



# Correlation between Different Dimensions of Anger and Depression in Women by Mediating Objectives and Capabilities of Igo

Masoumeh Fallah<sup>1,\*</sup>, Nahaleh Moshtagh<sup>2</sup>, Behrooz Dolatshahi<sup>3</sup>, Arash Mirabzadeh<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Master of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran

<sup>2</sup> PhD, Hamava Institute for Psychoanalytic Psychotherapy, Tehran, Iran

<sup>3</sup> PhD, Department of Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Professor of Psychiatry, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

\* **Corresponding author:** Masoumeh Fallah, Master of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran. E-mail: Rfallah\_40@yahoo.com

**Received:** 17 Jan 2019

**Accepted:** 20 May 2019

## Abstract

**Introduction:** Depression is the only common psychiatric disorder that women are twice as likely to suffer from men. The purpose of this study was to determine the correlation between various aspects of anger and depression in women through mediation of object relations and Igo's empowerment.

**Methods:** The present study is descriptive-correlational. 250 women aged 20 to 45 years old living in Tehran who had been referred to the emergency department of Roozbeh and Imam Hossein hospitals were selected by convince sampling method. Participants filled out Bell Object Relations and Reality Testing Inventory", the "Beck Depression Inventory", "Spielberger's State-Trait Anger Expression Inventory-2), and "three Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2- supplementary scales, namely Hostility, Overcontrolled-Hostility and Ego Strength". Validity and reliability have been confirmed in previous studies. Data was analyzed by SPSS.20.

**Results:** The chi-squared result is about 3 degrees of freedom, and RMSEA is equal to 10.0, which represents a good fit pattern. The criteria of GFI = 0.99, AGFI = 0.79, NFI = 0.99 and NNFI = 0.92 fit the model appropriately ( $P < 0.01$ ). In general, the proposed conceptual model has a good fit; some of the paths in particular are from external expression, internal expression, internal control, external control, extreme hostility, anger, anger and hostility to depression by mediating alienation, attachment Insecure, social incompetence, self-knowledge and Igo's ability were meaningful. Multiple correlation coefficient showed that 87% of variance of depression can be explained through the proposed model.

**Conclusions:** The components of anger and hostility through the mediation of Igo's empowerment and the components of the relationship of the subject, can predict 87% of women's depression. Therefore, therapeutic planning for women with depression and prevention programs for depression with regard to these components is suggested.

**Keywords:** Depression, Anger, Object Relations



# بررسی همبستگی ابعاد مختلف خشم با افسردگی زنان با میانجیگری روابط ابژه‌ای و توانمندی ایگو

معصومه فلاح‌بنه‌کهیل<sup>۱\*</sup>، نهاله مشتاق‌بیدختی<sup>۲</sup>، آرش میراب‌زاده<sup>۳</sup>، بهروز دولت‌شاهی<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، مرکز خدمات روانشناختی هم آوا، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران  
<sup>۴</sup> دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران  
 \* نویسنده مسئول: معصومه فلاح‌بنه‌کهیل، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ایمیل: Rfallah\_40@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۲/۳۰

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۰/۲۷

## چکیده

**مقدمه:** افسردگی جز شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است که زنان دو برابر مردان مبتلا می‌شوند. پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی ابعاد مختلف خشم با افسردگی زنان با میانجیگری روابط ابژه‌ای و توانمندی ایگو انجام شد.

**روش کار:** مطالعه حاضر توصیفی-همبستگی می‌باشد که ۲۵۰ نفر از زنان ۲۰ تا ۴۵ سال ساکن تهران که با شکایت‌های مربوط به نشانه‌های افسردگی به بخش اورژانس بیمارستان‌های روزبه و امام حسین مراجعه کرده بودند، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان "سیاهه روابط ابژه و واقعیت سنجی بل" (Bell Object Relations and Reality Testing Inventory)، "سیاهه افسردگی بک" (Beck Depression Inventory)، "سیاهه بروز خشم حالت-صفت اسپیلبرگر-۲" (Spielberger's State-2 Trait Anger Expression Inventory-2)، "سه خرده مقیاس تکمیلی پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا ۲" (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2)، یعنی خصومت (Hostility)، مهار افراطی-خصومت (Over controlled-Hostility) و توانمندی ایگو (Ego Strength) را تکمیل نمودند. روایی و پایایی در مطالعات قبلی تأیید شده است. داده‌ها با نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۰ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** حاصل مجذور کای بر درجه آزادی نزدیک به ۳ است، همچنین RMSEA برابر با ۰/۱۰ می‌باشد که نشان دهنده مدل برازش خوب است. معیارهای  $GFI=0/99$ ،  $AGFI=0/79$ ،  $NFI=0/99$  و  $NNFI=0/92$  تأییدکننده برازش مناسب الگو هستند ( $P < 0/01$ ). در مجموع مدل مفهومی پیشنهادی از برازش خوبی برخوردار است؛ بطوریکه برخی از مسیرها به طور خاص، از سمت ابراز بیرونی، ابراز درونی، کنترل درونی، کنترل بیرونی، خصومت افراطی، صفت خشم، حالت خشم و خصومت به افسردگی با میانجیگری بیگانگی، دلبستگی نایمن، بی کفایتی اجتماعی، خودمیان بینی و توانمندی ایگو معنادار بودند. ضریب همبستگی چندگانه نشان داد که ۸۷ درصد واریانس افسردگی از طریق الگوی پیشنهادی قابل تبیین است.

**نتیجه گیری:** بر اساس بررسی‌های انجام شده، مولفه‌های خشم و خصومت با میانجیگری توانمندی ایگو و مؤلفه‌های روابط ابژه، توانایی پیش‌بینی ۸۷ درصد افسردگی زنان را دارد. لذا برنامه ریزی درمانی برای زنان مبتلا به افسردگی و برنامه‌های پیشگیری از ابتلا به افسردگی با توجه به این مؤلفه‌ها پیشنهاد می‌شود.

