

مقایسه ویژگی‌های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معتادان با و بدون افکار خودکشی

محمدعلی محمدی‌فر^۱، الهه زارعی مته کلایی^۲، محمود نجفی^۳، محمود منطقی^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۳/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۹/۰۱

چکیده

هدف: مطالعه حاضر با هدف مقایسه ویژگی‌های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معتادان با و بدون افکار خودکشی انجام شد. **روش:** این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای است. نمونه این پژوهش ۳۰۰ نفر از معتادان مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر سمنان بود که با توجه به ملاک‌های ورود به این پژوهش براساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و بر اساس نمرات افکار خودکشی در دو گروه با و بدون افکار خودکشی قرار گرفتند. در این پژوهش از سه پرسشنامه افکار خودکشی، پرخاشگری باس و پری و پرسشنامه شخصیت مرزی استفاده شد. **یافته‌ها:** ویژگی‌های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معتادان خودکشی‌گرا بالاتر از معتادان غیر خودکشی‌گرا بود. **نتیجه‌گیری:** غربالگری و شناسایی معتادانی که در آنها ویژگی‌های پرخاشگری و شخصیت مرزی بالا است برای پیشگیری از خودکشی ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه‌ها: خودکشی، شخصیت مرزی، پرخاشگری

۱. نویسنده مسؤول: استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه سمنان. پست الکترونیک: alimohammadyfar@yahoo.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان

۳. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان

۴. مدرس مرکز علمی کاربردی بهزیستی سمنان

مقدمه

مطالعات مربوط به خودکشی طیف رفتار خودکشی را بررسی می‌کنند که دارای دامنه‌ای از فکر خودکشی، تهدید به خودکشی و اقدام به خودکشی تا خودکشی کامل است. بنا به تعریف افکار خودکشی به افکار مربوط به آرزوی مردن، برنامه‌ریزی برای زمان و مکان و نحوه خودکشی و اثر آن بر دیگران اطلاق می‌شود و یا این که افکار خودکشی به عنوان یک پاسخ مثبت به این سؤال است که آیا شما فکر گرفتن زندگی خود را دارید حتی اگر شما واقعا نخواهید این کار را انجام دهید؟ خودکشی موفق نیز عبارت است از گرفتن جان خویش به دست خویشتن، در صورتی که آسیب منجر به مرگ شود خودکشی موفق نامیده می‌شود و اگر منجر به مرگ نشود اقدام به خودکشی تلقی می‌شود (علیزاده اصلی، فرقانی رامندی، علیرضایی، علیخانی و قدیری، ۱۳۹۰؛ گانل، هاربرد، سینگلتن، جنکینز و لويس^۱، ۲۰۰۴). هزینه‌های خودکشی نه تنها از دست دادن زندگی است بلکه استرس‌های جسمی و روانی را بر اعضای خانواده و دوستان تحمیل می‌کند سایر هزینه‌ها مربوط به منابع عمومی می‌شود به این صورت که افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند اغلب نیاز به کمک از جانب سازمان‌های روانپزشکی و مراقبت‌های بهداشتی دارند. بنابر گفته سازمان بهداشت جهانی تخمین زده شده که در سال ۲۰۲۰ و بر اساس روند کنونی حدود ۱/۵۳ میلیون نفر بر اثر خودکشی جان خود را از دست خواهند داد و مردم سراسر جهان ۱۰ تا ۲۰ برابر بیشتر اقدام به خودکشی خواهند داشت، این برآوردها به طور متوسط نشان دهنده یک مورد مرگ در هر ۲۰ ثانیه و یک تلاش در هر ۱ تا ۲ ثانیه است (گوین و اپتر^۲، ۲۰۱۲). در رابطه با خودکشی یکی از سؤالاتی که به مدت طولانی باعث حیرت متخصصان شده بود، این بود که چرا افراد خاصی خودکشی می‌کنند در حالی که دیگران با مشکلات مشابه آنها اقدام به خودکشی نمی‌کنند؟ در طول چند دهه گذشته و به طور روزافزونی آشکار شده است که افرادی که اقدام به خودکشی می‌کنند یک استعداد خاص فردی دارند با این حال رابطه بین این استعداد که به وسیله عوامل بیولوژیکی فرد توصیف می‌شود با خودکشی مستقیم نیست، بلکه به نظر می‌رسد

