

## • 论著 •

## 抑郁症患者外显攻击行为与焦虑、睡眠质量的关系

胡家齐<sup>1</sup>, 杨心宇<sup>1</sup>, 马文有<sup>2</sup>(通信作者\*)

(1. 华北理工大学心理学院, 河北 唐山 063000; 2. 华北理工大学附属开滦精神卫生中心, 河北 唐山 063001)

**摘要:**目的 探讨抑郁症患者外显攻击行为与焦虑、睡眠质量的关系。方法 选取2019年11月至2020年11月在华北理工大学附属开滦精神卫生中心精神科门诊以及住院确诊为抑郁症的具有外显攻击行为(MOAS量表测评总分 $\geq 4$ 分)的患者66例即攻击组, 无外显攻击行为(MOAS量表测评总分 $<4$ 分)的患者70例即非攻击组为研究对象, 采用修改版外显攻击行为量表(MOAS)、汉密尔顿抑郁量表(HAMD)、焦虑自评量表(SAS)、匹茨堡睡眠质量量表(PSQI)等, 进行对比分析, 并进行Pearson相关分析和多元线性回归分析来探讨抑郁症患者外显攻击行为与焦虑、睡眠质量的关系。结果 (1)HAMD、SAS、PSQI得分攻击组均显著高于非攻击组, 差异有统计学意义( $P<0.05$ )。 (2)相关分析显示言语攻击与SAS得分呈正相关, 相关系数为0.406; 对财产的攻击与SAS得分正相关, 相关系数为0.483; 自身攻击与HAMD、PSQI得分正相关相关系数为0.481、0.353; 体力攻击与SAS、PSQI得分正相关, 相关系数为0.641、0.285; MOAS总分与HAMD、SAS、PSQI得分正相关, 相关系数在0.307~0.616之间。 (3)多元线性回归结果显示言语攻击能被SAS得分解释占17.6%, 对财产的攻击能被SAS得分解释16.2%, 自身攻击能被SAS和HAMD得分共同解释26.6%, 体力攻击能被SAS得分解释33.0%, MOAS总分能被SAS、PSQI得分解释39.1%。结论 抑郁症患者焦虑、抑郁严重程度, 睡眠质量对其外显攻击行为各成分及总体可能有重要促发和预测作用。

**关键词:** 抑郁症; 外显攻击行为; 焦虑; 睡眠质量

**中图分类号:** R749.4+1

**文献标识码:** A

**DOI:** 10.3969/j.issn.1671-3141.2021.34.003

**本文引用格式:** 胡家齐, 杨心宇, 马文有. 抑郁症患者外显攻击行为与焦虑、睡眠质量的关系[J]. 世界最新医学信息文摘, 2021, 21(34): 6-7, 11.

## Correlation of Explicit Aggressive Behavior with Anxiety and Sleep Quality in Patients with Depression

HU Jia-qi<sup>1</sup>, YANG Xin-yu<sup>1</sup>, MA Wen-you<sup>2\*</sup>

(1. School of Psychology, North China University of Science and Technology, Tangshan Hebei 063000; 2. Kailuan Mental Health Center Affiliated to North China University of Science and Technology, Tangshan Hebei 063001)

**ABSTRACT: Objective** To investigate the correlation of explicit aggressive behavior with anxiety and sleep quality in patients with depression. **Methods** From November 2019 to November 2020, 66 patients in the Kailuan Mental Health Center affiliated to North China University of Science and Technology who were diagnosed with depression and had explicit aggressive behavior (total score $\geq 4$  on the MOAS scale) were selected as the aggressive group. 70 patients without obvious aggressive behavior (MOAS score  $<4$  points) were the control group as the research object, using the modified Overt Aggressive Behavior Scale (MOAS), Hamilton Depression Scale (HAMD), and anxiety self-evaluation. The Pittsburgh Sleep Quality Inventory (SAS), Pittsburgh Sleep Quality Scale (PSQI), etc. were used for comparative analysis, and Pearson correlation analysis and multiple linear regression analysis were performed to explore the relationship between explicit aggressive behavior and anxiety and sleep quality in patients with depression. **Results** (1) The scores of HAMD, SAS and PSQI in the aggressive group were significantly higher than those in the control group, and the difference was statistically significant ( $P<0.05$ ). (2) Correlation analysis shows that verbal attacks are positively correlated with SAS scores, with a correlation coefficient of 0.406; attacks on property are positively correlated with SAS scores, with a correlation coefficient of 0.483; self-attacks are positively correlated with HAMD and PSQI scores with a correlation coefficient of 0.481, 0.353; physical strength Attack is positively correlated with SAS and PSQI scores, with correlation coefficients of 0.641 and 0.285; total MOAS score is positively correlated with HAMD, SAS, and PSQI scores, with correlation coefficients between 0.307 and 0.616. (3) Multiple linear regression results show that verbal attacks can be explained by SAS scores accounting for 17.6%, attacks on property can be explained by SAS scores 16.2%, self-attacks can be explained by SAS and HAMD scores together 26.6%, physical attacks can be explained by SAS scores 33.0%, the total MOAS score can be explained by SAS and PSQI scores 39.1%. **Conclusion** The severity of anxiety, depression, and sleep quality of patients with depression may have important precipitating and predictive effects on the components and overall of their explicit aggressive behavior.