**واژگان کلیدی:** افسردگی، خشم، روابط ابژه

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

افسردگی ۱۷-۳ درصد می‌باشد. افسردگی اساسی با شیوع ۱۷ درصد بالاترین شیوع در بین اختلالات روانپزشکی را دارد. شیوع اختلال افسردگی اساسی در زنان دو برابر مردان است [۲]. در ایران بطور متوسط، ۵/۶ درصد مردان و ۹/۸ درصد زنان مبتلا به نوعی از انواع

افسردگی از برجسته‌ترین و معمولی‌ترین اختلالات روانی می‌باشد این بیماری می‌تواند منجر به تجربه ناتوانی و سطوح بالای تنش در فرد شده و احتمال خودکشی را افزایش می‌دهد [۱]. از جمله اختلالات بسیار شایع در جوامع مختلف افسردگی است و شیوع اختلالات

دل‌بستگی را به حداقل برساند. در بیش‌فعالسازی دل‌بستگی، افراد منابع دل‌بستگی را طوری تلقی می‌کنند انگار که همیشه پاسخگوی نیازهای آن‌ها خواهند بود. برای حفظ ارتباط ابژه‌ای، چنین افرادی به صورت مداوم به پایش کردن منبع دل‌بستگی اقدام می‌کنند و به دنبال به حداکثر رساندن برونداد دل‌بستگی هستند که منجر به سوگیری توجه بیش از اندازه به اطلاعات مرتبط با روابط ابژه‌ای و افزایش فشار و تنش می‌شود. به نظر می‌رسد که نشانه‌های افسرده‌وار دارای سبک کلی نشخوارکنندگی و تمرکز برخود باشد که با الگوی غیرفعال‌ساز دل‌بستگی هماهنگی دارد [۱۶، ۱۷]. هرچند به نظر می‌رسد شکل‌گیری چنین الگویی از خشم درونی حاصل شده و خصوصیت در افسردگی می‌تواند تا حدودی ناشی از روابط ابژه‌ای آشفته و راهبردهای ناکارآمد دل‌بستگی در افراد افسرده باشد. به نظر می‌رسد که میزان توانمندی ایگو، یعنی توانایی در ایجاد تعادل بین نیازهای درونی و فشارهای بیرونی، یکی از مسائل اساسی است که می‌تواند بر ارتباط میان ابعاد مختلف خشم با افسردگی تأثیرگذار باشد. توانمندی ایگو شامل توانایی فرد در درک واقع‌گرایانه موقعیت‌های چالش برانگیز و ارائه پاسخ‌های مناسب است [۱۸].

بر اساس آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد که ویژگی‌های مهمی همچون روابط ابژه و توانمندی ایگو، بر ارتباط بین خشم و اختلال افسردگی در زنان تأثیرگذار باشند. پژوهش حاضر با هدف تعیین همبستگی ابعاد مختلف خشم با افسردگی زنان با میانجیگری روابط ابژه‌ای و توانمندی ایگو انجام شد.

## روش کار

مطالعه حاضر یک طرح توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری زنان دارای شکایت‌های مربوط به علایم و نشانه‌های افسردگی بودند که به بخش اورژانس بیمارستان‌های روزبه و امام حسین شهر تهران در سال ۱۳۹۱ مراجعه کرده بودند، ملاک‌های ورود شامل سن ۲۰ تا ۴۵ سال، حداقل تحصیلات ابتدایی، شکایت از افسردگی به عنوان علت مراجعه به مراکز درمانی است و ملاک‌های خروج عبارت بود از اینکه هنگام پژوهش در حال مصرف دارو باشند، از آخرین باری که دارو مصرف کردن و یا شوک درمانی گرفته‌اند کمتر از شش ماه گذشته باشد و در "سیاهه افسردگی بک" نمره بالاتر از ۲۸ بگیرند و جز افسردگی‌های شدید باشند. در نهایت با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، ۲۵۰ نفر زن به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این افراد به صورت داوطلب و با دریافت رضایت‌نامه کتبی وارد نمونه پژوهشی شدند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از "سیاهه روابط ابژه و واقعیت سنجی بل (Bell Object Relations and Reality Testing Inventory)"، "سیاهه افسردگی بک" (Beck Depression Inventory)، "سیاهه بیان خشم حالت-صفت اسپیلبرگر-۲" (Inventory of Spielberger's State-Trait Anger Expression Inventory-2)، "سه خرده‌مقیاس" مقیاس شخصیتی چند وجهی یا مینه‌سوتا ۲ (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) یعنی خصومت (Hostility)، "مقیاس مهارافراطی-خصومت" (Overcontrolled-Hostility Scale) و "مقیاس توانمندی ایگو" (Ego Strength Scale) استفاده شد.

اختلالات افسردگی هستند. در شهرها و روستاها این رقم به ترتیب ۸/۵ و ۷/۱ درصد کل جمعیت ۱۵ ساله و بالاتر می‌باشد [۳]. وجود چنین آماری، لزوم پرداختن به دلایل سبب شناختی افسردگی در زنان را به صورت پدیده‌ای مهم، بیش از پیش نشان می‌دهد. با اینکه هنوز هم بسیاری از درمانگران خشم را به عنوان یکی از مولفه‌های مهم درمان بیماران افسرده در نظر می‌گیرند [۴]، با شکل‌گیری رویکردهای شناختی رفتاری در روان‌درمانی و روانشناسی، مفهوم‌بندی نشانگان افسردگی بر اساس تجربه خشم از جانب این رویکردها کنار گذاشته شد. این رویکردها خشم را به عنوان تعیین‌کننده اساسی در افسردگی نپذیرفتند و از این جهت، در تلویحات درمانی افسردگی نیز آن را جدی نگرفتند. از نظر روان - دارویی نیز خشم به عنوان یکی از نشانگان اختلال افسردگی تلقی می‌شود و نه به عنوان یکی از عوامل سبب‌شناختی [۵، ۶]. این در حالیست که درمانگران با رویکرد روان تحلیلی همچنان بر نقش اساسی خشم در افسردگی تأکید می‌کنند. از این دیدگاه، احساسات آشکار و سرکوب شده خشم منجر به فعالسازی احساس گناه شدید و خود انتقادگری در این افراد می‌شود. تجربه بالینی بسیاری از درمانگران نیز نشان می‌دهد که ایجاد آگاهی در مورد خشمی که اغلب به صورت ناهشیار تجربه می‌شود و شامل فقدان و یا طردشدگی است، معمولاً منجر به کاهش احساس گناه و افسردگی افراد می‌گردد [۴]. همچنین، مطالعات مختلف وجود درجات بالای خشم مستقیم ابراز شده و خشم سرکوب شده را در بیماران مبتلا به افسردگی نشان داده‌اند [۷] مطالعات نیز بیانگر خطر بالای رفتارهای برون‌ریزانه در افراد افسرده [۸]، مانند خشونت علیه همسر [۹]، است. همچنین بیماران افسرده در مقایسه با بیماران اضطرابی، بیماران مبتلا به اختلال علامت جسمی و همچنین افراد سالم، احساس خشم کلی و برون‌ریزی خشم به مراتب بیشتری را تجربه می‌کنند. همچنین، برخی مطالعات نشان داده‌اند که افراد افسرده‌ای که درگیر حملات خشم هستند، سطوح بالایی از تنش را تجربه می‌کنند [۱۰، ۱۱]. برخی مطالعات نیز بیانگر مقاومت نسبت به درمان در بیماران هستند که تلویحات برنامه روان درمانی آن‌ها شامل بررسی و پرداختن به خشم تجربه شده یا ناهشیار نیست [۱۲].

