



مقایسه نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری در زندانیان با و بدون اختلال خشم انفجاری متناوب

Comparisons of Alexithymia, Negative Emergency and Aggression in Prisoners with and without Intermittent Explosive Disorder

Mahdi GharibPour

Bahman Akbari

Abbas Abolghasemi

مهدی غریب‌پور*

بهمن اکبری**

عباس ابوالقاسمی***

چکیده

Abstract

The purpose of this study was to compare alexithymia, negative emergency and aggression in prisoners with and without intermittent explosive disorder. The present study was causal-comparative. The statistical population of this research included all prisoners of the central prison of Rasht in 2017. The sample consisted of 150 prisoners with intermittent explosive disorder based on DSM-5 and 169 prisoners without intermittent explosive disorder who were chosen by random sampling method. Data were collected using the intermittent explosive disorder questionnaire, impulsive behavior scale, aggression questionnaire and alexithymia questionnaire. The results of multivariate analysis of variance (MANOVA) showed that the average scores of the alexithymia, negative emergency and aggression in prisoners with intermittent explosive disorder were significantly that of the prisoners without intermittent explosive disorder. Regarding the presence of alexithymia, negative emergency and aggression in prisoners with intermittent explosive disorder, this finding has important implications for pathology and Treatment Planning of intermittent explosive disorder.

Keywords: Alexithymia, Emergency, Aggression, Anger

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری در زندانیان با و بدون اختلال خشم انفجاری متناوب بود. این مطالعه از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زندانیان مرد زندان مرکزی رشت در سال ۱۳۹۶ بود. نمونه پژوهش ۱۵۰ زندانی مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب بر اساس DSM-5 و ۱۶۹ زندانی بدون اختلال خشم انفجاری متناوب بودند که به صورت تصادفی انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس DSM-V، پرسشنامه‌های اختلال خشم انفجاری متناوب (IED-SQ)، پرخاشگری (AQ)، نارسایی هیجانی (TAS) و مقیاس رفتار تکانه‌ای (IBS) استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که میانگین نمرات نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری در زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب به‌طور معناداری بیشتر از زندانیان بدون اختلال خشم انفجاری متناوب بود. با توجه به وجود نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری در زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب، نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در آسیب‌شناسی و طراحی درمان برای اختلال خشم انفجاری متناوب دارد.

واژه‌های کلیدی: نارسایی هیجانی، اضطراب، پرخاشگری، خشم

*دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

**نویسنده مسؤل: دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران

***استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

Email: bakbari44@yahoo.com

Received: 21 Jan 2019

Accepted: 7 Nov 2019

پذیرش: ۹۸/۰۹/۱۶

دریافت: ۹۷/۱۱/۰۱

مقدمه

هم‌اکنون در سراسر جهان، بیش از ۱۰ میلیون نفر در زندان به سر می‌برند (والمسلی، ۲۰۱۳) و طبق آخرین گزارش رسمی، تعداد زندانیان در ایران تا سال ۲۰۱۴ به بیش از ۲۲۵ هزار نفر می‌رسد (مرکز بین‌المللی مطالعات زندان، ۲۰۱۷). یکی از اختلالاتی که هم برای خود زندانی و هم برای دیگر زندانیان آسیب‌زا می‌باشد، اختلال خشم انفجاری متناوب^۱ می‌باشد. طبق تعریف DSM-5، 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^۲؛ یعنی از دست دادن توانایی کنترل تکانه‌های پرخاشگری است (گنجی، ۱۳۹۴). افراد مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب، قبل از انفجارهای خسوت‌آمیز خود، یک تنش فزاینده و بعد از انفجار خشم و پرخاشگری، یک سبک‌بازی خاص احساس می‌کنند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). به‌طور معمول، این افراد تلاش می‌کنند رفتار خود را توجیه نمایند؛ اما در عین حال، از این‌که 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 (گنجی، ۱۳۹۴). مطالعات اخیر، نرخ شیوع اختلال خشم انفجاری متناوب را در طول زندگی ۳/۵ درصد (کوکارو، فانینگ و لی، ۲۰۱۷) و برای زندانیان ۵/۷ درصد (موندت و همکاران، ۲۰۱۳) گزارش کردند.

