Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 1/ No. 3/ Winter 2015
Page: 90-102

Studying the Personality Disorders and clinical signs in aggression attempter in the Public Places of sanandaj City

Farideh Faraji[1*], Ahmad Sohraby(PhD)[2], Farzin Rezaei(MD)[3], Mohammad Kazem Atef Vahid(PhD)[4]

MSc. In Clinical psychology

1. Department of psychology at Kurdistan University
2. Department of psychiatry at Kurdistan University of Medical Sciences
3. Department of Clinical psychology at Iran University of Medical Sciences

Abstract

Introduction: Since Anger and Violence is a major problem for public health and social and economic and social costs of aggressive behavior are high and considerable in order to develop prevention programs, especially aggression in public places is necessary to evaluate rates and the factors influencing.

Purpose: The aim of the current research was to determine of the Personality Disorders and clinical signs in aggression attempter in the Public Places of sanandaj City.

Method: This research was a descriptive study, targeting all Aggression attempter referred to the commissariat due to aggression attempt in Public Places of sanandaj City that were selected 102 attempter (87 males and 15 females) by convenience sampling. Data were collected by Demographic questionnaire and Millon Multi-axial personality inventory-III (MCMI-III). The data were analyzed by SPSS and used the MANOVA**.**

Results: results showed that the highest personality disorders respectively include of Hystrionic, narcissist, depression and lowest include of dependence, schizotypal, avoidance, passive- aggression. the highest clinical disorders respectively include of dysthymia, Thought disorder, major depression, and the lowest include of Delusion Disorder and PTSD. There was significant difference between two groups in the all personality disorders except passive aggression, obsessive-compulsion and in the all clinical disorders except PTSD and somatoform ($p \leq 0/05$). **Conclusion**: The findings of this study can be helpful in identifying and preventing aggression in the Public Places as Social problem.

Key words: Aggression, Public places, Personality disorders, Clinical Signs.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.4.3]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال اول، شماره ۳، زمستان/۱۳۹۳
صفحات: ۱۰۲-۹۰

بررسی اختلالات شخصیت و نشانگان بالینی در افراد اقدام کننده به پرخاشگری در مکان‌های عمومی شهر سنندج

فریده فرجی[1*]، دکتر احمد سهرابی[2]، دکتر فرزین رضاعی[3]، دکتر محمد کاظم عاطف وحید[4]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران (مولف مسئول: faridefaraji@gmail.com)

۲. گروه روانشناسی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران

۳. گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۴. دکترای روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

مقدمه: از آن جا که خشم و خشونت از مشکلات عمده سلامت عمومی و اجتماعی می‌باشد و هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی رفتارهای پرخاشگرانه زیاد و قابل توجه است، جهت تدوین برنامه های پیشگیری از پرخاشگری بویژه پرخاشگری در مکان‌های عمومی، بررسی میزان و عوامل مؤثر بر آن ضروری می‌باشد.

هدف: مطالعه حاضر با هدف بررسی اختلالات شخصیت و نشانگان بالینی در افراد اقدام‌کننده به پرخاشگری در مکانهای عمومی شهر سنندج انجام شده است.

روش: مطالعه از نوع توصیفی و جامعه پژوهش شامل کلیه افراد اقدام‌کننده به پرخاشگری در مکانهای عمومی شهر سنندج بودند که توسط کلانتری‌ها بازداشت شده بودند و تعداد ۱۰۲ نفر (۸۷ مرد و ۱۵ زن) با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه خودساخته ویژگیهای جمعیت شناختی و پرسشنامه چند محوری بالینی میلون (MCMI-III) جمع‌آوری شدند و با استفاده از نرم افزار SPSS و روش آماری واریانس چند متغیره (مانوا) تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که بیشترین اختلالات شخصیت در افراد اقدام‌کننده به پرخاشگری در مکانهای عمومی بترتیب نمایشی، خودشیفته، افسرده و کمترین بترتیب وابسته، اسکیزوتایپال، اجتنابی و منفعل- پرخاشگر بود. بیشترین نشانگان بالینی بترتیب افسرده خویی، اختلال فکر، افسردگی اساسی و کمترین بترتیب اختلال هذیانی و اختلال استرس پس از سانحه بود.تفاوت دو گروه اقدام‌کننده به پرخاشگری و غیر اقدام‌کننده در تمام اختلالات شخصیت بجز منفعل- پرخاشگر و وسواسی- جبری و در تمام نشانگان بالینی بجز اختلال استرس پس از سانحه و شبه جسمانی معنادار بود ($p\leq ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق می‌تواند در شناسایی برخی عوامل دخیل بر پرخاشگری در مکانهای عمومی به عنوان یک معضل اجتماعی کمک کننده باشد.

کلید واژه‌ها:پرخاشگری، مکانهای عمومی، اختلالات شخصیت، نشانگان بالینی

[دریافت مقاله: پذیرش مقاله:]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.4.3]