از سوی دیگر، شواهد نشان می‌دهد که در موقعیت‌های تهدید آمیزی که افراد برای حفظ روابط خود نیازمند کنترل عواطف منفی خود هستند، عموماً خشم سرکوب شده خود را به صورت خلق منفی و افسردگی بروز می‌دهند [۱۳]، که ارتباط بسیار زیادی با نوع روابط ابژه (object relations) و توانمندی ایگوی (ego strength) افراد دارد. افراد دارای دل‌بستگی ایمن در شرایط مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا، در پی جستجوی منابع امن به عنوان الگوهای دل‌بستگی واقعی یا درونی شده هستند [۱۴، ۱۵].

با اینحال، وقتی ابژه‌های دل‌بستگی را به صورت غیردسترس پذیر، غیرپاسخ دهنده و غیرحساس ادراک شود، راهبردهای ثانویه یا دفاعی دل‌بستگی در شرایط تجربه عاطفه منفی توسط افراد مورد استفاده قرار می‌گیرد. دو مورد از مهمترین راهبردهای ثانویه عبارتند از غیرفعالسازی نظام دل‌بستگی و بیش‌فعالسازی نظام دل‌بستگی. راهبرد اول زمانی اتفاق می‌افتد که افراد منبع دل‌بستگی را، فردی غفلت‌کننده بدانند که نشانه‌های دل‌بستگی را طرد می‌کنند. در این حالت، غیرفعال‌سازی نظام دل‌بستگی اتفاق می‌افتد تا فرد بتواند تعارض بالقوه میان خود و منبع

در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی استفاده کرده بودند، پرداختند و نتایج آن نشان داد همبستگی این پرسشنامه با "مقیاس درجه بندی روانپزشکی افسردگی همپتون" (Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression) برای جمعیت بالینی و غیر بالینی به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۷۲ می‌باشد که تاییدی در جهت روایی مطلوب این پرسشنامه بود. در این بررسی دیده شد که مقالات مذکور ضریب همسانی درونی بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و با میانگین ۰/۸۶ را گزارش کرده بودند. در مطالعه Stefan-Dabson و همکاران [۲۳] که بر روی ۳۵۴ نفر از افرادی که تشخیص افسردگی اساسی گرفته بودند و در زمان مطالعه در بهبودی نسبی به سر می‌بردند، روایی سازه این سیاهه از طریق روایی همگرا و اجرای همزمان آن با "مقیاس ناامیدی بک" (Beck Hopelessness Scale)، "مقیاس افکار خودکشی" (Beck Anxiety Inventory) و "سیاهه اضطراب بک" (Beck Anxiety Inventory) سنجیده شد که همبستگی آن به ترتیب ۰/۶۸، ۰/۳۷ و ۰/۶۰ گزارش شد. پایایی آن نیز در پژوهش رجبی و کارجو [۲۴] در ایران روی یک نمونه ۴۶۸ دانشجویان دانشگاه‌های شهید چمران و دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز اجرا شد که ضریب آلفای کرونباخ برای کل سیاهه ۰/۸۶ گزارش شد.

"سیاهه بیان خشم حالت - صفت اسپیلبرگر-۲" با ۴۴ عبارت در سال ۱۹۸۸ توسط Spielberger ساخته شد. این سیاهه در سال ۱۹۹۶ مورد بازنگری قرار گرفت و ضمن تجدیدنظر در مقیاس‌های نخستین، مقیاس‌ها و خرده مقیاس‌های جدیدی به آن افزوده شد. در این بازنگری، تعداد عبارات به ۵۷ عبارت افزایش یافت. این ابزار دارای ۳ بخش است. بخش نخست دارای ۱۵ عبارت، بخش دوم دارای ۱۰ عبارت و بخش سوم دارای ۳۲ عبارت است. تمام عبارات ابزار با استفاده از یک مقیاس لیکرت ۴ بخشی درجه بندی می‌گردد. عبارات بخش اول ابزار با استفاده از یکی از چهار حالت اصلاً، کمی، نسبتاً و بسیار زیاد درجه بندی می‌گردد، عبارات بخش دوم و سوم با استفاده از یکی از چهار حالت تقریباً هرگز، گاهی، غالباً و تقریباً همیشه درجه بندی می‌گردد. این ابزار ۶ مقیاس "حالت خشم" (State anger)، صفت خشم (Trait anger)، بیان خشم به طرف بیرون (Anger expression-out)، بیان خشم به طرف دور (Anger control-out) و کنترل خشم به طرف دور (Anger control-in) را اندازه گیری می‌کند. برای محاسبه میزان کلی بیان خشم مجموع نمرات کنترل بیرونی و درونی از مجموع نمرات بیان درونی و بیرونی خشم کم می‌شود و باقی مانده را با نمره ثابت ۴۸ (برای از بین بردن اعداد منفی) جمع می‌شود. نمره فرد در این شاخص در دامنه از صفر تا ۹۶ قرار می‌گیرد و نمره بالا نشان دهنده بیان خشم می‌باشد [۲۵].

پرسشنامه در بررسی Spielberger [۲۶] با آلفای کرونباخ بر روی ۱۶۴۴ نفر بزرگسال عادی و ۲۷۶ نفر زنان افسرده اجرا شد که این میزان برای حالت و صفت خشم به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۳ بود. همچنین روایی سازه همگرا ابزار با "سیاهه خصومت Buss-Durkee" (Buss-Durkee Hostility Inventory) و "خرده مقیاس خصومت (Hostility) و پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا-۲" همبستگی ۰/۷۳ و ۰/۵۹ به ترتیب با نمره کل تأیید شد [۲۷].

"سیاهه روابط ابژه و واقعیت سنجی بل" در سال ۱۹۹۵ توسط Bell طراحی شد. این سیاهه ۹۰ گویه است که ۴۵ گویه به سنجش روابط ابژه و ۴۵ گویه به سنجش واقعیت آزمایی یا کارکردهای ایگو می‌پردازد و به صورت بلی/خیر تنظیم شده است که گزینه بلی نمره ۱ و گزینه خیر نمره صفر را اخذ خواهد کرد و در این پرسشنامه، سوالات ۰/۳۷، ۰/۳۰، ۰/۲۱، ۰/۱۵، ۰/۰۷، ۰/۰۴۵ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند، براساس نمرات خام استخراج شده از جداول هنجاریابی نمره T بالاتر از ۶۰ بعنوان نقطه برش در نظر گرفته شده است و می‌تواند مورد توجه بالینی قرار گیرد. این سیاهه چهار عامل (Alienation)، دل‌بستگی ناایمن (Insecure Attachment)، خودمیان‌بینی (Egocentricity) و بی‌کفایتی اجتماعی (Social Incompetency) را برای روابط ابژه و سه عامل تحریف واقعیت (Reality Distortion)، عدم قطعیت ادراک (Uncertainty of Perception) و هذیان و توهم‌ها (Hallucinations and Delusions) برای واقعیت آزمایی اندازه می‌گیرد [۱۹].

