

بررسی اختلالات شخصیت در مردان همسرآزار شهر تبریز

Investigating Personality Disorders of Men Involved in Domestic Abuse in Tabriz

M. Mahmood Aliloo, Ph.D. ✉

B. SamadiRad, Ph.D.

Z. DaneshvarPour, Ph.D. Student

دکتر مجید محمودعلیلو ✉

دانشیار دانشگاه تبریز

دکتر بهرام صمدی‌راد

استادیار دانشگاه علوم پزشکی تبریز

زهرا دانشورپور

دانشجوی دکتری دانشگاه تبریز

دریافت مقاله: ۸۹/۵/۱۸
دریافت نسخه اصلاح شده: ۸۹/۱۰/۲۳
پذیرش مقاله: ۸۹/۱۲/۱۴

Abstract

The aim of this study, as an ex post facto descriptive study, was investigating personality disorders of involved in domestic abuse in the city of Tabriz. One hundred men (50 men with wife abuse history and 50 men with no history of wife abuse) participated in this study through convenient sampling and completed the Millon Multiaxial Inventory (MCMI-III). MANOVA was used in order to compare the mean scores of two groups in

چکیده:

هدف پژوهش حاضر بررسی اختلالات شخصیت در مردان همسرآزار شهر تبریز می‌باشد. پژوهش، توصیفی و از نوع پس رویدادی است. ۱۰۰ مرد (۵۰ مرد همسرآزار و ۵۰ مرد غیرهمسرآزار) از طریق نمونه‌گیری در دسترس در این پژوهش شرکت کردند و پرسشنامه بالینی چندمحوری میلیون (MCMI-III) را تکمیل نمودند. به منظور مقایسه میانگین نمرات مردان همسرآزار و غیرهمسرآزار در مقیاس‌های MCMI-III از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد.

✉ Corresponding author: Dept. of Psychology and educational science
Tel: +98-09123055289
mail: m_aliloo@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی
شماره تماس: ۰۹۱۲۳۰۵۵۲۸۹
پست الکترونیکی: m_aliloo@yahoo.com

the subscales of MCMI-III. The results showed that there are significant differences between the mean scores of two groups in the subscales of avoidant personality, depressive personality, and dependent personality from clinical personality pattern subscale, the mean of men wife abuse/non-wife abuse scores in subscales of schizotypal personality, paranoid from sever clinical personality pattern subscale, the mean of men wife abuse/non wife abuse scores in subscales of dysthymia, drug dependence, post traumatic stress from clinical syndrome subscale, the mean of men wife abuse/non-wife abuse scores in subscales of thought disorder, major depression disorder, and delusional disorder from sever clinical syndrome subscale. With regard to higher mean of the wife-abuse men in most of the subscales, results and implications are discussed.

Keywords: Personality Disorders, Domestic Abuse, Men.

نتایج نشان دادند که بین میانگین نمرات دو گروه مردان همسرآزار/غیرهمسرآزار در خرده‌مقیاس‌های شخصیت دوری‌گزین، افسرده و وابسته از خرده‌مقیاس الگوهای بالینی شخصیت؛ بین میانگین دو گروه مردان همسرآزار/غیرهمسرآزار در خرده‌مقیاس‌های شخصیت اسکیزوتایپال و پارانوئید از مقیاس الگوهای بالینی شدید شخصیت؛ بین میانگین نمرات دو گروه مردان همسرآزار/غیرهمسرآزار در خرده‌مقیاس‌های اختلال افسرده‌خویی و وابستگی به مواد و اختلال استرس پس از ضربه از مقیاس نشانگان بالینی؛ بین میانگین نمرات دو گروه مردان (همسرآزار/غیرهمسرآزار) در هر سه خرده‌مقیاس اختلال تفکر، اختلال افسردگی اساسی و اختلال هذیانی از مقیاس نشانگان بالینی شدید، تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به بالاتر بودن میانگین نمرات مردان همسرآزار در بیشتر خرده‌مقیاس‌ها نتایج و پیامدهای پژوهش در مقاله تشریح و تبیین می‌شوند.

کلیدواژه‌ها: اختلالات شخصیت، همسرآزاری، مردان

مقدمه

همسرآزاری^۱ به بدرفتاری علیه طرف مقابل در هر نوع رابطه نزدیک و صمیمی، خشونت در خانواده و هر نوع خشونت علیه همسر اطلاق می‌گردد. همسرآزاری می‌تواند به اشکال مختلفی نظیر آزار بدنی، کلامی، عاطفی، روانی، جنسی و اقتصادی بروز پیدا کند (نقل از شمس اسفندآباد، صدرالسادات و امامی‌پور، ۱۳۸۵). بنا به گزارش سازمان بهداشت جهانی^۲ (WHO، ۱۹۹۷)، خشونت علیه زنان پدیده‌ای جهان‌شمول است که در کشورهای آسیایی، آفریقایی و آمریکای لاتین نیز گزارش شده است. اگرچه گفته می‌شود خشونت علیه زنان در تمامی کشورهای جهان وجود دارد و مرزهای فرهنگ، طبقه اجتماعی، تحصیل، درآمد، قومیت و سن را درنوردیده است (نازپرور، ۱۳۸۱)، اما این بدان معنا نیست که این عوامل در پیدایش و گستره میزان همسرآزاری بی‌تأثیر هستند.

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که در آمریکا ۳۰ تا ۳۵ درصد زنان مورد آزار جسمی شوهران خود و ۱۵ تا ۲۵ درصد آنان حتی به هنگام بارداری نیز مورد ضرب‌وشتم شوهرانشان قرار می‌گیرند. ۴۱ درصد زنان هندوستان بر اثر آزار جسمی همسران خود دست به خودکشی می‌زنند. ۶۲ درصد از زنان مقتول در سال ۱۹۸۷ میلادی در کانادا، توسط شوهران خود کشته شده‌اند (زیکلر، ۱۳۷۷). مطالعه‌ای بر روی ۱۴۳ زن در تایوان نشان داده است که ۱۸٪ آنان به طور جدی قربانی خشونت فیزیکی همسر هستند (یانگ، وای، ۲۰۰۶). برخی از مطالعات در ایران نیز میزان همسرآزاری جسمی و روانی در جامعه را بسیار بالا گزارش کرده‌اند (شمس اسفندآباد و امامی‌پور، ۲۰۰۴؛ پناغی، قهاری و یوسفی، ۱۳۸۵؛ توسلی و منیری‌فر، ۱۳۸۸) که البته در استان‌های مختلف این میزان متفاوت است (آقاخانی و آقابیکلویی، ۱۳۷۹).

بسیاری از پژوهش‌ها بیانگر آن هستند که متغیرهای زیادی ممکن است با همسرآزاری در رابطه باشند (فلمینگ، ۱۹۷۹). ویژگی‌های شخصیتی، یکی از متغیرهای درون‌فردی است که نقش تعیین‌کننده‌ای بر رفتار آشکار فرد دارد. شخصیت را می‌توان نمایه خاص الگوهای پاسخ رفتاری آشکار در زندگی تعریف کرد (ستوده، میرزایی و پازند، ۱۳۸۱). به عبارت دیگر، شخصیت به عنوان عاملی تأثیرگذار در سازگاری و سلامت عمومی عبارت است از مجموعه سازمان یافته، واحد و متشکل از خصوصیات نسبتاً ثابت و مداوم که بر روی هم، یک شخص را از شخص یا اشخاص دیگر متمایز می‌کند (براهنی و بیرشک، ۱۳۷۷؛ نقل از جزایری، جعفری‌زاده و پورشهباز، ۱۳۸۲). وقتی صفات شخصیتی انعطاف‌ناپذیر و غیرانطباقی شوند، ایجاد اختلالات کارکردی و ناراحتی روانی می‌کنند و در این‌جا ممکن است تشخیص اختلال شخصیت مطرح شود (ستوده و همکاران، ۱۳۸۱).

در میان ابزارهایی (ابزارهایی که مجموعه‌ای از اختلالات را نشان می‌دهند) که در گروه گسترده قرار می‌گیرند، MMPI^۳ و پرسشنامه چندمحوری میلون MCMI^۴ (میلون، ۱۹۸۳، ۱۹۸۷، ۱۹۹۴، ۱۹۹۷ الف) رایج‌ترین مقیاس خودگزارشی شخصیت هستند (کریگ و هورویتز، ۱۹۹۰؛ واتکینز، کمبل، نیب‌دینگ و هالمارک، ۱۹۹۵). MCMI برگرفته از نظریه زیستی - تکاملی میلون درباره رشد سبک‌های شخصیتی و اختلالات شخصیت می‌باشد. این ابزار، یک مبنای پژوهشی عظیم (کریگ، ۱۹۹۳ الف، ۱۹۹۳ ب، میلون، ۱۹۹۷ ب) برای راهنماهای تفسیری چاپ شده (چوکا و ون دنبرگ، ۱۹۹۷؛ کریگ، ۱۹۹۳ ب)، بررسی‌های انتقادی (کریگ، ۱۹۹۹؛ وتزلر، ۱۹۹۰) و بررسی‌هایی بر روی جمعیت‌های خاص (کریگ و وینبرگ، ۱۹۹۲ الف) ایجاد کرده است. بی‌تردید MCMI اکنون نقش مهمی در ارزیابی بیماران با اختلالات بالینی ایفا می‌کند (کریگ، ۲۰۰۳).