که تعدادی عوامل واسطه این رابطه هستند، این عوامل خطرزا بالینی و جمعیت شناختی هستند (تورکی^۱، ۲۰۰۵). میزان بالای خودکشی و اقدام به آن سبب شده تا پژوهشگران عوامل مرتبط با اقدام به خودکشی را مورد بررسی قرار دهند، یکی از این عوامل پرخاشگری است. مطالعات اپیدمیولوژیک چندگانه، بالینی، گذشته‌نگر، آینده‌نگر و مطالعات مربوط به خانواده یک ارتباط قوی بین پرخاشگری و خودکشی را شناسایی کردند و همچنین نشان داده شده که ساختارهای مرتبط با پرخاشگری و تکانشگری خطر اضافه برای خودکشی در میان مصرف کنندگان مواد است (گوین و اپتر، ۲۰۱۲؛ شر^۲، ۲۰۰۶). پرخاشگری یکی از حوزه‌هایی است که به عنوان پاسخ رفتاری در برابر تهدید درک شده در نظر گرفته می‌شود (نیازی و آدیل^۳، ۲۰۰۸). در این زمینه پژوهشگرانی همچون موسوی، کرامتیان، مراسی و فولادی^۴ (۲۰۱۲)؛ کرو کاپالدی^۵ (۲۰۱۰)؛ لگن و همکاران^۶ (۲۰۰۹)؛ زانگ و همکاران^۷ (۲۰۱۲)؛ هیندوجا و پاتچین^۸ (۲۰۱۰)؛ فایت، استاپل بین، گرینینگ و پردی^۹ (۲۰۱۱) به این نتیجه رسیدند که پرخاشگری، خشم و خصومت به طور معناداری با خودکشی و افکار خودکشی ارتباط دارند.

یکی دیگر از عوامل خطرزایی که در بروز خودکشی نقش دارد اختلالات روانی است. اختلالات روانی و بویژه اختلالات محور دو نقش مهمی را در رفتار خودکشی بازی می‌کند. در حال حاضر، تخمین زده شده است که بیش از ۳۰ درصد افرادی که به علت خودکشی جان خود را از دست می‌دهند، دچار اختلال شخصیت هستند (اولدهام^{۱۰}، ۲۰۰۶). به نظر می‌رسد که اختلالات شخصیت فراتر از خودکشی موجب اتفاقات دیگری نیز می‌شود که به نوبه خود بر خودکشی تأثیر می‌گذارد مثل از دست دادن حمایت اجتماعی، رویدادهای منفی مکرر، مراقبت بهداشتی ضعیف و همچنین به نظر می‌رسد که اختلالات محور دو با رفتارهای تکانشگری و پرخاشگری بیشتری مرتبط است (ناباکو دی آبريو، لافر، باکا-گراسیا و اُکوئندو^{۱۱}، ۲۰۰۹). در این زمینه پژوهشگرانی چون لیونگک، لای، یو و فو^{۱۱}

1. Turocki
2. Sher
3. Niazi & Dil
4. Kerr & Capaldi
5. Ligen
6. Zhang
7. Hinduja & Patchin
8. Fite, Stopplbein, Greening & Preddy
9. Oldham
10. Nabaco De Abreu, Lafer, Baca-Garcia & Oquendo
11. Leung, Lai, You & Fu

(۲۰۱۲)؛ سولوف، لینچ، کلی، مالون و مان^۱ (۲۰۰۰)؛ سگال، مارتی، می‌یر و کولدیج^۲ (۲۰۱۲)؛ بلک، بلوم، پفوھی و هال^۳ (۲۰۱۲)؛ شارپ^۴ و همکاران، (۲۰۱۲)؛ نتا، ایزال، دورون، می‌آیر و آلان^۵ (۲۰۰۳)؛ سلطانی نژاد و همکاران (۲۰۱۳) به این نتیجه رسیدند که اختلال شخصیت مرزی و ویژگی‌های آن همچون ناامیدی، تکانشگری، بی‌ثباتی عاطفی و آشفتگی‌های بین فردی به طور معناداری با خودکشی و افکار خودکشی و رفتار خود آسیب زنی غیر خودکشی ارتباط دارند.