روایی این پرسشنامه در پژوهشی که شامل ۱۶ مرد و ۴۴ زن از جمعیت آسیب پذیر به بیماری‌ها در آژانس‌های سرویس اجتماعی، ۷۷ مرد و ۶۸ زن فارغ التحصیل از ۳ دانشگاه با عملکرد متوسط بدون تشخیص اختلال و ۱۵ مرد و ۲۵ زن با تشخیص اختلال‌های شخصیت به جز اختلال شخصیت مرزی بود مورد سنجش قرار گرفت و همبستگی آن با "مقیاس نشانگان مثبت و منفی" (Positive and Negative Syndrome Scale) ۰/۲۱ تا ۰/۲۹، با "فهرست تجدید نظر شده ۹۰ گویه ای نشانگان" (Symptoms Checklist-90-Revised) ۰/۱۰ تا ۰/۵۶، و با "سیاهه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا ۲" (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2) ۰/۶۷ تا ۰/۷۵ تأیید شده است [۱۹].

همچنین در ارزیابی میزان پایایی این پرسشنامه در نمونه مذکور ضرایب پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای و ۱۳ هفته‌ای خرده مقیاس‌های روابط موضوعی را به ترتیب ۰/۹۰-۰/۵۸ و ۰/۸۱-۰/۶۵ گزارش شد [۱۹]. از طرفی هادی نژاد و دهقانی [۲۰] روی ۱۴۱ دانشجو دانشگاه هنر تهران روایی همزمان "سیاهه روابط ابژه و واقعیت سنجی بل" را با "فهرست تجدید نظر شده ۹۰ گویه ای نشانگان" (Symptoms Checklist-90-Revised) سنجیدند که نتایج آن همبستگی معنادار (۰/۳۱ تا ۰/۶۳) بود. پایایی این ابزار نشان داد که میزان همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۶ برای بی‌کفایتی اجتماعی تا ۰/۸۲ برای بیگانگی بود.

"سیاهه افسردگی بک" توسط Beck در سال ۱۹۶۷ ساخته شده است. این ابزار خودگزارشی شامل ۲۱ گویه برای اندازه گیری نشانه‌های افسردگی در جمعیت‌های مختلف بالینی و غیر بالینی است که آزمودنی‌ها باید روی یک مقیاس چهار درجه‌ای از صفر تا سه به آن پاسخ دهند. به این ترتیب این ابزار، درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. نمرات بین صفر تا ۱۳ کمترین حد افسردگی، نمرات ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، نمرات ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و نمرات ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید تفسیر می‌شوند [۲۱]. Beck و همکاران [۲۲] در پژوهشی مרוوری برای ارزیابی ویژگی‌های روانسنجی "سیاهه افسردگی بک" به بررسی مقالات سال‌های ۱۹۶۱ تا ۱۹۸۶ که از این پرسشنامه

و نمره بالا به معنی سطح بالای توانمندی ایگو است. این مقیاس نیز با استفاده از سه نمونه متفاوت بیماران روان نژند که طی درمان روان تحلیلی کوتاه مدت بهبود یافته بودند بررسی شد و با توجه به همبستگی بالای با میزان بهبودی برای هر سه گروه کاربرد آن برای پیش بینی پاسخ به روان درمانی نیز تأیید شد. [Graham ۲۳] پایایی همسانی درونی را ۰/۶۰ و ۰/۶۵ زوج و فرد و بازآزمایی این مقیاس را برای مردان و زنان را به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۲ و گزارش کرد. در ایران نیز در پژوهشی که پورعلی بابا بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان دختر رشته‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شد، ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله ۸ هفته ۰/۷۶ و پایایی زوج و فرد این مقیاس در نمونه ۲۰ نفری از دانشجویان پسر و دختر همان دانشگاه به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۱ به دست آمد [۳۴]. بعلاوه اندازه گیری روایی و پایایی ابزارها در مطالعات قبلی، در مطالعه حاضر اندازه گیری نشد.

برای جمع آوری داده‌ها در مطالعه حاضر، از بین زنانی که به اورژانس بیمارستان‌های روزبه و امام حسین مراجعه کرده بودند، کسانی که بعلاوه شکایت از افسردگی به درمانگاه مراجعه می‌کردند انتخاب شده و پس از ارائه توضیح و جلب رضایت آن‌ها برای مشارکت در مطالعه درمورد محرمانه بودن و بی نام بودن اطلاعات، و حق انصراف از تکمیل پرسشنامه به آن‌ها توضیح داده شده و از آنها رضایت کتبی دریافت گردید. در ابتدا "سیاهه افسردگی بک" در اختیارشان گذاشته شده سپس سایر پرسشنامه‌های ذکر شده "سیاهه روابط اژه و واقعیت سنجی بل"، "سیاهه بیان خشم حالت - صفت اسپیلبرگر-۲"، و سه خرده "مقیاس پرسشنامه شخصیتی چند وجهی مینه سوتا ۲" (خصوصیت، مهار افراطی-خصوصیت و توانمندی ایگو) توزیع شد.

در ابتدا بطور شفاهی به افراد توضیحات لازم داده شد و افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند به اتاق معاینه راهنمایی می‌شدند، سپس بعد از مصاحبه کوتاه و تکمیل فرم رضایت نامه، پرسشنامه‌ها به ترتیب در اختیارشان قرار داده شد. در این مرحله با هماهنگی بعمل آمده قبلی، اتاق معاینه پزشک طی ساعاتی در هفته استفاده می‌شد.

در این مرحله ۳۵۰ نمونه به دلیل نوع مطالعه و با در نظر گرفتن احتمال عدم تطابق نمونه‌ها با شرایط ورود و خروج به پژوهش ۱۰۰ نمونه بیشتر انتخاب شد و سپس از آن بین ۲۵۰ نفر از زنان با شکایت افسردگی، که بر اساس نمره "سیاهه افسردگی بک" در دامنه نمره ۱۴ تا ۲۸ که بیانگر افسردگی خفیف تا متوسط بود و سایر ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب شدند. از آنجا که طبق اصول آماری در پژوهش‌های همبستگی برای هر متغیر ۵۰ نمونه نیاز است، لذا ۲۵۰ نمونه با در نظر گرفتن موارد ریزش و عدم پاسخدهی انتخاب شدند. قبل از آزمون مدل ابتدا مفروضه‌های همخطی بودن متغیرها و استقلال خطاها مورد بررسی قرار می‌گیرد و اگر شاخص تحمل کوچکتر از یک  $collinearity < 1$  و شاخص تورم کوچکتر از ده  $(vif < 10)$  و مقدار آزمون دوربین واتسون کوچکتر از چهار باشد  $(Durbin-Watson < 4)$  می‌توان گفت که از مفروضه‌های رگرسیون خطی صورت نگرفته است و به منظور آزمون مدل تحلیل مسیر مورد نظر، یعنی اثرات بیان خشم به طرف بیرون، بیان خشم به طرف درون، کنترل خشم به طرف درون، کنترل خشم به طرف بیرون، صفت خشم، خصوصیت افراطی، حالت خشم و خصوصیت بر افسردگی، با میانجی‌گری بیگانگی، دلبستگی ناپایمن، بی

ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی این پرسشنامه، بر روی جمعیت دانشجویی با تعداد نمونه ۵۷۰ نفر انجام شد. روایی همزمان از طریق ضرایب همبستگی بین مقیاس‌ها "سیاهه بیان خشم حالت - صفت اسپیلبرگر-۲" و "سیاهه پرخاشگری اهواز" (Ahvaz Aggression Inventory) سنجیده شد. نتایج نشان داد این میزان همبستگی بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۳ می‌باشد [۲۵]. بعلاوه، در پژوهش مذکور حالت خشم، صفت خشم، بیان خشم به طرف بیرون، بیان خشم به طرف درون، کنترل خشم به طرف بیرون و کنترل خشم به طرف درون، به ترتیب دارای ضریب همسانی ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۷۰، ۰/۶۰، ۰/۸۶ و ۰/۸۸ است (۲۵).

برای سنجش دو مؤلفه خصومت و مهار افراطی-خصوصیت، نیز از دو خرده مقیاس تکمیلی "سیاهه بیان خشم حالت - صفت اسپیلبرگر-۲"، یعنی خصومت و مهار افراطی-خصوصیت استفاده شده است. مقیاس خصومت یکی از چند مقیاسی بود که توسط

Cook & Medley [۲۸] به منظور پیش بینی رابطه بین معلمان و شاگردان در یک کلاس درس تدوین شد آن‌ها آنجایی که این مقیاس مستقیماً به موقعیت‌های تحصیلی مربوط نمی‌شود می‌تواند برای سایر موقعیت‌های ارتباطی نیز مناسب باشد. این پرسشنامه شامل ۵۰ عبارت بلی /خیر می‌باشد که دامنه نمرات بین صفر تا ۵۰ می‌باشد و نمره بالاتر بیانگر خصومت بیشتر است. آن‌ها در مطالعه خود با ۲۰۰ نفر از دانشجویان شاغل به تحصیل در مقطع کارشناسی ارشد و بالاتر ضریب همسانی درونی براساس الفا کرونباخ ۰/۸۶ به دست آوردند. در مطالعه‌ای روایی همگرا این ابزار با "فهرست ۹۰ گویه ای نشانه‌های بیماری (Symptoms Checklist-90) در ۶۹۹ بیمار سرپایی در یک مرکز بهداشت روانی همبستگی بالایی را نشان داد (۲۸). Barefoot و همکاران [۲۹] ضریب پایایی باز آزمایی دانشجویان پزشکی دانشگاه کارولینای شمالی را ۰/۸۰ گزارش کردند. مهار افراطی-خصوصیت (Overcontrolled-Hostility) "مقیاس مهارافراطی-خصوصیت"، توسط Megargee و همکاران [۳۰] از طریق شناسایی پاسخ‌های متفاوت به گویه‌ها در گروه‌های زندانیان شدیداً متجاوز، زندانیان بدون جرائم خشن، مردانی که هیچ گونه محکومیت کیفری نداشتند، ساخته شد.

این ابزار شامل ۲۸ عبارت بلی /خیر بود و دامنه نمرات از ۰ تا ۲۸ است و نمره بالاتر، بیانگر احتمال بروز واکنش پرخاشگرانه شدیدتر فرد است. به عبارتی، خصوصیت مهار افراطی در فرد پاسخ دهنده بالاتر است. Verona & Carbonell [۳۱] گزارش کردند که نمره این مقیاس در زنانی که یک بار مرتکب خشونت شدند بالاتر از زنان غیرخشن است، که تأییدی بر روایی افتراقی این مقیاس می‌باشد. Megargee و همکاران [۳۰] ضریب همسانی درونی (کودر-ریچاردسون ۲۱) را در مقیاس "مهارافراطی-خصوصیت" در نمونه‌ای متشکل از سه گروه از مجرمین با جرم‌های شدید (مثل قتل)، متوسط (ضرب و جرح) و خفیف (مثل دزدی) و یک گروه بهنجار ۰/۵۶ گزارش کردند.

"مقیاس توانمندی ایگو" (Ego Strength Scale) به منظور پیش بینی پاسخ بیماران روان نژند به روان درمانی انفرادی توسط Barron تدوین کرد [۳۲]. این مقیاس شامل ۶۲ سؤال لیکرتی پنج درجه‌ای می‌باشد (کاملاً با من مطابق است نمره ۵ و اصلاً با من منطبق نیست نمره ۱) که از ۶۲ تا ۳۱۰ دامنه نمره‌ای است که فرد می‌تواند اخذ نماید

کفایتی اجتماعی، خود میان بینی و توانمندی ایگو از روش تحلیل مسیر با نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۰ استفاده شد.

## یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در این پژوهش  $29 \pm 5/2$  سال بود و ۳ درصد شرکت کنندگان دیپلم، ۱۱ درصد کاردانی، ۵۴ درصد کارشناسی و ۳۰ درصد کارشناسی ارشد بودند. در پژوهش قبل از اجرای تحلیل مسیر پیش فرض‌های هم خطی، شاخص‌های تحمل و تورم واریانس مورد بررسی قرار گرفت که نشان داد پیش فرض‌های تحلیل مسیر احراز شده است. نتایج نشان داد که شاخص‌های برازش تحلیل مسیر، حاکی از الگوی تحلیل مسیر مطلوب است (جدول ۱). برای بررسی برازش الگوهای عاملی از شاخص‌های نسبت مجذور کای به درجه آزادی، شاخص بنتلر- بونت (NFI) و تاکر- لویز یا شاخص

جدول ۱: شاخص‌های نیکویی برازش برای آزمون الگو

| $\chi^2$ | df | $\chi^2/df$ | RMSEA | GFI  | AGFI | NFI  | CFI  | NNFI |
|----------|----|-------------|-------|------|------|------|------|------|
| ۲۴/۲۹    | ۷  | ۳/۴۷        | ۰/۱۰  | ۰/۹۹ | ۰/۷۹ | ۰/۹۹ | ۰/۹۹ | ۰/۹۲ |