شوماخر، فلدباوکوهن، اسمیت اسلپ و هیمان (۲۰۰۱) با مطالعه بر روی مردان همسرآزار، به عواملی که سبب می‌شد مردان به آزارگری جسمی بپردازند، دست یافتند که شامل: وضعیت اجتماعی - اقتصادی، تحصیلات، تاریخچه آزار جنسی در دوران کودکی، در معرض خشونت جسمی

و کلامی والدین قرار گرفتن، الگوهای خشونت بزرگسال در کودکی، پرخاشگری غیرخانوادگی به وسیله والدین، افزایش سطوح خشم کلامی و رفتاری و خصومت؛ انواع اختلالات شخصیت متنوع، آسیب‌شناسی‌های گوناگون در محور I به ویژه افسردگی، سوءمصرف الکل و مواد؛ کمبود رفتار قاطعانه در ارتباط با همسر و نگرش‌های اغماض‌گرایانه نسبت به آزار می‌شد. عوامل خطرآفرین برای زنان قربانی خشونت نیز شامل: تحصیلات کمتر، شاغل نبودن و تاریخچه آزار هیجانی - کلامی در دوران کودکی بود.

مطالعه استوارت، مور، هلموت، رامسی و کهلر (۲۰۰۶) نیز بیان می‌کند که ارتکاب به پرخاشگری جنسی و جسمی به وسیله یک فرد در روابط صمیمانه بیان‌کننده یک شکل منحصر به فرد از خشونت عمیق نسبت به همسر است که بررسی‌های نظری و تجربی بیشتری را ایجاب می‌کند. فالس - استوارت، گلدن و شوماخر (۲۰۰۳) نیز در یک مطالعه طولی (یک دوره ۱۵ ماهه) احتمال پرخاشگری جسمی مردانی که مصرف مواد در آنان دیده می‌شد را نسبت به همسرانشان بررسی کردند. در مقایسه با روزهایی که هیچ مصرف ماده یا الکلی وجود نداشت (بعد از کنترل اختلال شخصیت)، احتمال پرخاشگری جسمی مردان در این بررسی نسبت به همسرانشان به طور معناداری بالاتر بود.

کریگ (۲۰۰۳) با مرور بر مطالعات مربوط به همسرآزاری با استفاده از پرسشنامه چندمحوری نشانگان بالینی میلون (MCMI) بیان می‌کند که اختلالات شخصیت ضداجتماعی، پرخاشگر - دیگرآزار، پرخاشگر - منفعل (منفی‌گرا)، و تا حدودی اختلال شخصیت خودشیفته در نیمرخ MCMI مردان همسرآزار شایع‌تر می‌باشند. همچنین، فقدان نسبی از سندروم‌های محور I و هم‌چنین میزان مصرف مواد در حد متوسط در نیمرخ مردان همسرآزار ملاحظه شد. برخی از بیماران نیز یک نیمرخ طبیعی در مقیاس‌های MCMI نشان دادند، که می‌تواند بدان معنا باشد که خشونت خانگی موجود در مردان همسرآزار ممکن است حاصل اختلال شخصیت آنان نباشد. نتیجه بدست آمده نشان‌دهنده آن بود که MCMI می‌تواند یک ابزار سودمند برای ارزیابی شخصیت مردان در درمان خشونت‌خانگی آنان باشد. لذا سودمندی مقیاس‌های معرفی شده در این پرسشنامه، به عنوان نشانگرهای ارزیابی‌کننده سبک‌های شخصیتی در معرض خطر برای آزارهای خانگی، از اهمیت قابل توجهی برخوردار است.

بدرفتاری با زنان در محیط خانواده در همه کشورهای جهان مسئله‌ای کاملاً رایج و دارای عواقب و نتایج وخیمی است. اگرچه خشونت علیه زنان در خانواده از زمان‌های قدیم وجود داشته اما تنها چند سالی است که کشورهای مختلف جهان، آن را به عنوان مسئله مهمی تلقی کرده و به اقداماتی به منظور رسیدگی به وضعیت بفرنج زنان قربانی سوءرفتار پرداخته‌اند. اگرچه در آمارهای رسمی به آمارهای خشونت علیه زنان در ایران اشاره‌ای نشده اما پژوهش‌ها نشان می‌دهند که هر بار مطالعات

یا تحقیقاتی در این مورد انجام گرفته، دامنه وسیعی از خشونت مشاهده شده است. هر چه جامعه فقیرتر، سنتی‌تر و از نظر فرهنگی پایین‌تر باشد، فراوانی و شدت خشونت علیه زنان بیشتر و عوارض آن چشمگیرتر است. خشونت علیه زنان ضربات جبران‌ناپذیری بر پیکر خانواده و جامعه وارد می‌کند و تأثیر سوء بر فرزندان برجای می‌گذارد. از این رو برای رفع این معضل و به منظور مقابله با خشونت‌های خانوادگی و حمایت از زنان قربانی باید اقداماتی صورت گیرد (معظمی، ۱۳۸۳).

با مطالعه ادبیات پژوهش و در راستای رفع این معضل، یعنی پدیده همسرآزاری، هدف تحقیق حاضر در پی آن است که نقش اختلالات شخصیت را در مردان همسرآزار شهر تبریز مورد بررسی قرار دهد. سؤالاتی که در این پژوهش مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند عبارتند از: آیا بین میانگین نمرات مردان همسرآزار و غیرهمسرآزار در خرده‌مقیاس‌های MCMII-III یعنی الگوهای بالینی شخصیت، الگوهای بالینی شدید شخصیت، نشانگان بالینی و نشانگان بالینی شدید تفاوت معناداری وجود دارد؟ بررسی این سؤالات می‌تواند در بحث آموزش و پیشگیری از خشونت و سایر آسیب‌های خانوادگی نقش مهمی داشته باشد. همچنین براساس آن می‌توان به مداخله درمانی برای بهبودی روابط زناشویی اقدام نمود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش را همسران زنان آزاردیده‌ای تشکیل می‌دادند که به دلیل شکایت همسران خود به اداره کل دادگستری آذربایجان شرقی (در شهرستان تبریز) مراجعه کرده بودند. در این پژوهش از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و نمونه‌ای شامل ۱۰۰ نفر که ۵۰ نفر آن را مردان همسرآزار و ۵۰ نفر نیز مردان غیرهمسرآزار، در طیف سنی ۲۰-۵۸ ساله شهر تبریز، تشکیل دادند. لازم به ذکر است این پژوهش همه انواع همسرآزاری یعنی جسمی، عاطفی و جنسی را شامل می‌شد که از طریق مصاحبه با زنان شاکی، مطالعه پرونده آنان، تأیید قاضی پرونده و پزشکی قانونی به دست آمده بود. همچنین، مردان غیرهمسرآزار از بین کارکنان دادگستری و کارکنان دانشگاه شهر تبریز انتخاب شدند. ملاک انتخاب مردان غیرهمسرآزار بر اساس مصاحبه‌ای بود (در سه بعد همسرآزاری یعنی جسمی، عاطفی و جنسی) که قبل از پرکردن پرسشنامه توسط این مردان صورت می‌گرفت. برای مثال، آیا تاکنون به مراجع قانونی به دلیل مسائل زناشویی (در سه بعد همسرآزاری) مراجعه کرده‌اند؟ که در صورت پاسخ منفی آنان به سؤالات مصاحبه، پرسشنامه مذکور به آنان داده می‌شد. افراد شرکت‌کننده در این پژوهش از حداقل سواد (پنجم ابتدایی) برخوردار بودند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه بالینی چندمحوری میلیون (III): این پرسشنامه توسط تئودور میلون در سال ۱۹۸۱ طراحی و فرم تجدیدنظر شده آن در سال ۱۹۸۷ منتشر شد. پرسشنامه میلیون III (۱۹۹۴) شامل ۱۷۵ جمله کوتاه خودتوصیفی با پاسخ‌های بلی و خیر می‌باشد که برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا که برای درمان یا ارزیابی روان‌شناختی به مراکز سلامت روان مراجعه می‌کنند، استفاده می‌شود. این آزمون، یکی از مهم‌ترین ابزارهای سنجش عینی نشانگان بالینی مطرح شده در محور یک و اختلالات شخصیت یا به قول میلیون الگوهای بالینی شخصیت محور دو راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-4) (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) است. این آزمون به منظور عملیاتی کردن مدل آسیب‌شناسی روانی میلیون (۱۹۸۳) ساخته شده و دوبار از زمان انتشار آن به موازات تغییر در نظریه و هم‌چنین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تجدیدنظر شده است. میلیون III شامل ۲۴ مقیاس است. این مقیاس‌ها در چهار گروه الف) الگوهای بالینی شخصیت، ب) الگوهای بالینی شدید شخصیت، ج) نشانگان بالینی و د) نشانگان بالینی شدید دسته‌بندی شده‌اند.