یکی از متغیرهایی که به‌نظر می‌رسد در زندانیان مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب و عادی متفاوت است، نارسایی هیجانی می‌باشد. بررسی‌ها نشان داده‌اند که نارسایی هیجانی به‌منزله یک عامل خطر بلندمدت برای عدم تعادل در سیستم عصبی خودکار و اعصاب و غدد است (گراب و همکاران، ۲۰۱۰) 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 (بیاردینی، آبا، بلوری، ویلموز و بریدو، ۲۰۱۱). مفهوم نارسایی هیجانی را اولین بار سیفنتوس (۱۹۷۳) مطرح کرد و اساساً با مشکل در تشخیص و بیان احساسات، خیال‌بافی بسیار کم، سبک شناختی با جهت‌گیری بیرونی و وابسته به محرک یا به‌عبارتی، فکر برون‌مدار توأم با اصل اخلاقی سودمندگرایی و مشکل در تمیز دادن بین احساسات و حواس فیزیکی مشخص می‌شود (سیفنتوس، ۲۰۰۰). این افراد در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند (سوارت، کورتکاس و آلمن، ۲۰۰۹). همچنین این افراد به‌دلیل 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 (کوجیما، سندا،

1. intermittent explosive disorder
2. impulsive aggression

ناگایا، توکودم و فورکاو، ۲۰۰۳). بین نارسایی هیجانی و اختلالات روانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (زکی‌بی، کرمی، علیخانی، قاسمی و رجیبی، ۲۰۱۳). به طوری که تحقیقات کوکارو، سولیس، فانینگ و لی (۲۰۱۵) نشان داد، گروه مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب نسبت به گروه کنترل روان‌پزشکی و سالم به طور معناداری نمرات بیشتری در تمام مؤلفه‌های پردازش اطلاعات اجتماعی- هیجانی (سوءگیری اسناد خصمانه، پرخاشگری و واکنش عواطف منفی) به دست آوردند. جنکینز، مک کلوزکی، کولپر، برمن و کوکارو (۲۰۱۵)، هم طی پژوهشی دریافتند 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 خودزنی‌های بدون خودکشی می‌گذارد. همچنین فتیج، مک کلوزکی، لوک و کوکارو (۲۰۱۵)، 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.

یکی دیگر از متغیرهایی که به نظر می‌رسد در شکل‌گیری و تشدید نشانه‌های اختلال خشم انفجاری متناوب نقش دارد، اضطراب منفی است. اضطراب منفی، به عنوان شکل جدید از تکانشگری معرفی شده است. همچنین اضطراب منفی، به عنوان این که افراد به چه میزان تمایل دارند تا در پاسخ به عاطفه منفی به طور 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 (آنستیز، اسمیت، فینک و جوینر، ۲۰۰۹). آنستیز و جوینر (۲۰۱۱) در پژوهشی دریافتند، افرادی که سطوح بالاتری از اضطراب منفی را نشان می‌دهند، هنگامی که موقعیت‌های عاطفی منفی را تجربه می‌کنند، به سرعت خیال‌پردازی خودکشی‌گرایانه را گسترش می‌دهند و به رفتارهای خودآسیبی دردناک متوسل می‌شوند. همچنین اضطراب منفی، جامعه‌سنجی ثانویه را پیش‌بینی می‌کند و ارتباط میان اضطراب منفی و جامعه‌سنجی ثانویه، نسبت به ارتباط میان اضطراب منفی و جامعه‌سنجی اولیه به طور معناداری بالاتر بوده و این می‌تواند به عنوان محوری برای تفکیک مؤلفه‌های جامعه‌سنجی استفاده شود. آلبین- یوریوس و همکاران (۲۰۱۳)، در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که هم رویدادی وابسته به کوکائین و اختلالات شخصیت دسته B با خلق منفی، اضطراب منفی و تکانشی بودن مرتبط است. فوساتی، گراتز، مافی و بورونی (۲۰۱۴)، دریافتند که اضطراب منفی با ویژگی‌های اختلال شخصیت مرزی مرتبط است. بنابراین، افراد ممکن است در موقعیت‌های تجربه هیجان‌های شدید مثبت و منفی کنترلی رفتار و همچنین بازداری رفتارهای غیرانطباقی را از دست بدهند و رفتارهای تکانشی داشته باشند. در این خصوص کوکارو و همکاران (۲۰۱۶a)، طی پژوهشی نشان دادند که ویژگی تکانشگری در افراد مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب نسبت به افراد سالم به طور معناداری بیشتر است. همچنین پژوهش پوهالا، آمرمن، یویجی، برمن و مک کلوزکی (۲۰۱۶)، هم ثابت کرد که نمرات اضطراب منفی و مثبت در افراد مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب، بیشتر از نمونه‌های گروه روان‌پزشکی و سالم است.