مقدمه

رفتار پرخاشگرانه هر نوع عملی است، چه فیزیکی چه کلامی، که تمایل آسیب رساندن به دیگری را دارد پرخاشگری فی نفسه نمی‌تواند یک رفتار نابهنجار باشد، این رفتار یک ابزار مناسب رقابت می‌باشد که حیات فرد را وقتی که منابع محدود باشد، تضمین می‌کند و این رفتار به طور واقعی در همه گونه‌هایی که سیستم عصبی و بنیه فیزیکی مناسب برای عمل کردن دارند، رایج است (هالر، مکیس، هالس و تاس، ۲۰۰۵) بنابراین اگرچه پرخاشگری یک استراتژی انطباقی مهم در حوزه رفتار اجتماعی است، اما آن همچنین می‌تواند به طور بالقوه غیرانطباقی باشد (آرجی، آسپیروس، فانو و گارمندیا، ۲۰۰۶). براساس سازمان بهداشت جهانی خشونت یکی از عمده‌ترین مشکلات سلامت عمومی در کل جهان می‌باشد و عمل پرخاشگرانه تأثیر عمیقی بر جامعه، بر روانپزشکی و حوزه‌های مرتبط می‌گذارد (گارسیا-فوریرو، گالاردو-پیجل، مایدو-اولیوارس و آندرس-پویو، ۲۰۰۹). بررسی پرخاشگری پیچیده و چندوجهی می‌باشد و از اواسط ۱۹۲۰ در حال پیشرفت می‌باشد (مک السترم، ۲۰۰۴). پرخاشگری را باید از دیدگاه‌های مختلف در نظر گرفت، و اینکه به چه صورت‌هایی ظاهر می‌شود. همچنین عوامل مؤثر بر آن از جمله اختلال‌های روانی، اختلال‌های شخصیت، مصرف مواد، مصرف الکل، ویژگی‌های دموگرافیک و غیره بایستی مورد بررسی قرار گیرد. از آنجا که خشونت در سال ۱۹۸۰ یک موضوع تندرستی اعلام شد، نوشتجات مربوط به خشونت عوامل روانشناختی و اجتماعی را شناسایی کردند که جوانان را در معرض خطررفتارهای خشن قرار می‌داد (چی‌شولم، ۱۹۹۸). جنایت‌های خصمانه معرف شکل واضح و مجزای پرخاشگری بین فردی و بین گروهی می‌باشد که می‌تواند شامل ویرانگری، تهدید، اذیت و آزار، حمله‌های فیزیکی و کلامی و در مواردی کلی‌تر، قتل باشد (کریگ، ۲۰۰۲). در حالی که بعضی از افراد به تهییج‌های شدید به آرامی واکنش نشان می‌دهند، بعضی دیگر از افراد از حساسیت بالایی برخوردارند و با هیجانات قوی و پرخاشگری آشکار، نسبت به تبادلات ظاهراً بی‌ضرر واکنش نشان می‌دهند (توکی، ۱۹۹۲؛ برکویتس، ۱۹۹۳؛ جین ۱۹۹۵" هر سه به نقل از استوارت، ۲۰۰۷). لیترل و لیترل (۱۹۹۸) معتقدند عوامل خطر شایع در ارتباط با رفتارهای پرخاشگرانه عبارتند از: جوان بودن، مرد بودن، موقعیت‌های اقتصادی- اجتماعی پایین، اختلالات عمده روانپزشکی، اختلالات شخصیت، داشتن سوء سابقه، سابقه بستری شدن در بیمارستان به دلیل تهاجم، تاریخچه خشونت در خانواده و در دسترس بودن اسلحه. راجا، آزونی، و لوبیچ (۱۹۹۷) نیز عنوان می‌کنند که جوان بودن، نشانه‌های سایکوتیک، تهییج، بی‌قراری حرکتی، و تشخیص اختلال شخصیت عوامل خطری برای رفتار خشن هستند. پژوهش‌های زیادی صرف‌نظر از ویژگیهای دموگرافیک، ارتباط قوی‌ای بین اختلالات روانی و رفتارهای خشن آشکار کرده‌اند (همفیل، هارو، و ونک' ۱۹۹۸؛ سالکین' راجرز' و اسویل' ۱۹۹۶؛ سیمورد' هاگ' ۲۰۰۰) و اینکه افرادی با بیماریهای روانی شدید در خطر رفتار پرخاشگرانه هستند (استینرت' سیپاچ' و گبهارت' ۲۰۰۱؛ لیترل و لیترل' ۱۹۹۸؛ نی‌برگ' ویکوویسکیوا' و سندنابا' ۲۰۰۳).

همچنین مطالعات مطرح کرده‌اند' افرادی که اختلالات روانی دارند در مقایسه با افرادی که اختلالات روانی ندارند میزان بالایی از رفتارهای

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.4.3]

پرخاشگرانه را در زندان‌ها و دیگر موقعیت‌های قانونی نشان می‌دهند (کال و لیلین فلد۲۰۰۶٬) و بیماران و زندانیانی که مرتکب پرخاشگری می‌شوند معمولاً دارای یکی از این اختلالات می‌باشند: الکلیسم و سؤمصرف مواد٬ اختلال انفجاری متناوب یا دیگر اختلالات کنترل تکانه٬ اختلال شخصیت و اینکه درمیان اختلالات شخصیت٬ اختلال شخصیت ضداجتماعی شایع‌تر می‌باشد (مایر٬ ۱۹۹۹). اما امروزه پرخاشگری در مکان‌های عمومی از جمله بازارچه‌ها٬ خیابان‌ها٬ فروشگاه‌ها٬ محیط‌های کاری و غیره مشکلی بزرگ است که باعث اغتشاش و بی-نظمی در جامعه می‌شود از جمله پرخاشگری‌های زیادی در مکان‌هایی از جمله بیمارستان‌ها نسبت به کارمندان بخش‌ها اتفاق می‌افتد (گاسکن و همکاران٬ ۲۰۰۹). پرخاشگری محل کار می‌تواند در نتیجه فرایندهای چند مرحله‌ای با چهار مؤلفه باشد: تفاوت‌های فردی در شخصیت، وقوع حوادث استرس‌زا، ارزیابی‌های شناختی از آن حوادث و واکنش‌های هیجانی به فرایندهای ارزیابی (استوارت٬ ۲۰۰۷). علاوه بر محل کار، دربسیاری موارد ذکرشده است که میخانه‌ها مکانهای عمومی-ای برای رفتار پرخاشگرانه و خشن هستند (گراهام و ویلس٬ ۲۰۰۱؛ گرین و پلانت۲۰۰۷٬؛ هوملٔ تومسن و ثومینی٬ ۱۹۹۲؛ کویگلی٬ لئونارد و کولینس٬ ۲۰۰۳ به نقل از رابرتس٬ ۲۰۰۹). بنابراین جهت تدوین برنامه‌های پیشگیری از پرخاشگری در مکان‌های عمومی٬ بررسی عوامل مؤثر بر آن ضروری است. و از آنجا که مطالعات اندکی در مورد پرخاشگری افراد در مکان‌های عمومی صورت گرفته است و مطالعات انجام شده بیشتر مربوط به پرخاشگری در محیط خانه٬ مدارس٬ بیمارستان‌ها٬ ادارات، میخانه‌ها و غیره بوده است٬ و همچنین براساس سازمان بهداشت جهانی خشونت یکی از عمده‌ترین مشکلات سلامت عمومی در کل جهان می‌باشد و عمل پرخاشگرانه تأثیر عمیقی بر جامعه و بنابراین بر روانپزشکی و حوزه‌های مرتبط می‌گذارد (گارسیا-فوریرو، گالاردو-پیجل، مایدو-اولیوارس و آندرس-پویو، ۲۰۰۹) بنابراین براساس مطالب بالا، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ گویی به پرسش های ذیل است:

