

# پیش‌بینی اختلال خشم انفجاری متناوب در زندانیان بر اساس پرخاشگری، اضطراب منفی و نارسایی هیجانی

مهدی غریب پور<sup>۱</sup>، بهمن اکبری<sup>۲\*</sup> و عباس ابوالقاسمی<sup>۳</sup>

۱. دکتری روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
۲. دانشیار روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران (نویسنده مسئول).
۳. استاد روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

## چکیده

**مقدمه:** هدف این مطالعه، پیش‌بینی اختلال خشم انفجاری متناوب در زندانیان بر اساس پرخاشگری، اضطراب منفی و نارسایی هیجانی بود.

**روش:** این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد ساکن در زندان مرکزی شهر رشت در سال ۱۳۹۶ بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۵۰ نفر از زندانیان بود که ۱۷۵ نفر مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب و ۱۷۵ زندانی بدون اختلال خشم انفجاری متناوب بودند و به صورت در دسترس انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه اختلال خشم انفجاری متناوب کوکارو و همکاران (۲۰۱۷)، مقیاس رفتار تکانه‌ای لاینام و همکاران (۲۰۰۶)، پرسشنامه پرخاشگری ویلیامز و همکاران (۱۹۹۶) و پرسشنامه نارسایی هیجانی بگبی و همکاران (۱۹۹۴) استفاده شد.

**نتایج:** نتایج تحلیل تابع تشخیص نشان داد پرخاشگری، اضطراب منفی و نارسایی هیجانی پیشینه‌ای معناداری هستند که می‌توانند زندانیان با و بدون اختلال خشم انفجاری متناوب را از یکدیگر متمایز کنند و این متغیرها توانسته است ۷۵/۴ درصد از موارد را به درستی در گروه‌ها قرار دهد.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به توان پیش‌بینی نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری برای اختلال خشم انفجاری متناوب در زندانیان، نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در آسیب‌شناسی اختلال خشم انفجاری متناوب دارد.

نشریه علمی

روانشناسی  
بالینی  
و شخصیت

دوره ۱۸، شماره ۱، پیاپی ۳۴  
بهار و تابستان ۱۳۹۹  
صص: ۷۹-۸۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۹/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۰۴

مقاله پژوهشی

Journal of

Clinical  
Psychology  
& Personality

Vol. 18, No. 1, Serial 34

Spring & Summer  
2020  
pp.: 79-88

**کلیدواژه‌ها:** اختلال خشم انفجاری متناوب، اضطراب منفی، پرخاشگری، نارسایی هیجانی

\*Email: bakbari44@yahoo.com

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است

## مقدمه

هم‌اکنون در سراسر جهان، بیش از ۱۰ میلیون نفر در زندان به سر می‌برند [۱] و طبق آخرین گزارش رسمی، تعداد زندانیان در ایران تا سال ۲۰۱۴ به بیش از ۲۲۵ هزار نفر می‌رسد [۲]. یکی از اختلالاتی که هم برای خود زندانی و هم برای دیگر زندانیان آسیب‌زا است، اختلال خشم انفجاری متناوب<sup>۱</sup> هست. طبق تعریف ملاک‌های تشخیص و طبقه‌بندی اختلال‌های روانی ویراست پنجم<sup>۲</sup>، اختلال خشم انفجاری متناوب نوعی اختلال کنترل-تکانه محسوب می‌شود که مشخصه اصلی آن دوره‌های مکرر از پرخاشگری تکانشی و غیرقابل کنترل است که در طی آن‌ها، فرد به دیگران حمله یا اموال آن‌ها را تخریب می‌کند. خصوصیت اصلی اختلال انفجار خشم متناوب پرخاشگری تکانشی<sup>۳</sup>، یعنی از دست دادن توانایی کنترل تکانه‌های پرخاشگری است [۳]. افراد مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب، قبل از انفجارهای خشونت‌آمیز خود، یک تنش فزاینده، و بعد از انفجار خشم و پرخاشگری، یک سبک‌باری خاص احساس می‌کنند [۴]. به‌طور معمول، این افراد تلاش می‌کنند رفتار خود را توجیه کنند، اما در عین حال، از این که رفتارشان باعث رنجش دیگران شده است واقعاً احساس پشیمانی و عذاب وجدان دارند. از معیارهای اختلال خشم انفجاری متناوب می‌توان به عدم تناسب شدت پرخاشگری ابراز شده با محرک برانگیزاننده انفجارهای پرخاشگری مکرر از قبل برنامه‌ریزی نشده اشاره کرد [۳]. مطالعات اخیر، نرخ شیوع اختلال خشم انفجاری متناوب را در طول زندگی ۳/۵ درصد [۵] و برای زندانیان ۵/۷ درصد [۶] گزارش کردند.

پرخاشگری<sup>۴</sup> از جمله رفتارهایی که در زندانیان مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب به کرات دیده می‌شود. پرخاشگری مفهوم بسیار پیچیده‌ای است که از یک سو تحت تأثیر عوامل موقعیت و روان‌شناختی و از سوی دیگر تحت تأثیر عوامل ژنتیکی هست [۷]. روانشناسان اجتماعی عمل پرخاشگری را رفتار آگاهانه‌ای می‌دانند که هدفش اعمال درد و رنج جسمانی یا روانی هست [۸]. در واقع پرخاشگری یکی از انواع رفتارهای ضداجتماعی است که می‌تواند باعث آسیب یا صدمه به دیگران شود [۹]. در این خصوص تحقیقات نشان می‌دهند که سابقه پرخاشگری در تاریخچه زندگی افراد با اختلال خشم انفجاری متناوب نسبت به افراد مبتلا به

اختلالات روان‌پزشکی و افراد سالم بیشتر است [۱۰، ۱۱]. تحقیقات نشان می‌دهد هم‌گروه مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب نسبت به گروه کنترل روان‌پزشکی و سالم به‌طور معناداری نمرات بیشتری در پرخاشگری و سابقه پرخاشگری در تاریخچه زندگی کسب کردند [۱۲]. تحقیقات دیگر با بررسی اختلال خشم انفجاری متناوب نشان دادند که این اختلال توان پیش‌بینی پرخاشگری شدید را دارد [۱۳]. همچنین برخی دیگر نیز نشان دادند که بین این اختلال با پرخاشگری/تکانش‌گری ارتباط معناداری وجود دارد [۱۴].