از دیگر عواملی که در ارتباط با خودکشی مطرح می‌شود اعتیاد است، اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر یکی از موضوعات خاص مورد توجه روان‌شناسان بالینی و روان پزشکیان است چرا که این مسأله عواقب و اثرات منفی زیادی برای جوامع در پی دارد و با مشکلات و پدیده‌های منفی زیادی از جمله خودکشی در ارتباط است. براساس شواهد یکی از دلایل افزایش میزان خودکشی افزایش سوء مصرف مواد مخدر و روان گردان‌ها است. سوء مصرف مواد یکی از عوامل خطر مرتبط با خودکشی به شمار می‌رود و آن چه که مسلم است شیوع بالای مصرف مواد مخدر در بین افراد جامعه سبب اقدام به خودکشی بیشتر در بین آنان و یا خانواده می‌شود (حسینیان مقدم، پژمند و سرجمعی، ۱۳۸۶؛ عاشوری، حبیبی عسگر آباد، ترکمن ملایری و جوان اسمعیلی، ۱۳۸۸؛ بریدج، گلدستین و برنت^۶، ۲۰۰۶). برای جلوگیری از این رخداد ارزیابی مؤثر عوامل خطرزا اقدامی اساسی در پیش‌گیری از خودکشی است که می‌تواند ما را در تصمیم‌گیری صحیح درباره چگونگی حمایت از افراد کمک‌کند (شمس‌علیزاده، افخم‌زاده، محسن‌پور، صالحیان و شمس‌علیزاده، ۱۳۹۰). علاوه بر این بررسی مسأله مصرف مواد و گرایش به خودکشی از آن جهت مهم است که ارتباط تنگاتنگی با سلامت روان افراد دارد (ترقی‌جاه و نجفی، ۱۳۸۷). بنابراین، با توجه به سیر رو به افزایش خودکشی به عنوان یک معضل اجتماعی و خطری برای سلامت روان افراد جامعه و لزومی که در پیش‌گیری از این پدیده وجود دارد و با توجه به این که امر پیش‌گیری فقط با شناسایی عوامل مؤثر بر خودکشی

1. Soloff, Lynch, Kelly, Malone & Mann
3. Black, Blum, Pfohi & Hale
6. Bridge, Goldstein & Brent

2. Segal, Marty, Meyer & Cooldige
5. Netta, Israel, Doron, Meire & Alan

امکان پذیر است و همچنین با نظر به این که سوء‌مصرف مواد یکی از عواملی است که باعث افزایش پدیده خودکشی می‌شود سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین ویژگی‌های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معتادان خودکشی‌گرا و غیر خودکشی‌گرا تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح این پژوهش توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه این پژوهش تمامی معتادان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد سطح استان سمنان بودند که از این میان ۵ کلینیک به تصادف انتخاب شدند. به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰۰ نفر از معتادان با توجه به ملاک‌های ورود به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. این افراد بر اساس نمرات افکار خودکشی به دو گروه تقسیم شدند. ۲۷ درصد کسانی که بالاترین نمره را در افکار خودکشی دریافت کردند با عنوان گروه خودکشی‌گرا و ۲۷ درصد کسانی که پایین‌ترین نمره را دریافت کردند با عنوان گروه غیر خودکشی‌گرا در نظر گرفته شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: مذکر بودن، دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال، عدم وجود حادثه ناخوشایند در چند ماه اخیر، عدم مراجعه به روان‌شناس یا روانپزشک به دلیل مشکل روانی دیگری به جز اعتیاد و اینکه پیشتر از یک ماه از زمان ورود آن‌ها به کلینیک نگذشته باشد. ملاک‌های خروج پژوهش عبارت بودند از: جنسیت مونث، داشتن بیماری جسمی سخت (مثل بیماری قلبی، ایدز، سرطان، مالتیپل اسکروزوز).

ابزار

۱. مقیاس اندیشه خودکشی: این مقیاس توسط محمدی‌فر، حبیبی و بشارت (۱۳۸۴) ساخته و هنجاریابی شده است. دارای ۳۸ گویه بوده که در طیف لیکرت از ۰ تا ۳ به معنای هرگز تا همیشه نمره گذاری می‌شود. این مقیاس ۵ بعد احساس گناه و خود تخریب‌گری، ناامیدی و احساس حقارت، انزوا طلبی و فقدان رابطه، رکود و ایستایی، و افسردگی را

می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ برای این ۵ بعد به ترتیب عبارتند از ۰/۸۳، ۰/۸۴، ۰/۸۰، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ گزارش شده است (پورشرفی و همکاران، ۱۳۹۱).

