مقایسه‌ی الگوهای بالینی شخصیت در افراد اقدام کننده به خودکشی و بهنجار بستری در بیمارستان سینا تبریز

زینب ارجایی [۱]، فرزاد نصیری [۲]، مجید محمود علیلو [۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ الگوهای بالینی شخصیتی در افراد اقدام کننده به خودکشی و بهنجار است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی است و برای انجام آن از ۹۰ فرد اقدام کننده به خودکشی که در سنین ۲۱-۱۸ سال قرار داشته‌اند، استفاده شده است. برای این منظور از پرسش‌نامه‌ی چند محوری بالینی میلون استفاده شده است. تجزیه و تحلیل آماری داده‌های این پژوهش به کمک نرم افزار آماری SPSS 19 و روش تحلیل واریانس چند متغیره صورت گرفته است.

یافته‌ها: یافته‌های آماری نشان می‌دهد که میان گروه‌های مورد بررسی در تمامی مقیاس‌های الگوهای بالینی شخصیت، به جز الگوی بالینی وسواسی و آزارگر تفاوت معنی‌داری وجود دارد (در سطح $P<۰/۰۰۱$). هم‌چنین این یافته‌ها نشان می‌دهد که بیشترین تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها، مربوط به الگوی بالینی افسرده است.

نتیجه‌گیری: افراد اقدام کننده به خودکشی بیش از افراد گروه گواه دارای الگوهای بالینی شخصیت نابهنجار هستند.

واژه‌های کلیدی: اقدام به خودکشی، الگوهای بالینی، شخصیت

ارجاع: ارجایی زینب، نصیری فرزاد، محمود علیلو مجید. **مقایسه‌ی الگوهای بالینی شخصیت در افراد اقدام کننده به خودکشی و بهنجار بستری در بیمارستان سینا تبریز**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۲): ۲۵۰-۲۴۲

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۲۲ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۴/۲۱

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه علوم تحقیقات، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

Email:zb.erjaee@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

مقدمه

رفتار خودکشی (suicide) یکی از مشکلات جدی سلامت جهانی است (۱). به تعبیری دیگر میزان خودکشی و اقدام به خودکشی یکی از مهم‌ترین شاخص‌های بهداشت روانی افراد اجتماع است (۲). سازمان بهداشت جهانی (WHO یا World Health Organization) خودکشی را سیزدهمین علت اصلی مرگ و میر در جهان و سومین علت مرگ و میر در گروه سنی ۱۵ تا ۳۴ سال گزارش کرده است که سالانه باعث مرگ یک میلیون نفر می‌شود (۱). خودکشی یکی از ده علت اصلی مرگ در بیشتر کشورهای دنیا (۳) و هشتمین علت اصلی مرگ در ایالات‌متحده‌ی آمریکا است (۴). اگرچه میزان اقدام به خودکشی در ایران کمتر از سایر کشورهای دنیا است اما بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته میزان آن در سال‌های اخیر رو به افزایش است (۵). برای اقدام به خودکشی علل متعددی از جمله اختلال روانی، جنسیت، سن، تحصیلات و مجرد بودن مطرح شده است که از این میان وجود اختلالات روانی یکی از مهم‌ترین عوامل محسوب می‌شود (۶). از جمله این اختلالات روانی، می‌توان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.6.3]

به اختلالات محور II یعنی اختلالات شخصیت (personality) اشاره کرد (۷) که از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی کننده‌ی خودکشی می‌باشند (۸).

