

مقایسه اختلالات شخصیت (الگوهای بالینی شخصیت و الگوهای بالینی شدید شخصیت) بین زنان مطلقه و عادی شهرستان شوشتر

ماندانا قره داغی^{*}

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اختلالات شخصیت (الگوهای بالینی شخصیت و الگوهای بالینی شدید شخصیت) بین زنان مطلقه و عادی شهرستان شوشتر بود. این پژوهش از نوع علی مقایسه ای بود. نمونه شامل ۱۸۰ زن (۹۰ زن مطلقه و ۹۰ زن عادی) بود که با استفاده از روش نمونه گیری دردسترس از مرکز مداخله در بحران خانواده بهزیستی انتخاب شدند. ابزار اندازه گیری شامل آزمون چندمحوری میلون سه بود. نتایج با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) در سطح معنی داری $P < 0/05$ نشان داد که اختلالات شخصیت در زنان مطلقه بیشتر از زنان عادی بود.

کلیدواژگان: اختلالات شخصیت، الگوهای بالینی شخصیت، الگوهای بالینی شدید شخصیت

مقدمه

طلاق و از هم پاشیدگی کانون خانواده معضلی اجتماعی است که پیامدهای آن از مشکلات بزرگ جوامع کنونی به شمار می رود. جامعه ما نسبت به زنان مطلقه پیشداوری منفی دارد و قریب ۹۰ درصد زنان مطلقه امکان ازدواج مناسب را ندارند. سابقه طلاق در زندگی هر فردی به عنوان یک نقطه منفی و ضعف محسوب می شود. در بررسی ازدواج و طلاق یافته های پژوهشی حاکی از آن است که طلاق روند صعودی به خود گرفته و نسبت آن به ازدواج هر سال با رشد نگران کننده ای مواجه شده است با

* کارشناس ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز (نویسنده مسئول)
این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد ماندانا قره داغی، دانش آموخته روانشناسی عمومی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می باشد.

آن که تمامی جوامع ازدواج را یکی از عوامل بهداشت روانی جامعه می دانند چنانچه زندگی زناشویی شرایطی نامساعد را برای ارضای نیازهای روانی همسران ایجاد کننده تنها بهداشت روانی تحقق نمی یابد بلکه اثری منفی و گاه جبران ناپذیر را به جا خواهد گذاشت که ممکن است بعد از طلاق نیز ادامه یابند. (درویزه و کهکی، ۱۳۸۶) پدیده طلاق، پدیده ای دقیقاً چند عاملی است بدین سان هرگز یک عامل به تنهایی نمی تواند موجبات پیدائی آن را فراهم کند یعنی بایک اقدام یا عامل، ایجاد و رفع نمی شود طلاق یک پدیده روانشناختی است و در شرایط یکسان اجتماعی تمام انسان ها به طلاق تمسک نمی جویند، لذا باید روحیه ای طلاق زده وجود داشته باشد. شناخت عوامل موثر و متاثر از طلاق از اولویت های بهداشت روان به شمار می آید. (ساروخانی، ۱۳۷۶) طلاق ممکن است ناشی از اختلالات و بیماری های روانی باشد و از طرفی می تواند ناهنجاری های روانی را موجب گردیده و یا آنها را تشدید کند. هنگامیکه یکی از همسران در ازدواج مبتلا به اختلالات روان شناختی گردد به احتمال زیادی همسرش نیز از این امر متاثر می شود گاهی اختلالاتی مانند اختلالات شخصیت که به طور مشهود در مبتلایان آن دیده نمی شود از عوامل ناسازگاری و تنش های زندگی زناشویی خواهند شد. میلون^۱ (۲۰۰۰) شخصیت را این گونه تعریف می کند: الگوی پیچیده و بسیار عمیقی از ویژگی های روانشناختی که نمی توان به راحتی آنها را ریشه کن کرد و تقریباً به صورت خود کار، خود ادر تمامی جنبه های عملکرد فرد آشکار می سازند. این ویژگی ها ذاتی و فراگیر بوده و ماتریس پیچیده ای از پیش آمادگی های زیستی و یادگیری ها را تشکیل داده است. الگوی ادراکی، احساس، تفکر و شیوه های مقابله آن فرد را می سازند. شخصیت آمیزه ای از احساسات، ادراکات، افکار و رفتارهای نا مرتبط نیست بلکه سازمانی کاملاً درهم تنیده از نگرش ها، عادت ها و عواطف است. اگرچه مازندگی خود را با احساسات و واکنش های کم و بیش نامرتبط و مختلف شروع می کنیم، ولی به مرور زمان دامنه آن ها را محدود کرده و خزانه رفتاری خاص خودمان را می سازیم. این خزانه رفتاری است که ما را از دیگران متفاوت کرده و شیوه مقابله ما را در برخورد با دیگران و در درون خودمان تعیین می نماید با این تعریف شخصیت دیگر یک ماده و اختلال شخصیت یک بیماری نیست که از خارج وارد شده و بهنجاری فرد را از بین ببرد. در واقع خیلی عامیانه است که ما اختلال شخصیت را چیزی از خارج وارد شده بدانیم که در بدن اختلال ایجاد نموده و باید نابود شود. از این رو میلون به جای واژه اختلال از اصطلاح الگوهای بالینی شخصیت استفاده می نماید. از این دیدگاه همان طور که در بیماری های جسمی، سیستم ایمنی بدن است که مشخص می کند آیا فرد بیمار خواهد شد یا خیر، در مسائل روانی نیز سبک شخصیتی فرد یعنی مهارت های مقابله ای و انعطاف های سازگارانانه فرد است که تعیین می کند آیا وی در مقابله با محیط از پای در خواهد آمد یا خیر. (شریفی، ۱۳۸۶).