۱- بیشترین اختلالات شخصیت در افراد اقدام کننده به پرخاشگری در مکانهای عمومی کدام‌ها هستند و آیا تفاوت این گروه با گروه غیر اقدام-کننده در اختلالات شخصیت معنادار است؟

۳- بیشترین نشانگان بالینی در افراد اقدام‌کننده به پرخاشگری در مکانهای عمومی کدام‌ها هستند و آیا تفاوت این گروه با گروه غیر اقدام‌کننده در نشانگان بالینی معنادار است؟

روش

در این تحقیق از روش تحقیق توصیفی (غیرآزمایشی) استفاده شد. جامعه آماری پژوهش افرادی بودند که در مکان‌های عمومی شهر سنندج از جمله خیابان‌ها، بازارچه‌ها و فروشگاه‌ها پرخاشگری می‌کردند و توسط کلانتری‌ها دستگیر و بازداشت می‌شدند و از این جامعه تعداد ۱۰۲ نفر به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. و برای گروه کنترل، دانشجویان و کارکنان دانشگاه بودند که از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی با گروه آزمایش تفاوتی نداشتند. جهت جمع‌آوری داده‌های پژوهش ابزارهای زیر به کار گرفته شدند:

پرسشنامه چند محوری بالینی میلون(MCMI-III)

پرسشنامه میلون یک پرسشنامه خودسنج استاندارد شده شامل ۱۷۵ ماده است که تحت ۲۸

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.4.3]

مقیاس جداگانه و براساس طبقه بندی‌های زیر نمره-گذاری می‌شود: شاخص‌های تغییرپذیری' الگوهای شخصیت بالینی، آسیب شناسی شدید شخصیت' نشانگان بالینی و نشانگان شدید.

مطالعات مربوط به روایی و پایایی MCMI-III نشان می‌دهند که این پرسشنامه به طور کلی یک ابزار روان‌سنجی به خوبی سازمان یافته است. به ویژه اندازه‌های همسانی درونی آن بالا است. ضرایب آلفای مقیاس‌های ۲۰ و ۲۶ بیش از ۸۰٪ و برای مقیاس‌های افسردگی و وسواس به ترتیب بالاتر از ۹۰٪ و پایین‌تر از ۶۶٪ است. همچنین برای این پرسشنامه ضرایب پایایی بازآزمایی بالایی با میانه ۹۱٪ گزارش شده است و برای روایی نمره برش ۷۵، نرخ تشخیصی درست بالا یعنی ۹۰/۴٪ برای مقیاس پرخاشگر- منفعل و نرخ تشخیصی درست پایین یعنی ۶۱/۳٪ برای مقیاس اجتنابی را سبب شده است. وقتی از نمره برش سخت تر ۸۵ استفاده شد، نرخ‌های تشخیصی درست تا اندازه‌ای افزایش یافت: حداکثر ۹۷/۸٪ (پرخاشگر- منفعل) و حداقل ۷۴/۸٪ (وابسته) (مارنات، ترجمه شریفی، نیکخو، ۱۳۸۴).

پرسشنامه خودساخته جمعیت شناختی

پرسشنامه جمعیت شناختی شامل مواردی از قبیل سن، جنس، تحصیلات، تأهل، شغل، فصل و زمان اقدام به پرخاشگری، مکان هایی که افراد در آن جا پرخاشگری کرده بودند، سوابق بیمار و غیره بود. سپس داده‌ها با کمک آمارهای توصیفی و تحلیل واریانس چند متغیره توسط spss-16 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

از نظر ویژگی های جمعیت شناختی، ۵۷/۸ افراد اقدام‌کننده به پرخاشگری، ۲۵-۱۵ سال، ۴۰/۳، ۳۵-۲۶ سال و ۲ درصد بالاتر از ۳۵ سال بودند. ۸۵/۳ مرد، و ۱۴/۷ زن، ۶۱/۸ مجرد، ۳۳/۳ متأهل، و ۴/۹ مطلقه بودند. از نظر وضعیت تحصیلی، ۱۴/۷ سیکل، ۲۰/۶ دیپلم، ۶۴/۷ فوق دیپلم و بالاتر بودند. ۶۵/۷ شاغل و ۳۴/۳ بیکار بودند. ۴۷/۱ ساکن حاشیه شهر، ۲۴/۵ ساکن مرکز شهر و ۲۸/۴ ساکن بالا شهر بودند. ۴۵/۱ در فصل تابستان، ۳۵/۲ در بهار، ۷/۸ در زمستان و ۱۱/۷ در پاییز مرتکب پرخاشگری در مکان های عمومی شده بودند که بیشترین زمان های وقوع به ترتیب در عصر (۵۶/۹)، صبح (۱۹/۶)، شب (۱۱/۸) و ظهر (۱۱/۸) بوده است. ۱۴/۷ سابقه بیماریهای روانپزشکی، ۱۵/۷ سابقه بیماریهای جسمی، ۸۴/۳ سابقه پرخاشگری قبلی در مکانهای عمومی، ۳۵/۳ سابقه مشاهده پرخاشگری دیگران و ۵۴/۹ سابقه پرخاشگری در میان اعضای خانواده را داشتند. بیشترین مکانهایی که افراد در آن جا اقدام به پرخاشگری کرده بودند، به ترتیب خیابانها (۴۷/۱)، بازارچه‌ها (۲۹/۴) و دیگر مکانهای عمومی (۲۳/۵) بود. پرخاشگری در مردان بیشتر بصورت فیزیکی (۸۸/۵) و در زنان بصورت کلامی (۸۶/۶۷) بود.