Millon ازجمله کسانی است که در زمینه‌ی اختلالات شخصیت به پژوهش پرداخته است. وی به جای استفاده از کلمه‌ی اختلال، اصطلاح الگوی بالینی (Clinical pattern) را به کار می‌برد. میلون الگوهای بالینی شخصیت را شامل اسکیزوئید، اجتنابی، وابسته، نمایشی، آزارگر، خودشیفته، ضد اجتماعی، افسرده، منفی‌گرا و خود آزارگر می‌داند (۹). نتایج پژوهش‌های Overholser و همکاران (۱۰)، Chioqueta و Stiles (۱۱) و Rudd و همکاران (۱۲) نشان می‌دهند که اختلالات شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، وابسته، افسرده، منفی گرا، خودآزارگر و وسواسی در افراد اقدام‌کننده به خودکشی مشاهده می‌شوند. Pompili و همکاران (۱۳) نیز در پژوهشی نشان دادند که اختلالات شخصیت خودشیفته و ضداجتماعی با اقدام به خودکشی رابطه دارند. بر اساس پژوهش‌های انجام شده بین ۱۵٪ تا ۴۰٪ از افرادی که موفق به خودکشی شده‌اند از اختلال شخصیت رنج می‌برده‌اند (۱۴). در پژوهشی Hayashi و همکاران نشان دادند که ۸۷٪ افراد اقدام‌کننده به خودکشی دارای اختلال شخصیت می‌باشند (۱۵). خصوصیاتی مانند خشم، پرخاشگری و تکانشگری در افراد مبتلا به اختلالات شخصیت از پیش‌بینی کننده‌های قوی خودکشی هستند (۱۶). هم‌چنین بر اساس پژوهش‌های انجام شده، اختلالات شخصیت معمولاً با اختلالات روانی دیگر همراه هستند. این مسأله، افسردگی، ناامیدی، تکانشگری بیشتر، توانایی حل مسأله‌ی ضعیف‌تر و اعتماد به نفس پایین‌تر را در افراد مبتلا به این اختلال به همراه دارد که این امر موجب افزایش امکان خودکشی در این افراد می‌شود (۱۷).

میزان اقدام به خودکشی در سال‌های اخیر در ایران رو به افزایش است (۵). مطالعات نشان می‌دهد که داشتن اختلالات روانی و سابقه‌ی خودکشی امکان خطر اقدام به خودکشی مجدد و موفق را در آینده افزایش می‌دهد (۱۹-۱۸). اقدام به خودکشی می‌تواند بر روی سلامت روان اطرافیان آنان تأثیر بگذارد و نشانه‌هایی از استرس پس از سانحه را در آن‌ها ایجاد می‌کند (۲۰). هم‌چنین خودکشی می‌تواند اثرات مخربی را بر روی جامعه داشته باشد. پژوهش‌های اخیر نشان داده است که در کشورهایی که آمار خودکشی در آنان بالا است، نگرش نوجوانان به ویژه دختران نسبت به خودکشی مثبت می‌باشد (۲۱).

از آن‌جایی‌که خودکشی اثرات زیانباری را بر اطرفیان و جامعه می‌گذارد و با توجه به این‌که اختلالات شخصیت (محور)یکی از عوامل مهم خطر برای خودکشی به حساب می‌آیند، مطالعه و بررسی شخصیت افراد می‌تواند یک اقدام مهم در جهت شناسایی رفتار خودکشی و جلوگیری از اقدام به آن و آسیب‌های ناشی از آن برای ا فراد و اطرافیان آنان باشد. به همین دلیل هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی الگوهای بالینی شخصیت در افراد اقدام‌کننده به خودکشی و افراد بهنجار است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع توصیفی- تحلیلی‌است. جامعه‌ی آماری در این پژوهش افراد اقدام کننده به خودکشی است که در سال ۱۳۹۰ در بیمارستان سینا، در شهرستان تبریز، بستری شده‌اند. نمونه‌ی آماری، ۹۰ فرد ۱۸ تا ۲۱ ساله‌ی اقدام‌کننده به خودکشی هستند که به صورت در دسترس، طی مدت ۴ ماه از بیمارستان سینا در شهرستان تبریز و از بخش مسمومیت انتخاب شدند. از بین این ۹۰ فرد اقدام کننده به خودکشی ۵۰ نفر زن و ۴۰ نفر مرد بوده‌اند. اطلاعات توصیفی و هم‌چنین تشخیص و تأیید اقدام به خودکشی در این افراد، توسط پزشک متخصص، پروندۀ بیماران، مصاحبه با خود بیمار و اطرافیان وی صورت گرفت. این بیماران هنگام مراجعه به بیمارستان به دلیل شدت مشکلات جسمانی و روانی خود قادر و مایل به پاسخگویی به سؤالات نبودند، اما پس از گذشت چند روز که از حالت بحرانی خارج می‌شدند، با هماهنگی پرسنل بیمارستان، و در صورت تمایل افراد اقدام‌کننده به خودکشی پرسش‌نامه‌ها در اختیار آنان گذاشته شده و تکمیل می شد. در بیشتر موارد، به دلیل ناتوانی بیماران برای پر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.6.3]