الگوهای بالینی شخصیت شامل ۱۱ مقیاس: مقیاس شخصیت اسکیزوئید با ۱۶ گویه، مقیاس شخصیت دوری‌گزین با ۱۶ گویه، مقیاس شخصیت افسرده با ۱۵ گویه، مقیاس شخصیت وابسته با ۱۶ گویه، مقیاس شخصیت نمایشی با ۱۷ گویه، مقیاس شخصیت خودشیفته با ۲۴ گویه، مقیاس شخصیت ضداجتماعی با ۱۷ گویه، مقیاس شخصیت دیگرآزار با ۲۰ گویه، مقیاس شخصیت وسواسی با ۱۷ گویه، مقیاس شخصیت منفی‌گرا با ۱۶ گویه و مقیاس شخصیت خودآزار با ۱۵ گویه؛ الگوهای بالینی شدید شخصیت شامل ۳ مقیاس: مقیاس شخصیت اسکیزوتایپال با ۱۶ گویه، مقیاس شخصیت مرزی با ۱۶ گویه و مقیاس شخصیت پارانوئید با ۱۷ گویه؛ نشانگان بالینی با ۷ مقیاس: مقیاس اختلال اضطرابی با ۱۴ گویه، مقیاس اختلال شبه‌جسمی با ۱۲ گویه، مقیاس اختلال مانیک با ۱۳ گویه، مقیاس اختلال افسرده‌خویی با ۱۴ گویه، مقیاس وابستگی به الکل با ۱۵ گویه، مقیاس وابستگی به مواد با ۱۴ گویه و مقیاس اختلال استرس پس از ضربه با ۱۶ گویه؛ نشانگان بالینی شدید شامل ۳ مقیاس: مقیاس اختلال تفکر با ۱۷ گویه، مقیاس افسردگی شدید با ۱۷ گویه و اختلال هذیانی با ۱۳ گویه؛ شاخص‌های اصلاح نیز شامل: روایی با ۳ گویه، مطلوبیت با ۲۱ گویه و بدنمایی با ۳۳ گویه می‌باشند (شریفی، ۱۳۸۶).

در ایران چند مطالعه در مورد MCMI انجام شده است. اولین مطالعه توسط خواجه موگهی (۱۳۷۲) به منظور هنجاریابی MCMI-II در شهر تهران صورت گرفته است. در مطالعات وی ضریب پایایی مقیاس‌های MCMI-II به روش بازآزمایی با فاصله ۱۰-۷ روز از دامنه ۰/۷۸ (نمایشی) تا ۰/۸۷ (اختلال هذیانی) به دست آمده است. در مطالعه دیگری نیز شریفی (۱۳۸۱) MCMI-III را در شهر اصفهان هنجاریابی کرده که همبستگی نمرات خام اولین اجرا و بازآزمایی

در دامنه ۰/۸۲ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۸ (اختلال شخصیت اسکیزوئید) گزارش شده است. همچنین در این مطالعه، پایایی آزمون از طریق روش همسانی درونی محاسبه و ضریب آلفای مقیاس‌ها در دامنه ۰/۸۵ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از ضربه) به دست آمده است.

شیوه اجرا

طرح پژوهشی به کار گرفته شده در این تحقیق با توجه به اهداف، ماهیت و موضوع پژوهش یعنی بررسی اختلالات شخصیتی در مردان همسرآزار شهر تبریز از نوع توصیفی و در گروه تحقیقات پس‌رویدادی^۵ (علی - مقایسه‌ای) قرار می‌گیرد. تحقیق توصیفی شامل مجموعه روش‌هایی است که هدف آن‌ها توصیف کردن شرایط یا پدیده‌های مورد بررسی است. روش‌های پس‌رویدادی نیز به تحقیقاتی اطلاق می‌شوند که در آن‌ها پژوهشگر با توجه به متغیر وابسته به بررسی علل احتمالی وقوع آن می‌پردازد. به عبارت دیگر، تحقیق پس‌رویدادی گذشته‌نگر بوده و سعی دارد که از معلول به علت احتمالی آن پی ببرد (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۸۳).

در پژوهش حاضر متغیر مستقل را گروه مردان همسرآزار و غیرهمسرآزار و متغیر وابسته را ۲۴ مقیاس پرسشنامه بالینی چندمحوری میلیون III تشکیل می‌دهد.

هم‌چنین، اطلاعات جمعیت‌شناختی نظیر سن، سطح تحصیلات، نوع آزار، ازدواج چندم، تعداد فرزندان، سابقه بیماری و جسمی قبلی، سابقه اعتیاد و مجرمیت از افراد نمونه جمع‌آوری شد. لازم به ذکر است قبل از انجام پژوهش به آزمودنی‌های پژوهش حاضر توضیحاتی مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات دریافت شده از آنان، و این‌که آیا تمایل به شرکت در پژوهش دارند، داده می‌شد. پس از ابراز تمایل به آن‌ها اطمینان داده می‌شد که مشخصات فردی آنان در اختیار هیچ کس قرار نخواهد گرفت.

یافته‌ها

به منظور مقایسه میانگین نمرات مردان همسرآزار/غیرهمسرآزار در مقیاس‌های MCMI-III از تحلیل واریانس چندمتغیری^۶ استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل واریانس چندمتغیری، بررسی مفروضه‌های نرمال بودن توزیع و همگنی ماتریس‌های واریانس کواریانس ضروری است. سطح معناداری آزمون کولموگروف اسمیرنوف و مفروضه همگنی واریانس کواریانس به وسیله آماره «ام. باکس» ارائه می‌شود (دنسی و رییدی، ۱۹۹۹).

سطح معناداری آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای توزیع مقیاس‌های MCMI-III در اکثر مقیاس‌های MCMI-III از ۰/۰۵ بزرگتر بوده، لذا مفروضه نرمال بودن برقرار می‌باشد. مقدار آماره ام. باکس برای مفروضه همگنی ماتریس واریانس کواریانس نیز برای چهار تحلیل MANOVA

یعنی برای الگوهای بالینی شخصیت ($P > ۰/۷۸۷$ ، $F = ۰/۸۵۸$)، الگوهای بالینی شدید شخصیت ($P > ۰/۲۷۶$ ، $F = ۱/۲۵۲$)، نشانگان بالینی ($P > ۰/۰۱۳$ ، $F = ۱/۶۹۰$) و نشانگان بالینی شدید ($F = ۰/۹۳۳$)، $P > ۰/۴۷۰$ بدست آمد. به عبارت دیگر، عدم معناداری F با آلفای بزرگتر از $۰/۰۵$ نشان‌دهنده وجود همگنی ماتریس واریانس کوواریانس است.

تحلیل واریانس چندمتغیری برای تعیین اثر متغیر مستقل یعنی همسرآزاری بر روی متغیرهای وابسته اجرا شد. در پاسخ به سؤال‌های پژوهش حاضر، همسو با گفته تاباچنیک و فیدل (۱۹۹۱؛ نقل از دنسی و ریدی، ۱۹۹۹) محقق از بین آماره‌های چهارگانه (پیلایی، لامبدا ویلکز، هاتلینگ و ریشه ری) آماره لامبدا ویلکز را برای محاسبه F انتخاب کرده است.

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری مقیاس‌های $MCMI-III$ با استفاده از آزمون ویلکز لامبدا، فرضیه مشابه بودن میانگین‌های جامعه بر اساس متغیرهای وابسته غیر از مقیاس الگوهای بالینی شدید شخصیت برای دو گروه همسرآزار و غیرهمسرآزار در چهار خرده‌مقیاس کلی $MCMI-III$ را رد کرد.