جدول ۱ مشخصه‌های آماری آزمودنی‌ها را بر حسب نمره‌های اختلالات شخصیت به تفکیک در مورد دو گروه اقدام‌کننده به پرخاشگری در مکانهای عمومی و غیر اقدام کننده نشان می‌دهد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی اختلالات شخصیت در افراد اقدام‌کننده

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.4.3]

به پرخاشگری در مکان‌های عمومی و افراد غیر اقدام‌کننده

اختلالات شخصیت	افراد اقدام کننده به پرخاشگری	افراد غیر اقدام کننده
	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)
اسکیزوئید	۵۰/۰۱۹۵(۱۶/۲۳)	۳۴/۴۵ (۱۴/۵۸)
اسکیزوتایپال	۴۶/۳۵(۱۸/۱۴)	۲۸/۴۲ (۱۰/۸۶)
پارانوئید	۵۰/۶۲(۱۷/۵)	۳۱/۸۸ (۱۱/۰۵)
خودشیفته	۶۳ (۱۸/۱۵)	۳۷/۴۵ (۱۴/۶۸)
مرزی	۵۲/۲۰ (۱۴/۴۷)	۲۹/۱۸ (۱۰/۷۵)
ضداجتماعی	۵۴/۵۵ (۱۴/۲۰)	۲۷/۴۸ (۸/۰۰)
نمایشی	۷۱/۹۶ (۱۹/۳۳)	۴۳/۰۵ (۱۵/۶۰)
وسواسی_جبری	۵۰/۰۹ (۱۷/۲۹)	۴۹/۱۷ (۱۶/۶۷)
وابسته	۳۹/۱۰ (۱۸/۸۵)	۳۲/۷۳ (۱۴/۷۴)
اجتنابی	۴۷/۱۹ (۱۷/۹۳)	۳۳/۹۸ (۱۴/۳۵)
منفعل_پرخاشگر	۴۷/۶۸ (۱۴/۸۳)	۵۰/۳۰ (۲۱/۵۲)
افسرده	۶۱/۶۵ (۱۶/۵۶)	۴۶/۱۱ (۱۱/۸۰)
سادیسم	۵۳/۶۹ (۱۶/۴۴)	۲۹/۹۲ (۹/۷۸)
مازوخیسم	۴۹/۸۰ (۱۵/۳۱)	۲۵/۳۷ (۷/۲۶)

جدول ۲ مشخصه‌های آماری آزمودنی‌ها را بر حسب نمره‌های نشانگان بالینی به تفکیک در مورد دو گروه اقدام‌کننده به پرخاشگری در مکانهای عمومی و غیر اقدام‌کننده نشان می‌دهد.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نشانگان بالینی در افراد اقدام‌کننده به پرخاشگری در مکانهای عمومی و افراد غیر اقدام‌کننده

اختلالات شخصیت	افراد اقدام‌کننده به پرخاشگری	افراد غیر اقدام‌کننده
	میانگین(انحراف معیار)	میانگین(انحراف معیار)
اضطراب	۵۳/۹۴ (۱۶/۲۷)	۴۳/۵۴ (۱۲/۳۷)
شبه جسمانی	۵۱/۴۵ (۱۶/۴۵)	۵۰/۵۴ (۱۶/۹۶)
شیدایی	۴۸/۴۰ (۱۳/۴۱)	۲۹/۹۱ (۱۲/۵۲)
افسرده خویی	۶۱/۸۸ (۱۴/۹۱)	۴۵/۱۷ (۱۲/۷۶)
وابستگی به الکل	۴۹/۸۲ (۱۷/۷۷)	۲۳/۴۴ (۶/۸۰)
وابستگی به مواد	۴۷/۹۳ (۲۵/۴۷)	۲۳/۲۳ (۷/۵۱)
استرس پس از سانحه	۴۲/۹۷ (۲۰/۱۸)	۴۴/۱۱ (۱۶/۳۷)
اختلال فکر	۵۵/۹۱ (۱۴/۷۲)	۳۲/۲۶ (۸/۵۹)
افسردگی اساسی	۵۵/۶۱ (۱۴/۶۴)	۳۵/۸۷ (۱۲/۳۶)
اختلال هذیان	۴۰/۶۳ (۱۶/۳۲)	۲۲/۴۵ (۶/۰۹)

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره اختلالات شخصیت در جدول ۳ نشان داده شده است. براساس داده‌های این جدول تفاوت دو گروه در همه اختلالات شخصیت بجز وسواسی جبری و منفعل پرخاشگر معنادار است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.4.3]

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره اختلالات شخصیت در افراد اقدام‌کننده به پرخاشگری و غیر اقدام‌کننده

اختلالات شخصیت	MS	df	F	Sig
اسکیزوئید	۱۱۵۸۲,۰۸۷	۱	۴۸,۳۰۷	.۰۰۰
اسکیزوتایپال	۱۵۳۷۲,۲۲۹	۱	۶۶,۷۴۲	.۰۰۰
پارانوئید	۱۶۷۸۸,۵۸۰	۱	۷۶,۱۷۲	.۰۰۰
خودشیفته	۳۱۱۹۸,۵۴۸	۱	۱۱۲,۹۵۱	.۰۰۰
مرزی	۲۵۳۳۰,۲۰۱	۱	۱۵۲,۹۶۸	.۰۰۰
ضداجتماعی	۳۵۰۳۶,۱۰۹	۱	۲۵۵,۲۵۱	.۰۰۰
نمایشی	۳۹۹۴۷,۹۲۹	۱	۱۲۷,۷۲۲	.۰۰۰
وسواس_جبری	۴۰,۴۹۲	۱	۰,۱۴۰	۰,۷۰۹
وابسته	۱۹۴۲,۸۳۱	۱	۶,۶۷۸	۰,۰۱۱
اجتنابی	۸۳۳۹,۹۲۷	۱	۳۱,۱۷۵	.۰۰۰
منفعل_پرخاشگر	۳۲۹,۶۳۴	۱	۰,۹۷۸	۰,۳۲۴
افسرده	۱۱۵۵۴,۸۶۶	۱	۵۴,۷۶۰	.۰۰۰
سادیسم	۲۷۰۲۳,۴۴۵	۱	۱۴۳,۳۱۶	.۰۰۰
مازوخیسم	۲۸۵۲۶,۶۸۳	۱	۱۹۰,۹۸۷	.۰۰۰

p≤0/05

نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشانگان بالینی در جدول ۴ نشان داده شده است. براساس داده های این جدول تفاوت دو گروه در همه نشانگان بالینی بجز شبه جسمانی و اختلال استرس پس از سانحه معنادار است.