۲. پرسشنامه ویژگی‌های شخصیت مرزی: این پرسشنامه توسط لیشنرینگ^۱ ساخته شده و برای نمونه‌های بالینی و غیربالینی کاربرد دارد. طیف این پرسشنامه به صورت بله/ خیر است. نمونه اصلی این پرسشنامه ۵۳ گویه دارد. در این پژوهش نسخه ۳۴ سؤالی که محمدزاده و رضایی در ایران روایی‌یابی کردند استفاده شده است. این پرسشنامه ۴ بعد آشفستگی هویت، مکانیزم دفاعی اولیه، واقعیت آزمایی و ترس از صمیمیت را می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ برای این ۴ بعد به ترتیب عبارتند از ۰/۶۳، ۰/۷۴، ۰/۶۶، ۰/۶۲ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰ گزارش شده است (محمدزاده و رضایی، ۱۳۹۰).

۳. پرسشنامه پرخاشگری باس و پری: این پرسشنامه توسط باس و پری ساخته شده است. نمونه اصلی این پرسشنامه ۵۲ سؤال داشت که تعدادی از سؤالات به دلیل ضعف و نارسایی در تحلیل عاملی حذف شد. در نهایت این مقیاس تبدیل به پرسشنامه ۲۹ گویه شد. برای پاسخ‌دهی از طیف لیکرت از ۱ تا ۷ استفاده شده که معادل گزینه‌های "کاملاً متفاوت از من" تا "کاملاً شبیه من" است. این پرسشنامه ۴ بعد پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت را می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ برای این ۴ بعد به ترتیب عبارتند از: ۰/۸۵، ۰/۷۲، ۰/۸۳، ۰/۷۲ و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ گزارش شده است (نقدی، ادیب راد و نورانی پور، ۱۳۸۹).

یافته‌ها

نمونه این پژوهش ۳۰۰ نفر از معناتان مراجعه کننده به کلینیک‌های ترک اعتیاد شهر سمنان بود که از این تعداد ۳۲/۹ درصد مجرد، ۶۱/۷ درصد متأهل و ۵/۴ درصد مطلقه بودند و از لحاظ اشتغال ۵۰/۷ درصد شاغل و ۴۹/۳ درصد بیکار بودند و از نظر تحصیلات ۶/۱ درصد بی‌سواد، ۴۴/۱ درصد ابتدایی و سیکل، ۴۱/۴ درصد دیپلم و ۸/۴ درصد فوق

دیپلم و بالاتر بودند. آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه با توجه به گروه‌ها در جدول زیر ارایه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
پرخاشگری فیزیکی	خودکشی گرا	۵۲/۰۵	۶/۱۶
	غیر خودکشی گرا	۱۸/۷۳	۶/۵۴
پرخاشگری کلامی	خودکشی گرا	۲۷/۹۸	۴/۹۱
	غیر خودکشی گرا	۱۰/۰۶	۴/۳۹
خشم	خودکشی گرا	۳۹/۴۰	۴/۷۶
	غیر خودکشی گرا	۱۸/۷۸	۵/۵۲
خصوصیت	خودکشی گرا	۴۶/۳۷	۷/۰۵
	غیر خودکشی گرا	۱۹/۷۵	۷/۶۶
آشفته‌گی هویت	خودکشی گرا	۷/۶۶	۱/۵۴
	غیر خودکشی گرا	۳/۶۳	۱/۶۰
مکانیزم دفاعی اولیه	خودکشی گرا	۶/۰۲	۱/۲۶
	غیر خودکشی گرا	۱/۷۲	۱/۴۱
واقعیت‌آزمایی	خودکشی گرا	۲/۳۹	۱/۱۶
	غیر خودکشی گرا	۰/۲۲	۰/۴۸
ترس از صمیمیت	خودکشی گرا	۵/۲۶	۱/۵۴
	غیر خودکشی گرا	۱/۳۲	۱/۲۴

