعه آلفای کرون باخ این پرسشنامه ۰/۷۴ به دست آمده است (طاهباز حسین زاده، قربانی و نبوی، ۱۳۹۰).

#### یافته‌ها

از کل دانشجویان شرکت کننده در این پژوهش، ۵۰ درصد (۱۵ نفر) دختر و ۵۰ درصد (۱۵ نفر) پسر بودند. همچنین ۸۶/۷ درصد (۲۶ نفر) مجرد و ۱۳/۳ درصد (۴ نفر) متاهل بودند در این پژوهش ۶۳/۳ درصد (۱۹ نفر) دارای تحصیلات کارشناسی، و ۳۶/۷ درصد (۱۱ نفر) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد هستند.

<sup>۱</sup> Schizotypal trait questionnaire- b form

<sup>۲</sup> Rawlings

<sup>۳</sup> First, Williams, Benjamin, Spitzer

<sup>۴</sup> The Self-Harm Inventory

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، ضریب همبستگی و رگرسیون چندگانه متغیرهای پژوهش

میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	
۵/۳۶	۱/۴۲۵	۱			۱- ناامیدی
۶/۲۶	۱/۲۸۴	**۰/۶۹	۱		۲- تکانشگری
۳/۵۶	۱/۹۷	**۰/۵۸	**۰/۷۵	۱	۳- عامل تجزیه یا پارانوئید وابسته به استرس
۱۱/۹۰	۳/۷۳۵	*۰/۳۸	**۰/۵۵	**۰/۴۳	۴- رفتارهای خودجرحی

  

ضرایب غیر استاندارد	خطای استاندارد	ضریب استاندارد	T	سطح معنی داری	
B		Beta			
۱۹/۰۱۶	۳/۰۳۱		۶/۷۹۱	۰/۰۰۰	مقدار ثابت
۰/۲۵۰	۰/۱۰۹	۰/۱۳	۲/۰۳۹	۰/۰۴۶	۱- ناامیدی
۰/۶۸۷	۰/۲۱۲	۰/۳۰	۲/۴۸۹	۰/۰۲۰	۲- تکانشگری
۰/۱۸۷	۰/۰۶۹	۰/۰۹		۰/۰۹۹	۳- عامل تجزیه یا پارانوئید وابسته به استرس

  

sig=۰/۰۰۰۱	F=۱۰/۷۰۲	R2=۰/۳۰	R2=۰/۳۲	R=۰/۶۲
------------	----------	---------	---------	--------

همان گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین (و انحراف معیار) ناامیدی، تکانشگری، عامل تجزیه یا پارانوئید وابسته به استرس و رفتارهای خودجرحی به ترتیب عبارتند از: ۵/۳۶ (۱/۴۲۵)، ۶/۲۶ (۱/۲۸۴)، ۳/۵۶ (۱/۹۷) و ۱۱/۹۰ (۳/۷۳۵). همچنین در این جدول ضریب همبستگی متغیرهای ناامیدی، تکانشگری، عامل تجزیه یا پارانوئید وابسته به استرس با رفتارهای خودجرحی نشان داده شده است. همان طور که مشاهده می‌شود رفتار خودجرحی با ناامیدی (۰/۳۸)، تکانشگری (۰/۵۵) و تجزیه یا پارانوئید وابسته به استرس (۰/۴۳) رابطه معناداری دارند. به منظور بررسی نقش ناامیدی، تکانشگری و عامل تجزیه یا پارانوئید وابسته به استرس در پیش بینی رفتار خودجرحی از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش ورود استفاده شد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که متغیرهای ناامیدی، تکانشگری و عامل تجزیه و پارانوئید وابسته به استرس توان پیشی بینی ۳۲ درصد از تغییرات رفتارهای خودجرحی را دارند. همچنین نتایج نشان داد که متغیر تکانشگری پیش بین قوی‌تر رفتار خودجرحی است (Beta=۰/۳۰ و  $p < ۰/۰۵$ ).