یکی دیگر از متغیرهایی که به نظر می‌رسد در شکل‌گیری و تشدید نشانه‌های اختلال خشم انفجاری متناوب نقش دارد، اضطراب منفی<sup>۵</sup> است. اضطراب منفی به‌عنوان شکل جدید از تکانش‌گری معرفی شده است. اضطراب منفی به‌عنوان اینکه افراد به چه میزان تمایل دارند تا در پاسخ به عاطفه منفی به‌طور بی‌ملاحظه و بی‌پروا عمل کنند، تعریف شده است. در پژوهش‌های متعدد، هم در نمونه‌های بالینی و هم در نمونه‌های غیربالینی، اضطراب منفی با رفتارهای ناسازگارانه مرتبط بوده است [۱۵]. پژوهشگران دریافته‌اند افرادی که سطوح بالاتری از اضطراب منفی را نشان می‌دهند، هنگامی که موقعیت‌های عاطفی منفی را تجربه می‌کنند به‌سرعت خیال‌پردازی خودکشی‌گرایانه را گسترش می‌دهند و به رفتارهای خودآسیبی دردناک متوسل می‌شوند. همچنین اضطراب منفی جامعه‌ستیزی ثانویه را پیش‌بینی می‌کند و ارتباط میان اضطراب منفی و جامعه‌ستیزی ثانویه نسبت به ارتباط میان اضطراب منفی و جامعه‌ستیزی اولیه به‌طور معناداری بالاتر بوده و این می‌تواند به‌عنوان محوری برای تفکیک مؤلفه‌های جامعه‌ستیزی استفاده شود [۱۶]. تحقیقات نشان می‌دهد که هم رویدادی وابسته به کوکائین و اختلالات شخصیت دسته B با خلق منفی، اضطراب منفی و تکانشی بودن مرتبط است [۱۷]. فوساتی، گراتز، مافی و بورونی<sup>۶</sup> [۱۸] دریافته‌اند که اضطراب منفی با ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی مرتبط است. لذا افراد ممکن است در موقعیت‌های تجربه هیجان‌های شدید مثبت و منفی کنترلی رفتار و همچنین بازدارنده رفتارهای غیرانطباقی را از دست بدهند و رفتارهای تکانشی داشته باشند. در این خصوص کوکارو، فریدبرگ، فانیگ، گرانت، کینگ و لی<sup>۷</sup> [۱۰] طی پژوهشی نشان دادند که ویژگی تکانش‌گری در افراد مبتلا

<sup>1</sup> intermittent explosive disorder

<sup>2</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)

<sup>3</sup> impulsive aggression

<sup>4</sup> aggression

<sup>5</sup> negative emergency

<sup>6</sup> Fossati, Gratz, Maffie & Borroni

<sup>7</sup> Coccaro, Fridberg, Fanning, Grant, King & Lee

خودزنی‌های بدون خودکشی می‌گذارد. همچنین فتیج<sup>۴</sup>، مککلوزکی، لوک<sup>۵</sup> و کوکارو [۲۷] با بررسی نقایص تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب نشان دادند که این افراد نسبت به بیماران روان‌پزشکی بدون اختلال خشم انفجاری متناوب و افراد سالم نمرات بیشتری را در شدت عواطف منفی (واکنش‌پذیری مثبت و منفی) و بی‌ثباتی عاطفی در حوزه‌های مختلف (خشم، اضطراب و افسردگی) کسب می‌کنند.

بنابراین با توجه به شیوع اختلال انفجار خشم متناوب در زندان و این نکته که تنها بعضی از پژوهش‌ها به‌طور غیرمستقیم به بررسی نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های اختلال خشم انفجاری متناوب پرداخته‌اند و پژوهشی که این متغیرها را در زندانیان مورد بررسی قرار داده باشد، مشاهده نشد؛ هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی اختلال خشم انفجاری متناوب بر اساس نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری است.

## روش

### نوع پژوهش

پژوهش حاضر به روش توصیفی و از نوع همبستگی است.

### آزمودنی

**الف) جامعه آماری:** جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه افراد ساکن در زندان مرکزی شهر رشت در سال ۱۳۹۶ بود که جمعیت آن‌ها بالغ بر ۳۵۰۰ نفر هست.

**ب) نمونه پژوهش:** جهت شناسایی زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به‌طوری‌که ابتدا از بین تمامی زندانیان زندان مرکزی شهر رشت، زندانیانی که جرائم مرتبط با خشونت، درگیری، قتل و سایر جرائم مشابه داشتند، شناسایی شدند. سپس پرسشنامه تشخیصی اختلال خشم انفجاری متناوب میان آن‌ها اجرا شد و ۳۲۷ زندانی دارای نمره برش ۱۲ و بالاتر در اختلال خشم انفجاری متناوب، جهت بررسی دقیق‌تر و اطمینان از ابتلا به اختلال انفجار خشم متناوب، به روان‌پزشک زندان ارجاع تا مورد مصاحبه بالینی قرار گیرند. پس از مصاحبه بالینی ۲۱۴ نفر دارای اختلال انفجار خشم متناوب تشخیص داده شدند. سپس از میان زندانیانی که تشخیص اختلال انفجار خشم دریافت کرده‌اند، تعداد ۱۷۵

به اختلال خشم انفجاری متناوب نسبت به افراد سالم به‌طور معناداری بیشتر است. همچنین در تحقیقات دیگری نیز ثابت شده است که نمرات اضطراب منفی و مثبت در افراد مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب بیشتر از نمونه‌های گروه روان‌پزشکی و سالم است [۱۹].