رابطه بین اختلالات روانی با پایداری زندگی زناشویی و طلاق در پژوهش های متعددی مورد بررسی قرار گرفته است.

شازیا^۲ (۲۰۰۸) تحقیقی در زمینه عکس العمل روانشناختی به طلاق در زنان مطلقه و کودکان آنها انجام داد در این تحقیق ۶۰ زن و کودک تحت بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که میانگین

1. Millon

2. Shazia

افسردگی، افکار اسکیزوفرنی و اضطراب در زنان مطلقه بیشتر از زنان متاهل بود. هم چنین میانگین عزت نفس در کودکان این زنان پایین تر از کودکان عادی بود. ترنر^۱ (۲۰۰۶) پژوهشی در زمینه نقش عوامل اجتماعی در ایجاد اضطراب و افسردگی در مادران مجرد و مطلقه روستائی انجام داد. در این پژوهش ۵۰۸ زن ۱۸ تا ۳۹ ساله ساکن مناطق روستائی شمال انگلستان شرکت داشتند. نتایج، اهمیت عوامل اجتماعی گوناگون در ایجاد استرس را مورد تاکید قرار دادند به عبارتی در مواجهه با رویدادهای سخت زندگی مادران مطلقه اضطراب و افسردگی بیشتری را تجربه می کنند. چرا که مادران مجرد از حمایت و پشتیبانی خانواده و دوستان بیشتر برخوردارند. سونگ نانگ^۲ و همکاران (۲۰۰۹) عنوان کردند که سلامت روانی در غرب پیش بینی کننده قوی برای موفقیت زناشویی است ولی در جمعیت آسیایی تحقیقات پراکنده ای انجام شده است. آنها تحقیقی در باره وضعیت زناشویی و افسردگی در کره انجام دادند در این تحقیق ۵۰۳ زن شرکت داشتند نتایج نشان داد که افسردگی در زنان مطلقه و بیوه بیشتر از زنان متاهل است و با افزایش سن رابطه مثبت دارد. کرامر^۳ (۲۰۰۷) تحقیقی با عنوان شخصیت و فروپاشی زندگی زناشویی انجام داد نمونه مورد مطالعه شامل ۲۰۰ زن مطلقه بود. نتایج نشان داد که در بین زنان مطلقه شخصیت ضد اجتماعی و دیگر آزار و پارانوئید بیشتر دیده شود. اگرچه یافته های این تحقیق با نتایج تحقیقات قبلی همخوانی زیادی نداشت. ال کرونا^۴ و گراهام^۵ (۲۰۰۴) پژوهشی در زمینه اختلالات شخصیت در زنان انجام دادند. این تحقیق شامل ۲۱۷ زن بود. نتایج نشان داد که زنان متاهل از اینکه کسی راداشتند که در مورد مشکلات با او صحبت کنند احساس خوبی داشتند زنان مطلقه احساس تنهایی شدیدی را تجربه می کنند و میزان اختلالات جسمانی شکل، افکار پارانوئید، وسواسی، افسردگی و اضطراب در آنها بیشتر از زنان متاهل است. تحقیقی توسط باتر (۲۰۰۷) با عنوان ویژگی های شخصیتی زنان مطلقه و متاهل بر اساس آزمون میلون II صورت گرفت ۳۰ زن مطلقه و ۳۰ زن متاهل مورد مطالعه قرار گرفتند، چنین نتیجه گیری شد که نمرات زنان مطلقه در مقیاس های اختلال خودشیفته، ضد اجتماعی، خود آزار و وابستگی به الکل بیشتر از نمرات زنان متاهل بود. او عنوان کرد که آزمون میلون برای مشاوره پیش از ازدواج و پیش بینی ازدواج موفق بسیار مناسب است. آفیف^۶ و همکاران (۲۰۰۶) تحقیقی با عنوان مقایسه نیمرخ روانی مادران مطلقه، مادران مجرد و مادران عادی انجام دادند و چنین نتیجه گرفتند که مادران مجرد و عادی در اکثر مقیاس ها باهم تفاوتی نداشتند ولی مادران مطلقه در مقیاس های پارانوئید و اضطراب نمرات بالاتری کسب کردند. ویزمن^۷ و همکاران (۲۰۰۴) تحقیقی در زمینه اختلالات روانشناختی و رضایت زناشویی انجام دادند و چنین نتیجه گیری کردند که اختلالات اضطرابی و افسردگی در زنانی که از زندگی