جدول ٤: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشانگان بالینی در افراد اقدام‌کننده به پرخاشگری و غیر اقدام‌کننده

نشانگان بالینی	MS	df	F	Sig
اضطراب	۵۱۶۸,۱۵۱	۱	۲۴,۳۱۸	.۰۰۰
شبه جسمانی	۳۹,۲۹۳	۱	۰,۱۴۱	۰,۷۰۸
شیدایی	۱۶۳۴۷,۶۴۵	۱	۹۶,۶۲۴	.۰۰۰
افسرده خویی	۱۳۳۴۱,۷۳۵	۱	۶۸,۵۵۷	.۰۰۰
وابستگی به الکل	۳۳۲۷۰,۶۲۱	۱	۱۷۵,۳۹۵	.۰۰۰
وابستگی به مواد	۲۹۱۶۵,۲۹۷	۱	۷۸,۵۰۵	.۰۰۰
استرس پس از سانحه	۶۲,۱۹۴	۱	۰,۱۸۲	۰,۶۷۰
اختلال فکر	۲۶۷۳۱,۵۲۲	۱	۱۷۸,۳۹۹	.۰۰۰
افسردگی اساسی	۱۸۶۳۰,۷۳۵	۱	۱۰۰,۳۳۱	.۰۰۰
اختلال هذیانی	۱۵۸۰۵,۵۷۹	۱	۹۹,۳۶۰	.۰۰۰

p≤0/05

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.4.3]

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اختلالات شخصیت و نشانگان بالینی در افراد اقدام‌کننده به پرخاشگری در مکانهای عمومی شهر سنندج بود. در رابطه با سؤال اول پژوهش که بیشترین اختلالات شخصیت در افراد اقدام‌کننده به پرخاشگری در مکانهای عمومی کدام‌ها هستند و آیا تفاوت این گروه با گروه غیر اقدام‌کننده در اختلالات شخصیت معنادار است؟ یافته‌ها نشان داد بیشترین اختلالات شخصیت در افراد پرخاشگر به ترتیب اختلال شخصیت نمایشی و اختلال شخصیت خودشیفته بود که کولاسانتی نیز مطرح کرده است که بیشترین اختلال شخصیت در افراد پرخاشگر، اختلالات شخصیت دسته B می‌باشد که شامل اختلال شخصیت خودشیفته، مرزی، ضداجتماعی و نمایشی است (۲۰۰۸) و سپس اختلال شخصیت افسرده بود. دیگر اختلالات شخصیت به ترتیب عبارت بودند از: اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلال شخصیت سادیستی، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت پارانوئید، اختلال شخصیت وسواسی- جبری، اختلال شخصیت اسکیزوئید، اختلال شخصیت مازوخیستی و اختلال شخصیت منفعل- پرخاشگر بود. اما کم ترین اختلالات شخصیت به ترتیب، اختلال شخصیت وابسته، اختلال شخصیت اسکیزوتایپال و اختلال شخصیت اجتنابی بود. اگر چه اختلال شخصیت ضداجتماعی از لحاظ فراوانی، چهارمین اختلال شخصیت در افراد اقدام‌کننده به پرخاشگری در مکان‌های عمومی است اما در این اختلال، پرخاشگری یک مشکل بزرگ جامعه است که در زنان ۷,۲ و در مردان ۱۲,۱ است (هالر، مکیس، هالاس و تاس، ۲۰۰۵).

در رابطه با تفاوت دو گروه یافته‌ها نشان داد که به جز اختلال شخصیت وسواسی- جبری و منفعل- پرخاشگر، بین دیگر اختلالات شخصیت و پرخاشگری در مکان‌های عمومی رابطه معنی دار وجود دارد. که در مطالعات قبلی اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت مرزی بیشتر از دیگر اختلالات شخصیت مرتبط با پرخاشگری شناخته شده‌اند (لین برگ و دیگران، ۲۰۰۹؛ هووارد، هوباند، دوجان و مانیون، ۲۰۰۸؛ اسکات و رسنیک، ۲۰۰۶؛ نیو و دیگران، ۲۰۰۹؛ کوماری و دیگران، ۲۰۰۹) هالر و کرک نیز مطرح کرده‌اند که در میان اختلالات شخصیت، اختلال شخصیت ضداجتماعی که در مردان ۶ برابر زنان می‌باشد و اختلال شخصیت مرزی که در زنان ۸ برابر مردان می‌باشد، ارتباط مثبتی با پرخاشگری دارند هر چند که این نشانه (پرخاشگری) در بسیاری از بیماران وجود ندارد. برای مثال تنها نصف افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضداجتماعی، پرخاشگر هستند (۲۰۰۶) بنابراین می‌توان گفت که اگر چه ارتباط بین اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت مرزی با پرخاشگری معنی دار است اما از لحاظ فراوانی که در قسمت یافته‌های توصیفی مطرح شد، اختلال شخصیت ضداجتماعی چهارمین و اختلال شخصیت مرزی ششمین اختلال شخصیت در افراد اقدام‌کننده به پرخاشگری در مکان‌های عمومی هستند.