کردن پرسش‌نامه‌ها، سؤالات برای بیماران خوانده می‌شد و آنان پاسخ می‌دادند. هم‌چنین ۹۰ فرد بهنجار نیز از طریق همتاسازی (سن و جنسیت) با نوجوانان اقدام کننده به خودکشی، افراد ۱۸-۲۱ سال دانشگاه تبریز و برخی خانواده‌های بهنجار در شهرستان تبریز که بر اساس بررسی‌های انجام شده (پرسش‌های مستقیم و غیر مستقیم در این زمینه) سابقهٔ اقدام به خودکشی نداشته‌اند ، انتخاب شدند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش پرسش‌نامهٔ چند محوری میلون می‌باشد که به شرح زیر است:

پرسش‌نامه‌ی بالینی چند محوری میلون (Millon Clinical Multiaxial Inventory):

این پرسش‌نامه توسط تئودور میلون و بر اساس نظریه‌ی زیستی – روانی – اجتماعی ساخته شده است. پرسش‌نامه‌ی MCMI–III برای بزرگسالان ۱۸ سال و بالاتر که دست‌کم توانایی خواندن آنان تا سطح کلاس هشتم می‌باشد، طراحی شده است. این پرسش‌نامه دربرگیرنده‌ی ۱۷۵ جمله‌ی کوتاه خود توصیفی با پاسخ‌های بلی- خیر است که در این پژوهش تمامی این ۱۷۵ سؤال مورد استفاده قرار گرفته است. هم‌چنین این پرسش‌نامه دارای ۲۲ خرده مقیاس است که در چهار گروه دسته‌بندی شده‌اند: ۱- الگوهای بالینی شخصیت ۲- آسیب‌شناسی شدید شخصیت ۳- نشانگان بالینی ۴- نشانگان شدید. از زمان انتشار آن برای بررسی و ثبات مقیاس‌ها مطالعات زیادی توسط میلون و پژوهشگران دیگر انجام گرفته است. روش‌های عمده شامل به‌دست آوردن ضرایب پایایی، بازآزمایی درونی ماده‌ها بوده است. همسانی درونی مقیاس‌ها به روش کودر ریچاردسون ۲۰، از ۰/۸۱ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۵ (افسرده‌خویی) با متوسط ۰/۸۹ برای همه مقیاس‌ها گزارش شده است (۲۲).خرده مقیاس‌های الگوی بالینی عبارت هستند از: اسکیزوئید، اجتنابی، وابستگی، نمایشی، آزارگری، خودشیفته، ضداجتماعی، افسردگی، منفی‌گرایی، خود آزارگری. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS19 و با روش تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) تجزیه‌وتحلیل شده‌اند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی در جدول ۱ در صفحه‌ی ۱۱ نشان می‌دهد نسبت زنانی که در این پژوهش مورد مطالعه قرارگرفته‌اند بیشتر از مردان است و گروه سنی ۲۱ سال بیشترین فراوانی سنی را به خود اختصاص داده است.