**KEY WORDS:** depression; explicit aggressive behavior; anxiety; sleep quality

## 0 引言

抑郁症是以显著而持久的心境低落为主要表现, 并伴有相应的认知和行为改变的发作性重型精神疾病<sup>[1]</sup>。抑郁和攻击之间的相关显著( $r=0.35$ ), 抑郁可作为攻击行为的预测因子<sup>[2-3]</sup>。抑郁症患者具有压力知觉敏感度高、对应激事件过度敏感的特点<sup>[4]</sup>。因此抑郁症患者常有自卑自责, 自怨自艾, 多疑敏感及强烈的不安全感, 如果再遇到身边的人言语冲突、异样对待, 他们就可能会产生攻击行为如自伤自杀、伤人毁物等, 以解除心中的压抑及抑郁情绪。外显攻击行为即对自身、他人和环境产生的敌对言语和行为, 可表现为言语攻击、物体攻击、自我攻击、对他人的攻击。有研究表明, 抑郁症患者实

施暴力犯罪的可能性比常人高3倍, 但他们却不能在临床指南或主流临床实践方面获得同等程度的关注, 因缺少防范而带来严重后果<sup>[5]</sup>。焦虑与失眠是抑郁症患者的常见临床症状, 高焦虑水平的个体, 易出现冲动性行为, 而睡眠质量差可增加易激惹性和愤怒情绪<sup>[6]</sup>。因此本研究对抑郁焦虑严重程度、睡眠质量是否会影响抑郁症患者外显攻击行为的发生进行了初步分析。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选取2019年11月至2020年11月在华北理工大学附

表 1 攻击组 MOAS 总分及各项目得分平均值与标准差

| 项目         | 言语攻击        | 财产攻击        | 自身攻击        | 体力攻击        | MOAS 总分      |
|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 攻击组 (n=66) | 2.00 ± 1.06 | 4.74 ± 2.00 | 8.24 ± 3.49 | 6.85 ± 4.20 | 21.83 ± 6.27 |

属开滦精神卫生中心精神科门诊以及住院确诊(由两名主治医师确诊)为抑郁症并且符合纳入标准的具有外显攻击行为(MOAS 量表测评总分 ≥ 4 分)的患者 66 例(男 36 例,女 30 例)为攻击组,年龄(36.53 ± 13.01)岁,无外显攻击行为(MOAS 量表测评总分 < 4 分)的患者 70 例(男 38 例,女 32 例)为非攻击组,年龄(35.90 ± 12.34)岁为研究对象。入组标准:1)入组前 2 周末进行抗抑郁药物治疗,符合 ICD-10 的诊断标准,汉密尔顿抑郁量表(HAMD)得分 ≥ 8 分;2)初中以上文化程度;3)年龄 18~60 岁;4)对本次研究知情同意,愿意接受研究者。排除标准:1)不符合纳入标准者;2)当前或既往有神经系统疾病、脑外伤、双相情感障碍、躁狂发作、酒精或药物滥用,以及其他精神疾病和严重躯体疾病;3)因聋哑、智能低下等影响交流者;4)所有其他因素导致中途退出或不能完成调查者。本研究已获华北理工大学附属开滦精神卫生中心伦理委员会批准。两组在性别、年龄和文化程度等方面差异无统计学意义( $P>0.05$ )。