یکی از اختلالات شخصیت که ارتباط بالایی با پرخاشگر داشت اختلال شخصیت خودشیفته بود و از لحاظ فراوانی دومین اختلال شخصیت در افراد پرخاشگر بود. پژوهش‌های قبلی نیز به این نتیجه رسیده‌اند که شخصیت خودشیفته تا حد زیادی به وسیله عزت نفس پایین و بی ثبات مشخص می‌شود

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.4.3]

و شخصیت خودشیفته و عزت نفس پایین در پرخاشگری نقش دارند و می‌توانند پیش‌بینی‌کننده پرخاشگری باشند (واشبورن و دیگران، ۲۰۰۳) و این افراد از پرخاشگری به عنوان وسیله‌ای جهت بالا بردن عزت نفس شان استفاده می‌کنند (کال و لیلین فلد، ۲۰۰۶). از این سؤال پژوهش به این نتیجه مهم می‌رسیم که با توجه به ارتباط شدید اختلالات شخصیت با پرخاشگری، در مداخلات روانشناختی برای اختلالات شخصیت باید بر بهبود رفتارهای مسئله‌دار از جمله پرخاشگری تأکید شود که مطالعات قبلی نیز به این نتیجه رسیده‌اند (دافرن، هوولس، ۲۰۰۹).

در رابطه با سؤال دوم پژوهش که بیشترین نشانگان بالینی در افراد اقدام‌کننده به پرخاشگری در مکانهای عمومی کدام‌ها هستند و آیا تفاوت این گروه با گروه غیر اقدام‌کننده در نشانگان بالینی معنادار است؟ یافته‌ها نشان داد بیشترین نشانگان بالینی در افراد اقدام‌کننده به پرخاشگری در مکانهای عمومی به ترتیب افسرده خویی، اختلال فکر و افسردگی اساسی، و کم ترین نشانگان بالینی به ترتیب، اختلال هذیانی، اختلال استرس پس از سانحه و وابستگی به مواد بود. دیگر نشانگان بالینی به ترتیب، اضطراب، اختلال شبه جسمانی، وابستگی به الکل و اختلال شیدایی بود. یافته‌ها نشان می‌دهد تفاوت دو گروه در افسرده خویی، افسردگی اساسی، شیدایی و اضطراب معنادار است و این نتیجه همخوان با نتایج پژوهش‌های قبلی می‌باشد که مطرح کرده‌اند اختلالات خلقی از جمله اختلال افسردگی و اختلال دو قطبی از عوامل پیش‌بینی‌کننده پرخاشگری هستند (جورک، دویری و مولر، ۱۹۹۷؛ هالر، مکیس، هالاس و تاس، ۲۰۰۵؛ هالر، کرک، ۲۰۰۶؛ باکلی، پالسن و بریچ، ۲۰۰۷؛ برانچی، برانچی، شاو و لیبر، ۱۹۸۴) و بیمارانی که علاوه بر اختلال دوقطبی، اختلال شخصیت از جمله اختلال شخصیت مرزی دارند، در مقایسه با بیمارانی که فقط اختلال دو قطبی دارند، پرخاشگرتر و تکانش‌گرتر هستند (کارپنیلو و دیگران، ۲۰۱۰). در شیدایی تحریک و پرخاشگری ویژگی‌های بالقوه خطرناک و مخربی می‌باشد موقعی که حمله مانیا را تجربه می‌کنند، زمانی که بیماران سطح انرژی‌شان بالا می‌رود و نیاز به خواب در آن‌ها کاهش می‌یابد (باکلی، پالسون و برچر، ۲۰۰۷).

براساس پژوهش‌های قبلی نیز سطح اضطراب بالا در مردان می‌تواند منجر به پرخاشگری شود اما در زنان این گونه نیست (مارسی، ویمس و تایلور، ۲۰۰۸) و ارتباط بین اضطراب و پرخاشگری در زنان ضعیف تر از ارتباط بین افسردگی و پرخاشگری می‌باشد (جورک، دویری و مولر، ۱۹۹۷). در مورد اختلال استرس پس از سانحه نیز بر خلاف یافته‌های این پژوهش، که تفاوت دو گروه معنادار نبود، یافته‌های قبلی به این نتیجه رسیده‌اند که بین اختلال استرس پس از سانحه و پرخاشگری ارتباط وجود دارد و در میان نوجوانان دختری که پرخاشگری بالایی دارند، نشانه شناسی استرس پس از سانحه و خودکشی بالا می‌باشد (نوحی و دیگران، ۱۳۸۵؛ هامرلینک و دیگران، ۲۰۰۸).

در رابطه با اختلال هذیانی و اختلال فکر نیز تفاوت دو گروه معنادار بود اما پژوهش‌های قبلی در مورد ارتباط بین اختلالات سایکوتیک و پرخاشگری به نتایج متفاوتی دست یافته‌اند مثلا در بعضی از پژوهش‌ها به این نتیجه رسیده‌اند که در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی علائم مثبت سایکوتیک از جمله هذیان‌ها و توهم‌ها ممکن است منجر به پرخاشگری شود (هالر، مکیس، هالاس و

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.4.3]

تاس، ۲۰۰۵؛ هالر، کرک، ۲۰۰۶؛ کوماری و دیگران، ۲۰۰۹) که ارتباط بین هذیان‌ها و پرخاشگری قوی‌تر از ارتباط بین توهم‌ها و پرخاشگری می‌باشد (جورکلی، ۱۹۹۵.، دافرن و هاولس، ۲۰۰۹). اما در بعضی دیگر از پژوهش‌ها با این نتیجه رسیده‌اند که اختلال سایکوتیک در مقایسه با دیگر اختلالات روانپزشکی از جمله اختلالات شخصیت، افسردگی و اختلال دوقطبی، خطر پرخاشگری و خشونت را افزایش نمی‌دهد (کلاسانتی و دیگران، ۲۰۰۸؛ اسکات، رسنیک، ۲۰۰۶).