میانگین و انحراف معیار الگوهای بالینی شخصیت به تفکیک گروه در جدول ۲ نشان داده شده است. این جدول نشان می‌دهد که گروه اقدام‌کننده به خودکشی در تمامی الگوهای بالینی شخصیت به جز الگوی بالینی آزارگر و وسواسی در مقایسه با گروه بهنجار دارای میانگین‌های بالاتر هستند. مقادیر انحراف استاندارد در اکثر زیر مقیاس‌ها در دو گروه متفاوت است. به‌عبارت‌دیگر، میزان پراکندگی نمره‌ها و ناهمگونی در بین آزمودنی‌های اقدام‌کننده به خودکشی بیشتر از گروه بهنجار است. تنها در متغیرهای آزارگر و وسواسی ناهمگونی گروه بهنجار بیشتر از گروه اقدام‌کننده به خودکشی است.

سطح معنی‌داری تفاوت بین گروه‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره پیلایی، در سطح $P<۰/۰۰۱$ مورد بررسی قرار گرفته است که این مقادیر در جدول ۳ ارائه شده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که دو گروه مورد مطالعه، با توجه به میانگین وزنی متغیرهای مورد مطالعه، تفاوت معنی‌دار با یکدیگر دارند چرا که F محاسبه شده (۵۰۳/۴۶۵) در سطح $P<۰/۰۰۱$ معنی‌دار است. جهت بررسی هدف پژوهش حاضر از روش تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شده است که نتایج این تحلیل در جدول ۴ نشان داده شده است. یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که میان گروه‌های مورد بررسی در این پژوهش در تمامی الگوهای بالینی اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، ضداجتماعی، نمایشی، آزارگر، منفی گر، خودشیفته تفاوت معنی‌دار وجود دارد. اما بین دو گروه مورد مطالعه در الگوی بالینی وسواسی و خودشیفته، در سطح $P<۰/۰۰۱$ تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. هم‌چنین این یافته‌ها نشان می‌دهد که بیشترین تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها مربوط به الگوی بالینی افسرده (۲۱۶۳۸۹/۳۴) است.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.6.3]

جدول ۱. مشخصات توصیفی آزمودنی ها به تفکیک در دو گروه بر اساس متغیر های سن و جنسیت

متغیر	طبقات	فراوانی (درصد)
جنسیت	مذکر	۳۸ (٪۴۲/۲)
	مؤنث	۵۲ (٪۵۷/۸)
سن	۱۸ سال	۲۷ (٪۳۰)
	۱۹ سال	۱۱ (٪۱۲/۲)
	۲۰ سال	۲۲ (٪۲۴/۴)
	۲۱ سال	۳۱ (٪۳۴/۴)

جدول ۲. داده های توصیفی برای الگو های بالینی شخصیت در دو گروه

	اقدام کرده		اقدام نکرده	
الگوی بالینی شخصیت	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اسکیزوئید	۴۸/۳	۱۷/۶۳	۱۷/۹	۱۵/۲۱
اجتنابی	۴۰/۸۱	۱۸/۲۱	۱۴/۹۸	۱۱/۳
وابسته	۴۶/۹۳	۲۷/۱۹	۱۵/۲۹	۸/۸۵
افسرده	۸۲/۰۳	۱۴/۶۳	۶۹/۱۲	۸/۶۸
خودشیفته	۵۰/۸۲	۱۸/۳۶	۲۴/۹	۱۱/۷۸
ضد اجتماعی	۵۴/۱۶	۱۶/۷۴	۲۶/۲۷	۱۱/۹۶
آزارگر	۵۰/۵۳	۴۳/۷۳	۵۳/۴۸	۱۷/۳۶
وسواسی	۳۸/۴۱	۱۶/۶۹	۴۳/۰۳	۱۸/۵
خودآزارگر	۵۷/۶۲	۱۳/۳۵	۷/۰۵	۶/۰۱
منفی گرا	۷۳/۹۷	۱۴/۹	۱۹/۳	۹/۰۲
نمایشی	۵۴/۶۷	۱۹/۴	۲۲/۲۱	۸/۹

جدول۳. تحلیل واریانس چند متغیره

آزمون	مقدار آماره آزمون	F	درجه اثر آزادی	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۹۷۹	۴۶۵/۵۰۳	۱۶	۱۶۳	۰/۰۰۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.6.3]