## 1.2 调查工具

一般情况调查问卷:性别、年龄、文化程度、婚姻状况、出生地等。

汉密尔顿抑郁量表(HAMD-24 项):临床常用量表,评定抑郁严重程度的他评量表,具有较高的信效度,由精神科医师评定。

修改版外显攻击行为量表(MOAS)<sup>[7,8]</sup>:评定抑郁症患者是否具有攻击行为以及攻击行为的强度。本量表由四个类目表组成,分别为言语攻击、财产攻击、自身攻击、体力攻击,每项 0~4 共 5 级评分,分数越高表示该类目攻击行为越强;总分为各类目表加权分之和,每项加权系数分别为 1~4,总分越高表示总体攻击性越强。此量表具有良好的信效度,是研究患者攻击行为很有效的工具。

焦虑自评量表(SAS):临床常用分析患者主观焦虑程度的自评量表,<50 分为正常,50~59 分为轻度焦虑,60~69 分为中度焦虑,70 分以上为重度焦虑。

匹兹堡睡眠量表(PSQI):评定受测者睡眠质量的自评量表,总分范围 0~21,分数越高睡眠质量越差。

## 1.3 研究方法

由经过培训的 2 名精神科研究员对所有的研究对象完成测验和评估,并由 1 名精神科教授复核评估结果。

## 1.4 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件进行数据分析,计量资料以均数 ± 标准差表示,对所统计的数据进行正态性检验。计量资料的比较采用两独立样本  $t$  检验,相关性分析使用 Pearson 检验, $P<0.05$  表示差异有统计学意义。采用多元线性回归分析,探讨抑郁、焦虑、睡眠质量对抑郁症患者外显攻击行为的预测作用。

# 2 结果

## 2.1 攻击组外显攻击行为 MOAS 得分情况

攻击组 MOAS 总分平均分(21.83 ± 6.27)、言语攻击平均分(2.00 ± 1.06)、对财产的攻击平均分(4.74 ± 2.00)、自身攻击平均分(8.24 ± 3.49)、体力攻击平均分(6.85 ± 4.20)(见表 1)。

## 2.2 攻击组与非攻击组抑郁、焦虑、睡眠质量的比较

HAMD、SAS、PSQI 得分攻击组均显著高于非攻击组,差异有统计学意义( $P<0.05$ )。(见表 2)。

表 2 攻击组与非攻击组抑郁、焦虑、睡眠质量的比较

| 项目   | 攻击组 (n=66)   | 非攻击组 (n=70)  | $t$    | $P$    |
|------|--------------|--------------|--------|--------|
| HAMD | 29.71 ± 6.05 | 20.54 ± 5.74 | 9.065  | <0.001 |
| SAS  | 65.02 ± 6.64 | 52.27 ± 6.20 | 11.570 | <0.001 |
| PSQI | 11.95 ± 4.18 | 8.04 ± 3.31  | 6.06   | <0.001 |

## 2.3 外显攻击行为与抑郁、焦虑、睡眠质量的相关分析

进一步相关分析显示:言语攻击与 SAS 得分呈正相关,相关系数为 0.406;对财产的攻击与 SAS 得分正相关,相关系数为 0.483;自身攻击与 HAMD、PSQI 得分正相关相关系数为 0.481、0.353;体力攻击与 SAS、PSQI 得分正相关,相关系数为 0.641、0.285;MOAS 总分与 HAMD、SAS、PSQI 得分正相关,相关系数在 0.307~0.616 之间。(见表 3)。

表 3 外显攻击行为与抑郁严重程度、焦虑严重程度、睡眠质量的相关性(r)

| 项目   | 言语攻击     | 财产攻击   | 自身攻击   | 体力攻击   | MOAS 总分 |
|------|----------|--------|--------|--------|---------|
| HAMD | r -0.112 | -0.035 | 0.481  | 0.113  | 0.307   |
|      | P 0.371  | 0.778  | <0.001 | 0.367  | 0.012   |
| SAS  | r 0.406  | 0.483  | -0.065 | 0.641  | 0.616   |
|      | P 0.001  | 0.001  | 0.607  | <0.001 | <0.001  |
| PSQI | r 0.116  | 0.108  | 0.393  | 0.248  | 0.439   |
|      | P 0.354  | 0.388  | 0.001  | 0.045  | <0.001  |

## 2.4 攻击组 SAS、HAMD、PSQI 总分对其外显攻击行为的多元线性回归分析

多元线性回归结果显示:言语攻击能被 SAS 得分解释 17.6%,对财产的攻击能被 SAS 得分解释 16.2%,自身攻击能被 SAS 和 HAMD 得分共同解释 26.6%,体力攻击能被 SAS 得分解释 33.0%,MOAS 总分能被 SAS、PSQI 得分解释 39.1%。(见表 4)。