برای بررسی تفاوت نمرات پرخاشگری در دو گروه خودکشی گرا و غیر خودکشی گرا از تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوآ) استفاده شد. یکی از مفروضه‌های این آزمون برابری ماتریس کواریانس‌ها است که برای بررسی این مفروضه از آزمون باکس استفاده شد. نتایج این آزمون در مورد پرخاشگری هیچ نوع تخطی جدی از مفروضه را نشان نداد ($M=9/31$, $F=0/906$, $P>0/05$) باکس). نتایج تحلیل مانوآ نشان داد تفاوت معناداری در ترکیب خطی مولفه‌های پرخاشگری در دو گروه خودکشی گرا و غیر خودکشی گرا وجود دارد ($F=317/65$, $P<0/001$, $\lambda=0/107$) لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌های پرخاشگری

متغیرها	آماره F	معناداری	ضریب اتا
پرخاشگری فیزیکی	۱۰۸۸/۰۲	۰/۰۰۰۵	۰/۸۷۵
پرخاشگری کلامی	۵۹۲/۰۵	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹۳
خشم	۶۰۷/۶۸	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹۷
خصومت	۵۴۶/۵۰	۰/۰۰۰۵	۰/۷۷۹

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در تمام مولفه‌های پرخاشگری تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. با توجه به آماره‌های توصیفی در تمام موارد مذکور نمرات افراد خودکشی گرا بالاتر است.

برای بررسی تفاوت نمرات شخصیت مرزی در دو گروه خودکشی گرا و غیرخودکشی گرا از تحلیل واریانس چند متغیره (مانوآ) استفاده شد. برای بررسی مفروضه برابری ماتریس کواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد. نتایج این آزمون در مورد ویژگی‌های شخصیت مرزی تخطی در این مفروضه را نشان داد ($P < ۰/۰۵$, $F = ۶/۴۶$, $M = ۶۶/۵۵$ باکس). با توجه به این که تبدیل خطی متغیرها نیز مانع از این تخطی نشد، لذا طبق گفته فیدل و تاباخنیک (۱۹۹۹) اثر پیلای به عنوان شاخص چند متغیری مبنای گزارش قرار گرفت. نتایج تحلیل مانوآ نشان داد تفاوت معناداری در ترکیب خطی مولفه‌های شخصیت مرزی با توجه به دو گروه خودکشی گرا و غیرخودکشی گرا وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$, $F = ۲۶۳/۰۹$, $\lambda = ۰/۸۷۷$ اثر پیلای). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌های شخصیت مرزی

متغیرها	آماره F	معناداری	ضریب اتا
آشفتگی هویت	۲۶۱/۶۸	۰/۰۰۰۵	۰/۶۳۴
مکانیزم دفاعی اولیه	۳۸۳/۵۱	۰/۰۰۰۵	۰/۷۱۸
واقعیت آزمایی	۲۱۸/۰۸	۰/۰۰۰۵	۰/۵۹۱
ترس از صمیمیت	۳۲۷/۸۹	۰/۰۰۰۵	۰/۶۸۵