جدول۴ . آزمون پیلایی جهت مقایسه‌ی گروه ها

مقیاس	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
اسکیزوئید	۴۱۶۷۸/۴۵	۱	۴۱۶۷۸/۴۵	۱۵۳/۷۲	۰/۰۰۱
اجتنابی	۳۰۰۳۱/۲۵	۱	۳۰۰۳۱/۲۵	۱۳۰/۷۶	۰/۰۰۱
وابسته	۴۵۰۶۱/۶۹	۱	۴۵۰۶۱/۶۹	۱۱۰/۲۰۵	۰/۰۰۱
افسرده	۲۱۶۳۸/۳۴	۱	۲۱۶۳۸/۳۴	۱۴۹۴/۹۵	۰/۰۰۱
نمایشی	۴۸۳۱۴/۴	۱	۴۸۳۱۴/۴	۲۱۲/۲۳	۰/۰۰۱
ضد اجتماعی	۳۵۰۰۰/۵۶	۱	۳۵۰۰۰/۵۶	۱۶۵/۴	۰/۰۰۱
خودشیفته	۳۰۲۳۸/۲۷	۱	۳۰۲۳۸/۲۷	۱۶۵/۴	۰/۰۰۱
آزارگر	۱۸۰	۱	۱۸۰	۱۶۳	۰/۶۸۷
وسواسی	۹۶۱/۴۲	۱	۹۶۱/۴۲	۳/۱	۰/۰۰۱
منفی گرا	۱۳۴۴۸۰	۱	۱۳۴۴۸۰	۸۸۶/۱۲	۰/۰۰۱
خود آزارگر	۱۱۵۰۶/۴۵	۱	۱۱۰۶۴/۴۵	۱۰۷۳/۲۴	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

افراد دچار اختلالات شخصیت دارای مشکلات هیجانی (عدم تنظیم هیجانی) و شناختی هستند. هم‌چنین این افراد از توانایی حل مسأله‌ی ضعیفی برخوردارند (۲۳)، که این امر موجب می‌شود این افراد در برخورد با حوادث منفی زندگی ناموفق بوده و بیشتر دست به خودکشی بزنند (۲۴). نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که تمامی اختلالات شخصیت به‌استثنای اختلال شخصیت وسواسی و دیگر آزار در افراد اقدام‌کننده به خودکشی بیش از افراد بهنجار می‌باشد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد که زندگی افراد دارای اختلال شخصیت از کیفیت پایین و مشکلات بسیاری برخوردار است (۲۵). از سویی این افراد، دارای مشکلاتی در تنظیم هیجانات خود هستند و از توانایی حل مسأله‌ی ضعیفی برخوردارند، که این امر موجب می‌شود این افراد در برخورد با حوادث منفی زندگی ناموفق باشند که این موضوع امکان خودکشی را در این افراد افزایش می‌دهد.

پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اختلال شخصیت افسرده بیشترین فروانی را در افراد اقدام‌کننده به خودکشی دارد که این یافته با پژوهش Overholser و همکاران همسو است (۱۰). اختلال شخصیت افسرده دارای صفات مادام‌العمری در طیف افسردگی است؛ صفاتی مانند بدبینی، بی‌لذتی، وظیفه‌شناسی مفرط، احساس حقارت و تردید که هرکدام از این صفات به‌تنهایی می‌تواند دلیلی برای خودکشی باشد. هم‌چنین بر اساس مطالعات انجام‌شده بین اختلال شخصیت افسرده و افسردگی اساسی و افسرده‌خویی (dysthymic) ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۲۶). به‌عبارت‌دیگر درصد بالایی از افراد دارای اختلال شخصیت افسرده در نهایت به افسردگی اساسی و افسرده‌خویی مبتلا می‌شوند (۲۷). ازآنجایی‌که افسردگی مهم‌ترین عامل پیش‌بینی کننده‌ی اقدام به خودکشی است، بنابراین انتظار بر این است که اختلال شخصیت افسرده در نهایت منجر به خودکشی در این افراد گردد.

یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص ارتباط خودکشی با اختلالات شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، وابسته، منفی گرا و خود آزارگر نیز با پژوهش‌های Overholser و همکاران، Chioqueta و Stiles و Rudd و همکاران همسو می‌باشد (۱۲-۱۰). پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که میان اختلال شخصیت منفی‌گرا و اختلال افسردگی، اختلال شخصیت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.6.3]

اسکیزوئید و اختلال اسکیزوفرنی و هم‌چنین اختلال شخصیت اجتنابی با اختلال اضطرابی همبستگی بالایی وجود دارد (۲۹-۲۸) که این همبستگی امکان خودکشی را در این افراد افزایش می‌دهد (۱۷). هم‌چنین افراد دچار اختلالات شخصیت اجتنابی، اسکیزوئید و وابسته دارای مشکلاتی در روابط بین‌فردی هستند (۳۰)، که این مسأله مشکلات بسیاری ازجمله از دست دادن حمایت اجتماعی، انزوا، سوءاستفاده‌ی جسمی و در نهایت افسردگی و خودکشی را برای آنان به دنبال دارد (۳۲-۳۱). اختلالات شخصیت ضداجتماعی و نمایشی و خودشیفته در پژوهش‌های متعدد با خودکشی در ارتباط بوده‌اند (۱۳)، که این نتایج با یافته‌های به‌دست‌آمده در این پژوهش همسو هستند. دلیل احتمالی برای این نتایج می‌تواند این باشد که اختلالات شخصیت مذکور با تکانشگری و پرخاشگری در ارتباط هستند (۳۳)، که این دو ویژگی در پژوهش‌های متعدد پیش‌بینی‌کننده‌ی قوی برای اقدام به خودکشی هستند (۱۶). هم‌چنین افراد دارای اختلالات شخصیت به‌ویژه شخصیت نمایشی دارای عزت‌نفس بسیار پایین هستند که این امر می‌تواند آنان را به سمت خودکشی سوق دهد (۳۴). بر اساس پژوهش‌های انجام شده اختلال شخصیت ضداجتماعی همبستگی بالایی با رفتارهای پرخطر مانند سوءمصرف مواد دارد (۲۸) که این مسأله یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های مهم در اقدام به خودکشی است. در خصوص اختلالات شخصیت دیگر آزار و وسواسی یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش‌های Chioqueta و Stiles ناهمخوان است. در تبیین این ناهمخوانی می‌توان گفت که پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که زندگی افراد دچار اختلال شخصیت وسواسی نسبت به سایر اختلالات شخصیت از کیفیت بهتری برخوردار است (۲۴). هم‌چنین افراد دچار اختلال شخصیت وسواسی دارای خصوصیاتی مانند مقاومت و پا فشاری هستند. این خصوصیات باعث می‌شود که این افراد در مقابل حوادث زندگی، حداقل واکنش منفی را نشان دهند که این خود یک امتیاز روان‌شناختی است (۲۵). در رابطه با افراد مبتلا به شخصیت آزارگر می‌توان گفت که این افراد بیشتر از آسیب رساندن و پرخاشگری نسبت به دیگران لذت می‌برند. به بیانی دیگر خشم افراد مبتلا به شخصیت آزارگر بیشتر به صورت بیرونی است تا درونی (۳۵).

ازآنجاکه افراد اقدام‌کننده به خودکشی بیش از افراد گروه گواه دارای الگوهای بالینی شخصیت نابهنجار هستند و با توجه به این‌که خودکشی عواقب منفی اجتماعی و روانی زیادی را به دنبال دارد، بنابراین با شناسایی عوامل زمینه‌ساز و الگوهای بالینی شخصیت افراد می‌توان شاخصه‌های خطرساز اقدام به خودکشی را مشخص نمود و با اتخاذ مداخلات روان‌شناختی مناسب از وقوع چنین فاجعه‌ی انسانی و آثاری که بر روی بازماندگان، اطرافیان و جامعه دارد، جلوگیری کرد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از زحمات مسؤولین بیمارستان سینا و همکاری بی‌دریغ کلیه‌ی بیماران تشکر نمایند.