جدول شماره ۱، میانگین و انحراف استاندارد نمرات دو گروه مردان همسرآزار و غیرهمسرآزار را در مقیاس‌های $MCMI-III$ نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه‌ها در

مقیاس‌های $MCMI-III$

متغیرها	مردان همسرآزار		مردان غیرهمسرآزار	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
الگوهای بالینی شخصیت				
شخصیت اسکیزوئید	۴۵/۴۲	۲۲/۹۰	۴۵/۲۰	۲۴/۳۲
شخصیت دوری‌گزین	۳۷/۸۲	۱۹/۵۷	۲۹/۶۶	۱۶/۷۷
شخصیت افسرده	۴۷/۸۸	۲۶/۷۳	۳۴/۶۰	۲۱/۲۹
شخصیت وابسته	۴۰/۹۴	۲۴/۰۲	۲۵/۴۶	۱۸/۲۵
شخصیت نمایشی	۵۵/۹۰	۲۷/۷۲	۶۹/۹۴	۲۵/۹۲
شخصیت خودشیفته	۴۴/۶۲	۱۶/۱۳	۴۵/۴۶	۲۲/۹۴
شخصیت ضداجتماعی	۳۲/۸۲	۱۸/۹۷	۳۷/۲۸	۱۹/۵۸
شخصیت دیگرآزار	۳۳/۴۶	۱۶/۲۵	۳۹/۵۸	۱۵/۷۷
شخصیت وسواسی	۶۷/۷۴	۲۴/۴۲	۵۹/۳۰	۲۳/۶۱
شخصیت منفی‌گرا	۴۷/۸۸	۲۴/۱۰	۴۵/۹۶	۲۱/۳۰
شخصیت خودآزار	۳۶/۶۶	۲۱/۲۷	۲۸/۹۲	۱۸/۱۳
الگوهای بالینی شدید شخصیت				
شخصیت اسکیزوتایپال	۳۵/۰۲	۱۹/۵۸	۲۶/۰۰	۱۵/۹۱
شخصیت مرزی	۳۳/۷۸	۱۹/۱۴	۲۷/۸۰	۱۶/۱۹

ادامه جدول ←

ادامه جدول ۱

۱۷/۲۶	۴۴/۹۶	۲۱/۰۲	۵۴/۱۸	شخصیت پارانوئید
				نشانه‌های بالینی
۲۲/۱۹	۴۲/۹۶	۲۲/۳۸	۵۰/۲۴	اختلال اضطرابی
۲۲/۷۱	۳۷/۴۲	۲۲/۸۴	۴۰/۱۶	اختلال شبه جسمی
۲۳/۱۵	۲۶/۶۲	۲۳/۱۶	۳۳/۳۲	اختلال مانیک
۱۹/۷۶	۳۳/۰۴	۲۱/۱۷	۵۱/۱۰	اختلال افسرده خویی
۱۳/۹۳	۲۱/۱۸	۱۶/۷۴	۲۳/۳۶	وابستگی به الکل
۱۴/۷۷	۲۷/۳۸	۱۴/۲۴	۲۰/۵۲	وابستگی به مواد
۲۴/۵۳	۲۲/۶۰	۲۹/۷۶	۳۸/۷۶	اختلال استرس پس از ضربه
				نشانه‌های شدید بالینی
۲۵/۷۲	۳۸/۸۴	۲۴/۷۸	۵۴/۶۴	اختلال تفکر
۲۳/۹۳	۳۳/۳۸	۲۵/۷۸	۴۴/۳۲	افسردگی اساسی
۱۷/۸۴	۲۸/۴۸	۲۲/۴۰	۴۴/۵۸	اختلال هذیانی

با توجه به نتایج بدست آمده از آزمون ام. باکس و لامبدای ویلکز، تحلیل‌های مربوط به اثرات بین گروهی در مورد چهار مقیاس کلی MCMIII-III مورد بررسی قرار گرفت که در جدول ۲، ۳، ۴، و ۵ آمده است.

براساس سؤال اول پژوهش، آیا بین میانگین نمرات مردان همسرآزار و غیرهمسرآزار در مقیاس الگوهای بالینی شخصیت MCMIII-III تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر و با توجه به اطلاعات بدست آمده از جدول ۲ مشخص می‌شود که بین میانگین نمرات دو گروه مردان همسرآزار/ غیرهمسرآزار در خرده‌مقیاس‌های شخصیت دوری‌گزین، افسرده و وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۲: نتایج آزمون اثرات بین گروهی تحلیل واریانس دو متغیری گروه‌ها (مردان همسرآزار / غیرهمسرآزار) در خرده‌مقیاس‌های الگوهای بالینی شخصیت MCMIII-III

Sig.	F	میانگین مجزورات	درجه آزادی	مجموع مجزورات	متغیرهای وابسته	منابع تغییر
					الگوهای بالینی شخصیت	گروه مردان همسرآزار / غیرهمسرآزار
۰/۹۶۳	۰/۰۰۲	۱/۳۱	۱	۱/۳۱	شخصیت اسکیزوئید	
۰/۰۲۷	۵/۰۱۱	۱۶۶۴/۶۴	۱	۱۶۶۴/۶۴	شخصیت دوری‌گزین	
۰/۰۰۷	۷/۵۴۹	۴۴۰۸/۹۶	۱	۴۴۰۸/۹۶	شخصیت افسرده	
۰/۰۰۰	۱۳/۱۶۳	۵۹۹۰/۷۶	۱	۵۹۹۰/۷۶	شخصیت وابسته	
۰/۱۰	۶/۸۴۱	۴۹۲۸/۰۴	۱	۴۹۲۸/۰۴	شخصیت نمایشی	
۰/۸۳۳	۰/۰۴۵	۱۷/۶۴	۱	۱۷/۶۴	شخصیت خودشیفته	
۰/۳۵۰	۱/۳۳۸	۴۹۷/۲۹	۱	۴۹۷/۲۹	شخصیت ضداجتماعی	
۰/۰۵۹	۳/۶۵۳	۹۳۶/۳۶	۱	۹۳۶/۳۶	شخصیت دیگرآزار	
۰/۰۸۳	۳/۰۸۵	۱۷۸۰/۸۴	۱	۱۷۸۰/۸۴	شخصیت وسواسی	
۰/۶۷۴	۰/۱۷۸	۹۲/۱۶	۱	۹۲/۱۶	شخصیت منفی‌گرا	
۰/۰۵۳	۳/۸۳۳	۱۴۹۷/۶۹	۱	۱۴۹۷/۶۹	شخصیت خودآزار	

بر اساس سؤال دوم پژوهش، آیا بین میانگین نمرات مردان همسرآزار و غیرهمسرآزار در مقیاس‌های الگوی شخصیت بیمارگون یا الگوهای بالینی شدید شخصیت MCMI-III تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر و با توجه به اطلاعات بدست آمده از جدول شماره ۳ مشخص می‌شود که بین میانگین دو گروه مردان همسرآزار/ غیرهمسرآزار در خرده‌مقیاس‌های شخصیت اسکیزوتایپال و پارانوئید تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳: نتایج آزمون اثرات بین گروهی تحلیل واریانس دو متغیری گروه‌ها (مردان همسرآزار

/ غیرهمسرآزار) در خرده‌مقیاس الگوهای بالینی شدید شخصیت MCMI-III

Sig.	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیرهای وابسته	منابع تغییر
					الگوهای بالینی شدید شخصیت	گروه مردان همسرآزار / غیرهمسرآزار
۰/۰۱۳	۶/۳۹۲	۲۰۳۴/۰۱	۱	۲۰۳۴/۰۱	شخصیت اسکیزوتایپال	
۰/۰۹۵	۲/۸۴۵	۸۹۴/۰۱	۱	۸۹۴/۰۱	شخصیت مرزی	
۰/۰۱۸	۵/۷۴۶	۲۱۲۵/۲۱	۱	۲۱۲۵/۲۱	شخصیت پارانوئید	

بر اساس سؤال سوم پژوهش، آیا بین میانگین نمرات مردان همسرآزار و غیرهمسرآزار در مقیاس‌های نشانگان بالینی MCMI-III تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر و با توجه به اطلاعات بدست آمده از جدول ۴ مشخص می‌شود که بین میانگین نمرات دو گروه مردان همسرآزار/ غیرهمسرآزار در خرده‌مقیاس‌های اختلال افسرده‌خویی و وابستگی به مواد و اختلال استرس پس از ضربه تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۴: نتایج آزمون اثرات بین گروهی تحلیل واریانس دو متغیری گروه‌ها (مردان