متغیر دیگری که به نظر می‌رسد در زندانیان مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب و عادی متفاوت است، نارسایی هیجانی<sup>۱</sup> هست. بررسی‌ها نشان داده‌اند که نارسایی هیجانی به‌منزله یک عامل خطر بلندمدت برای عدم تعادل در سیستم عصبی خودکار و اعصاب و غدد است [۲۰] و منجر به جلوگیری از تنظیم موفقیت‌آمیز هیجان‌ات منفی و در نتیجه افزایش هیجان‌ات منفی و تضعیف سیستم ایمنی می‌شود که ممکن است به ایجاد و تشدید بیماری‌های جسمی کمک کند [۲۱]. مفهوم نارسایی هیجانی را اولین بار سیفنتوس<sup>۲</sup> مطرح کرد و اساساً با مشکل در تشخیصی و بیان احساسات، خیال‌بافی بسیار کم، سبک‌شناختی با جهت‌گیری بیرونی و وابسته به محرک یا به عبارتی فکر برون‌مدار توأم با اصل اخلاقی سودمندگرایی و مشکل در تمیز دادن بین احساسات و حواس فیزیکی مشخص می‌شود [۲۲]. این افراد در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند [۲۳]. همچنین این افراد به دلیل مشکلاتی که در برقراری ارتباط با هیجان‌ات درونی خود و درک ضعیف از احساسات دیگران دارند نمی‌توانند روابط نزدیکی با دیگران داشته و آن را حفظ کنند و به‌طور مناسب از حمایت‌های اجتماعی به‌منظور محافظت از خود در برابر تأثیرات بالقوه از وقایع استرس‌آمیز استفاده کنند [۲۴]. بین نارسایی هیجانی و اختلالات روانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد [۲۵]. به‌طوری‌که نتایج تحقیقات نشان می‌دهد گروه مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب نسبت به گروه کنترل روان‌پزشکی و سالم به‌طور معناداری نمرات بیشتری در تمام مؤلفه‌های پردازش اطلاعات اجتماعی-هیجانی (سوگیری اسناد خصمانه، پرخاشگری و واکنش عواطف منفی) به دست آوردند [۱۲]. جنکینز، مککلوزکی، کولپر، برمن<sup>۳</sup> و کوکارو [۲۶] هم طی پژوهشی دریافته‌اند که افراد با اختلال خشم انفجاری متناوب نسبت به افراد عادی بی‌ثباتی عاطفی بیشتری دارند و بی‌ثباتی عاطفی اثرات غیرمستقیمی بین اختلال خشم انفجاری متناوب و اختلال شخصیت با

<sup>1</sup> alexithymia

<sup>2</sup> Sifneos

<sup>3</sup> Jenkins, McCloskey, Kupler, Berman

<sup>4</sup> Fettich

<sup>5</sup> Look

و پری گرفته شده است این پرسشنامه ۲۶ آیتم دارد که هر شرکت‌کننده می‌بایست در پاسخ به سؤالات یکی از گزینه‌های هرگز (۱)، به ندرت (۲)، گاهی (۳)، اغلب (۴)، همیشه (۵) را انتخاب نماید. این پرسشنامه دو مؤلفه پرخاشگری فیزیکی/خشم و پرخاشگری کلامی/خصومت را مورد سنجش قرار می‌دهد. آیتم‌های ۱ تا ۱۴ پرخاشگری/خشم فیزیکی و آیتم‌های ۱۵ تا ۲۶ پرخاشگری/خشم کلامی را می‌سنجد. ضریب اعتبار بازآزمایی (بعد از نه هفته) پرسشنامه پرخاشگری و مؤلفه‌های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است، ضریب همبستگی پرسشنامه پرخاشگری با مقیاس خشم نووکا (۰/۷۹) نیز معنادار گزارش شده است. همچنین ضریب همبستگی مؤلفه پرخاشگری فیزیکی/خشم و مؤلفه‌های پرخاشگری کلامی/خصومت با مقیاس خشم به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۴ هست [۳۰]. در ایران ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و روایی هم‌زمان با پرسشنامه پرخاشگری اهواز ۰/۶۸ گزارش شده است [۳۱]. ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر نیز ۰/۹۱ به دست آمد.

**۴) مقیاس رفتار تکانه‌ای:** این مقیاس توسط لاینام<sup>۱</sup> و همکاران ساخته شده و مشتمل بر ۵۹ آیتم است که ۵ بعد رفتار تکانه‌ای (اضطراب منفی، اضطراب مثبت، فقدان برنامه قبلی، فقدان پشتکار و هیجان‌خواهی) را اندازه می‌گیرد [۳۲]. این آزمون میزان رفتار تکانه‌ای را در مقیاس لیکرت ۴ نقطه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) اندازه می‌گیرد. لاینام و میلر [۳۳] نشان دادند که خرده مقیاس‌های آزمون با مصرف الکل در نمونه غیربالینی از افراد جوان ارتباط تشخیصی دارد. ضرایب آلفای خرده آزمون‌های این مقیاس نیز بالای ۰/۸۰ گزارش شده است. در این پژوهش تنها از خرده مقیاس اضطراب منفی استفاده گردید و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۳ گزارش شده است [۳۴]. ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۰ به دست آمد.

**۵) پرسشنامه نارسایی هیجانی:** مقیاس ۲۰ ماده‌ای که توسط بگی، پارکر و تیلور [۳۵] ساخته شده است و نارسایی هیجانی را در سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات (هفت ماده)، دشواری در توصیف احساسات (پنج ماده) و تفکر معطوف به بیرون (هشت ماده) در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره‌ی یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) می‌سنجد. بگی و همکاران [۳۵] ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۱ و اعتبار بازآزمایی را ۰/۷۷ به دست آوردند. در نسخه فارسی، ضریب آلفای کرونباخ برای

نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. همچنین ۱۷۵ نفر از زندانیان بدون اختلال خشم انفجاری متناوب به عنوان گروه مقایسه انتخاب و با زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب هم‌تا شدند. ملاک‌های ورود پژوهش عبارت‌اند از: جنسیت (مرد)، جرائم مرتبط با خشونت، درگیری، قتل و سایر جرائم مشابه، مدت باقیمانده حبس بیش از ۶ ماه، عدم استفاده از دارو بود. همچنین ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به شرکت در پژوهش، دریافت مداخله‌های روان‌پزشکی و روان‌شناختی و داشتن بیماری جسمی مزمن بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش بدین صورت بود که از آزمودنی‌ها درخواست شد تا در پژوهش شرکت کنند. این درخواست به گونه‌ای بود که حق انتخاب به آزمودنی‌ها داده شد و در صورت تمایل، فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را در اختیار آزمودنی قرار داده شد تا پس از مطالعه آن را امضا نمایند.