پرخاشگری نیز، یکی دیگر از رفتارهایی که در زندانیان مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب به کرات دیده می‌شود. پرخاشگری ارتکاب هرگونه رفتار کلامی و غیرکلامی است که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم به قصد آزار جسمی و روانی دیگران صورت گیرد (خلیلی، غلامعلی‌لواسانی و آزادفارسانی، ۱۳۹۴). در واقع، مفهوم بسیار پیچیده‌ای است که از یک سو تحت تأثیر عوامل موقعیت و روان‌شناختی و از سوی دیگر، تحت تأثیر عوامل ژنتیکی می‌باشد (استریت و همکاران، ۲۰۱۶). روان‌شناسان اجتماعی، عمل پرخاشگری را رفتار آگاهانه‌ای می‌دانند که هدفش اعمال درد و رنج جسمانی یا روانی می‌باشد (ایکسای، چن، لی، ایکسینگ و ژانگ، ۲۰۱۶). در واقع پرخاشگری، یکی از انواع رفتارهای ضداجتماعی است که می‌تواند باعث آسیب یا صدمه به دیگران شود (گراوس، کاسلو و فراپوت، ۲۰۱۰). در این خصوص پژوهش کوکارو، فانینگ، کیدی و لی (۲۰۱۶b)، نشان می‌دهد که سابقه پرخاشگری در تاریخچه زندگی افراد با اختلال خشم انفجاری متناوب، نسبت به افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و افراد سالم بیشتر است. همچنین کوکارو و همکاران (۲۰۱۶a)، نیز دریافتند که خشم و پرخاشگری در افراد مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب نسبت به افراد سالم به‌طور معناداری بیشتر است. طبق تحقیقات کوکارو و همکاران (۲۰۱۵)، هم نشان داده شد که گروه 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. دلیسی و همکاران (۲۰۱۷)، با بررسی اختلال خشم انفجاری متناوب، نشان دادند که این اختلال توان پیش‌بینی پرخاشگری شدید را دارد. فانینگ، کولمن، لی و کوکارو (۲۰۱۹)، نیز با مقایسه صفت پرخاشگری، اعمال پرخاشگرانه و ابراز پرخاشگرانه به تحریکات در بیماران مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب، بیماران روان‌پزشکی و افراد سالم نشان دادند که نمرات تمام ابعاد پرخاشگری در بیماران مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب، بیشتر از بیماران روان‌پزشکی و افراد سالم است.

تداوم خشم، ناشی از اختلال انفجار خشم در زندان، با توجه به مهیا بودن شرایط بروز آن، عواقب خطرناکی را در بردارد. پرخاشگری زندانیان، ریشه بیشتر تخلفات درون زندان‌ها و به‌خصوص اخلال در نظم است؛ بدین دلیل که پرخاشگری مقدمه‌ای برای رفتارهای خشونت‌بار است. مشاهدات بالینی مک‌شان^۱ (۱۹۸۹) نشان می‌دهد که زندانیان مبتلا به مشکلات و بیماری‌های روانی، پنج برابر سایر زندانیان به کارکنان زندان و زندانیان دیگر حمله‌ور می‌شوند. همچنین طبق گزارشی که از سیستم زندان در آمریکا ارائه شده است، نسبت حملات زندانی به زندانی ۲۷ درصد و حملات زندانی به کارکنان زندان ۳۲ درصد افزایش یافته است (به‌نقل از بهدادفر، ۱۳۸۸). مطالعات نشان می‌دهد که زندانیان مبتلا به مشکلات پرخاشگری؛ بیشتر مرتکب خلاف در زندان می‌شوند و به‌طول دوره محکومیت آنان افزوده می‌شود (اوکانر، لاول و براون، ۲۰۰۲). همچنین صرف منابع هنگفت مالی برای ترمیم و اصلاح صدمات حاصل از اختلال‌های مرتبط با پرخاشگری، ضرورت توصیف، شناخت، درمان و بازپروری را مطرح می‌سازد. بنابراین، پرداختن جدی به این موضوع، هم برای حفظ نظم و امنیت زندان‌ها و هم حفظ امنیت کارکنان و زندانی‌ها بسیار ضروری است.

1. Mc Shane, M. D.

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 در بیماران مبتلا به اختلال خشم انفجاری متناوب پرداخته‌اند و پژوهشی که این متغیرها را در زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب مورد بررسی قرار داده باشد، مشاهده نشد؛ هدف پژوهش حاضر، مقایسه زندانیان با و بدون اختلال خشم انفجاری متناوب از نظر نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری است. در واقع این مطالعه، درصدد آن است که کشف کند، آیا زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری بیشتری نسبت به زندانیان بدون اختلال خشم انفجاری متناوب تجربه می‌کنند؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