1. Turner
2. Soong-Nang
3. Cramer
4. Alkrenawi
5. Graham
6. Afif
7. Whisman

زنانشوئی خودنارضایتی دارن دیبیشتر است. پیکو^۱ و همکاران (۲۰۰۸) به بررسی روانشناختی زنان مورد تعرض جنسی پرداختند. آزمون میلون استفاده شد و چنین نتیجه گیری کردند که اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال شخصیت خودآزار در این زنان به نسبت گروه گواه بیشتر است. براملت^۲ و موثر^۳ (۲۰۰۵) در تحقیقی طولی نشان دادند که اضطراب و مانیا و شخصیت مرزی در زنان و مردانی که از همسرانشان جدا شده اند بیشتر از گروه عادی است. آماتو^۴ (۲۰۰۶) تحقیقی روی زنان و مردان طلاق گرفته انجام داد و چنین نتیجه گیری کرد که اختلال شخصیت اسکیزوئید و خودآزار در هر دو جنس و اختلال شخصیت وابسته در زنان بیشتر از گروه گواه است. در تحقیقی که ویلن^۵ و مونتگومری^۶ (۲۰۰۶) روی ۱۲۰ زوج متقاضی طلاق انجام دادند به این نتیجه رسیدند که اختلالات شخصیت در افراد متقاضی طلاق بیشتر از جمعیت عادی است. در تحقیقی که تریودی^۷ و همکاران (۲۰۰۹) با عنوان اثرات روانشناختی بیوه گی و طلاق انجام دادند نشان داده شد که زنان مطلقه و بیوه از افسردگی و اضطراب بیشتری رنج می برند و نمرات الگوی شخصیت خودآزار، وابسته و منفی گرا در این آنها بیشتر از جمعیت عادی دیده می شود. در تحقیقی با عنوان علل و نتایج طلاق که توسط بالسترینو^۸ و همکاران (۲۰۰۸) انجام شد چنین نتیجه گیری شد که اختلالات شخصیت می توانند هم به عنوان علت و هم نتیجه جدائی و طلاق در نظر گرفته شوند. در تحقیقی نوروززاده و همکاران (۱۳۸۶) به مقایسه الگوهای بالینی شخصیتی زوجین متقاضی و غیر متقاضی طلاق پرداختند نتایج نشان داد که زنان و مردان متقاضی طلاق و غیر متقاضی در سه الگوی بالینی شخصیتی پارانوئید، دیگرآزار و منفی گرا با هم تفاوت معنی داری دارند و F بدست آمده در سطح ۵ درصد معنی دار است و متغیر اختلال شخصیتی در بین دو گروه متقاضی طلاق و غیر متقاضی در برخی از الگوهای بالینی شخصیتی در سطح ۱ درصد خطا از F قابل انتظار بزرگتر می باشد و متغیرهای شخصیتی اسکیزوئید (۰/۰۱۹)، دوری گزین (۰/۰۰۷)، افسرده (۰/۰۲۳)، نمایشی (۰/۰۰۱)، ضد اجتماعی (۰/۰۰۱)، خودآزار (۰/۰۰۳)، اسکیزو تا پیاال (۰/۰۰۲) و پارانوئید (۰/۰۰۸) درصد به نسبت سایر متغیرهای شخصیتی با طلاق مرتبط هستند. ظهیرالدین و خدائی (۱۳۸۰) نیمرخهای شخصیتی مراجعین طلاق را بررسی کردند و چنین نتیجه گیری کردند که رفتارهای تکاملی، روابط مختل بین فردی، خلق بی ثبات، خود بیمار انگاری، بدگمانی، اختلال انطباق، افسردگی، انزوا، تفکر غیر معمول، اضطراب، و سواس و هراس، بیشترین یافته ها در نیمرخ شخصیتی مراجعین طلاق بود.