表 4 攻击组 SAS、HAMD、PSQI 总分对其外显攻击行为的多元线性回归结果

| 应变量     | 预测变量 | Beta   | $t$    | $P$    | R <sup>2</sup> |
|---------|------|--------|--------|--------|----------------|
| 言语攻击    | SAS  | 0.471  | 3.838  | <0.001 | 0.176          |
| 财产攻击    | SAS  | 0.466  | 3.764  | <0.001 | 0.162          |
| 自身攻击    | SAS  | -0.234 | -2.022 | 0.048  | 0.266          |
|         | HAMD | 0.434  | 3.327  | 0.001  |                |
| 体力攻击    | SAS  | 0.596  | 5.386  | 0.248  | 0.330          |
| MOAS 总分 | SAS  | 0.497  | 4.714  | <0.001 | 0.391          |
|         | PSQI | 0.241  | 2.034  | 0.046  |                |

# 3 讨论

本研究结果显示,具有外显攻击行为的抑郁症患者的抑郁、焦虑严重程度显著高于无外显攻击行为的抑郁症患者,前者睡眠质量明显较差。通过结果分析得出焦虑对各种外显攻击行为的影响最为广泛,通过回归分析显示焦虑对体力攻击的预测最明显为 33%。有心理生理学研究发现,焦虑与攻击有着共同的神经生物学基础<sup>[9]</sup>,大脑在调节焦虑的时候也在调节攻击,攻击的增多或减少也取决于自我的调节能力。抑郁症患者容易在缺少证据的情况下对他人做出消极判断,加上本身的敏感多疑,自卑情绪,可出现歧视知觉,有研究表明歧视知觉可直接正向预测攻击行为<sup>[10]</sup>。患者焦虑情绪爆发时,可因不能忍受苦闷而出现伤人毁物的行为,以达到精神疏泄效应。譬如焦虑情绪严重的抑郁症患者家庭暴力的发生率较高,而暴力行为是刑事犯罪的根源<sup>[11]</sup>,当引起临床和社会的重视。抑郁程度越严重越容易出现自身攻击和总体攻击,表明抑郁与攻击关系密切,这与相关的研究结果相同<sup>[12-14]</sup>。自身攻击是一种转向性攻击,即将攻击的对象转向自己。由于抑郁症患者的抗压承受能力较差,容易将挫折的原因归结自身,因而将愤怒发泄在自己身上,例如产生自我折磨、自我虐待,甚至自杀行为。有研究显示具有明显自我攻击的患者对他人表现出最高的攻击性<sup>[15]</sup>,且自杀行为增加了攻击风险<sup>[16]</sup>,这

(下转第 11 页)

包括骨瓜提取物、高压氧及体外冲击波等基础治疗没有统一的标准;骨折的部位程度,愈合情况,时间没有统一标准。这些可能会导致偏差,从而难以客观评估赤参壮骨汤在延迟骨折愈合中的作用,并且与此同时,包含的文献大多是积极的结果,可能高估了真正的治疗效果,容易导致偏差。

综上,赤参壮骨汤具有促进骨折愈合作用,治疗后降低血清骨代谢指标,赤参壮骨汤加常规治疗后骨痂形成评分优于单一的常规治疗,由于文献一般,有些质量偏低,故今后临床研究需求采集大量样品,中心多样化,提高文献质量与标准的RCT,以期赤参壮骨汤配合常规治疗治疗老年骨折延迟愈合得到进一步有效验证和证实。