روش پژوهش حاضر علی- مقایسه‌ای و از نوع مقطعی- مقایسه‌ای بود که به‌صورت گذشته‌نگر انجام شد. وجود و عدم وجود اختلال خشم انفجاری متناوب به‌عنوان متغیر مستقل و نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری به‌عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد. جامعه پژوهش حاضر، شامل زندانیان زندان مرکزی رشت در سال ۱۳۹۶ بود که جمعیت آن‌ها بالغ بر ۳۵۰۰ نفر می‌باشد. جهت شناسایی زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب، تمامی زندانیانی که جرائم مرتبط با خشونت، درگیری، قتل و سایر جرائم مشابه داشتند، شناسایی شدند. سپس پرسشنامه تشخیصی اختلال انفجار خشم میان آن‌ها اجرا و موارد مشکوک و بالاتر از نمره برش ≥ 12 جهت بررسی دقیق‌تر و اطمینان از ابتلا به اختلال انفجار خشم متناوب، به روان‌پزشک زندان ارجاع داده شد. سپس از میان زندانیانی که تشخیص اختلال انفجار خشم دریافت کرده‌اند، تعداد ۱۷۵ نفر به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. همچنین ۱۷۵ نفر از زندانیان، بدون اختلال خشم انفجاری متناوب به‌عنوان گروه مقایسه انتخاب و با زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب از نظر تعداد سوابق، نوع جرم، سطح تحصیلات، سن و وضعیت تأهل هم‌تا شدند؛ اما به‌دلیل ناقص بودن بعضی پرسشنامه‌ها، تعداد گروه با اختلال خشم انفجاری متناوب به ۱۵۰ نفر و گروه بدون اختلال خشم انفجاری متناوب به ۱۶۹ نفر کاهش یافت. ملاک‌های ورود پژوهش عبارتند از: جنسیت (مرد)، داشتن تحصیلات حداقل راهنمایی، مدت باقیمانده حبس بیش از شش ماه، عدم استفاده از دارو بود. همچنین ملاک‌های خروج شامل عدم تمایل به شرکت در پژوهش، دریافت مداخله‌های روان‌پزشکی و روان‌شناختی، داشتن بیماری جسمی مزمن و آسیب‌های وارد شده به‌سر بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش بدین صورت بود که از آزمودنی‌ها درخواست شد تا در پژوهش شرکت کنند.

برای اجرای پژوهش حاضر، پس از اخذ مجوز از سازمان زندان‌ها و اقدامات تأمینی و تربیتی استان گیلان به زندان مرکزی 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 تجدیدنظر شده پنج‌مین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی شناسایی شدند. سپس از آن‌ها درخواست شد تا در پژوهش شرکت نمایند

و این درخواست به گونه‌ای بود که حق انتخاب به زندانیان داده می‌شد تا در صورت تمایل، در پژوهش شرکت کنند. در نهایت، پس از هماهنگی با مسؤولان مربوطه، مقیاس‌های اضطراب منفی، نارسایی هیجانی و پرخاشگری بین نمونه پژوهشی توزیع گردید. برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده شد. جهت تحلیل موارد ذکر شده نیز از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۴ و سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده گردید.

ابزار سنجش

پرسشنامه اختلال خشم انفجاری متناوب^۱ (IED-SQ): این پرسشنامه توسط کوکارو، برمن و مک کلوزکی (۲۰۱۷) طراحی شده است. پرسشنامه اختلال خشم انفجاری متناوب، در بررسی‌های مقدماتی از هفت آیتم برای شناسایی اختلال انفجار خشم متناوب در DSM-5 در آزمودنی‌های بزرگسال تشکیل شده بود؛ اما بعدها در پژوهشی برای بررسی مشخصات روان‌سنجی پرسشنامه اختلال خشم انفجاری متناوب به‌منظور غربالگری، کوکارو، برمن و مک کلوزکی (۲۰۱۷) آن را به پنج آیتم تقلیل دادند. آیتم‌های در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شوند. کوکارو، برمن و مک کلوزکی (۲۰۱۷) 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.

مصاحبه بالینی ساختار یافته براساس علائم مندرج در DSM-V^۲: در این پژوهش برای تشخیص قطعی و کامل‌تر، از مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس علائم توصیف شده برای اختلال خشم انفجاری متناوب طبق DSM-5 استفاده شد. مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس علائم مندرج در DSM-V به این دلیل صورت گرفت که از همبودی اختلال خشم انفجاری متناوب و سایر اختلال‌های روانی در نمونه پژوهش جلوگیری شود.

مقیاس رفتار تکانه‌ای^۳ (IBS): این مقیاس توسط لاینام، اسمیت، وایتساید و سایدرز در سال ۲۰۰۶ ساخته شده و مشتمل بر ۵۹ آیتم است که پنج بُعد رفتار تکانه‌ای (اضطراب منفی، اضطراب مثبت، فقدان برنامه قبلی، فقدان پشتکار و هیجان‌خواهی) را اندازه‌گیری می‌کند. این آزمون میزان رفتار تکانه‌ای را در مقیاس لیکرت چهار نقطه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) اندازه‌گیری می‌کند. در این پژوهش از خرده مقیاس اضطراب منفی استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ آن بالای ۰/۸۰ گزارش شده است. لاینام، میلر، میلر، برونوالوا و لیبوز (۲۰۱۱)، روایی همزمان این مقیاس را با پرسشنامه اختلال شخصیت مرزی، اقدام به خودکشی در گذشته، افکار خودکشی، خطرپذیری بالا و خودزنی بدون خودکشی به ترتیب ۰/۶۱، ۰/۳۷، ۰/۳۵،

1. Intermittent Explosive Disorder Screening Questionnaire (IED-SQ)
2. Structured clinical interview based on DSM-V
3. Impulsive Behavior Scale (IBS)

۰/۲۸ و ۰/۲۵ گزارش کردند. مالوف (۲۰۱۴)، در نمونه زندانیان ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ را برای اضطراب منفی ۰/۹۳ به‌دست آورد.