و کیلی و همکاران (۱۳۸۴) در تحقیقی به بررسی علل بروز اختلافات خانوادگی پرداختند. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۵۰ زوج بود. نتایج نشان داد که یکی از عوامل بروز اختلافات خانوادگی بدبینی

1. Pico
2. Bramlett
3. Mother
4. Amato
5. Willen
6. Montgomery
7. Trivedi
8. Balestrino

و افکار پارانوئید است.

با توجه به مطالب ذکر شده در این تحقیق، به این سوال پاسخ داده می شود که آیا بین زنان مطلقه و عادی از نظر اختلالات شخصیت (الگوهای بالینی شخصیت و الگوهای بالینی شدید شخصیت) تفاوت وجود دارد؟

فرضیه های پژوهش

فرضیه اول: نمرات الگوهای بالینی شخصیت (اسکیزوئید، دوری گزین، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضد اجتماعی، دیگر آزار، و سواسی، منفی گرا، خود آزار) در زنان مطلقه بیشتر از زنان عادی است.
فرضیه دوم: نمرات الگوهای بالینی شدید شخصیت (اسکیزو تایپال، مرزی، پارانوئید) در زنان مطلقه بیشتر از زنان عادی است.

روش پژوهش

جامعه آماری و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مطلقه و عادی شهرستان شوشتر بود جهت انتخاب نمونه از نمونه گیری دردسترس استفاده شد به این طریق که بازنانی که حداکثر طی دو سال گذشته به مرکز مداخله در بحران خانواده بهزیستی مراجعه کرده بودند تماس گرفته شد و ۹۰ زن مطلقه و ۹۰ زن عادی (غیر مطلقه) پرسشنامه میلون را تکمیل نمودند.

ابزار اندازه گیری

آزمون بالینی چند محوری میلون -۳ (MCMI-III).

این آزمون یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه بلی/خیر است. که ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را می سنجد. این آزمون بر اساس مدل آسیب شناسی روانی میلون ساخته شده است. شیوع اختلالات مشخص شده با ملاکهای DSM-IV، نقطه برش های نرخ پایه متنوعی را برای ام.سی.ام. آی معین نموده است. در حالیکه نمره های نرخ پایه ۸۵ یا بالاتر برجسته ترین اختلال را نشان می دهد نمره های نرخ پایه ۷۵ یا بالاتر دلالت بر وجود ویژگی های یک اختلال دارند.
شاید مهمترین برتری ام.سی.ام. آی نسبت به آزمون های همتای خود، این است که این آزمون اختصاصاً برای ارزیابی صفات شخصیت (محور دو DSM-IV) طراحی شده است.

روائی و پایایی آزمون

در مورد پایایی ام.سی.ام. آی -۳، پنج مجموعه داده وجود دارد که فاصله باز آزمایی در این مطالعات از ۵ روز تا ۶ ماه است. برای مقیاس های اختلال شخصیت همبستگی های متوسطی از ۰/۵۸ (افسرده) تا ۰/۹۳ (افسرده) با متوسط ۰/۷۸ به دست آمده است در مورد مقیاس های نشانگان بالینی همبستگی های متوسطی ۰/۴۴ (PTSD) تا ۰/۹۵ (افسرده) با متوسط ۰/۸۰ به دست آمده است. پایایی