جدول ۲: متغیرهای اندازه‌گیری روابط مستقیم و غیر مستقیم

| مسیر                             | ضریب مسیر | مسیر                           | ضریب مسیر |
|----------------------------------|-----------|--------------------------------|-----------|
| ابراز درونی به بیگانگی           | ۰/۲۰**    | کنترل درونی به خود محوری       | ۰/۵۱**    |
| کنترل درونی به بیگانگی           | ۰/۴۴**    | کنترل بیرونی به خود محوری      | ۰/۱۶*     |
| ابراز درونی به دل‌بستگی ناایمن   | ۰/۴۳**    | خصوصیت افراطی به خود محوری     | ۰/۱۵*     |
| کنترل درونی به دل‌بستگی ناایمن   | ۰/۴۲**    | ابراز درونی به توانمندی ایگو   | ۰/۲۴**    |
| کنترل بیرونی به دل‌بستگی ناایمن  | ۰/۳۵**    | کنترل درونی به توانمندی ایگو   | ۰/۶۶**    |
| خصوصیت افراطی به دل‌بستگی ناایمن | ۰/۱۴*     | خصوصیت افراطی به توانمندی ایگو | ۰/۱۳*     |
| خصوصیت به دل‌بستگی ناایمن        | ۰/۲۲**    | صفت خشم به توانمندی ایگو       | ۰/۱۴*     |
| ابراز درونی به انزوای اجتماعی    | ۰/۴۸**    | خصوصیت به توانمندی ایگو        | ۰/۱۵*     |
| کنترل درونی به انزوای اجتماعی    | ۰/۴۰**    | خصوصیت افراطی به افسردگی       | ۰/۱۳*     |
| صفت خشم به انزوای اجتماعی        | ۰/۱۳*     | صفت خشم به افسردگی             | ۰/۱۲*     |
| خصوصیت به انزوای اجتماعی         | ۰/۲۱**    | خصوصیت به افسردگی              | ۰/۲۱**    |
| ابراز بیرونی به خود محوری        | ۰/۱۶*     | بیگانگی به افسردگی             | ۰/۲۰**    |
| ابراز درونی به خود محوری         | ۰/۱۴*     | توانمندی ایگو به افسردگی       | ۰/۷۰**    |

\*  $P < 0/05$ , \*\*  $P < 0/01$

گری بی کفایتی اجتماعی و خودتوانمندی ایگو ارتباط غیر مستقیمی نیز با افسردگی دارد. خصوصیت رابطه منفی و مستقیمی با افسردگی دارد و همچنین با میانجی توانمندی ایگو، بی کفایتی اجتماعی و دل‌بستگی ناایمن ارتباط غیر مستقیمی با افسردگی نشان می‌دهد. از بین متغیرهای مربوط خشم، بین حالت خشم با افسردگی رابطه مستقیم و غیر مستقیمی مشاهده نمی‌شود. ضریب همبستگی چندگانه نیز نشان داد که ۸۷ درصد واریانس افسردگی از طریق الگوی پیشنهادی قابل تبیین است.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان همبستگی ابعاد مختلف خشم و افسردگی زنان با در نظر گرفتن تأثیر روابط ابژه‌ای و توانمندی ایگو صورت گرفت. نتایج نشان داد که بین این متغیرها با افسردگی همبستگی مثبت وجود دارد و نتایج آن با این پژوهش‌های پیشین همسو بود [۴، ۱۶، ۱۷]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در بیماران

تصویر ۱، بیانگر الگوی برازش شده پیش بینی افسردگی بر اساس ضرایب و مسیرهای معنادار پیش‌بینی افسردگی بر اساس خشم، با میانجی‌گیری روابط ابژه‌ای و توانمندی ایگو است.

با توجه به نتایج، می‌توان گفت الگوی پیشنهادی از برازش خوبی برخوردار است؛ و همانطور که در الگو دیده می‌شود، ابراز بیرونی خشم رابطه مستقیم و معنادار و منفی با بیگانگی و رابطه مستقیم و معنادار و مثبتی با خودمیان بینی دارد. ابراز درونی خشم نیز رابطه مستقیم و مثبتی با بیگانگی و دل‌بستگی ناایمن، خودمیان بینی و توانمندی ایگو دارد. کنترل بیرونی خشم با دل‌بستگی ناایمن و خودمیان بینی رابطه مثبت و مستقیم دارد و کنترل درونی به توانمندی ایگو، خودمیان بینی، بی کفایتی اجتماعی و دل‌بستگی ناایمن رابطه مستقیم و مثبت دارد. مهارافراطی خصوصیت با دل‌بستگی ناایمن، خودمیان بینی و توانمندی ایگو رابطه دارد. همچنین این متغیر بدون واسطه میانجی‌ها نیز با افسردگی نیز بطور منفی و معناداری رابطه مستقیم دارد. صفت خشم نیز رابطه مستقیم و مثبتی با افسردگی دارد، علاوه براین، با میانجی

این راستا، پژوهشی ارتباط بین افسردگی و روابط ایزه مورد بررسی قرار داده است [۴۶] و ارتباط معناداری بین مقیاس بیگانگی با افسردگی را نشان داده است. در پژوهش حاضر نیز مقیاس بیگانگی بیشترین سهم را در پیش‌بینی افسردگی دارد. نمره بالا در این مقیاس حاکی از کمبود بافت روابط صمیمانه افراد است. این افراد به احتمال زیاد در روابط قبلی خود آسیب دیده و به همین دلیل نزدیک شدن و صمیمیت با دیگران با مشکل روبه‌رو می‌شوند [۴۷].

از جمله عوامل میانجی مهم دیگر در افسردگی را می‌توان به توانمندی‌های ایگو افراد اشاره کرد. ادبیات پژوهشی چنانچه افراد در این حیطه قوی باشند در بسیاری از مشکلات از جمله روابط بین فردی که از جمله پیش زمینه بروز افسردگی است مصون خواهند بود. به عنوان مثال Madden [۴۸] در مطالعه خود اعلام داشت که رشد بیشتر ایگو، فرونشانی خشم متعادل را و نه افراطی را در پی خواهد داشت. در مطالعه‌ای دیگر توانمندی ایگو همبستگی مثبت با سازگاری اجتماعی دارد و هر چقدر توانمندی ایگو در فرد بیشتر باشد افراد در موقعیت‌های گوناگون سازگارتر خواهند بود [۴۹].

### نتیجه‌گیری

در صد قابل توجهی از علائم افسردگی در زنان افسرده را می‌توان به خشم به درون برگشت یافته، ابراز نشده و تغییر شکل یافته به صورت علائم افسردگی مربوط دانست. زنان به دلایل متعدد در بیان و ابراز خشم ناتوانی‌های قابل توجهی دارند که علاوه بر ابتلا به علایم و حتی بیماری‌های افسردگی می‌تواند تبعات آسیب زنده گسترده‌تری نیز داشته باشد. لذا برنامه ریزی درمانی برای زنان مبتلا به افسردگی و برنامه‌های پیشگیری از ابتلا به افسردگی با توجه به این یافته‌های مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود. از جمله محدودیت‌های این پژوهش استفاده از ابزار خودسنجی بود که می‌تواند تا اندازه تحت تأثیر عوامل انسانی قرار گیرد.