### ابزارهای پژوهش

**۱) پرسشنامه اختلال خشم انفجاری متناوب:** این پرسشنامه توسط کوکارو، برمن و مک کلوزکی [۲۸] طراحی شده است. پرسشنامه اختلال خشم انفجاری متناوب در بررسی‌های مقدماتی از ۷ آیتم برای شناسایی اختلال انفجار خشم متناوب در ملاک‌های تشخیص و طبقه‌بندی اختلال‌های روانی ویراست پنجم در شرکت‌کننده‌های بزرگسال تشکیل شده بود؛ اما بعدها در پژوهشی برای بررسی مشخصات روان‌سنجی پرسشنامه اختلال خشم انفجاری متناوب به منظور غربالگری، کوکارو و همکاران [۲۸] آن را به ۵ آیتم تقلیل دادند. آیتم‌های در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شوند. کوکارو و همکاران [۲۸] ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کردند. همچنین اعتبار آزمون-بازآزمون را برای این مقیاس ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۴ به دست آمد.

**۲) مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس علائم مندرج در ملاک‌های تشخیص و طبقه‌بندی اختلال‌های روانی ویراست پنجم:** در این پژوهش برای تشخیص قطعی و کامل‌تر، از مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس علائم توصیف‌شده برای اختلال خشم انفجاری متناوب طبق ملاک‌های تشخیص و طبقه‌بندی اختلال‌های روانی ویراست پنجم استفاده خواهد شد [۲۹].

**۳) پرسشنامه پرخاشگری:** پرسشنامه پرخاشگری توسط ویلیامز و همکاران [۳۰] از پرسشنامه پرخاشگری باس

<sup>۱</sup> Lynam

گردید.

### شیوه تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از روش تحلیل تابع تشخیص و نرم‌افزار آماری اس. پی. اس. نسخه ۲۴ استفاده گردید.

### نتایج

رده سنی گروه مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب بدین‌صورت بود که ۲۷ نفر بین ۱۸-۲۵ سال، ۵۹ نفر بین ۲۶-۳۵ سال، ۶۱ نفر بین ۳۶-۴۵ سال، ۱۹ نفر بین ۴۵-۵۵ سال و ۹ نفر بالای ۵۶ سال قرار داشتند. در گروه بدون اختلال خشم انفجاری متناوب ۱۲ نفر بین ۱۸-۲۵ سال، ۶۱ نفر بین ۲۶-۳۵ سال، ۶۸ نفر بین ۳۶-۴۵ سال، ۲۵ نفر بین ۴۵-۵۵ سال و ۹ نفر بالای ۵۶ سال قرار داشتند. از نظر وضعیت تأهل ۶۶ نفر از افراد گروه مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب مجرد، ۸۲ نفر متأهل و ۲ نفر مطلقه می‌باشند. همچنین ۶۲ نفر از افراد گروه بدون اختلال خشم انفجاری متناوب مجرد، ۱۰۶ نفر متأهل و ۱ نفر مطلقه می‌باشند.

شاخص‌های توصیفی برحسب نمره‌های اضطراب منفی، نارسایی هیجانی و پرخاشگری به تفکیک در مورد در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار میانگین متغیرهای مورد مطالعه در زندانیان با و بدون اختلال خشم انفجاری متناوب

متغیر	با اختلال خشم انفجاری متناوب		بدون اختلال خشم انفجاری متناوب		سطح معناداری
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
نارسایی هیجانی	۶۹/۸۶	۱۴/۴۵	۵۷/۷۱	۱۵/۳۲	۰/۲۰۰
اضطراب منفی	۳۹/۴۵	۱۰/۸۴	۳۱/۹۴	۸/۶۱	۰/۲۰۰
پرخاشگری	۷۹/۶۵	۱۷/۹۴	۵۹/۲۷	۱۷/۵۳	۰/۲۰۰
اختلال خشم انفجاری متناوب	۱۴/۸۶	۲/۷۸	۵/۲۸	۲/۸۷	-

متغیرهای تحقیق نباید همبستگی بالا وجود داشته باشد. به‌منظور بررسی این مفروضه، ماتریس همبستگی بین متغیرهای تحقیق محاسبه گردید که نشان داد متغیرهای پژوهش از همبستگی بالایی با یکدیگر برخوردار نمی‌باشند. همچنین جهت رعایت پیش‌فرض دیگر، از آزمون باکس استفاده شد. بر اساس آزمون باکس که برای متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی به‌درستی رعایت شده است.  
(Box=۱۱/۶۸۴, F=۱/۹۲۹, P=۰/۰۷۲)

ناگویی خلقی ۰/۸۵ و سه زیرمقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر معطوف به بیرون ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است [۳۶]. همچنین آلفای کرونباخ این مقیاس را در نمونه ایرانی برای دشواری در شناسایی احساسات ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۱ و برای تفکر معطوف به بیرون ۰/۵۰ به دست آوردند [۳۷]. ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر نیز ۰/۷۸ به دست آمد.

### شیوه انجام پژوهش

برای اجرای پژوهش حاضر، پس از اخذ مجوز از سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی استان گیلان به زندان مرکزی شهر رشت مراجعه و پرونده زندانیان مورد مطالعه قرار گرفت. سپس زندانیانی که جرائم مرتبط با خشونت، درگیری، قتل و سایر جرائم مشابه داشتند بر اساس ملاک‌های تشخیص و طبقه‌بندی اختلال‌های روانی ویراست پنجم شناسایی شدند. سپس از آن‌ها درخواست شد تا در پژوهش شرکت نمایند و این درخواست به‌گونه‌ای بود که حق انتخاب به زندانیان داده می‌شد تا در صورت تمایل، در پژوهش شرکت کنند. در نهایت پس از هماهنگی با مسئولین مربوطه، مقیاس‌های اختلال خشم انفجاری متناوب، اضطراب منفی، نارسایی هیجانی و پرخاشگری بین نمونه پژوهشی توزیع