مقیاس ها در مطالعه هنجاریابی ام.سی.ام.آی -۳ به فاصله زمانی ۵ تا ۱۴ روز ($N=87$) از دامنه ۰/۸۲ (مقیاس بدنمایی) تا ۰/۹۶ (شبه جسمی) با متوسط ۰/۹۰ برای تمام مقیاس ها گزارش شده است. داده ها نکات جالب توجهی پیشنهاد می کنند. میلون ادعا کرده که پایایی مقیاس های اختلال شخصیت باید بالاتر از پایایی مقیاس های نشانگان بالینی باشد. زیرا شخصیت ریشه دار است و تغییر آن مشکل تر است بنابراین مستعد تغییرات روزانه نیست؛ اما علایم بالینی می توانند از روزی به روز دیگر افزایش یا کاهش یابند و همچنین کانون تمرکز مداخلات درمانی طراحی شده برای کاهش آنها قرار گیرند. این عوامل می توانند برآوردهای پائین تری از پایایی در مقیاس های نشانگان بالینی ایجاد کند و داده ها این ادعا را در تمام نسخه های ام.سی.ام.آی تصدیق می کنند. به طور کلی، پایایی مقیاس ها پیوسته به موازات هر تجدید نظر افزایش یافته است. در ایران چندین مطالعه در مورد ام.سی.ام.آی انجام شده است. اولین مطالعه توسط خواجه موگهی (۱۳۷۲) به منظور هنجاریابی این آزمون در شهر تهران صورت گرفته است. در مطالعه خواجه موگهی ضریب پایایی مقیاس های ام.سی.ام.آی -۲ به روش باز آزمایی با فاصله هفت تا ۱۰ روز از دامنه ۰/۷۸ (نمایشی) تا ۰/۸۷ (اختلال هذیانی) به دست آمده است. در این مطالعه میانگین همسانی درونی به روش $KR-20$ در تمام مقیاس ها با دامنه ای از ۰/۶۹ (اختلال هذیانی) تا ۰/۹۲ (مرزی) با متوسط ۰/۸۴ به دست آمده است. در مطالعه شریفی همبستگی نمرات خام اولین اجرا و باز آزمایی 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 شده است و ضریب آلفای مقیاس ها در دامنه ۰/۸۵ (وابستگی به الکل) تا ۰/۹۷ (اختلال استرس پس از ضربه) به دست آمده است. روایی مقیاس های ام.سی.ام.آی -۳ از طریق روایی تشخیصی و با محاسبه خصیصه های عامل (توان پیش بینی مثبت، توان پیش بینی منفی و توان پیش بینی کل) به دست آمده است. روایی تشخیصی تمام مقیاس های ام.سی.ام.آی -۳ بسیار خوب برآورد شده است (شریفی، ۱۳۸۶).

مطالعه دیگری توسط افخم ابراهیمی و صالحی (۱۳۷۹) به منظور بررسی میزان توافق مصاحبه های بالینی و سازمان یافته با آزمون ام.سی.ام.آی -۲ در تشخیص اختلال های شخصیت صورت گرفته است. افخم ابراهیمی و صالحی با اجرای ام.سی.ام.آی -۲ در مورد ۱۴۰ بیمار سرپایی در تهران و انجام مصاحبه بالینی و سازمان یافته به بررسی میزان توافق مصاحبه های بالینی و سازمان یافته با ام.سی.ام.آی -۲ پرداخته اند. نتایج به دست آمده همگرایی متوسطی را بین دو نوع مصاحبه با ام.سی.ام.آی -۲ نشان داده است (افخم ابراهیمی و صالحی، ۱۳۷۹).

در پژوهش حاضر ضریب پایایی اختلالات شخصیت برای کل مقیاس ها ۰/۷۹ می باشد. اعتبار این پرسشنامه از طریق همبسته کردن با پرسشنامه $SCL-90$ برابر با ۰/۷۶ و در سطح معنی داری ۰/۰۲۵ معنی دار بود.

یافته های پژوهش

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره آزمودنی ها در الگوهای بالینی شخصیت