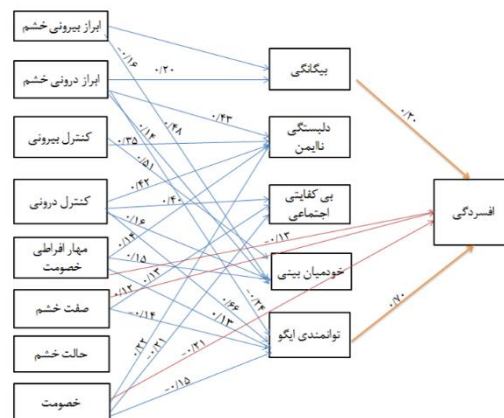
### سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی معصومه فلاح با راهنمایی خانم دکتر نهاله مشتاق می‌باشد که در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به شماره ۲۶۵-۲۰۰ در تاریخ ۹۲/۰۹/۲۰ ثبت شده است و از کلیه شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌نماید.

### References

1. WHO. Depression and other common mental disorders: global health estimates. Geneva: World Health Organization, 2017.
2. Kaplan BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2016;58(1):78-9.
3. Ildarabady E, Firouzkouhi MR, Mazloom SR, Navidian A. Prevalence of depression among students of Zabol Medical School, 2002. J Shahrekord Univ Med Sci. 2004;6(2):15-21.
4. Busch FN. Anger and depression. Adv Psychiatr Treat. 2018;15(4):271-8. doi: 10.1192/apt.bp.107.004937
5. Abdollahi A, LeBouthillier DM, Najafi M, Asmundson GJG, Hosseini S, Shahidi S, et al. Effect of exercise

افسرده خشم و تحریک پذیری از جمله ویژگی‌های همراه با آن می‌باشد [۲۵]. مطالعات نشان داده است که ۳۷-۵۴ درصد افراد افسرده خشم و تحریک پذیری را گزارش کرده‌اند [۳۵-۳۸] همبستگی مثبت و معنی دار بین شدت افسردگی و خشم به درون برگشت یافته، وجود دارد [۳۹، ۴۰]. این یافته در پژوهش دیگر با در نظر گرفتن طیف و دامنه خشم مورد تأیید قرار گرفته است [۴۱].



تصویر ۱: الگوی برازش شده پیش‌بینی افسردگی بر اساس متغیرهای پیش‌بینی

یافته‌های به دست آمده در پژوهش حاضر نیز با توجه به نمره بالا در مقیاس صفت خشم و کنترل خشم به طرف درون، نشانگر خشم مزمن در این افراد می‌باشد که همسو با نتایج مطالعه Spielberger می‌باشد [۴۲]. بعلاوه، نمره بالای به دست آمده در صفت خشم در این پژوهش بیانگر این است که این افراد به احتمال زیاد در بخش بزرگی از زندگی خود احساس خشم می‌کنند همان طور که افراد افسرده احساس خشم درونی دائمی نسبت به خود را به همراه دارند [۳۹، ۴۰، ۴۲]. بر اساس این یافته‌ها، این میزان همبستگی بین خشم و افسردگی در اغلب پژوهش‌ها به عنوان نشانه‌های همراه تلقی شده و نه عامل سبب شناختی [۵، ۶]. اما آنچه بر اساس ادبیات پژوهشی روان تحلیلی مشهود است خشم به درون برگشته و سرکوب شده می‌تواند یک عامل سبب شناخت افسردگی در نظر گرفته شود [۳۹، ۴۰]. با در نظر گرفتن این یافته‌ها خشم به درون برگشته، اغلب در رابطه با افراد مهم زندگی فرد چه به صورت فقدان فرد مهم و چه به صورت رابطه معیوب با او نمود پیدا می‌کند. این افراد روابط ایزه ناپخته و آشفته دارند [۴۳-۴۵]. در

- augmentation of cognitive behavioural therapy for the treatment of suicidal ideation and depression. J Affect Disord. 2017;219:58-63. doi: 10.1016/j.jad.2017.05.012 pmid: 28525821
3. Schuyler D. Cognitive Therapy: A Practical Guide: Norton; 2003.
4. Luutonen S. Anger and depression--theoretical and clinical considerations. Nord J Psychiatry. 2007;61(4):246-51. doi: 10.1080/08039480701414890 pmid: 17763117
5. Swanson JW, Holzer CE, 3rd, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area