همان گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود در تمام مولفه‌های آشفتگی هویت تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود دارد. با توجه به آماره‌های توصیفی در تمام موارد مذکور نمرات افراد خودکشی گرا بالاتر بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی تفاوت بین ویژگی‌های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معنادان خودکشی‌گرا و غیر خودکشی‌گرا بود. نتایج نشان داد که بین ویژگی‌های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معنادان خودکشی‌گرا و غیر خودکشی‌گرا تفاوت وجود دارد. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های موسوی و همکاران (۲۰۱۲)؛ کر و کاپالدی (۲۰۱۰)؛ لگن و همکاران (۲۰۰۹)؛ زانگ و همکاران (۲۰۱۲)؛ هیندو جا و پاتچین (۲۰۱۰)؛ فایت و همکاران (۲۰۱۱) همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که پرخاشگری، خشم و خصومت به طور معناداری با خودکشی و افکار خودکشی ارتباط دارند. همچنین، با یافته‌های لیونگ و همکاران (۲۰۱۲)؛ سولوف و همکاران (۲۰۰۰)؛ سگال و همکاران (۲۰۱۲)؛ بلک و همکاران (۲۰۱۲)؛ شارپ و همکاران (۲۰۱۲)؛ نتا و همکاران (۲۰۰۳)؛ سلطانی نژاد و همکاران (۲۰۱۳) همسو بوده است. این پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که اختلال شخصیت مرزی و ویژگی‌های آن همچون ناامیدی، تکانشگری، بی‌ثباتی عاطفی و آشفتگی‌های بین فردی به طور معناداری با خودکشی و افکار خودکشی و رفتار خود آسیب زنی غیر خودکشی ارتباط دارند. در تبیین این یافته‌ها و در رابطه با ارتباط ویژگی‌های شخصیت مرزی و افکار خودکشی چند عامل را می‌توان ذکر کرد: اختلال مرزی با شدت هیجانات منفی ارتباط دارد و افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی به دنبال فرار از احساسات دردناک هستند، این گروه از مردم ممکن است از روش‌های مختلف از جمله سوء مصرف مواد مخدر و آسیب زدن به خود برای به حداقل رساندن دردهای خود استفاده کنند. رفتارهای خود آسیبی مکرر و سوء مصرف مواد هر دو به عنوان عوامل خطر اقدام به خودکشی در نظر گرفته شده است. توضیح دیگر برای دلایل تمایل به خودکشی در میان افراد با اختلال شخصیت مرزی عنصر تکانشگری است. افراد تکانشی تمایل به انجام یک کار بدون فکر کردن در مورد عواقب ناشی از آن دارند، این مشکل خطر افزایش خودکشی را در این افراد در پی دارد. تبیین دیگری که می‌شود در این رابطه مطرح کرد عود سوء مصرف مواد مخدر در این گروه از افراد است. به عبارت دیگر سوء مصرف مواد، اختلال شخصیت مرزی و تکانشگری با خطر بالا برای اقدام به خودکشی همراه است. علاوه بر این افراد با اختلال

شخصیت مرزی ممکن است تجربه از دست دادن دوستان، حمایت خانواده و... را تجربه کنند و به دلیل ترس از بی‌ثباتی زندگی خود با دیگران ارتباط صمیمانه برقرار نکنند. این رفتار منجر به محرومیت اجتماعی و انزوا می‌شود که خود به عنوان یک عامل خطر مهم برای خودکشی محسوب می‌شود (سلطانی نژاد و همکاران، ۲۰۱۳).

در رابطه با ارتباط پرخاشگری و خودکشی می‌توان گفت که تحقیقات سطوح پایین سروتونین را در خودکشی نشان داده است و جالب اینجاست که نتایج مشابه با این در افرادی که خشونت نشان می‌دهند و عدم بازداری تکانه دارند هم دیده شده است. بنابراین، این قابل قبول است که کاهش فعالیت سروتونرژیک ممکن است به رفتارهای تکانه‌ی-پرخاشگرانه مرتبط باشد که این رفتارها به نوبه خود ممکن است خودکشی را افزایش دهد. مطالعات مغزی در خودکشی نشان داده که سروتونین موجود در قشر پیش پیشانی کاهش می‌یابد و اعتقاد بر این است که این مناطق از مغز وظیفه کنترل تکانه و تنظیم رفتار خشونت آمیز را به عهده دارد، بنابراین ممکن است که افراد با ورودی‌های سروتونرژیک کم به این بخش از مغز به احتمال بیشتری وقتی که در معرض وقایع استرس‌زای زندگی قرار می‌گیرند از خود رفتارهای تکانه‌ی و تهاجمی نشان دهند که در برخی موارد منجر به خودکشی می‌شود. علاوه بر این پرخاشگری گاهی به سمت بیرون جهت داده می‌شود که نتیجه آن رفتارهای تهاجمانه است و گاهی هم پرخاشگری به سمت درون جهت داده می‌شود که نتیجه آن آسیب‌رسانی به خود فرد و در بعضی مواقع خودکشی است (وورتزل و آرسینگاس^۱، ۲۰۱۳؛ کوکارو^۲، ۱۹۸۹؛ تورکی، ۲۰۰۵؛ فارزیک، اسکوتوا؛ میشل، تام و باتنر^۳، ۲۰۱۳؛ سیور^۴، ۲۰۰۸). به طور کل، یافته‌های پژوهش حاکی از اهمیت متغیرهای مورد پژوهش در افکار خودکشی است؛ بنابراین، غربالگری و شناسایی معتادانی که در آنها ویژگی‌های شخصیت مرزی و پرخاشگری بالاست برای پیشگیری از خودکشی ضروری به نظر می‌رسد و همچنین با نظر به این که یکی از محدودیت‌های این پژوهش بررسی این متغیرها بر روی یک جنس (مذکر) بوده پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این موضوع در دو جنس بررسی شود.