همسرآزار/ غیرهمسرآزار) در خرده‌مقیاس‌های نشانگان بالینی MCMI-III

Sig.	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیرهای وابسته	منابع تغییر
					نشانگان بالینی	گروه مردان همسرآزار / غیرهمسرآزار
۰/۱۰۶	۲/۶۶۷	۱۳۲۴/۹۶	۱	۱۳۲۴/۹۶	اختلال اضطرابی	
۰/۵۴۹	۰/۳۶۲	۱۸۷/۶۹	۱	۱۸۷/۶۹	اختلال شبه جسمی	
۰/۱۵۱	۲/۰۹۲	۱۱۲۲/۲۵	۱	۱۱۲۲/۲۵	اختلال مانیک	
۰/۰۰۰	۱۹/۴۴۴	۸۱۵۴/۰۹	۱	۸۱۵۴/۰۹	اختلال افسرده‌خویی	
۰/۴۸۱	۰/۵۰۱	۱۱۸/۸۱	۱	۱۱۸/۸۱	وابستگی به الکل	
۰/۰۲۲	۰/۴۲۷	۱۱۴۲/۴۴	۱	۱۱۴۲/۴۴	وابستگی به مواد	
۰/۰۰۴	۸/۷۷۴	۶۵۲۸/۶۴	۱	۶۵۲۸/۶۴	اختلال استرس پس از ضربه	

بر اساس سؤال چهارم پژوهش، آیا بین میانگین نمرات مردان همسرآزار و غیرهمسرآزار در مقیاس‌های نشانگان بالینی شدید MCMI-III تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر و با توجه به

اطلاعات بدست آمده از جدول شماره ۵ مشخص می‌شود که بین میانگین نمرات دو گروه مردان همسرآزار/غیرهمسرآزار در هر سه خرده‌مقیاس اختلال تفکر، اختلال افسردگی اساسی و اختلال هذیانی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۵: نتایج آزمون اثرات بین گروهی تحلیل واریانس دو متغیری گروه‌ها (مردان)

همسرآزار/غیرهمسرآزار) در خرده‌مقیاس‌های نشانگان بالینی شدید MCMII-III

Sig.	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیرهای وابسته	منابع تغییر
					نشانگان شدید بالینی	گروه مردان همسرآزار / غیرهمسرآزار
۰/۰۰۲	۹/۷۸۵	۶۲۴۱/۰۰	۱	۶۲۴۱/۰۰	اختلال تفکر	
۰/۰۳۰	۴/۸۳۶	۲۹۹۲/۰۹	۱	۲۹۹۲/۰۹	افسردگی اساسی	
۰/۰۰۰	۲۴/۶۳۱	۱۰۱۰۰/۲۵	۱	۱۰۱۰۰/۲۵	اختلال هذیانی	

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اختلالات شخصیت در مردان همسرآزار در مقایسه با مردان غیرهمسرآزار بود. در این بررسی از پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون MCMII-III که دارای چهار خرده‌مقیاس کلی الگوهای بالینی شخصیت، الگوهای بالینی شدید شخصیت، نشانگان بالینی و نشانگان بالینی شدید شخصیت بود، استفاده شد. نتایج یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد، بین میانگین نمرات دو گروه مردان همسرآزار/غیرهمسرآزار در خرده‌مقیاس‌های شخصیت دوری‌گزین، افسرده و وابسته از خرده‌مقیاس الگوهای بالینی شخصیت؛ بین میانگین دو گروه مردان همسرآزار/غیرهمسرآزار در خرده‌مقیاس‌های شخصیت اسکیزوتایپال و پارانوئید از مقیاس الگوهای بالینی شدید شخصیت؛ بین میانگین نمرات دو گروه مردان همسرآزار/غیرهمسرآزار در خرده‌مقیاس‌های اختلال افسرده‌خویی و وابستگی به مواد و اختلال استرس پس از ضربه از مقیاس نشانگان بالینی؛ بین میانگین نمرات دو گروه مردان همسرآزار/غیرهمسرآزار در هر سه خرده‌مقیاس اختلال تفکر، اختلال افسردگی اساسی و اختلال هذیانی از مقیاس نشانگان بالینی شدید، تفاوت معناداری وجود دارد.

افراد با شخصیت دوری‌گزین، منزوی بوده اما به تماس با دیگران رغبت نشان می‌دهند و اگر اطمینان یابند که مورد اذیت و آزار دیگران قرار نمی‌گیرند و دیگران از آن‌ها انتقاد نخواهند کرد مایل به یافتن دوستان جدیدی برای خود هستند. انزوای آن‌ها ناشی از ترس از انتقاد و تمسخر از جانب دیگران است. با توجه به این تعریف می‌توان گفت مردان همسرآزار منزوی تا جایی که مورد تأیید همسر خود قرار گیرند و از جانب آن‌ها مورد انتقاد قرار نگیرند در روابط زناشویی آنان خدشه و خشونت ایجاد نخواهد شد. شاید بتوان این یافته را بر اساس نظریه نقش جنسی، این‌گونه تبیین

کرد که مردان همسرآزار الگوهای رفتاری از مردان را دیده و آموخته‌اند که مردان را در موقعیتی قرار می‌دهد که زنان را مورد سوءاستفاده قرار دهند و زنان را در موقعیتی قرار می‌دهد که مورد سوءاستفاده قرار گیرند. به عبارت دیگر، مردان همسرآزار آموخته‌اند زمانی که مورد قبول و تبعیت قرار نگیرند نسبت به طرف مقابل، یعنی همسر خود از راه‌های خشونت‌آمیز تبعیت و پذیرش طرف مقابل را بدست آورند. همچنین این یافته از طریق نظریه انتقال نسل‌ها نیز قابل تبیین است. نظریه انتقال نسل‌ها همان‌طور که گفته شد بر پایه نظریه یادگیری استوار است. بر اساس این نظریه مردان سوءاستفاده‌گر از تجارب کودکی خود در خانواده یاد می‌گیرند که خشم خود را از راه‌های خشونت‌آمیز بیان کنند. بنابراین نظریه رفتار از نسلی به نسل دیگر انتقال می‌یابد. به عبارت دیگر، مردانی که به وسیله پدرانشان مورد سوءاستفاده قرار گرفته‌اند یا شاهد مورد سوءاستفاده قرار گرفتن مادر به وسیله پدرانشان بوده‌اند، به احتمال زیاد همسر یا فرزندان خود را مورد سوءاستفاده قرار خواهند داد. در نتیجه مردان متعلق به این خانواده‌ها که در آن‌ها خشونت یک وسیله پذیرفته شده برای حل مشکلات است، احتمال بیشتری دارد که در حل مسائل زناشویی و خانوادگی از خشونت استفاده کنند.

افراد با شخصیت افسرده کسانی هستند که احساس ناتوانی در لذت بردن به خصوص کسب مجدد لذت می‌کنند، ناشاد و غمگین هستند. لازم به ذکر است که سبک شخصیت افسرده، مستقل از افسردگی بالینی است. شاید بتوان این یافته را چنین تبیین کرد که مردان همسرآزار و یا مردان خشونت‌گرا به دلیل پیامدهای رفتاری خود، رفتارهای خشونت‌آمیز، هرچند که ممکن است به اهداف و مقاصد خود در ارتباط دست یابند، اما به دلیل نارضایتی همسر خود از رفتارهای خشونت‌آمیز و طرد از جانب آن‌ها دچار اندوه و ملال روان‌شناختی شده و در رابطه زناشویی احساس ناشادی کرده و در کسب لذت واقعی احساس ناتوانی می‌کنند. این یافته با تحقیق هولزورث - مونرو، بیتس، اسموتز و سندین (۱۹۹۷) که گزارش می‌کنند، مردان خشونت‌گرا اندوه روان‌شناختی، اختلالات شخصیتی، مشکلات وابستگی/دلبستگی، خشم/خصومت و مشکلات مرتبط با الکل را نشان می‌دهند، همسو می‌باشد.

افراد با شخصیت وابسته کسانی هستند که برای بدست آوردن حمایت، ایمنی و راهنمایی به دیگران متکی هستند و به شکل منفعلانه منتظرند که دیگران راه را به آن‌ها نشان دهند. لازم به ذکر است محقق در مصاحبه‌ای که با برخی از مراجعین همسرآزار و همسرانشان به دادگاه داشت متوجه شد که مردان همسرآزار شهر تبریز به شکل خاصی تحت تأثیر مادران خود در مواجهه با مسائل زناشویی خود هستند. شاید بتوان این یافته را که مردان همسرآزار به طور معناداری نمرات بالاتری در خرده‌مقیاس شخصیت وابسته نسبت به مردان غیرهمسرآزار نشان می‌دهند را این‌طور تبیین کرد که فرزندان پسر در خانواده‌هایی که مادر نقش برجسته و سلطه‌گرانه دارد شخصیت مستقلی در آنان

شکل نمی‌گیرد و لذا پس از بلوغ ظاهری و افزایش سن هم‌چنان برای امور زندگی و ارتباطات خود نیازمند و وابسته به مادر در حل مسائل‌شان می‌باشند. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که دختران و پسران در این خانواده‌ها به هویت مستقل دست پیدا نمی‌کنند، لذا در زندگی زناشویی برای حل مسائل خود به خانواده اصلی خود وابسته باقی می‌مانند. این یافته همسو با پژوهش هولزورث - مونرو و همکاران (۱۹۹۷) می‌باشد.