- surveys. *Hosp Community Psychiatry*. 1990;41(7):761-70. doi: [10.1176/ps.41.7.761](https://doi.org/10.1176/ps.41.7.761) pmid: 2142118
9. Feldbau-Kohn S, Heyman RE, O'Leary KD. Major depressive disorder and depressive symptomatology as predictors of husband to wife physical aggression. *Violence Vict*. 1998;13(4):347-60. doi: [10.1891/0886-6708.13.4.347](https://doi.org/10.1891/0886-6708.13.4.347) pmid: 10328443
10. Farabaugh A, Sonawalla S, Johnson DP, Witte J, Papakostas GI, Goodness T, et al. Early improvements in anxiety, depression, and anger/hostility symptoms and response to antidepressant treatment. *Ann Clin Psychiatry*. 2010;22(3):166-71. pmid: 20680189
11. Koh KB, Kim CH, Park JK. Predominance of anger in depressive disorders compared with anxiety disorders and somatoform disorders. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(6):486-92. doi: [10.4088/JCP.v63n0604](https://doi.org/10.4088/JCP.v63n0604) pmid: 12088159
12. Fisher LB, Fava M, Doros GD, Alpert JE, Henry M, Huz I, et al. The Role of Anger/Hostility in Treatment-Resistant Depression: A Secondary Analysis From the ADAPT-A Study. *J Nerv Ment Dis*. 2015;203(10):762-8. doi: [10.1097/NMD.0000000000000364](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000364) pmid: 26348584
13. Celik P, Storme M, Myszkowski N. Anger and sadness as adaptive emotion expression strategies in response to negative competence and warmth evaluations. *Br J Soc Psychol*. 2016;55(4):792-810. doi: [10.1111/bjso.12149](https://doi.org/10.1111/bjso.12149) pmid: 27357492
14. Sbarra DA, Hazan C. Coregulation, dysregulation, self-regulation: an integrative analysis and empirical agenda for understanding adult attachment, separation, loss, and recovery. *Pers Soc Psychol Rev*. 2008;12(2):141-67. doi: [10.1177/1088868308315702](https://doi.org/10.1177/1088868308315702) pmid: 18453476
15. Nolte T, Guiney J, Fonagy P, Mayes LC, Luyten P. Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: an attachment-based developmental framework. *Front Behav Neurosci*. 2011;5:55. doi: [10.3389/fnbeh.2011.00055](https://doi.org/10.3389/fnbeh.2011.00055) pmid: 21960962
16. Cole-Detke H, Kobak R. Attachment processes in eating disorder and depression. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(2):282-90. doi: [10.1037//0022-006x.64.2.282](https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.2.282) pmid: 8871412
17. Gunnar M, Quevedo K. The neurobiology of stress and development. *Annu Rev Psychol*. 2007;58:145-73. doi: [10.1146/annurev.psych.58.110405.085605](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085605) pmid: 16903808
18. Summers F. *Object Relations Theories and Psychopathology: A Comprehensive Text*: Routledge; 2014.
19. Bell M, Billington R, Becker B. A scale for the assessment of object relations: reliability, validity, and factorial invariance. *J Clin Psychol*. 1986;42(5):733-41. doi: [10.1002/1097-4679\(198609\)42:5<733::aid-jclp2270420509>3.0.co;2-c](https://doi.org/10.1002/1097-4679(198609)42:5<733::aid-jclp2270420509>3.0.co;2-c) pmid: 3760204
20. Hadinezhad H, Tabatabaiean M, Dehghani MA. A Preliminary Study for Validity and Reliability of Bell Object Relations and Reality Testing Inventory. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2014;20(2):162-9.
21. Moayedfar H, Yaghobi H, Abadi HH, Mahdavian A. Correlation between Perfectionism and Depression of Students by Mediation of Rumination. *J Health Promot Manage*. 2018. doi: [10.21859/jhpm-07061](https://doi.org/10.21859/jhpm-07061)
22. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988;8(1):77-100.
23. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics Characteristic of Beck Depression Inventory-II in Patients with Major Depressive Disorder. *Arch Rehabil*. 2007;29(8):80-6.
24. Rajabi G, Karjo KS. Psychometric Properties of a Persian-Language Version of the Beck Depression Inventory-Second Edition. *Train Meas*. 2013;3(10):139-57.
25. Asghari Moghaddam A, Hakimi Rad E, Rezazadeh T. A Preliminary Validation of the Psychometric Characteristics of State and Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) in a Sample of University Students. *Clin Psychol Pers*. 2008;1(28):21-34.
26. Spielberger C. *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa. FL: Psychological Assessment Resources: Inc.(PAR); 1988.
27. Spielberger CD, Jacobs G, Russell S, Crane RS. Assessment of Anger : The State-Trait Anger Scale. *Adv Pers Asses*. 1983;2:159-87.
28. Cook WW, Medley DM. Proposed hostility and Pharisac-virtue scales for the MMPI. *J Appl Psychol*. 1954;38(6):414-8. doi: [10.1037/h0060667](https://doi.org/10.1037/h0060667)
29. Barefoot JC, Dahlstrom WG, Williams RB, Jr. Hostility, CHD incidence, and total mortality: a 25-year follow-up study of 255 physicians. *Psychosom Med*. 1983;45(1):59-63. doi: [10.1097/00006842-198303000-00008](https://doi.org/10.1097/00006842-198303000-00008) pmid: 6844529
30. Megargee EI, Cook PE, Mendelsohn GA. Development and validation of an MMPI scale of assaultiveness in overcontrolled individuals. *J Abnorm Psychol*. 1967;72(6):519-28. doi: [10.1037/h0025242](https://doi.org/10.1037/h0025242) pmid: 4383844
31. Verona E, Carbonell JL. Female Violence and Personality. *Crim Just Behav*. 2016;27(2):176-95. doi: [10.1177/0093854800027002003](https://doi.org/10.1177/0093854800027002003)
32. Barron F. An ego-strength scale which predicts response to psychotherapy. *J Consult Psychol*. 1953;17(5):327-33. pmid: 13109083
33. Graham JR. *MMPI-2: Assessing Personality and Psychopathology*. New York: Oxford University Press 1990.
34. Pouralibaba B. Comparison of coping strategies in students with high and low ego strength in the face of stress and frustration. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2002.
35. Judd LL, Schettler PJ, Coryell W, Akiskal HS, Fiedorowicz JG. Overt irritability/anger in unipolar major depressive episodes: past and current characteristics and implications for long-term course. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(11):1171-80. doi: [10.1001/jamapsychiatry.2013.1957](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1957) pmid: 24026579

36. Benazzi F, Akiskal H. Irritable-hostile depression: further validation as a bipolar depressive mixed state. *J Affect Disord.* 2005;84(2-3):197-207. doi: [10.1016/j.jad.2004.07.006](https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.07.006) pmid: [15708417](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15708417/)
37. Fava M, Hwang I, Rush AJ, Sampson N, Walters EE, Kessler RC. The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry.* 2010;15(8):856-67. doi: [10.1038/mp.2009.20](https://doi.org/10.1038/mp.2009.20) pmid: [19274052](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19274052/)
38. Perlis RH, Fava M, Trivedi MH, Alpert J, Luther JF, Wisniewski SR, et al. Irritability is associated with anxiety and greater severity, but not bipolar spectrum features, in major depressive disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2009;119(4):282-9. doi: [10.1111/j.1600-0447.2008.01298.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01298.x) pmid: [19207123](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19207123/)
39. Friedman AS. Hostility factors and clinical improvement in depressed patients. *Arch Gen Psychiatry.* 1970;23(6):524-37. doi: [10.1001/archpsyc.1970.01750060044005](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1970.01750060044005) pmid: [5482645](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5482645/)
40. Schless AP, Mendels J, Kipperman A, Cochrane C. Depression and hostility. *J Nerv Ment Dis.* 1974;159(2):91-100. pmid: [4152835](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4152835/)
41. Riley WT, Treiber FA, Woods MG. Anger and hostility in depression. *J Nerv Ment Dis.* 1989;177(11):668-74. doi: [10.1097/00005053-198911000-00002](https://doi.org/10.1097/00005053-198911000-00002) pmid: [2809577](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2809577/)
42. Spielberger CD. Professional manual for the state-trait anger expression inventory-2 (STAXI-2). Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1999.
43. Klein M. A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States. *Int J Psycho-Anal.* 1935;16:145-74.
44. Freud S. Mourning and Melancholia. London: Hogarth Press; 1917.
45. Abraham K. A short study of the development of the libido viewed in the light of mental disorders. *Selected Papers on Psychoanalysis.* 1942.
46. Smith DS. Object Relation and Depression: University of Detroit Mercy Detroit Michigan; 2000.
47. Bell MD. Bell Object Relations and Reality Testing Inventory: BORRTI: Western Psychological Services; 2007.
48. Madden AJ. An Exploration of Ego Development and the Suppression of Anger in Persons with Borderline Personality Disorder as Seen in Art Therapy: A Case Study. Canada: Concordia University; 2002.
49. Sharma R. Women participation in politics: National and global level. *J Biol Chem.* 2012;1:1-2.