پرسشنامه نارسایی هیجانی^۱ (TAS): مقیاس ۲۰ ماده‌ای که توسط بگبی، پارکر و تیلور (۱۹۹۴) ساخته شده است و ناگویی خلقی را در سه زیرمقیاس 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 نمره یک (کاملاً مخالف) تا نمره پنج (کاملاً موافق) می‌سنجد (بشارت، ۱۳۸۸). در نسخه فارسی، ضریب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی ۰/۸۵ و سه خرده مقیاس 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 (بشارت، ۲۰۰۷). بشارت (۲۰۰۷)، همچنین روایی همزمان این مقیاس را با مقیاس هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و آشفتگی روان‌شناختی به ترتیب ۰/۸۰-، ۰/۷۸- و ۰/۴۴ گزارش کرد. قربانی، بینگ، واتسون، دویسون و ماک^۲ (۲۰۰۲)؛ به نقل از شاهقلیان، مرادی و کافی، (۲۰۰۷) 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 به‌دست آوردند. همچنین محمدی (۱۳۹۵)، ضریب همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ را در جمعیت زندانی ۰/۸۵ و اعتبار آن را از طریق روش بازآزمایی ۰/۷۴ گزارش کرده است.

پرسشنامه پرخاشگری^۳ (AQ): این پرسشنامه توسط ویلیامز، بوید، کاسکاردی و پایتریس (۱۹۹۶)، از پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) گرفته شده است. این پرسشنامه ۲۶ آیتم دارد که هر آزمودنی می‌بایست در پاسخ به سؤالات یکی از گزینه‌های هرگز (۱)، به‌ندرت (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/خشونت کلامی را می‌سنجد. ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از نه هفته) پرسشنامه پرخاشگری و مؤلفه‌های آن در جمعیت زندانیان از ۰/۷۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است و ضریب همبستگی پرسشنامه پرخاشگری با مقیاس خشم نووکا (۱۹۹۴)، ۰/۷۹ گزارش شده است ($P < 0.01$). همچنین ضریب همبستگی مؤلفه پرخاشگری فیزیکی/خشم و مؤلفه‌های پرخاشگری کلامی/خصومت با مقیاس خشم به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۴ می‌باشد ($P < 0.01$).

1. Toronto Alexithymia Scale (TAS)

2. Ghorbani, N., Bing, M. N., Watson, P. J., Davison, H. K., & Mack, D. A.

3. Aggression Questionnaire (AQ)

یافته‌ها

متغیر	گروه	با اختلال خشم انفجاری متناوب	بدون اختلال خشم انفجاری متناوب
۳	سال ۱۸-۲۵	۱۴	۶
	سال ۲۶-۳۵	۴۹	۶۱
	سال ۳۶-۴۵	۵۹	۶۸
	سال ۴۶-۵۵	۱۹	۲۵
	بالای ۵۵ سال	۹	۹
۴	مجرد	۶۶	۶۲
	متاهل	۸۲	۱۰۶
	مطلقه	۲	۱

مشخصه‌های آماری آزمودنی‌ها 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	
	SD	M	SD	M
نارسایی هیجانی	۶۹/۴۵	۱۵/۵۳	۵۷/۶۹	۱۵/۵۹
اضطراب منفی	۳۹/۳۵	۱۰/۸۵	۳۱/۸۸	۸/۶۵
پرخاشگری	۷۹/۸۵	۱۷/۹۸	۵۹/۱۰	۱۷/۶۲

قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل واریانس چندمتغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون باکس، لوین و کلموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و سطوح معناداری آن برای هر یک از متغیرهای نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری به ترتیب ۰/۱۳۸، ۰/۹۳ و ۰/۲۴۵ به دست آمد که نشان داد، سطح معناداری در همه متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ است و به این معنا می‌باشد که دارای توزیع نرمال است. بر اساس آزمون باکس که برای متغیرها معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس / کوواریانس به درستی رعایت شده است ($F=۱/۵۸۸$ ، $P=۰/۱۴۶$ و $Box=۹/۶۲۸$). بر اساس آزمون لوین و عدم معناداری آن برای متغیرهای اضطراب منفی ($P=۰/۸۳۱$)، نارسایی هیجانی ($P=۰/۹۷۶$) و پرخاشگری ($P=۰/۳۱۵$)، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب اضطراب منفی، نارسایی هیجانی و پرخاشگری معنادار می‌باشد ($Wilks=۰/۳۱۲$ ، $F=۴۷/۶۸۳$ ، $p<۰/۰۰۱$ ، $Eta=۰/۳۱۲$) و همچنین سطوح معناداری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهند که بین زندانیان با و بدون اختلال خشم انفجاری متناوب حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنادار وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین

متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه در متغیرهای مورد مطالعه معنادار می‌باشد و میزان این تفاوت ۰/۹۵۴ است؛ ۹۵/۴ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه، ناشی از تأثیر متقابل متغیرها می‌باشد.