یافته پژوهش حاضر درباره تفاوت بین نمرات افراد همسرآزار/غیرهمسرآزار در مقیاس الگوهای بالینی شخصیت، ناهمسو با پژوهش‌های دیگر بود. کریگ (۲۰۰۳) با استفاده از آزمون میلون پی برد که اختلالات شخصیت ضداجتماعی، شخصیت منفی‌گرا، شخصیت دیگرآزار و تا حدودی شخصیت خودشیفته در پرونده افراد همسرآزار بیشتر مشاهده می‌شود. هم‌چنین، داتون (۱۹۹۸) بر همبستگی جنبه‌هایی از اختلالات شخصیت با خشونت در مردان تأکید می‌کند، چیزی که او از آن به عنوان شخصیت آزارگر نام می‌برد. به عبارت دیگر و در یک نتیجه‌گیری کلی از پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه رابطه اختلالات شخصیت با همسرآزاری علیه زنان مشاهده می‌شود که بیشتر پژوهش‌ها به رابطه بین اختلالات شخصیت طبقه B (ضداجتماعی، مرزی و خودشیفته) با همسرآزاری علیه زنان اشاره کرده‌اند. اگرچه برخی از پژوهش‌های دیگر نقش برخی از اختلالات طبقه A و C (دارای خصوصیات مضطرب و بیمناک) را نیز گزارش کرده‌اند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۳).

افراد با شخصیت اسکیزوتایپال کسانی هستند که از نظر هیجانی ملایم، با عاطفه سطحی یا با یک حالت احتیاط توأم با نگرانی می‌باشند. آن‌ها معمولاً از نظر اجتماعی منزوی هستند و دلبستگی به روابط اجتماعی ندارند. بنابراین، در حاشیه جامعه با اندک دلبستگی یا هیچ‌گونه دلبستگی شخصی باقی می‌مانند. لازم به ذکر است که این خرده‌مقیاس آسیب‌ساختاری شدیدتر را می‌سنجد و مربوط به آسیب‌شناختی، ایده‌های تأثیر، انزوای بین‌فردی و ترجیح انزوای اجتماعی، رفتارهای وابسته و احساس کمرویی می‌باشد. افراد با شخصیت پارانوئید ویژگی‌هایی چون ایده‌های کنترل یا نفوذ، حساسیت و گوش به زنگی در مورد اذیت یا آزار، باورهای هذیانی، شکوه و شکایت و حالت تدافعی از خود نشان می‌دهند. این افراد در احساسات و الگوی فکری خود محبوس هستند و به شکل دفاعی بدگمان و ظنین هستند. به عبارتی، مردان همسرآزار به نوعی درگیر حالتی مرضی از دو شخصیت اسکیزوتایپال و پارانوئید هستند. این افراد به دلیل ویژگی‌های ذکر شده ناتوان از برقراری رابطه مناسب و سالم با دیگران و از جمله همسر و فرزندان هستند به طوری که ممکن است نیازمند به مداخله درمانی (دارویی و روان‌شناختی) باشند.

افراد با شخصیت مرزی تمایل به بی‌ثباتی، خشم، رفتار و واکنش‌های جنجالی، رفتارهای جویای وابستگی، خلق و روابط بی‌ثبات دارند. این افراد به نسبت‌های گوناگون متزلزل در احساسات، بداخلاق، ناراحت، مضطرب و افسرده هستند و گاهی احساسات متناقضی از خود نشان می‌دهند؛ به

نظر می‌رسد که آن‌ها فاقد یک احساس روشن از هویت خود هستند به طوری که دائم جویای تأیید و توجه هستند.

انتظار می‌رفت که بین مردان همسرآزار/غیرهمسرآزار در هر سه خرده‌مقیاس الگوهای بالینی شدید شخصیت که در واقع شکلی آسیب‌شناختی از الگوهای بالینی شخصیت است، تفاوت معناداری ملاحظه شود؛ در حالی که در مورد شخصیت مرزی چنین تفاوتی بین مردان دو گروه ملاحظه نشد. در تأیید تبیینی که درباره سؤال اول داده شد مبنی بر این که فرزندان پسر خانواده‌هایی که به شدت تحت تأثیر و سلطه مادر خانواده در رفتار و گفتار خود هستند و با توجه به توضیحی که درباره افراد با شخصیت مرزی داده می‌شود، به نظر می‌رسد که مردان به طور عام در این فرهنگ فاقد یک احساس روشن هویت از خود هستند (به دلیل سبک تربیتی که از شخص مؤثر خانواده یعنی مادر دریافت می‌کنند) و به طور دائم جویای تأیید و توجه دیگران هستند که در کنار این ویژگی، ویژگی‌های بی‌ثباتی، خشم، رفتار و واکنش‌های جنجالی نیز در آنان دیده می‌شود. همچنین، این بخش از یافته پژوهش حاضر که آزار مردان نسبت به همسران خود چه در سطح خفیف و چه در سطحی شدید یک امر طبیعی است را می‌توان بر اساس نظریه نقش جنسی و نظریه انتقال نسل‌ها مجدداً تبیین کرد. به عبارتی، سوءرفتار نسبت به همسر از نسلی به نسل دیگر انتقال داده می‌شود و آموخته می‌شود. همچنین، این یافته را می‌توان بر اساس نظریه فمینیستی نیز تبیین کرد. نظریه فمینیستی بیان می‌کند روابط دو جنس اساساً رابطه قدرت است. در رابطه‌ای که مرد از همسر خود سوءاستفاده می‌کند، همسر خود را با مورد سوءاستفاده قرار دادن جسمی یا کلامی یا عاطفی و یا هر سه، تحت سلطه و انقیاد خود در می‌آورد (آسموند و ثورن، ۱۹۹۳). این امر در بسیاری از مردان، این باور را به وجود می‌آورد که آن‌ها حق دارند که همسرانشان را مورد سوءاستفاده قرار دهند.

یافته پژوهش حاضر مبنی بر عدم تفاوت معنادار بین میانگین نمرات دو گروه مردان همسرآزار/غیرهمسرآزار در شخصیت مرزی با تحقیق جرج، فیلیپز، داتی، اومهلو و رولینگز (۲۰۰۶) ناهمسو می‌باشد. جرج و همکاران (۲۰۰۶) بیان می‌کنند که تقریباً همه مرتکبین خشونت، نوعی بی‌ثباتی هیجانی از خود بروز می‌دهند که مشخصه اساسی آن تغییرات سریع خلقی است. به عبارت دیگر، نوعی دومقوله‌گی عمیق در حالت خلقی آن‌ها قابل مشاهده است. همچنین ادواردز، اسکات، یارویس، پاییزیس و پانیزون (۲۰۰۳) بیان می‌کنند از آن‌جا که تکانشگری یک مفهوم کلیدی در زمینه تفکر درباره تعیین‌کننده‌های خشونت و پرخاشگری است؛ تکانشگری و پرخاشگری تکانشی رابطه معناداری با پرخاشگری فیزیکی دارد و دو اختلال شخصیت ضداجتماعی و مرزی می‌توانند با خشونت رابطه بالایی داشته باشند. به عبارت دیگر، بر اساس تحقیقات مذکور انتظار می‌رفت که مردان همسرآزار از ویژگی‌های ذکر شده در بالا برخوردار باشند.

افراد با اختلال افسرده‌خویی قادر به ادامه و انجام کارهای روزمره علیرغم خلق افسرده‌شان می‌باشند. آنان نشانه‌هایی چون بی‌احساسی، احساس دل‌سردی و فقدان انرژی، دوره‌های گریه‌واری، شناخت‌های تنفرآمیز و احساس گناه را منعکس می‌کنند. این خرده‌مقیاس افسردگی با دوره ۲ سال یا بیشتر را می‌سنجد. در مورد وابستگی به مواد نیز گفته شد که این خرده‌مقیاس سابقه‌ای از الگوی سوء‌مصرف مواد در گذشته و در حال حاضر را نشان می‌دهد و همچنین مرتبط با گسستگی‌ها در روابط بین‌فردی و مشکلات کنترل تکانه می‌باشد. در مورد اختلال استرس پس از ضربه هم گفته شد که این خرده‌مقیاس در رابطه با خاطرات دردناک، وحشت‌های شبانه و گزارش‌هایی از ضربه‌های تجربه شده در گذشته است. به عبارت دیگر، مردان همسرآزار از اختلال افسرده‌خویی، وابستگی به مواد و اختلال استرس پس از ضربه رنج می‌برند و یافته فوق مبنی بر وجود اختلال افسرده‌خویی با مطالعات نریمانی و آقامحمدیان (۱۳۸۴) مبنی بر رابطه متغیرهای مرتبط از جمله افسردگی و اضطراب با خشونت مردان علیه زنان و با یافته‌های مافی و اکبرزاده (۱۳۸۴) مبنی بر همبستگی معنادار زیرمجموعه‌های آزمون MMPI با ارتکاب به خشونت مردان نسبت به همسرانشان و همچنین با مطالعه محمدخانی، محمدی، رضایی دوگانه و آزادمهر (۱۳۸۵) مبنی بر معناداری نمرات ارتکاب به خشونت بر علیه همسر با همه خرده‌مقیاس‌های SCL-90-R، هم‌سو می‌باشد.