## 参考文献

- [1] 郑雪峰,梁义杰,李洁峰.四肢骨折患者内固定术后延迟愈合的原因分析及处理策略[J].临床医药文献电子杂志,2019,6(33):63-65.
- [2] 张保国,潘化平.骨折愈合的物理学治疗进展[C].//中华医学会.中华医学会第十一次全国物理医学与康复学学术会议论文集,2009:184-185.
- [3] 黄民兴,韩转定,吴威.中医治疗骨折迟缓愈合29例临床分析[J].中国现代药物应用,2009,3(22):129-130.
- [4] 王少雄,李同答,刘洋,等.骨瓜提取物促进骨折愈合的临床疗效和安全性的Meta分析[J].中国药物经济学,2019,14(04):123-128.
- [5] 李刚建,闵奇,赵鑫.强骨胶囊联合骨瓜提取物注射液治疗骨质疏松性股骨骨折的临床研究[J].现代药物与临床,2018,33(05):1135-1139.
- [6] 李金元,段大航.高压氧在骨折治疗中应用[J].中国现代药物应用,2015,9(16):262-263.
- [7] 邢更彦.骨肌疾病体外冲击波疗法[M].北京:人民军医出版社,2015:221-238.
- [8] 张雪飞,邓方跃,庄沙斌,等.中西医结合治疗骨折延迟愈合及不愈合的效果观察[J].实用中西医结合临床,2020,20(03):80-81.
- [9] 陈春江.中医治疗骨折迟缓愈合的临床分析[J].中西医结合心血管病电子杂志,2016,4(08):120-122.
- [10] 陈昊首,龚凤惠,李春燕.观察中医赤参壮骨汤治疗骨折延迟愈合及骨折不愈合的临床效[J].饮食保健,2019,6(33):1.
- [11] 毕留江.骨折延迟愈合及骨折不愈合患者应用赤参壮骨汤治疗的临床价值研究[J].中国农村卫生,2019,11(6):2.
- [12] 汪波,刘玉婷,邱文奎.赤参壮骨汤治疗骨折延迟愈合及骨折不愈合的效果分析[J].药品评价,2018,15(15):12-14,26.
- [13] 王帅,任连军.赤参壮骨汤联合西医治疗股骨骨折术后延迟愈合的疗效及对骨代谢指标的影响[J].中医研究,2018,31(8):29-31.
- [14] 吴靖,林芬丹,黎文武.赤参壮骨汤治疗骨折延迟愈合及骨折不愈合的临床效果[J].深圳中西医结合杂志,2018,28(9):40-42.
- [15] 汪玉中.赤参壮骨汤治疗骨折延迟愈合及骨折不愈合临床观察[J].四川中医,2017,35(6):141-143.
- [16] 刘永.赤参壮骨汤治疗骨折延迟愈合及骨折不愈合临床观察[J].实用中西医结合临床,2018,18(9):144-145.
- [17] 张福聪,陈善堂,余德涛,等.骨折延迟愈合患者血清粘附分子水平变化的临床意义[J].海南医学,2010,21(18):26-28.
- [18] 张锋安.骨折延迟愈合患者血清TGF- $\beta$ 1、BMP-2、ALP及血液流变学指标研究[J].实验与检验医学,2017,35(05):658-660+683.
- [19] 顾惠珍.高压氧用于治疗四肢骨折延迟愈合的疗效观察[J].中国康复医学杂志,2013,28(4):356-358.
- [20] 梁嘉樑,蔡雅楠.补肾固精续骨方对骨折延迟愈合促愈作用的临床观察[J].中医药导报,2017,23(22):84-85+90.
- [21] 俞雷钧,刘宏,陆建伟,等.自拟活血补肾方对骨折延迟愈合的疗效及机制[J].中华全科医学,2015,13(03):469-471+481.
- [22] 齐琳,卫四来.中西医结合治疗骨折延迟愈合研究概况[J].实用中医内科杂志,2013,27(08):153-154.
- [23] 陈弘林,涂来勇,赵疆,等.用于骨折延迟愈合和骨折不愈合的中药汤剂的用药规律研究[J].中医正骨,2018,30(12):37-39+46.
- [24] 俞秋伟,汤伟忠,邱德华,等.国医大师石仰山“以气为主、以血为先”理论在创伤骨科中的应用经验[J].上海中医药杂志,2016,50(01):5-8.
- [25] 朱文虎.中西医结合治疗骨折延迟愈合及不愈合效果观察[J].四川中医,2014,32(10):93-94.
- [26] 康道家,廖逸茹.温肾健脾方治疗骨折延迟愈合的临床观察[J].云南中医中药杂志,2018,39(06):96-97.
- [27] 贺小龙,朱东.植骨术配合独活寄生汤治疗胫骨下段骨折延迟愈合时血液流变学指标的变化[J].昆明医科大学学报,2016,37(6):61-64.
- [28] 刘兴坤,谷福顺.单味中药及其有效成分骨折愈合作用的研究进展[J].中医正骨,2012,24(05):75-77.