در رابطه با مصرف الکل و مواد مخدر یافته‌های پژوهش حاضر نشانگر تفاوت بین دو گروه بود، همسو با پژوهش‌های قبلی بود که مطرح کرده‌اند مصرف الکل و مواد مخدر می‌تواند منجر به رفتارهای پرخاشگرانه شود (آبراسن، لومان و آندرسون، ۲۰۰۰؛ اسکات، رسنیک، ۲۰۰۶؛ شر و دیگران، ۲۰۰۵؛ برنچی، برنچی، شاو و لیبر، ۱۹۸۴ مولر و دیگران، ۱۹۹۷.، مولر، ۲۰۰۲.، دافرن و هاولس، ۲۰۰۲؛ جرا و دیگران، ۲۰۰۴) و حتی در بعضی از مطالعات مطرح کرده‌اند که اگر مصرف مواد همراه با اختلالات شخصیت باشد، پرخاشگری بالاتر است مثلا مولر و دیگران مطرح کردند که اگر در افرادی که معتاد به کوکائین هستند، اختلال شخصیت ضداجتماعی هم داشته باشند، پرخاشگرتر و تکانش گرتر از افرادی هستند که یا وابسته به کوکائین هستند و یا اختلال شخصیت ضداجتماعی دارند(۲۰۰۲).

که از دلایل رابطه بین مصرف الکل و پرخاشگری می‌توان به دلایل زیر اشاره کرد:

۱- الکل ممکن است پرخاشگری را به وسیله اثر آسیب پذیری شخصیت از قبیل وضعیت خلق منفی، تمایلات بالای پرخاشگری یا انتظارات فردی که مصرف الکل پرخاشگری را افزایش می‌دهد، تحت تأثیر قرار دهد.

۲- الکل به وسیله تخریب کارکرد شناختی از جمله به وسیله آسیب فرآیند شناختی، استدلال انتزاعی، توانایی‌های برنامه‌ریزی و خودپایی، تأثیرات مستقیمی بر فرد می‌گذارد.

۳- تأثیرات الکل می‌تواند به وسیله تأثیرات زمینه‌ای که احتمال پرخاشگری را افزایش یا کاهش می‌دهند، مثلاً موقعیت‌های عمومی در مقابل موقعیت‌های خصوصی، دریافت تهدید یا تحریک، فشار اجتماعی و انواع ارتباطات از جمله ارتباط با والدین، دوستان و غریبه‌ها، تعدیل شود (مارسوس، ۲۰۰۷).

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر اختلالات شخصیت و نشانگان بالینی عوامل خطری برای اقدام به پرخاشگری در مکانهای عمومی و حتی جنایتهای خطرناک‌تر می‌باشند بنابراین بهتر است مراکز درمانی از جمله بیمارستانهای روانپزشکی و کلینیک‌های مشاوره، با توجه به سوابق مبتلای افراد به بیماریهای روانپزشکی، روانشناسان فعال در کلانتری‌ها با توجه به سابقه دستگیری و اقدام‌های قبلی پرخاشگری افراد، اختلالات شخصیت و نشانگان بالینی افراد اقدام‌کننده به پرخاشگری در مکانهای عمومی مدنظرشان باشد و در جهت درمان آنها اقدامات اساسی انجام بدهند. همچنین مدارس و دیگر مراکز آموزشی از همان دوران کودکی سعی در ارائه آموزشهای لازم راهبردهای صحیح مقابله و ارتقا سطح سلامت روان افراد نمایند.

تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر به دیگر شرایط اجتماعی- فرهنگی به جز شهرستان سنندج باید با احتیاط صورت پذیرد. انجام پژوهش با نمونه‌های

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.4.3]

بالینی مختلف در دیگر فرهنگ‌ها می‌تواند به غنا و اعتبار یافته‌های این حوزه بیافزاید.

تشکر و قدردانی

از مسئولان معاونت اجتماعی و کلانتری‌های شهرستان سنندج، که اجازه انجام این پژوهش را دادند، از افرادی که در پژوهش شرکت کردند، و همچنین از مؤسسه پژوهشهای روانشناختی و آسیبهای اجتماعی (پروا) که از این پژوهش حمایت مالی کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

Abracen, J., Looman, J., & Anderson, D. (2000). Alcohol and drug abuse in sexual and nonsexual violent offenders. Sexual abuse: *A Journal of Research and Treatment*, 11, 4,263-274

Arregi, A., Azpiroz, A., Fano, E., &Garmendia, L. (2006). Aggressive behavior: Implications of dominance and subordinationfor the study of mental disorders. Aggression and Violent Behavior, 11, 394–413.

Bjork, J. M., Dougherty, D. M., &Moeller, F. G. (1997). A positive correlation between self-ratings of depression and laboratory-measured aggression. Psychiatry Research, 69, 33-38.

Branchey, L., Branchey, M., Shaw, S., &Limber, C. S. (1984). Depression, Suicide, and Aggression in Alcoholics and Their Relationship to Plasma Amino Acids. Psychiatry Research, 12,219-226.

Buckley, P. F., Paulsson, B., &Brecher, M. (2007). Treatment of agitation and aggression in bipolar mania:Efficacy of quetiapine. Journal of Affective Disorders, 100, S33–S43.

Cale, E. M., Lilienfeld, S. O. (2006). Psychopathy factors and risk for aggressive behavior: A threatened egotism" hypothesis. *Law and Human Behavior*, 30, 1, 51-74.

Carpiniello, B., Lai, L., Pirarba, S., Sardu, C., &Pinna, F. (2010). Impulsivity and aggressiveness in bipolar disorder with co-morbid borderlinepersonality disorder. Psychiatry Research, xxx, xxx–xxx.

Chisholm, J. F. (1998). Understanding violence in the school: Moral and Psychological Factors. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 7, 2, 137-157.

Colasanti, A., et al. (2008). Psychiatric diagnosis and aggression before acut hospitalization.European Psychiatry, 23, 441- 448.

Craig, K. M. (2002). Examining hate-motivated aggression: A review of the social psychological literature on hate crimes as a distinct form of aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 85-101.

Daffern, M., &Howells, K. (2002). Psychiatric inpatient aggressionA review of structural and functional assessment approaches. Aggression and Violent Behavior, 7, 477–497.