بر اساس اطلاعات توصیفی بدست آمده از این پژوهش ۱۶٪ از مردان همسرآزار (که معمولاً به دلیل انکار افراد معتاد، کمتر از میزان واقعی آن گزارش می‌شود) مصرف مواد در گذشته و یا حال را تأیید کردند. وجود اعتیاد در خانواده یک معضل اجتماعی بوده و عاملی قوی در ایجاد خشونت خانگی محسوب می‌شود. اعتیاد به مصرف موادمخدر نه تنها در کشور ما بلکه در همه کشورهای جهان مشکلات زیادی را برای مردم و حکومت‌ها به وجود آورده است. مطالعات مختلف نشان می‌دهند که اعتیاد به موادمخدر و مصرف الکل از دیگر عواملی است که با همسرآزاری رابطه دارد، هر چند که این رابطه ممکن است الزاماً یک رابطه مستقیم نباشد (شمس اسفندآباد و همکاران، ۱۳۸۵). در این زمینه مطالعات مختلف در کشورهای توسعه یافته به یک رابطه قوی بین الکل و سایر داروهای مخدر با افزایش خطر همسرآزاری دست پیدا کرده‌اند (واتس، کئوگ، دلوو و کورامبا، ۱۹۹۸؛ راثو، ۱۹۹۷؛ جوکس، لوینو پن - ککانا، ۲۰۰۲). فالس و همکاران (۲۰۰۳) نیز در یک مطالعه طولی (۱۵ ماه) احتمال پرخاشگری جسمی مردانی که مصرف مواد در آنان دیده می‌شد را نسبت به همسرانشان بررسی کردند. در مقایسه با روزهایی که هیچ مصرف ماده یا الکی وجود نداشت (بعد از کنترل اختلال شخصیت) احتمال پرخاشگری جسمی مردان در این بررسی نسبت به همسرانشان به طور معناداری بالاتر بود. در ایران نیز رزاقی (۱۳۸۴) در یک فراتحلیل درباره خشونت علیه زنان، اعتیاد را یکی از عوامل مؤثر بر همسرآزاری در این تحقیقات می‌داند. همچنین مطالعه شمس اسفندآباد و همکاران (۱۳۸۵) همخوان با یافته فوق افزایش میانگین همسرآزاری را در شوهرانی که از الکل یا

مواد مخدر استفاده کرده بودند را گزارش کردند. صالحی و مهرعلیان (۱۳۸۲) نیز رابطه معناداری بین همسرآزاری و اعتیاد مردان گزارش کردند.

در مورد تفاوت معنادار میانگین نمرات مردان همسرآزار در خرده‌مقیاس اختلال استرس پس از ضربه می‌توان گفت تجربه رویداد استرس‌زای عمده قبلی در تاریخچه زندگی این مردان از قبیل آزار جنسی و جسمی در کودکی می‌تواند از جمله عواملی باشد که سبب می‌شود مردان به آزارگری جسمی بپردازند. شوماخر و همکاران (۲۰۰۱) نیز در مطالعه خود به عواملی که سبب می‌شود مردان به آزارگری جسمی بپردازند به این موارد دست یافتند: وضعیت اجتماعی - اقتصادی، تحصیلات، تاریخچه آزار جنسی در دوران کودکی، در معرض خشونت جسمی و کلامی والدین قرار گرفتن، الگوهای خشونت بزرگسال در دوره کودکی، افزایش سطوح خشم کلامی و رفتاری و خصومت، انواع اختلالات شخصیت در والدین، آسیب‌شناسی‌های گوناگون محور به ویژه افسردگی، سوء‌مصرف الکل و مواد، کمبود رفتار قاطعانه در ارتباط با همسر و نگرش‌های اغماض‌گرایانه نسبت به آزار. میزان فراوانی آزارهایی که مردان همسرآزار نسبت به همسرانشان اعمال می‌کردند (۴٪ آزار جسمی، ۸٪ آزار عاطفی، ۸۲٪ آزارهای جسمی و عاطفی با هم، ۶٪ آزارهای جسمی، جنسی و عاطفی با هم) و میزان تحصیلات آنان (۵۴٪ زیر دیپلم) تأییدکننده مطالعه فوق می‌باشد.

اما چگونه می‌توان عدم معناداری میانگین نمرات خرده‌مقیاس‌های اختلال اضطرابی، اختلال شبه جسمی، اختلال مانیک و وابستگی به الکل را تبیین کرد؟ به عبارت دیگر، مردان غیرهمسرآزار و به طور کلی خانواده‌هایی که به ظاهر مشکل جدی در روابط زناشویی ندارند نیز هم چون مردان غیرهمسرآزار در روابط زناشویی با مشکل حاد، در معرض چهار اختلال مذکور قرار دارند. این می‌تواند زنگ خطری برای مسئولان نهادهای اجتماعی باشد مبنی بر این‌که خانواده‌ها به خصوص والدین نیاز به آگاهی و آموزش بیشتر مهارت‌های زندگی برای شناخت مسائل و مشکلات فردی و خانوادگی خود دارند چرا که وجود این نشانگان بالینی می‌تواند زمینه‌ساز مسائل و مشکلات جدی بعدی چه در زمینه فردی و چه زمینه‌های دیگر اجتماعی و اقتصادی باشد، به طوری که ممکن است آنان به مداخله درمانی (دارویی و روان‌شناختی) نیاز پیدا کنند.

یافته پژوهش حاضر مبنی بر تفاوت معنادار بین دو گروه در این خرده‌مقیاس‌ها با تحقیقات محمدخانی و همکاران (۱۳۸۵) مبنی بر تفاوت معنادار بین گروه مرتکبین خشونت در مقایسه با گروه کنترل در همه خرده‌مقیاس‌های SCL-90-R (از جمله افسردگی، افکار پارانویید و روان-پریشی‌گرایی)؛ تحقیق نریمانی و آقامحمدیان (۱۳۸۴) مبنی بر وجود رابطه معنادار بین متغیرهای مرتبط با خشونت مردان علیه زنان نظیر افسردگی و اضطراب؛ یافته‌های مافی و اکبرزاده (۱۳۸۴) مبنی بر رابطه معنادار بین زیرمجموعه‌های آزمون MMPI با ارتکاب خشونت در مردان همسرآزار و تحقیق شمس اسفندآباد و همکاران (۱۳۸۵) مبنی بر وجود میزان همسرآزاری بیشتر در شوهرانی

که سابقه بیماری روانی دارند در مقایسه با شوهران سالم، همسو می‌باشد. به عبارت دیگر، وجود اختلالاتی نظیر افسردگی اساسی، اختلال در تفکر و اختلال هذیانی می‌تواند در بروز و وجود همسرآزاری مردان نسبت به همسرانشان نقش داشته باشد. همان‌طور که گفته شد اختلال هذیانی افکار هذیانی مرتبط با اختلال پارانوئید را می‌سنجد. در تأیید این توضیحات می‌توان به وجود تفاوت معنادار بین دو گروه در خرده مقیاس شخصیت پارانوئید به سؤال دوم پژوهش اشاره کرد. اختلال تفکر ماهیتی سایکوتیک را می‌سنجد و در رابطه با ایده‌های نفوذ، توهمات، هذیان‌ها و افکار ناخواسته است. این افراد از هم‌گسیخته، آشفته و یا عجیب و غریب هستند که این‌ها می‌تواند در بروز رفتارهای خشونت‌آمیز و نامناسب نسبت به همسر و فرزندان دخیل باشد. در مجموع نتایج یافته پژوهش حاضر درباره تفاوت معنادار بین دو گروه در این خرده‌مقیاس‌ها نشان می‌دهد که گروه همسرآزار به احتمال زیاد نیازمند به مداخله (دارویی و روان‌شناختی) جدی می‌باشند.