### بحث و نتیجه گیری

یکی از ملاک‌های اختلال شخصیت مرزی رفتارهای خودجرحی است، که می‌تواند عواقب جدی برای سلامت و بهداشت عمومی جامعه داشته باشد. در مطالعه شجاع الدین (۱۳۹۵) نشان داده شد که رفتار خودجرحی در افراد با اختلال شخصیت مرزی بیشترین شیوع را به نسبت اختلالات دیگر دارد. همچنین مطالعه ترنر و همکاران (۲۰۱۷) نشان می‌دهد افراد با رفتارهای خودجرحی همراه با اختلال شخصیت مرزی به نسبت افراد بدون علائم اختلال شخصیت مرزی ایده‌پردازی خودکشی و خودجرحی بیشتری بروز می‌دهند. که همسو با نتیجه پژوهش حاضر هستند.

در پژوهش‌های گذشته به بررسی همبستگی اختلال شخصیت مرزی با رفتارهای خودجرحی پرداخته شده بود اما نقش رگه‌های شخصیتی مورد بررسی قرار نگرفته بود، همچنین از طرفی اختلال شخصیت مرزی در DSM5 دارای ۹ ملاک است که هر ملاک می‌تواند همبستگی متفاوتی با رفتار خودجرحی داشته باشد. در پرسشنامه جکسون و کلاریج علایم اختلال شخصیت مرزی در ۳ عامل دسته بندی شده است که عبارتند از: ناامیدی، تکانشگری، علایم تجزیه ای و پارانوئیدی وابسته به استرس. در این پژوهش نقش این ابعاد به صورت اختصاصی در پیش‌بینی رفتار خودجرحی افراد با اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها بدست آمده نشان می‌دهد رفتار خودجرحی با ناامیدی، تکانشگری و علایم تجزیه یا پارانوئید وابسته به استرس، رابطه معناداری می‌باشد. از طرفی نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه که جهت بررسی نقش هر بعد در پیش‌بینی رفتار خودجرحی انجام شد نشان داد متغیر تکانشگری پیش‌بین قوی‌تری برای رفتارهای خود جرحی است. این نتایج همسو با نتایج مطالعات پیشین بوده است. در یک مطالعه نشان داده شد تکانشگری به واسطه‌گری فاکتور سواستفاده‌های دوران کودکی با رفتارهای خودکشی‌گرایانه بیماران زن در طول زندگی ارتباط مثبت معناداری دارد (درای، ساشا، روجا، آنا جی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). همچنین مطالعه‌ای دیگری نشان داد، تکانشگری عامل موثری در پیش‌بینی تکرار تلاش‌های خودکشی در بیماران مبتلا به بیماری روانی است (کلبرن، لاکروکس، نلی، تاکر، پرا، دراولا، گرامر، آور، قهرمانلو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). پژوهش دیگری نشان داد تکانشگری حرکتی عامل موثر در تلاش‌های خودکشی‌گرایانه و عامل موثر در تفکیک تلاش‌های خودکشی‌گرایانه از افکار خودکشی و خودجرحی در دانش آموزان است (وانگ، چین، اوکس، شین، وانگ، یانهی، کاو، رابرت، شی، وانگ<sup>۳</sup>، ۲۰۱۷). لذا بر اساس تبیین‌های نظری و پیشینه‌های ارایه شده رگه‌های شخصیت مرزی مانند ناامیدی، تکانشگری و علایم تجزیه یا پارانوئید وابسته به استرس در پیش‌بینی رفتار خودجرحی افراد با اختلال شخصیت مرزی نقش دارند لذا می‌توان از این متغیرها جهت پیش‌بینی و پیشگیری رفتارهای خودجرحی استفاده کرد.

این پژوهش چند محدودیت داشت. نمونه پژوهش حاضر تنها محدود به افراد غیربالینی دارای تشخیص اختلال شخصیت مرزی بود که این امر تعمیم نتایج را به کل مبتلایان به اختلال شخصیت مرزی با دشواری مواجه می‌کند، لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از آزمودنی‌های بالینی نمونه گیری شود. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که در برنامه‌های مربوط به کاهش رفتارهای خودجرحی می‌توان علائم اختلال شخصیت مرزی را مد نظر قرار داد.

## منابع

انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۹۴). **ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی**. ترجمه یحیی سید محمدی، تهران: نشر روان.

سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت؛ روئیز، پدرو. (۲۰۱۳). **خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/روان‌پزشکی بالینی**. فرزین رضاعی (۱۳۹۶)، تهران، نشر ارجمند.