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین متغیرهای مورد مطالعه در زندانیان با و بدون اختلال خشم انفجاری متناوب

متغیر وابسته	SS	Df	MS	F	P	Eta	Observed Power
نارسایی هیجانی	۱۰۹۸۰/۹۶۶	۱	۱۰۹۸۰/۹۶۶	۴۵/۳۴۱	۰/۰۰۱	۰/۱۲۵	۱/۰۰۰
اضطراب منفی	۴۴۲۸/۴۱۲	۱	۴۴۲۸/۴۱۲	۴۶/۵۷۷	۰/۰۰۱	۰/۱۲۸	۱/۰۰۰
پرخاشگری	۳۴۲۰۲/۶۰۳	۱	۳۴۲۰۲/۶۰۳	۱۰۸/۰۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۵۴	۱/۰۰۰

همان‌طور که نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری و مقادیر F ، در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نارسایی هیجانی ($F=۴۵/۳۴۱$)، اضطراب منفی ($F=۴۶/۵۷۷$) و پرخاشگری ($F=۱۰۸/۰۶۹$) به‌طور معناداری در زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب از زندانیان بدون اختلال خشم انفجاری متناوب بیشتر است ($P<۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه نارسایی هیجانی، اضطراب منفی و پرخاشگری در زندانیان با و بدون اختلال خشم انفجاری متناوب است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد، نارسایی هیجانی در زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب نسبت به زندانیان بدون این اختلال در سطح بالاتری قرار دارد. این یافته با نتیجه پژوهش‌های زکی‌بی و همکاران (۲۰۱۳)، کوکارو و همکاران (۲۰۱۵)، جنکینز و همکاران (۲۰۱۵) و فتیح و همکاران (۲۰۱۵) 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 به‌درستی دریافت نمی‌شوند، درماندگی و آسیب فرد قابل پیش‌بینی است. این درماندگی به‌صورت متقابل می‌تواند به اختلال در شناخت‌ها و عواطف فرد منجر شود و احتمال استفاده از مکانیسم‌های نوروتیک و رشد نیافته را در شرایط استرس‌زا افزایش دهد (بشارت و شهیدی، ۲۰۱۱). 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 به‌صورت تنش جسمانی غیرقابل تحمل تجربه می‌شود (بشارت، محمدی‌حسینی‌نژاد و غلامعلی‌لواسانی، ۱۳۹۳)؛ 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 (فتیح و همکاران، ۲۰۱۵). این بدتنظیمی، ناشی از بدکارکردی در آمیگدال- اوربیتوفرونتال است که افراد با اختلال

انفجار خشم متناوب در مقایسه با افراد سالم در پاسخ به علائم تهدید کننده اجتماعی نشان می‌دهند (مک‌کلوزکی، فان، آنگستادت، فتیج و کوکارو، ۲۰۱۶). آمیگدال برای پردازش هیجانی (کرینگلباج و رولس، ۲۰۰۴) و قشر اوربیتوفرونتال برای سبک تصمیم‌گیری و پردازش پاداش / تنبیه (رولس و گرابنهورست، ۲۰۰۸) حیاتی هستند. در واقع، زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش و نظم‌دهی هیجان‌ها با دشواری‌هایی مواجه هستند و در تمایز احساسات درونی از احساسات بدنی مشکل دارند. 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. از این‌رو، نمرات بالای نارسایی هیجانی در زندانیان دارای اختلال خشم انفجاری متناوب قابل‌توجه به‌نظر می‌رسد.