پی‌نوشت‌ها

1. Wife abuse
2. World Health Organization
3. Minnesota Multiphasic Personality Inventory
4. Millon Clinical Multiaxial Inventory
5. Ex-Post Facto Research
6. Multivariate Analysis of Variance (MANOVA)

منابع

- پناغی، ل، قهاری، ش، و یوسفی، ح. (۱۳۸۵). خشونت علیه همسر و عوامل مؤثر بر آن از دیدگاه قربانیان این پدیده: یک مطالعه کیفی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۷، ۲۵۷.
- توسلی، ا، و منیری فر، س. (۱۳۸۸). مطالعه جامعه‌شناختی تأثیر پایگاه اقتصادی - اجتماعی بر خشونت‌دیدگی زنان در جریان زندگی زناشویی (مطالعه موردی کارمندان و کارکنان دانشگاه آزاد شهر تهران). *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۲۰، ۴۴۱.
- جعفری زاده، ذ. (۱۳۸۲). *بررسی و مقایسه ارتباط بین مولفه‌های شخصیتی راهبردهای مقابله‌ای در معنادان به تریاک خودمعرف ۳۶-۳۰ ساله*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران.
- خواجه موگهی، ن. (۱۳۷۲). *آماده‌سازی مقدماتی فرم فارسی پرسشنامه چندمحوری میلون در تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران.
- رزاقی، ن. (۱۳۸۴). *خشونت علیه زنان (همسرآزاری): مروری بر مطالعات گذشته*. خلاصه مقالات و کارگاه‌های همایش کشوری جایگاه زن در سلامت.
- ستوده، ه، میرزایی، ب، و پازند، ا. (۱۳۸۱). *روان‌شناسی جنایی*. تهران: انتشارات آوای نور.
- سرمد، ز، بازرگان، ع، و حجازی، ا. (۱۳۸۳). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگاه.

- شریفی، ع. ا. (۱۳۸۶). *راهنمای MCMIII*. تهران: نشر روان سنجی.
- شمس‌اسفندآباد، ج. و امامی پور، س. (۱۳۸۰). بررسی میزان رواج همسرآزاری و عوامل مؤثر بر آن. *فصلنامه پژوهش زنان*، ۱ (۵)، ۸۲ - ۵۹.
- شمس‌اسفندآباد، ج.، صدرالسادات، س. ج. و امامی پور، س. (۱۳۸۵). همسرآزاری و عوامل مؤثر بر آن در زنان متأهل شهر تهران. *فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز*، ۱ (۱)، ۹۹.
- صالحی، ش. و مهرعلیان، ج. (۱۳۸۲). بررسی شیوع و نوع خشونت‌خلگی در زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی - درمانی شهرستان شهرکرد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۲۸ (۲)، ۷۷-۷۲.
- کاپلان، ه. و سادوک، ب. (۱۳۸۳). خلاصه *روان‌پزشکی علوم رفتاری* - *روان‌پزشکی بالینی* (ترجمه ن. پورافکاری). تهران: انتشارات آزاده. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۴).
- مافی، م. و اکبرزاده، ن. (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی خشونت‌گرایان در خانواده. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۱ (۴-۵)، ۸۶ - ۷۱.
- محمدخانی، پ.، محمدی، م. ر.، رضایی دوگانه، ا. و آزادمهر، ه. (۱۳۸۵). آسیب‌شناسی‌روانی و مشکلات شخصی و ارتباطی مردانی که مرتکب خشونت‌خانگی می‌شوند. *مجله توان‌بخشی*، ۷ (۴)، ۱۴ - ۶.
- معظمی، ش. (۱۳۸۳). حمایت از زنان در برابر خشونت‌های خانگی. *رفاه اجتماعی*، ۱۳، ۲۲۵-۲۲۳.
- نازپرور، ب. (۱۳۸۱). خشونت علیه زنان و عوامل مؤثر در آن. *فصلنامه پژوهش زنان*، ۱ (۳)، ۴۵-۶۶.
- نریمانی، م. و آقامحمدیان، ح. ر. (۱۳۸۴). بررسی میزان خشونت مردان علیه زنان و متغیرهای مرتبط با آن در میان خانواده‌های ساکن شهر اردبیل. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۲۷ و ۲۸، ۱۱۳ - ۱۰۷.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- Choca, R., & Van Dergurg, E. (1997). *Interpersonal guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory* (2nd ed.). Washington: American Psychological Association.
- Craig, R. J. (1993a). *The Millon Clinical Multiaxial Inventory: A Clinical research information synthesis*. Hillsdale, JJ: Lawrence Erlbaum and Asasoc.
- Craig, R. J. (1993b). *Psychological assessment with the Millon Clinical Multiaxial Inventory (II): An interpretive guide*. Odesal, FL: Psychological Assessment Resources.
- Craig, R. J. (1999). Millon Clinical Multiaxial Inventory-III: Current status. *Journal of Personality Assessment*, 72, 390-406.
- Craig, R. J. (2003). Use of Millon Clinical Multiaxial Inventory in the psychological assessment of domestic violence: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 235-243.
- Craig, R. J., & Horowitz, M. (1990). Current utilization of psychological tests at diagnostic practicum sites. *The Clinical Psychologist*, 43, 29-36.
- Craig, R. J., & Weinberg, D. (1992a). Assessing drug abusers with the Millon Clinical Multiaxial Inventory: A review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 249-255.
- Craig, R. J., & Weinberg, D. (1992b). Assessing alcoholics with the Millon Clinical Multiaxial Inventory: A review. *Psychology of Addictive Behaviors*, 6, 200-208.
- Dancey, CH. P., & Reidy, J. (1999). *Statistic without maths for psychology*. Prentice-Hall.

- Dutton, D. (1998). *The abusive personality: Violence and control in intimate relationships*. New York: Guilford.
- Edwards, D. W., Scott, C. L., Yarvis, R. M., Paizis, C. L., & Panizzon, M. S. (2003). Impulsiveness, impulsive aggression, personality disorder, and spousal violence. *Journal of Violence and Victims, 18* (1), 3- 14.
- Fals-Stewart, W. (2003). The occurrence of partner physical aggression on days of alcohol consumption: A longitudinal diary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 41-52.
- Fleming, J. B. (1979). *Stopping wife abuse: A guide to the emotional, psychological, and legal implications, For the abused woman and those helping her*. U.S.A.: Anchor/Doubleday Press.
- George, D. T., Phillips, M. J., Doty, L., Umhau, J. C., & Rawlings, R. R. (2006). A model linking biology, behavior and psychiatric diagnoses in perpetrators of domestic violence. *Journal of Medical Hypotheses, 67*(2), 345 – 353.
- Holtzworth – Munroe, A., Bates, L., Smutzler, N., & Sandin, E. (1997). A brief review of research on husband violence: I. Maritally violent versus nonviolent men. *Journal of Aggression and Violent Behavior, 2* (1), 65 – 99.
- Jewkes, R., Levine, J., & Penn - Kekana, L. (2002). Risk factors for domestic violence: Finding from a South African cross – sectional study. 603 – 623.
- Millon, T. (1997a). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III: Manual* (2nd ed). Minneapolis, MN: National Computer Systems.M
- Millon, T. (1997b). *The Millon Inventories: Clinical and personality assessment*. New York: Guilford Press.
- Millon, T. (1983). Modern psychopathology. *Prospect Journal of Social Science and medicine, 55* (9), Heights, IL:Waveland. (Original work published 1969). Available: http://www.ucm.es/info/psi/docs/journal/v9_n2_2006/art228.pdf
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual*(3rd ed). New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: Manual for the MCMI-II*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III: Manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Millon, T. (1996). *Disorders of personality*(2nd ed.). New York: Wiley.
- Osmond, M. W., & Thorne, B. (1993). Feminist theories: The social construction of gender in families and society. In P. Boss, W. Doherty, R. LaRossa, W. Schumm, & S. Steinmetz (Eds.), *Sourcebook of Family theories and methods* (PP.59-623). New York: Plenum.
- Rao, V. (1997). Wife- beating in rural South India: A qualitative and econometric analysis. *Social Science and Medicine, 44*(8), 1169-80.
- Schumacher, J. A., Feldvau-Kohn, S., Slep, A. M., & Heyman, R. E. (2001). Risk factors for male-to-female partner physical abuse. *Aggression and Violent Behavior, 6*, 281-352.
- Stuart, G. L., Moore, T. M., Hellmuth, J. C., Ramsey, S. E., & Kahler, C. W. (2006). Reasons for intimate partner violence perpetration among arrested women. *Violence Against Women, 12*(7), 609 – 621.

- Watts, C., Keough, E., Ndlouv, M., & Kwramba, R. (1998). Withholding of sex and forced sex: Dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reproductive Health Matters*, 6(2), 57 – 65.
- Watkins, C. E., Campbell, V. L., Niebeding, R., & Halmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 54-60.
- Wetzler, S. (1990). The Millon Clinical Multiaxial Inventory: A review. *Journal of Personality Assessment*, 55, 445-464.
- World Health Organization (1997). *Violence Against Women*. Geneva: Author.