(上接第7页)

可能与抑郁症患者的冲动控制能力减弱有关,内心压抑感的层叠让患者不堪重负,最终表现出指向内外的多种攻击形式。睡眠质量差易导致个体的易激惹性和愤怒情绪<sup>[17]</sup>,多元回归分析显示睡眠质量和焦虑能够共同预测总体攻击为39.1%。失眠是抑郁症患者的常见临床症状。睡眠质量差会增加患者对情绪刺激的敏感性,使患者感受到更多的压力、焦虑与愤怒情绪。有研究表明愤怒情绪对攻击行为的总分及各维度有显著的预测作用<sup>[18]</sup>。因此愤怒感觉越强,那么外显攻击就越容易出现。

综上所述,抑郁症患者的外显攻击行为值得临床与社会的高度重视。在进行临床药物治疗的过程中也要注重心理治疗,帮助患者提高面对困难与挫折时的积极应对能力,积极调整不良情绪,从而减少其攻击行为的发生。本研究是样本量较小的横断面研究,收集的研究资料可能存在一定偏倚,下一步可扩大样本量研究。抑郁症患者外显攻击行为的其它影响因素值得进一步发掘和探讨,以期对抑郁症患者外显攻击行为的预防和干预提供更多策略。

## 参考文献

- [1] 陆林.沈渔邨精神病学[M].第六版.北京:人民卫生出版社,2018:390-391.
- [2] Tzeletopoulou Aspasia,Alikari Victoria,Zyga Sofia, et al.Are Burnout Syndrome and Depression Predictors for Aggressive Behavior Among Mental Health Care Professionals[J].MedArch,2018,72:244-248.
- [3] 朱星星,王康程,邱江.检验一般攻击模型:个体的情绪、认知和人格因素对攻击行为的影响[A].中国心理学会.第二十届全国心理学学术会议--心理学与国民心理健康摘要集[C].中国心理学会:中国心理学会,2017:2.
- [4] 余文婷.简化认知行为疗法对抑郁障碍患者心理痛苦、压力知觉干预应用研究[D].山西医科大学,2020.
- [5] 郑焕斌.临床抑郁症患者暴力犯罪风险较高[N].科技日报,2015-04-01(002).
- [6] Zhang F,Hazan C.Working models of attachment and person perception processes[J].Personal Relationships,2002,9(2):225-235.
- [7] 张作记.修订版外显攻击行为量表[J].中国行为医学科学,2001,特刊:195-196.
- [8] 武伟敏.有冲动攻击行为的双相情感障碍患者认知功能研究[D].石河子大学,2017.
- [9] Loudin JL,Loukas A,Robinson S.Relational aggression in college students:Examining the roles of social anxiety and empathy[J].Aggressive Behavior,2003,29(5):430-439.
- [10] 余青云,张静.拒绝敏感性和抑郁在贫困大学生歧视知觉与攻击行为间的中介作用[J].中国临床心理学杂志,2018,26(06):1100-1103.
- [11] Trifu Simona Corina,Tudor Alexandra,Radulescu Ioana. Aggressive behavior in psychiatric patients in relation to hormonal imbalance(Review)[J].Exp Ther Med,2020,20:3483-3487.
- [12] 邱晓惠,孙海莲,乔正学,杨秀贤,杨艳杰.大学生抑郁情绪与冲动性攻击性关系的研究[J].中国行为医学科学,2008,17:932-934.
- [13] SadockBJ,Sadock VA.Kaplan and Sadock's Pocket Handbook of Clinical Psychiatry[M].5thed.Tehran:Teimourzadeh publication,2010.
- [14] Manchia Mirko,Carpiniello Bernardo,Valtorta Flavia, et al.Serotonin Dysfunction,Aggressive Behavior,and Mental Illness:Exploring the Link Using a Dimensional Approach[J].ACS Chem Neurosci,2017,8:961-972.
- [15] Franke Irina,Shenar Riad,Nigel Stefanie, et al.Self-Aggression as Mediator between Depression and Aggression[J].Psychiatr Prax,2019,46:332-337.
- [16] Li Qiguang,Zhong Shaoling,Zhou Jiansong, et al.Delusion,excitement,violece,and suicide history are risk factors for aggressive behavior in general inpatients with serious mental illnesses:A multicenter study in China[J].Psychiatry Res,2019,272:130-134.
- [17] 杜伟,刘金婷,康冠兰,等.睡眠不足对人际交互的影响及其认知神经机制[J].心理科学,2020,43(02):438-444.
- [18] 康慧.大学生愤怒情绪、道德判断与攻击行为的关系研究[D].河北大学,2016,7(10):40-42.