1. Wortzel & Arciniegas
3. Furczyk, Schutova, Michel, Thome & Buttner

2. Coccaro
4. Siever

منابع

پورشرفی، حمید؛ حبیبی، مجتبی؛ زرانی، فریبا؛ عاشوری، احمد؛ حفاظی، میترا؛ حاجبی؛ احمد و بوالهروی، جعفر (۱۳۹۱). نقش افسردگی، استرس، شادکامی و حمایت اجتماعی در شناسایی افکار خودکشی دانشجویان. *مجله روان پزشکی و روان شناسی ایران*، ۱۸ (۲)، ۹۹-۱۰۷.

ترقی جاه، صدیقه و نجفی، محمود (۱۳۸۷). بررسی رابطه آسیب پذیری در برابر مواد و در معرض خطر خودکشی بودن با سلامت روانی و میزان بهره گیری از اعتقادات مذهبی. *مجموعه مقالات چهارمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان* ۹۴-۹۱.

حسینیان مقدم، حسین؛ پژومند، عبدالکریم و سرجمعی، سعیده (۱۳۸۶). بررسی یک ساله مسمومین بستری در بیمارستان لقمان تهران در سال ۱۳۸۳. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۱۳ (۴)، ۲۴۰-۲۳۵.

شمس علیزاده، نرگس؛ افخم زاده، عبدالرحیم؛ محسن پور، بهزاد؛ صالحیان، بیان و شمس علیزاده، نسیم (۱۳۹۰). قصد مرگ در اقدام کنندگان به خودکشی از طریق مسمومیت {در استان کردستان سال

۱۳۸۷}. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۱ (۸۱)، ۶۷-۶۲.

عاشوری، احمد؛ حبیبی عسگرآباد، مجتبی؛ ترکمن ملایری، مهدی و جوان اسمعیلی، علی (۱۳۸۸). رابطه بین افکار خودکشی و صفات شخصیتی در افراد معتاد. *مجله علوم رفتاری*، ۳ (۳)، ۲۴۹-۲۵۵.

علیزاده اصلی، افسانه؛ فرقانی رامندی، فاطمه؛ علیرضایی، نصرت اله؛ علیخانی، حسین آقا و قدیری، حسن (۱۳۹۰). عوامل روان شناختی و جامعه شناختی مؤثر بر خودکشی در زنان شهرهای شال و دانسفهان

استان قزوین (۱۳۸۷-۱۳۷۶). *پژوهش های روان شناسی اجتماعی*، ۱ (۳)، ۹۱-۷۱.

محمدزاده، علی و رضایی، اکبر (۱۳۹۰). اعتبار سنجی پرسشنامه شخصیت مرزی در جامعه ایرانی. *مجله علوم رفتاری*، ۵ (۳)، ۲۷۸-۲۶۹.

نقدی، هادی؛ ادیب راد، نسترن و نورانی پور، رحمت اله (۱۳۸۹). اثر بخشی آموزش هوش هیجانی بر پرخاشگری دانش آموزان پسر سال اول دبیرستان. *بهبود فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی*

کرمانشاه، ۱۴ (۱۳)، ۲۱۱-۲۱۸.

Black, D.W., Blum, N., Pfohi, B & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: prevalence, risk factor, prediction and prevention. *Journal of personality disorder*, 18, 226-239.

Bridge, J., Goldstein, T. R & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3/4), 372-394.

Coccaro, E. F. (1989). Central cerotonin and impulsive aggression. *British Journal of Psychiatry* supplements, 8, pp 52-62.

Fite, P. J., Stoppelbein, L., Greening, L & Preddy, T. M. (2011). Associations between relational aggression, depression and suicidal ideation in a child psychiatric inpatient sample. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, 666-678.

Furczyk, K., Schutova, B., Michel, T.M., Thome, J & Buttner, A. (2013). The neurobiology of suicide – a review of post – mortem studies. *Journal of molecular psychiatry*, 1(2), 1-22.