شجاع‌الدین، عصمت؛ یاسرعزیزی، سعید. (۱۳۹۵). شیوع اختلالات روانی در زندانیان اقدام‌کننده به رفتارهای خودآسیب‌رسان (جرح خویشتن و خودکشی) زندان مرکزی همدان، **چهارمین همایش علمی پژوهش علوم تربیتی و روانشناسی آسیب‌های اجتماعی و**

<sup>1</sup> Daray, Roja, Ana

<sup>2</sup> Colborn, LaCroix, Neely, Tucker, Perera, Daruwala, Grammer, Weaver, Ghahramanlou

<sup>3</sup> Wang, Chen, Xu, Shen, Wang, yan He, Cao, Roberts, Shi, Wang

## فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنگره دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

فرهنگی ایران، انجمن توسعه و ترویج علوم و فنون بنیادین، مرجع دانش،

[https://www.civilica.com/paper-PSCONF04\\_264.html](https://www.civilica.com/paper-PSCONF04_264.html)

طاهباز حسین‌زاده، سحر؛ قربانی، نیما؛ نبوی، سید مسعود. (۱۳۹۰). مقایسه گرایش شخصیتی خود تخریبی و خودشناسی انسجامی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروز و افراد سالم، *روانشناسی معاصر*، ۶(۲): ۳۵-۴۴.

فرست، ب مایکل؛ ویلیامز، ژانت بی. دلبیو؛ بنجامین، لرناسمیت؛ اسپیتزر، رابرت. (۱۳۹۶). *مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های شخصیت DSM5*. ترجمه فرهاد شاملو، تهران، ابن‌سینا.

محمد زاده، علی؛ گودرزی، محمدعلی؛ تقوی، سیدمحمدرضا؛ ملا زاده، جواد. (۱۳۹۴). بررسی ساختار عاملی، روایی، پایایی و هنجاریابی مقیاس شخصیتی مرزی در دانشجویان دانشگاه شیراز. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۷(۲۷و۲۸): ۸۹-۷۵.

نوحی، سهیلا؛ حسنی جعفر. (۱۳۹۶). رابطه‌ی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و مکانیسم‌های دفاعی با علائم اختلال شخصیت مرزی. *مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۴۳): ۵۷-۶۶.

Turner, B. J., Dixon – Gordon, K.L., Astin, S. B., Rodrigues, M. A., Rosenthal, M. Z., & Chapman, A. L. (2015). Non-suicidal self-injury With and without borderline Personality disorder, differences self-injury and diagnostic comorbidity. *Journal of psychiatry Research*, 230, 28-35.

Vega, D., Torrubia, R., Soto, À., Ribas, J., Soler, J., Pascual, J.C., Rodríguez-Fornells, A., & Marco-Pallarés, J. (2017). Exploring the relationship between none suicidal self-injury and borderline personality Traits in young adults. *Journal of Psychiatry Research*, 256, 403-411.

Daray, F.M., Rojas, S.M., Bridges, A.J., Badour, C.L., Grendas, L., Rodante, D., Puppo, S., & Rebok, F. (2016). The independent effects of child sexual abuse and impulsivity on lifetime suicide attempts among female patients. *Child Abuse & Neglect*, 58, 91-98.

Jackson, M., & Claridge, G. (1991). Reliability and validity of a psychotic traits questionnaire (STQ). *British Journal of Clinical Psychology*, (4)30, 311-323.

Colborn, V.A., LaCroix, J.M., Neely, L.L., Tucker, J., Perera, K., Daruwala, S.E., Grammer, G., Weaver, J., & Ghahramanlou-Holloway, M. (2017). Motor impulsivity differentiates between psychiatric inpatients with multiple versus single lifetime suicide attempts. *Psychiatry Research*, 253, 18-21.

Wang, Y.G., Chen, S., Xu, Z.M., Shen, Z.H., Wang, Y.Q., He, X.Y., Cao, R.F., Roberts, D.L., Shi, J.F., & Wang, Y.Q. (2017). Family history of suicide and high motor impulsivity distinguish suicide attempters from suicide ideates among college students. *Journal of Psychiatric Research*, 90, 21-25.