Daffern, M., &Howells, K. (2009). The Function of Aggression in Personality Disordered Patients. Journal of interpersonal violence, 24, 586.

García-Forero, C., Gallardo-Pujol, D., Maydeu-Olivares, A., &Andrés-Pueyo, A. (2009). Disentangling impulsiveness, aggressiveness and impulsiveaggression: An empirical approach using self-report measures. Psychiatry Research, 168, 40–49.

Gascon, S., Martinez-Jarreta, B., Gonzalez-Andrade, J.F., Santed, M. A. (2009). Aggression towards health care workers in spain: A multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *InternationalJournal of Occupational and Environmental Health*, 15, 7-29.

Gerra, G., & et al. (2004). Aggressive responding in abstinent heroin addicts:neuroendocrine and personality correlates. Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 28, 129– 139.

Groth-Marnat, G. (2003*). Handbook of psychological assessment, Fourth edition. New York: John Wiley & Sons.*

Haller, J., & Kruk, M. R. (2006). Normal and abnormal aggression: human disorders and novel laboratory models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 30*, 292–303.

Haller, J., Mikics, E., Halász, J., &Tóth, M. (2005). Mechanisms differentiating normal from abnormal aggression:Glucocorticoids and serotonin. European Journal of Pharmacology, 526, 89–100.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.4.3]

Hamerlynck, S. M. J. J., Doreleijers, T. A. H., Vermeiren, R., Jansen, L. M. C., &Cohen-Kettenis, P. T. (2008). Aggression and psychopathology in detained adolescent females. Psychiatry Research, 159, 77–85.

Hemphill, J. F., Hare, R. D., & Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism: A review. *Legal and Criminological Psychology,* 3, 139-170.

Huward, R., Huband, N., Duggan, C., & Mannion, A. (2008). EXPLORING THE LINK BETWEEN PERSONALITY DISORDER AND CRIMINALITY IN ACOMMUNITY SAMPLE. Journal of Personality Disoders, 22, 589-604.

Kumari, V., Das, M., Taylor, P. J., Barkataki, I., Andrew, C., Sumich, A., Williams, S.C.R., FFytche, D.H. (2009). Neural and behavioural responses to threat in men with a history of serious violence and schizophrenia or antisocial personality disorder. *Schizophrenia Research*, 110, 47-58.

Lindberg, N., & et al. (2009). Female impulsive aggression: A sleep research perspective. International Journal of Law and Psychiatry, 32, 39–42.

Littrell , K. H., Littrell, S.H. (1998). Understanding of violence and aggression: Assessment and treatment. *J Psychosoc Nurse Ment HealthServe*, 36, 18-24.

Maier, G. J. (1999). The Aggressive patient / inmate: Beyond denial. *Psychiatric Quarterly*, 70, 3, 199-208.

Marcus, R. F. (2007). Aggression and Violence in Adolescence. New York, Cambridge University.

Marsee, M. A., Weems, C. F., Taylor, L. K. (2008). Exploring the association between aggression and anxiety in youth: A Look at Aggressive Subtypes, Gender, and Social Cognition. *J Child Fam Stud*, 17, 154-168.

McEllistrem, J. E. (2004).Affective and predatory violence: A bimodal classificationsystem of human aggression and violence, Aggression and Violent Behavior, 10, 1–30.

Moeller, F. G., & et al. (1997). Antisocial personality disorder and aggression in recently abstinent cocaine dependent subjects. Drug and Alcohol Dependence 44, 175-182.

Moeller, F. G., & et al. (2002). Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent ofantisocial personality disorder and aggression. Drug and Alcohol Dependence, 68, 105-111.

Moeller, F. G., & et al. (2002). Increased impulsivity in cocaine dependent subjects independent ofantisocial personality disorder and aggression. Drug and Alcohol Dependence, 68, 105-111.

New, A. S., & et al. (2009). Laboratory Induced Aggression: A Positron EmissionTomography Study of Aggressive Individuals withBorderline Personality Disorder. BIOL PSYCHIATRY, 66, 1107–1114.

Nohi, S. (2004). Relationship between aggression and the severity of PTSD. Medical Journal Beheshti Universiy. 11(50): 95-99.

Nyberg, J. M., Vekovischeva, O., & Sandnabba, K. (2003). Anxiety profiles of mice selectively bred for intermale aggression. *Behavior Genetics*, 33, 5, 503-511.

Raja, M., Azzoni, A., Lubich, L. (1997). Aggressive and violent behavior in a population of psychiatric inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 32,428-434.

Roberts, J. C. (2009). Bouncers and barroom aggression: A review of the research. Aggression and Violent Behavior, 14, 59-68.

Salekin, R. T., Rogers, R.,&Sewell, K. W. (1996).Areview andmeta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist—Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology:Science and Practice*, 3, 203–215

Scott, C. L., Resnick, P. J. (2006). Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggression and Violent Behavior,* 11, 598-611.

Scott, C. L., Resnick, P. J. (2006).Violence risk assessment in persons with mental illness.*Aggression and Violent Behavior, 11*, 598-611.

Sher, L., & et al. (2005). The relationship of aggression to suicidal behavior indepressed patients with a history of alcoholism. Addictive Behaviors, 30, 1144–1153.

Simourd, D. J., & Hoge, R. D. (2000). Criminal psychopathy: A risk-and-need perspective. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 256–272.

Steinert, T., Sippach, T., Gebhardt, R. (2001). How common is violence in schizophrenia despiteneuroleptic

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.4.3]

treatment? *Pharmacopsychiatry* 33, 98–102.

Stewart, S. M. (2007). An Integrative framework of workplace stress and aggression. *The Business Review, Cambridge. Hollywood*, 8, 1, 223-233.

Washburn, J. J., Mcmahon, S.D., King, C. A., Reinecke, M. A., & Silver, C.(2003). Narcissistic features in young adolescents: Relations to aggression and internalizing symptoms. *JYouth and Adolescence*, 33, 3, 247-260.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-11]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1393.1.3.4.3]