References

1. World Health Organization. Burden of Mental and Behavioural Disorders: suicide 2005 [online].Available from: http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index6.html. 2005.
2. Conner K R., Duberstein P R., Conwell Y, Seidlitz L, Caine E D. Psychological vulnerability to completed suicide: A review of empirical studies. Suicide Life Threat Behav 2001;31(4):353-85.
3. Barrero S A P. Preventing suicide: A resource for the family. *Ann Gen Psychiatry* 2008; 7:1-6
4. Mann J J. A current perspective of suicide and attempted suicide. Ann Intern Med 2002;136:302-11.
5. Ghafarian Shirazi H R, Hosseini M, Zoladl M, Malekzadeh M, Momeninejad M, Noorian K, et al. Suicide in the Islamic Republic of Iran : an integrated analysis from 1981 to 2007. East Mediterr Health J 2012;18(6):607-13

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.6.3]

6. Nock M K, Borges G, Bromet E J, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. Br J Psychiatry. 2008; 192(2):98-105
7. Yen S, Shea M T, Pagano M, Sanislow C A, Grilo C M, McGlashan T H, et al. Axis I and II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. J Abnorm Psychol 2003;113(2):375-81.
8. Schneider B, Wetterling T, Sargk D, Schneider F, Schnabel A, Maurer K, Fritze J. Axis I disorders and personality disorders as risk factors for suicide. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2006; 256(1): 17-27.
9. Millon T. Personality disorders in modern life. New Jersey: Wiley; 2004.
10. Overholser J C, Stockmeie C, Dilley G, Freiheit S. Personality Disorders in Suicide Attempters and Completers: Preliminary Findings. Arch Suicide Res 2002;6(2): 311-6
11. Chioqueta A P, Stiles T C. Assessing suicide risk in cluster C personality disorders. Crisis, 2004; 25:128-33
12. Rudd M, Ellis T E, Rajab M, Wehrly T. Personality types and suicidal behavior: An exploratory study. Suicide Life Threat Behav 2000;30:199–212.
13. Pompili M, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Suicidality in DSM-IV Cluster B personality disorders: An overviewAnn. Ist. Super. Sanita 2004;40:475–83.
14. Bertolote J M, Fleischmann A, De Leo D, Wasserman D. Psychiatric diagnoses and suicide: Revisiting the evidence. Crisis 2004; 25: 147-55.
15. Hayashi N, Igarashi M, Imai A, Osawa Y, Utsumi K, Ohshima Y, et al. Psychiatric and personality disorders and clinical characteristics of admitted suicidal patients: data from Matsuzawa Suicidal Behavior Study. Seishin Shinkeigaku Zasshi 2009;111(5):502-26.
16. Giegling I, Olgiati P, Hartmann A M, Calati F, Möller H J, Rujescu D, et al. Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. J Psychiatr Res 2009;43(16):122–7.
17. Hawton K, Houston K, Haw C, Townsend E, Harriss L. Comorbidity of axis I and axis II disorders in patients who attempted suicide. Am J Psychiatry 2003;160(8):1494-500.
18. Vijayakumar L., John S, Pirkis J, Whiteford H. Suicide in developing countries (2): risk factors. Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention 2005; 26: 112-9.
19. Mostafazade B., Mesri M., Esmaeal F. Assessment the role of effective variables in repeated suicidal attempts. Research in medicin 2010;34(2): 111-6.
20. Mitchell P A, Crane Y, Kim Y. Perceived stress in survivors of suicide: Psychometric properties of the Perceived Stress Scale. Res Nurs Health 2008; 31(6):576-8.
21. Arnautovska U, Grad T. Attitudes Toward Suicide in the Adolescent Population. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention 2010; 31(1):22-9.
22. Groth-Marnat G. Handbook of Psychological Assessment. 5th ed. Hokoken, NJ: John Wiley & Sons; 2009.
23. Mc Murran M, Duggan C, Christopher G, Huband N. The relationships between personality disorders and social problem solving in adults. Pers Individ Dif 2007;42(1):145–55.
24. Blasco-Fontecilla H, Baca-Garcia E, Duberstein P, Perez-Rodriguez M, Dervic K, Saiz-Ruiz J., et al. An exploratory study of the relationship between diverse life events and specific personality disorders in a sample of suicide attempters. J Pers Disord 2010,24(6):773-84.
25. Cramer V, Torgersen S, Kringlen E. Personality disorders and quality of life. A population study. Compr Psychiatry 2006;47(3):178-84.
26. Sadock B J, Sadock V A. Synopsis of psychiatry. 9th. ed. Philadelphia: Lippincoot Williams and Wikins; 2003.
27. Johnson J G, Cohen P, Kasen S, Brook J S. Personality disorder traits associated with risk for unipolar depression during middle adulthood. J Psychiatr Res 2005;136(2-3):113–21.
28. Kwom J S, Kim Y M, Chang C G, Park B K, Yoon D J. Three-year follow-up of women with the sole diagnosis of depressive personality disorder: Subsequent development of dysthymia and major depression. Am J Psychiatry 2000;157(12):1966-72.
29. Hayward M, Moran P. Comorbidity of personality disorders and mental illnesses. J Psychiatr Res 2008;7(3):102-4.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.6.3]