نتیجه دیگر پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات اضطراب منفی در زندانیان با و بدون اختلال خشم انفجاری متناوب تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته با نتیجه پژوهش‌های فوساتی و همکاران (۲۰۱۴)، کوکارو و همکاران (۲۰۱۶) و پوهالا و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر میانگین نمرات اضطراب منفی بیشتر در زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب همخوان است. در این خصوص پوهالا و همکاران (۲۰۱۶)، 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 می‌باشد. در راستای تبیین یافته به‌دست آمده 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 (زمانی، فرهادی، جمیلیان و حبیبی، ۱۳۹۴). این افراد نسبت به آنچه که برای دیگران عصبانیت خفیف ایجاد می‌کند، واکنش افراطی و خشونت‌آمیز نشان می‌دهند و تعریف اضطراب منفی به‌عنوان این که افراد به چه میزان تمایل دارند تا در پاسخ به عاطفه منفی به‌طور بی‌ملاحظه و بی‌پروا عمل کنند نیز معرف این ویژگی می‌باشد (طاهری‌فرد، ابوالقاسمی و حاجلو، ۱۳۹۴). در واقع، هم در نمونه‌های بالینی و هم در نمونه‌های غیربالینی، اضطراب منفی با رفتارهای ناسازگارانه مرتبط بوده است (آنستیز و همکاران، ۲۰۰۹). افرادی که سطوح بالاتری از اضطراب منفی را نشان می‌دهند، هنگامی که موقعیت‌های عاطفی منفی را تجربه می‌کنند، به‌سرعت به خیال‌پردازی و رفتارهای خصومت‌گرایانه 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 (آنستیز و جویئر، ۲۰۱۱). بنابراین، قابل‌توجه است که زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب، در موقعیت‌های تجربه هیجان‌های شدید مثبت و منفی کنترلی رفتار و همچنین بازداری رفتارهای غیرانطباقی را از دست بدهند و

رفتارهای تکانشی داشته باشند.

همچنین نتیجه دیگر پژوهش نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پرخاشگری در زندانیان با و بدون اختلال خشم انفجاری متناوب، تفاوت معناداری وجود دارد. این یافته با نتیجه پژوهش‌های کوکارو و همکاران (۲۰۱۵)، کوکارو و همکاران (۲۰۱۶) و کوکارو و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر میانگین نمرات پرخاشگری بیشتر در زندانیان با اختلال خشم انفجاری متناوب همخوان است. پرخاشگری، مفهوم بسیار پیچیده‌ای است که از یک سو تحت تأثیر عوامل موقعیت و روان‌شناختی و از سوی دیگر، تحت تأثیر عوامل ژنتیکی می‌باشد (استریت و همکاران، ۲۰۱۶). 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^۱، یعنی از دست دادن توانایی کنترل تکانه‌های پرخاشگری است (گنجی، ۱۳۹۴). نتایج پژوهش کوکارو و همکاران (۲۰۱۶) نشان می‌دهد که سابقه پرخاشگری در تاریخچه زندگی افراد با اختلال خشم انفجاری متناوب، نسبت به افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و افراد سالم بیشتر است. در تبیین یافته به دست آمده، باید بیان داشت که افراد مبتلا به اختلال انفجار خشم متناوب، قبل از انفجارهای خشم‌آمیز خود، یک تنش فزاینده و بعد از انفجار خشم و پرخاشگری، یک سبک‌باری خاص احساس می‌کنند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). باید توجه داشت که نام زندان، تداعی‌کننده وضعیت دشوار و سختی است و محیطی استرس‌آور محسوب می‌گردد. عموماً زندانیان هنگام مواجهه با موقعیت خشم‌برانگیز، فاقد مهارت لازم جهت تسلط بر هیجانات خود هستند (امیدیان، علی‌اکبری، صفاری‌نیا و شریفی، ۱۳۹۵). حال وقتی اختلال انفجار خشم متناوب به مشکلات زندانیان افزوده می‌شود، کمبود مهارت‌های حل مسئله و برقراری روابط مطلوب و وجود هیجانات منفی بر شدت مشکلات می‌افزاید. در نتیجه، احتمال 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.

محدود بودن نمونه به مردان، منحصر بودن تحقیق به زندان مرکزی رشت، از محدودیت‌های این پژوهش است که در تعمیم نتایج می‌بایست احتیاط گردد. تحقیق روی زنان و سایر شهرها و فرهنگ‌ها می‌تواند نتایج مطمئن‌تری به دست 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.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله، از تمامی کارکنانی که در این پژوهش همکاری و شرکت کرده‌اند، صمیمانه قدردانی می‌کنند. بدون شک همکاری آنان انجام این پژوهش را امکان‌پذیر نمود.