اطلاعات به‌دست‌آمده مربوط به پیش‌فرض‌هایی که برای استفاده از آزمون تحلیل تابع تشخیص باید رعایت شود، نشان‌دهنده این بود که می‌توان در این پژوهش از روش تحلیل تابع تشخیص استفاده کرد. آزمون کلموگروف اسمیرنوف و سطوح معناداری آن برای هر یک از متغیرهای پیش‌بین به دست آمد که نشان داد تفاوت در هیچ‌کدام از متغیرها معنی‌دار نیست. به این معنا که توزیع مشاهده‌شده با توزیع نرمال تفاوت معناداری ندارد. بر اساس یکی از مفروضه‌های نرمال بودن توزیع در تحلیل تابع تشخیص، بین

<sup>1</sup> Statistical Sackage for Social Science (SPSS)

جدول ۲. خلاصه یافته‌های تابع ممیز متعارف و برخی اطلاعات مهم تابع برای نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری

اطلاعات مهم مربوط به تابع ممیز	تحلیل ممیز به روش هم‌زمان
مقدار ویژه	۰/۴۷۲
درصد واریانس	٪۱۰۰
همبستگی متعارف	۰/۵۶۶
مجذور اتا	۰/۳۲۰
لامبدای ویلکز	۰/۶۷۹
مجذور کای	۱۳۴/۰۱۱
درجه آزادی	۳
معنی‌داری تابع ممیز	۰/۰۰۱
مرکز واره نمره‌ها برای گروه با اختلال	۰/۶۸۵
مرکز واره نمره‌ها برای گروه بدون اختلال	-۰/۶۸۵
پیش‌بینی عضویت گروهی	٪۷۵/۴

۰/۶۸۵ و در زندانیان بدون اختلال خشم انفجاری متناوب ۰/۶۸۵- به دست آمد. نتایج نشان می‌دهد چنانچه برای یک زندانی تابع تشخیص مقدار مثبت نتیجه دهد، آن زندانی مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب پیش‌بینی می‌شود. همچنین پیش‌بینی عضویت گروهی نشان می‌دهد که ۷۵/۴٪ از افراد نمونه، در گروه صحیح طبقه‌بندی شده‌اند. به عبارت دیگر، از ۱۷۵ نفر از زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب ۱۲۷ نفر به درستی در گروه اختلال خشم انفجاری متناوب و ۴۸ نفر به اشتباه در گروه عدم اختلال خشم انفجاری متناوب قرار گرفته‌اند؛ و از ۱۷۵ نفر از زندانیان بدون اختلال خشم انفجاری متناوب، ۱۳۶ نفر به درستی در گروه بدون اختلال خشم انفجاری متناوب و ۳۹ نفر به اشتباه در گروه با اختلال خشم انفجاری متناوب قرار گرفته‌اند.

نتایج آزمون تحلیل تابع تشخیص در جدول ۲ نشان داد که مقدار ویژه قدرت تمیز تابع تشخیصی بین طبقات را دارد؛ به عبارت دیگر مجذور اتا نشان می‌دهد که در روش هم‌زمان ۳۲ درصد از پراکندگی کل توضیح داده می‌شود که درصد قابل قبولی است. از سوی دیگر سطح معناداری نشان می‌دهد که تحلیل تابع تشخیص برای پیش‌بینی اختلال خشم انفجاری متناوب معنادار است ( $p < 0.001$ ). به عبارت دیگر تابع تشخیص دارای قدرت تشخیصی معناداری در تفکیک دو سطح است. مرکز واره‌های داده‌های هر گروه را می‌توان همان میانگین نمره‌های تمایز یک گروه دانست. نمره‌های تمایز افراد یک گروه یا مثبت است یا منفی و هر چه نمره‌های افراد دو گروه از نظر مثبت بودن بیشتر از هم جدا باشد، امکان طبقه‌بندی نادرست در آن گروه‌ها کم‌تر است. مرکزواره برای زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب برابر

جدول ۳. بررسی اثر معناداری هر کدام از متغیرهای نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری

متغیرهای پیش‌بین	لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
نارسایی هیجانی	۰/۸۵۷	۵۸/۲۹۴	۱	۳۴۸	۰/۰۰۱
اضطراب منفی	۰/۸۷۱	۵۱/۴۸۴	۱	۳۴۸	۰/۰۰۱
پرخاشگری	۰/۷۵۱	۱۱۵/۵۵۳	۱	۳۴۸	۰/۰۰۱

معناداری در تحلیل تابع تشخیص دارند.

سطوح معناداری به دست آمده در جدول ۳ حاکی از آن است که نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری تأثیر

جدول ۴. تعیین توانایی متغیرهای نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری در تشخیص بین گروه‌ها

متغیرها	ضرایب استاندارد	ضرایب غیراستاندارد	ضرایب طبقه‌بندی	
			با اختلال	بدون اختلال
نارسایی هیجانی	۰/۳۷۵	۰/۰۲۵	۰/۲۴۶	۰/۲۱۲
اضطراب منفی	۰/۴۱۹	۰/۰۴۳	۰/۳۳۸	۰/۲۸۰
پرخاشگری	۰/۶۴۷	۰/۰۳۶	۰/۱۵۶	۰/۱۰۶
عدد ثابت	-	-۵/۶۶۶	-۲۲/۱۶۰	-۱۴/۳۹۶

میتلا به اختلال انفجار خشم متناوب، قبل از انفجارهای خشونت‌آمیز خود، یک تنش فزاینده، و بعد از انفجار خشم و پرخاشگری، یک سبک‌باری خاص احساس می‌کنند [۴]. همچنین باید توجه داشت که نام زندان تداعی‌کننده وضعیت دشوار و سختی است و محیطی استرس‌آور محسوب می‌گردد. عموماً زندانیان هنگام مواجهه با موقعیت خشم برانگیز، فاقد مهارت لازم جهت تسلط بر هیجانات خود هستند [۳۹]. حال وقتی اختلال انفجار خشم متناوب به مشکلات زندانیان اضافه می‌شود، کمبود مهارت‌های حل مسئله و برقراری روابط مطلوب و وجود هیجانات منفی بر شدت مشکلات می‌افزاید. در نتیجه محتمل است با توجه به ماهیت اختلال انفجار خشم، پرخاشگری در این دسته از زندانیان بیش از سایر زندانیان بدون اختلالی با چنین ماهیت پرخاشگرانه‌ای باشد.