30. Reich J. Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia. Curr Psychiatry Rep 2009; 11(1):89-93.
31. Clifton A, Turkheimer E, Oltmanns T. Personality disorder in social networks: Network position as a marker of interpersonal dysfunction. J Social Net 2009;31(1):26-32.
32. Loas G, Cormier J, Perez-Diaz F. Dependent personality disorder and physical abuse. J Psychiatr Res 2011;185(1-2):167-70
33. Perry J C, Körner A C. Impulsive Phenomena, the Impulsive Character (der Triebhafte Charakter) and DSM Personality Disorders. J Pers Disord 2011;25(5): 586-606
34. Thompson A. H. The Suicidal Process and Self-Esteem. Crisis 2010;31(6): 215-6.
35. Myers W C, Monaco L. Anger experience, styles of anger expression, sadistic personality disorder, and psychopathy in juvenile sexual homicide offenders. J Forensic Sci 2000;45(3):698-701

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.6.3]

Comparison between clinical pattern personalities in suicide attempters and normal group

Zeinab Erjaee [1], Farzad Nasiri [2], Majid Mahmoodalilou [3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Purpose of this study is evaluating and comparing clinical patterns personalities in suicide attempters and normal group.

Methods and Materials: This causal – comparative expost facto research base study preformed on totally 90 suicide attempters, 18 to 21 years age. The study uses the Millon Clinical Multiaxial Inventory . Multi – variable variance method is used; and the SPPSS19 soft ware is applied for data analysis.

Findings: Statistics results show that there are a meaningful relation between all studied groups in all clinical pattern personalities scales (P<0.001), except for clinical Obsessive–Compulsive and Aggressive (Sadistic) personalities. The most meaningful difference among groups is more prevalent in clinical depressive disorder pattern.

Conclusions: Suicide attempters have more abnormal clinical pattern personalities than normal group

Keywords: Clinical Patterns, Suicide Attempters, Personality

Citation: Erjaee Z, Nasiri F, Mahmoodalilou M. **Comparison between clinical pattern personalities in suicide attempters and normal group**. J Res Behave Sci 2015; 13(2): 242-250

Received: 10.02.2013 Accepted: 12.07.2015

1. PhD student of Psychology, Olom Tahghighat University of Tehran, Iran (Corresponding Author), Email:zb.erjaee@yahoo.com
2. PhD. student of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran
3. Professor, Psychology Group, University of Tabriz, Tabriz, Iran

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1394.13.2.6.3]