1 . impulsive aggression

منابع

- امیدیان، م.، علی اکبری، م.، صفاری نیا، م.، و شریفی، ع. ا. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی آموزش گروهی کنترل خشم به شیوه عقلانی، رفتاری و عاطفی بر کاهش پرخاشگری زندانیان مرد زندان مرکزی شهر کرد. *دوفصلنامه روان شناسی بالینی و شخصیت*. ۱۱۴(۲)، ۷-۱۹.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۸). سبک‌های دلبستگی و نارسایی هیجانی. *فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناختی*. ۱۲(۴)، ۶۳-۸۰.
- بشارت، م. ع.، محمدی حسینی نژاد، ا.، و غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۳). نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی، خشم و نشخوار خشم با سبک‌های دفاعی من. *فصلنامه روان‌شناسی معاصر*. ۹(۲)، ۲۹-۴۸.
- بهدادفر، ه. (۱۳۸۸). خطر خشونت زندانیان در جامعه آمریکا. *ماهنامه اصلاح و تربیت*. ۷(۱۴)، ۱۶-۱۵.
- خلیلی، ش.، غلامعلی لواسانی، م.، و آزادفارسانی، ی. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش گروهی مهارت حل مسئله بر کنترل خشم دانش‌آموزان مقطع متوسطه. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*. ۶(۱)، ۱۰-۱.
- زمانی، ن.، فرهادی، م.، جمیلیان، ح. ر.، و حبیبی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش خشم‌های انفجاری. *مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۱۸(۱)، ۳۵-۴۴.
- طاهری فرد، م.، ابوالقاسمی، ع.، و حاجلو، ن. (۱۳۹۴). اضطراب مثبت و منفی در افراد دارای اختلال شخصیت مرزی و ضداجتماعی. *فصلنامه روان‌شناسی معاصر*. ۱۰(ویژه‌نامه)، ۹۸۶-۹۸۹.
- گنجی، م. (۱۳۹۴). *آسیب‌شناسی روانی DSM-5*. تهران: ساوالان.
- محمدی، م. (۱۳۹۵). تأثیر ناگویی خلقی بر مشکلات بین‌فردی در مددجویان زندان مرکزی شهر کرمان. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*. ۵(۲)، ۴۷-۵۵.

References

- 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), 231-237.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association, Washington, DC 5th Ed.
- 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), 261-269.
- 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), 390-397.
- 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), 23-32.
- 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), 47-52.
- 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), 209-222.
- 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, 145-149.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Clinical Psychology*. 63(3), 452-459.
- 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, 21-26.
- 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), 697-702.
- Coccaro, E. F., Fanning, J. R., Keedy, S. K., & Lee, R. (2016b). Social cognition in intermittent explosive disorder and aggression. *Journal of Psychiatric Research*. 83, 140-150.
- Coccaro, E. F., Fridberg, D. J., Fanning, J. R., Grant, J. E., King, A. C., & Lee, R. (2016a). Substance use disorders: Relationship with intermittent explosive disorder and with aggression, anger and impulsivity. *Journal of Psychiatric Research*. 81, 127-132.
- Coccaro, E. F., Solis, O., Fanning, J., & Lee, R. (2015). Emotional intelligence and impulsive aggression in intermittent explosive disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 61, 135-140.
- 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, 1-11.
- Fanning, J. R., Coleman, M., Lee, R., & Coccaro, E. F. (2019). Subtypes of aggression in intermittent explosive disorder. *Journal of Psychiatric Research*. 109, 164-172.
- Fettich, K. C., McCloskey, M. S., Look, A. E., & Coccaro, E. F. (2015). Emotion regulation deficits in intermittent explosive disorder. *Aggressive Behavior*. 41(1), 25-33.
- 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>.
- Grabe, H. J., Schwahn, C., Barnow, S., Spitzer, C., John, U., Freyberger, H. J., Schminke, U., Felix, S., & Völzke, H. (2010). Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(2), 139-147.
- 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(1), 36-41.
- International Centre for Prison Studies. (2017). <http://www.prisonstudies.org/country/iran>.
- 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*, 60, 125-131.
- 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(6), 307-314.
- 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), 341-372.
- 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.
- Lynam, D. R., & Miller, J. D., Miller, D. J., Bornovalova, M. A., & Lejuez, C. W. (2011). Testing the relations between impulsivity related traits, suicidality, and nonsuicidal self-injury: a test of the incremental validity of the UPPS model. *Personality Disorders*, 2(2), 151-160.
- Malouf, E. T. (2014). Distress driven impulsivity as a risk factor and treatment target for substance use disorder. A Dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy at George Mason University.
- 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, 34-41.
- 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.
- Novaco, R. W. (1994). *Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered*. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 21-61). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- O'Connor, F. W., Lovell, D., & Brown, L. (2002). Implementing residential treatment for prison inmates with mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 16(5), 232-

- 238.
- 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, 8-14.
- Rolls, E. T., & Grabenhorst, F. (2008). The orbitofrontal cortex and beyond: from affect to decision-making. *Progress in Neurobiology*. 86(3), 216-244.
- Shahgholian, M., Moradi, A., & Kafi, S. M. (2007). Relation of alexithymia with emotional expression styles and general health in students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychological*. 13(3), 238-248.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 22(2), 255-262.
- Sifneos, P. E. (2000). Alexithymia, clinical issues, politics, and crime. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 69(4), 113-116.
- 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), 129-135.
- 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.
- Walmsley, R. (2013). World prison population list, 10th edn. http://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/wppl_10.pdf (accessed Sept 10, 2014).
- 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(4), 398-403
- 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), 56-61.
- 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), 435-446.