نتیجه دیگر پژوهش نشان داد که اضطراب منفی پیش‌بین معناداری است که می‌تواند زندانیان با و بدون اختلال خشم انفجاری متناوب را از یکدیگر متمایز کند. این یافته با نتیجه پژوهش‌های فوساتی و همکاران [۱۸]؛ کوکارو و همکاران [۱۰] و پوهالا و همکاران [۱۹] مبنی بر میانگین نمرات اضطراب منفی بیشتر در زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب همخوان است. در این خصوص پوهالا و همکاران [۱۹] با بررسی حساسیت به پاداش و حساسیت به تنبیه در افراد مبتلا به اختلال انفجار خشم متناوب نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال انفجار خشم متناوب سطوح بیشتری از حساسیت به پاداش و حساسیت به تنبیه را نسبت به افراد سالم دارند و اضطراب‌های منفی تنها پیش‌بینی‌کننده تشخیص اختلال انفجار خشم متناوب هست. در راستای تبیین یافته به‌دست‌آمده باید بیان داشت که خشم یک تجربه هیجانی پیچیده و دارای مؤلفه‌های شناختی و فیزیولوژیک است. رفتارهای ضداجتماعی و رفتارهای تهاجمی عموماً از تبعات و پیامدهای خشم محسوب می‌شود. افراد مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب گهگاه دوره‌هایی از خشم شدید از خود بروز می‌دهند که در آن‌ها بدون عمل تحریک‌آمیزی، به خشم تهاجمی ویرانگر تبدیل می‌شود [۴۰]. از آنجاکه این افراد نسبت به آنچه برای دیگران عصبانیت خفیف ایجاد می‌کند، واکنش افراطی و خشونت‌آمیز نشان می‌دهند و با توجه به تعریف اضطراب منفی به‌عنوان اینکه افراد به چه میزان تمایل دارند تا در پاسخ به عاطفه منفی به‌طور بی‌ملاحظه و بی‌پروا عمل کنند [۴۱]، یافته پژوهش حاضر توجیه‌پذیر هست.

همچنین نتیجه دیگر پژوهش نشان می‌دهد که نارسایی هیجانی پیش‌بین معناداری است که می‌تواند زندانیان با و

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، برای توابع تابع تشخیص با روش هم‌زمان سه دسته ضرایب استاندارد، غیراستاندارد و ضرایب ساختاری ارائه شده است. ضرایب استاندارد توابع تابع تشخیص، معادل ضرایب رگرسیون تفکیکی (بتا) در تحلیل رگرسیون هستند. این ضرایب، درواقع وزن تفکیکی هر متغیر را در تمایز گروهی نشان می‌دهند. با استفاده از ضرایب غیراستاندارد معادله توابع تابع تشخیص را می‌توان به دست آورد. بنابراین، با قرار دادن نمره هر فرد در هر یک از متغیرهای مربوط به توابع، نمره فرد به دست می‌آید. با توجه به ستون ضرایب غیراستاندارد و عدد ثابت تابع تشخیص به روش هم‌زمان معادله پیش‌بین زیر به دست آمد:

$$D = -5/666 + 0/025 + 0/043 + 0/036$$

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی اختلال خشم انفجاری متناوب بر اساس نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تابع تشخیص از قدرت تمیز خوبی برای تمایز بین دو گروه بهره‌مند است و حدود ۳۲ درصد از واریانس تفاوت دو گروه ناشی از متغیرهای پیش‌بین است. همچنین نتایج پیش‌بینی طبقه‌بندی گروه‌ها با استفاده از تابع تشخیص نشان داد که عضویت گروهی ۷۵/۱ درصد از زندانیان مبتلا به اختلال خشم انفجاری را به‌درستی و ۲۴/۱ درصد را به‌صورت نادرست تشخیص داده است. همچنین نتایج نشان داد که پرخاشگری پیش‌بین معناداری است که می‌تواند زندانیان با و بدون اختلال خشم انفجاری متناوب را از یکدیگر متمایز کند. این یافته با نتیجه پژوهش‌های کوکارو و همکاران [۱۰، ۱۱، ۱۲] مبنی بر میانگین نمرات پرخاشگری بیشتر در زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب همخوان است. پرخاشگری انسان یک ساختار پیچیده و چندبُعدی است که به هر نوع رفتاری که به‌قصد صدمه زدن به افراد دیگر انجام شود، اطلاق می‌شود [۳۸] و از یک‌سو تحت تأثیر عوامل موقعیت و روان‌شناختی و از سوی دیگر تحت تأثیر عوامل ژنتیکی هست [۷]. اختلال خشم انفجاری متناوب نوعی اختلال کنترل-تکانه محسوب می‌شود که مشخصه اصلی آن دوره‌های مکرر از پرخاشگری تکانشی و غیرقابل کنترل است. خصوصیت اصلی اختلال انفجار خشم متناوب پرخاشگری تکانشی<sup>۱</sup>، یعنی از دست دادن توانایی کنترل تکانه‌های پرخاشگری است [۳]. در تبیین یافته به‌دست‌آمده باید بیان داشت که افراد

<sup>۱</sup> impulsive aggression

### منابع

- 1- Walmsley, R. (2013). World prison population list, 10th edn. [http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl\\_10.pdf](http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_10.pdf) (accessed Sept 10, 2014).
- 2- International Centre for Prison Studies. (2015). <http://www.prisonstudies.org/country/Iran>.
- ۳- گنجی، مهدی (۱۳۹۴). آسیب‌شناسی روانی DSM-5. تهران: انتشارات ساوالان.
- 4- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, Washington, DC 5th ed.
- 5- Coccaro, E. F. Fanning, J. R. & Lee, R. (2017). Intermittent explosive disorder and substance use disorder: Analysis of the national comorbidity survey replication sample. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(6), pp. 697-702.
- 6- Mundt, A. P. Alvarado, R. Fritsch, R. Poblete, C. Villagra, C. Kastner, S. & Priebe, S. (2013). Prevalence rates of mental disorders in Chilean prisons. *PLOS One*, 8(7), e69109.
- 7- Street, N. W. McCormick, M. C. Austin, S. B. Slope, N. Habre, R. & Molnar, B. E. (2016). Sleep Duration and Risk of Physical Aggression against Peers in Urban Youth. *Sleep Health*, 2(2), pp. 129-135.
- 8- Xie, X. Chen, W. Lei, L. Xing, C. & Zhang, Y. (2016). The Relationship between Personality Types and Prosocial Behavior and Aggression in Chinese Adolescents. *Personality and Individual Differences*, 95(1), pp. 56-61.
- 9- Graves, K. N. Kaslow, N. J. & Frabutt, J. M. (2010). A culturally-informed approach to trauma, suicidal behavior, and overt aggression in African American adolescents. *Aggression and violent Behavior*, 15, pp. 36-41.
- 10- Coccaro, E. F. Fridberg, D. J. Fanning, J. R. Grant, J. E. King, A. C. & Lee, R. (2016). Substance use disorders: Relationship with intermittent explosive disorder and with aggression, anger and impulsivity. *Journal of Psychiatric Research*, 81, pp. 127-132.
- 11- Coccaro, E. F. Fanning, J. R. Keedy, S. K. & Lee, R. (2016). Social cognition in intermittent explosive disorder and aggression. *Journal of Psychiatric Research*, 83, pp. 140-150.