Gunnell, D., Harbord, R., Singleton, N., Jenkins, R & Lewis, G. (2004). Factors influencing the development and amelioration of suicidal thoughts in the general population. *British journal of psychiatry*, 185, 385-393.

Gvion, Y & Apter, A. (2012). Suicide and suicidal behavior. *Public health reviews*, 34(2), 1-20.

- Hinduja, S & Patchin, J.W. (2010). Bullying, cyberbullying and suicide. *Archives of suicide research, 14*, 206-221.
- Kerr, D.C.R & Capaldi, D.M.(2010). Young mens intimate partner violence and relationship functioning: long-term outcomes associated with suicide attempt and aggression in adolescence Cambridge university. *Press psychological medicine, pp1-11*.
- Leung, F., You, J., Lai, C & Fu, K. (2012). The associations between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder features among Chinese adolescents. *Journal of personality disorder, 26(2)*, 226-237.
- Llgen, M.A., Chermack, S.T., Murray, R., Walton, M.A., Barry, K.L., wojnar, M & blow, F.C (2009) . The association between partner and non- partner aggression and suicidal ideation in patients seeking substance use disorder treatment. *Addictive Behaviors, 34(2)*, 180-186.
- Mousavi, G., Keramaton, K., Maracy, M.R., Fouladi, M. (2012). Suicidal ideation, depression, and aggression among students of three universities of Isfahan, iran in 2008. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 6 (1)*, 47-52.
- Nabuco de abreu, L., Lafer, B., Baca-garcia, E & Oquendo, M. A. (2009). Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type:an update for clinician. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 31(3)*, 271-280.
- Netta, H., Israel, O., Doron, G., Meir, E & Alan, A. (2003). Comparison of the suicidal behavior of adolescent inpatients with borderline personality disorder and major depression. *Journal of nervous & mental disease, 191 (9)*, 582-588.
- Niazi, S & Adil, A. (2008). Relationship between panic attacks and aggression with respect to age and gender. *Journal of the indian academy of applied psychology, 34(20)*, 283-293.
- Oldham, J.M (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *The American Journal of Psychiatry, 163 (1)*, 20-26.
- Segal, D.L., Marty, M.A., Meyer, W.J & Cooldige, F.L. (2012). Personality, suicidal ideation and reasons for living among older adults. *The journal of gerontology, seriesB: psychology sciences and social science, 67(2)*, 159-166.
- Sharp, C., Green, K.L., Yaroslavsky, L., Venta, A., Zanarini, M.C & Pettit, J. (2012). The incremental validity of borderline personality disorder relative to major depressive disorder for suicidal ideation and deliberate self-harm in adolescents. *journal of personality disorder, 26 (6)*, 927-938.
- Sher, L. (2006). Alcohol consumption and suicide. *Oxford Journals Medicine, 146(99)*, 57-61.
- Siever, L. J. (2008). Neurobiology of aggression and violence. *The American Journal of Psychiatry, 165(4)*, 429-442.
- Soloff, P.H., Lynch, K.G., Kelly, T.M., Malone, K.M & Mann, J. J. (2000). Characteristics of suicide attempts of patients with major depressive episode and borderline personality disorder: a comparative study *The American Journal of Psychiatry, 157(4)*, 601-608.
- Soltaninejad, A., Fathi ashtiani, A., Ahmadi, K., Nikmorad, A.R., Rahmati najarkolaei, F., Jahani, S., Mokaberi, M.A & Dalivand, H.M. (2013). Model of suicidal ideation among Iranian soldiers: the role of personality disorder, emotion focused coping style and impulsivity. *Journal of basic and applied scientific research, 3(2)*, 832-837.
- Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: the role of impulsive-aggressive behaviors. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 30(6)*, 398-408.
- Wortzel, H & Arciniegas, D. B. (2013). A forensic neuropsychiatric approach to traumatic brain injury, aggression and suicide. *Journal of the Academy of Psychiatry and the Law, 41*, 274-286.
- Zhang, P., Roberts, R.E., Liu, Z., Meng, X., Tang, J., Sun, L & Yu, Y. (2012). Hostality, physical aggression and trait anger as predictors for suicidal behavior in Chinese adolescents: a school-based study. *Plos one, 7 (2)*, 1-5.