بدون اختلال خشم انفجاری متناوب را از یکدیگر متمایز کنند. این یافته با نتیجه پژوهش‌های زکیبی و همکاران [۲۵]؛ کوکارو و همکاران [۱۲]؛ جنکینز و همکاران [۲۶] و فتیح و همکاران [۲۷] مبنی بر میانگین نمرات بیشتر نارسایی هیجانی در زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب همخوان است. نارسایی هیجانی، اختلال در تنظیم هیجان محسوب می‌شود. افراد مبتلا به نارسایی هیجانی، تهییج‌های بدنی بهنجار را بزرگ می‌کنند، درماندگی هیجانی را از طریق شکایت‌های بدنی نشان می‌دهند. زمانی که اطلاعات هیجانی به درستی دریافت نمی‌شوند، درماندگی و آسیب فرد قابل پیش‌بینی است. این درماندگی به صورت متقابل می‌تواند به اختلال در شناخت‌ها و عواطف فرد منجر شود و احتمال استفاده از مکانیسم‌های نوروتیک و رشدنیافته را در شرایط استرس‌زا افزایش دهد [۴۲]. در این شرایط پیوند میان برانگیختگی هیجانی و بازنمایی ذهنی برقرار نمی‌شود و در نتیجه تنش در سطح جسمانی باقی می‌ماند (امکان پردازش هیجانی در سطح روانی برای فرد ممکن نیست). در این حالت تنش مستقیماً در سطح بدن و به صورت تنش جسمانی غیرقابل تحمل تجربه می‌شود [۴۳] در حالی که در صورت برقراری پیوند بین تنش و بازنمایی ذهنی، تنش به شیوه بهتری تخلیه می‌شود. افراد با اختلال انفجار خشم متناوب نیز با نقایص شناختی-عاطفی متفاوتی نظیر بدتنظیمی هیجانی مشخص می‌شود [۲۷]. این بدتنظیمی ناشی از بدکارکردی در قشر آمیگدال-اوربیتوفرونتال است که افراد با اختلال انفجار خشم متناوب در مقایسه با افراد سالم در پاسخ به علائم تهدیدکننده اجتماعی نشان می‌دهند [۴۴]. آمیگدال برای پردازش هیجانی [۴۵] و قشر اوربیتوفرونتال برای سبک تصمیم‌گیری و پردازش پاداش/تنبیه [۴۶] حیاتی هستند. از همین رو نمرات بالای نارسایی هیجانی در زندانیان دارای اختلال خشم انفجاری متناوب قابل توجه به نظر می‌رسد.

محدود بودن نمونه به مردان، منحصر بودن تحقیق به زندان مرکزی شهر رشت، از محدودیت‌های این پژوهش است که در تعمیم نتایج می‌بایست احتیاط گردد. تحقیق روی زنان و سایر شهرها و فرهنگ‌ها می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را گسترش دهد. همچنین پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سایر اختلالات روانی نیز صورت گیرد. از این نتایج می‌توان در آسیب‌شناسی و درمان زندانیان مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب و طراحی دوره‌های درمانی مبتنی بر کاهش نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری استفاده کرد.



- 21- Baiardini, I. Abbà, S. Ballauri, M. Vuillermoz, G. & Braido, F. (2011). Alexithymia and chronic diseases: the state of the art. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 33(1), pp. 47-52.
- 22- Sifneos, P. E. (2000). Alexithymia, clinical issues, politics, and crime. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(4), pp. 113-116.
- 23- Swart, M. Kortekaas, R. & Aleman, A. (2009). Dealing with feelings: characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. *Plos One*, 4(6), e5751.
- 24- Kojima, M. Senda, Y. Nagaya, T. Tokudome, S. & Furukawa, T. A. (2003). Alexithymia, depression and social support among Japanese workers. *Journal of Psychotherapy and Psychosomatics*, 72, pp. 307-314.
- 25- Zakiei, A. Karami, J. Alikhani, M. Ghasemi, S. R. & Rajabi, N. (2013). The relationship between alexithymia, irrational beliefs, positive and negative emotions with mental disorders. *Hormozgan Medical Journal*, 7(5), pp. 435-446.
- 26- Jenkins, A. L. McCloskey, M. S. Kupler, D. Berman, M. E. & Coccaro, E. F. (2015). Self-harm behavior among individuals with intermittent explosive disorder and personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 50, pp. 125-131.
- 27- Fettich, K. C. McCloskey, M. S. Look, A. E. & Coccaro, E. F. (2015). Emotion regulation deficits in intermittent explosive disorder. *Aggressive Behavior*, 41, pp. 25-33.
- 28- Coccaro, E. F. Berman, M. E. & McCloskey, M. S. (2017). Development of a screening questionnaire for DSM-5 intermittent explosive disorder (IED-SQ). *Comprehensive Psychiatry*, 74, pp. 21-26.
- ۲۹- ناسبوم، آبراهام (۱۳۹۵). راهنمای عملی مصاحبه تشخیصی با استفاده از ملاک‌های DSM-5. ترجمه فرزین رضاعی و علی اکبر فروغی، تهران: انتشارات ارجمند.
- 30- Williams, T. Boyd, J. Cascardi, M. & Poythress, N. (1996). Factor structure and convergent validity of the aggression Questionnaire in an offender population. *Psychological Assessment*, 8, pp. 398-403.
- ۳۱- محبوبی، طاهر؛ سلیمی، حسین و حسینی، سید عدنان (۱۳۹۴). تأثیر آموزش خودکنترلی هیجانی بر کاهش پرخاشگری کلامی دانشجویان دانشگاه پیام نور. دو فصلنامه شناخت اجتماعی، ۴(۲)، صص ۱۳۶-۱۲۴.
- 12- Coccaro, E. F. Solis, O. Fanning, J. & Lee, R. (2015). Emotional intelligence and impulsive aggression in intermittent explosive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 61, pp. 135-140.
- 13- Delisi, M. Elbert, M. Caropreso, D. Tahja, K. Heinrichs, T. & Drury, A. (2017). Criminally explosive: Intermittent explosive disorder, criminal careers and psychopathology among federal correctional clients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 14, pp. 1-11.
- 14- Coccaro, E. F. (2018). DSM-5 intermittent explosive disorder: Relationship with disruptive mood dysregulation disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 84, pp. 118-121.
- 15- Anestis, M. D. Smith, A. Fink, E. L. & Joiner, T. (2009). Dysregulated eating and distress: Examining the specific role of negative urgency in a clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 33(4), pp. 390-397.
- 16- Anestis, M. D. & Joiner, T. (2011). Examining the role of emotion in suicidality: Negative urgency as an amplifier of the relationship between components of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior and lifetime number of suicide attempts. *Journal of Affective Disorders*, 129(1-3), pp. 261-269.
- 17- Albein-Urios, N. A. Martinez-Gonzalez, J. M. Lozano, O. Moreno-Lopez, L. M. Soriano-Mac, C. & Verdejo-Garcia, A. (2013). Negative Urgency, disinhibition and reduced temporal pole gray matter characterize the comorbidity of cocaine dependence and personality disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1-2), pp. 231-237.
- 18- Fossati, A. Gratz, K. L. Maffie, C. & Borroni, S. (2014). Impulsivity dimensions, emotion dysregulation and borderline personality disorder feature among Italian nonclinical adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. Retrieved from <http://www.bpded.com>.
- 19- Puhalla, A. A. Ammerman, B. A. Uyeji, L. L. Berman, M. E. McCloskey, M. S. (2016). Negative urgency and reward/punishment sensitivity in intermittent explosive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 201, pp. 8-14.
- 20- Grabe, H. J. Schwahn, C. Barnow, S. Spitzer, C. John, U. Freyberger, H. J. Schminkef, U. Felix, S. & Völzke, H. (2010). Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, pp. 139-147.

- 42- Besharat, M. A. & Shahidi, S. (2011). What is the relationship between alexithymia and ego defense styles? A correlational study with Iranian students. *Asian Journal of Psychiatry*, 4, pp. 145-149.
- ۴۳- بشارت، محمدعلی؛ محمدی حسینی‌نژاد، الهه و لواسانی، مسعود غلامعلی (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی، خشم و نشخوار خشم با سبک‌های دفاعی من. *روانشناسی معاصر*، ۹(۲)، صص ۲۹-۴۸.
- 44- McCloskey, M. S. Phan, K. L. Angstadt, M. Fettich, K. C. & Coccaro, E. F. (2016). Amygdala hyper activation to angry faces in intermittent explosive disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 79, pp. 34-41.
- 45- Kringelbach, M. L. & Rolls, E. T. (2004). The functional neuroanatomy of the human orbitofrontal cortex: Evidence from neuroimaging and neuropsychology. *Progress in Neurobiology*, 72(5), pp. 341-372.
- 46- Rolls, E. T. & Grabenhorst, F. (2008). The orbitofrontal cortex and beyond: from affect to decision-making. *Progress in Neurobiology*, 86(3), pp. 216-244.
- 32- Lynam, D. R. Smith, G. T. Whiteside, S. P. & Cyders, M. A. (2006). The UPPS-P: Assessing five personality pathways to impulsive behavior (tech. rep.). West Lafayette, IN: Purdue University.
- 33- Lynam, D. R. & Miller, J. D. (2004). Personality pathways to impulsive behavior and their relations to deviance: Results from three samples. *Journal of Quantitative Criminology*, 20(4), pp. 319-341.
- ۳۴- بشرپور، سجاد و عباسی، آزاده (۱۳۹۳). رابطه بین تحمل آشفتگی و اضطراب منفی و مثبت با شدت وابستگی و ولع مصرف در افراد وابسته به مواد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۱)، صص ۹۲-۱۰۲.
- 35- Bagby, R. M. Parker, J. D. A. & Taylor, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(6), pp. 23-32.
- 36- Besharat, M. A. (2007). Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*, 101(5), pp. 209-222.
- 37- Ghorbani, N. Bing. M. N. Watson, P. J. Davison, H. K. & Mack, D. A. (2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology*, 37(5), pp. 297-308.
- ۳۸- اسدی، زهرا و نجفی، محمود (۱۳۹۷). مقایسه پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، استرس و ترس از ارزیابی منفی در بین افراد معتاد و عادی. *دو فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۶(۱)، صص ۱۷۹-۱۸۶.
- ۳۹- امیدیان، مهدی؛ علی‌اکبری دهکردی، مهناز؛ صفاری‌نیا، مجید و شریفی، علی‌اکبر (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش گروهی کنترل خشم به شیوه عقلانی، رفتاری و عاطفی بر کاهش پرخاشگری زندانیان مرد زندان مرکزی شهرکرد. *دو فصلنامه روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۴(۲)، صص ۷-۱۹.
- ۴۰- زمانی، نرگس؛ فرهادی، مهران؛ جمیلیان، حمیدرضا و حبیبی، مجتبی (۱۳۹۴). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در کاهش خشم‌های انفجاری. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۸(۸)، صص ۳۵-۴۴.
- ۴۱- طاهری فرد، مینا؛ ابوالقاسمی، عباس و حاجلو، نادر (۱۳۹۴). اضطراب مثبت و منفی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی. *فصلنامه روانشناسی معاصر*، ۱۰، صص ۹۸۹-۹۸۶.