تعداد	حداکثر نمره	حداقل نمره	انحراف استاندارد	میانگین	شاخص های آماری	
					گروه	متغیر
۹۰	۹۷	۰	۲۱/۴۵۵	۴۹/۵۹	مطلقه	اسکیزوئید
۹۰	۸۵	۰	۲۱/۷۵۲	۴۱/۵۱	عادی	
۹۰	۸۰	۹	۱۹/۹۳۱	۴۹/۵۹	مطلقه	دوری گزین
۹۰	۸۲	۷	۱۸/۰۳۹	۴۴/۵۴	عادی	
۹۰	۱۱۵	۹	۲۸/۵۴۸	۷۰/۶۶	مطلقه	افسرده
۹۰	۱۱۰	۷	۲۴/۲۷۸	۵۵/۰۰	عادی	
۹۰	۱۰۳	۰	۲۶/۰۰۹	۴۵/۷۳	مطلقه	وابسته
۹۰	۹۱	۰	۲۲/۶۵۰	۳۷/۹۴	عادی	
۹۰	۱۱۱	۲۲	۲۲/۱۶۶	۶۶/۳۰	مطلقه	نمایشی
۹۰	۱۱۱	۲۲	۲۲/۱۰۳	۶۶/۳۳	عادی	
۹۰	۹۰	۳	۲۰/۲۸	۴۹/۱۴	مطلقه	خودشیفته
۹۰	۸۵	۹	۱۷/۸۹۲	۴۹/۹۱	عادی	
۹۰	۷۲	۳	۱۹/۷۳۳	۳۱/۲۴	مطلقه	ضد اجتماعی
۹۰	۷۲	۷	۱۸/۱۴۱	۲۸/۹۸	عادی	
۹۰	۷۴	۳	۲۱/۴۴۹	۴۰/۵۴	مطلقه	دیگر آزار
۹۰	۸۳	۳	۱۹/۳۹۰	۳۹/۰۴	عادی	
۹۰	۱۱۱	۲۰	۱۷/۸۶۱	۴۵/۸۳	مطلقه	وسواسی
۹۰	۱۰۲	۱۴	۱۹/۸۳۵	۶۲/۵۸	عادی	
۹۰	۱۰۳	۴	۲۳/۳۹۵	۵۹/۱۷	مطلقه	منفی گرا
۹۰	۱۰۳	۱۱	۲۱/۴۶۱	۵۱/۹۴	عادی	
۹۰	۷۷	۴	۱۹/۹۱۲	۵۱/۱۰	مطلقه	خود آزار
۹۰	۸۲	۷	۲۱/۲۳۹	۴۵/۰۳	عادی	

همان طوری که در جدول ۱ مشاهده می شود در متغیر اختلال اسکیزوئید میانگین و انحراف معیار به ترتیب برای زنان مطلقه ۴۹/۵۹ و ۲۱/۴۵۵، زنان عادی ۴۱/۵۱ و ۲۱/۷۵۲، در متغیر اختلال دوری گزین، زنان مطلقه ۴۹/۵۹ و ۱۹/۹۳۱، زنان عادی ۴۴/۵۴ و ۱۸/۰۳۹، در متغیر اختلال افسرده، زنان مطلقه ۷۰/۶۶ و ۲۸/۵۴۸، زنان عادی ۵۵/۰۰ و ۲۴/۲۷۸، در متغیر اختلال وابسته، زنان مطلقه ۴۵/۷۳ و ۲۶/۰۰۹، زنان عادی ۳۷/۹۴ و ۲۲/۶۵۰، در متغیر اختلال نمایشی، زنان مطلقه ۶۶/۳۰ و ۲۲/۱۶۶، زنان عادی ۶۶/۳۳ و ۲۲/۱۰۳، در متغیر اختلال خودشیفته، زنان مطلقه ۴۹/۱۴ و ۲۰/۰۲۸، زنان عادی ۴۹/۹۱ و ۱۷/۸۹۲، در متغیر اختلال ضداجتماعی، زنان مطلقه ۳۴/۲۴ و ۱۹/۷۳۳، زنان عادی ۲۸/۹۸ و ۱۸/۱۴۱، در متغیر اختلال دیگر آزار، زنان مطلقه ۴۰/۵۴ و ۲۱/۴۴۹، زنان عادی ۳۹/۰۴ و ۱۹/۳۹۰، در متغیر اختلال وسواسی، زنان مطلقه ۴۵/۸۳ و ۱۷/۸۶۱، زنان عادی ۶۲/۵۸ و ۱۹/۸۳۵، در متغیر اختلال منفی گرا، زنان مطلقه ۵۹/۱۷ و ۲۳/۳۹۵، زنان عادی ۵۱/۹۴ و ۲۱/۴۶۱، در متغیر اختلال خود آزار، میانگین و انحراف معیار به ترتیب برای زنان مطلقه ۵۱/۱۰ و ۱۹/۹۱۲، زنان عادی ۴۵/۰۳ و ۲۱/۲۳۹ می باشد.

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره آزمودنی ها در متغیرهای الگوهای بالینی شدید شخصیت

متغیر	شاخص های آماری		انحراف استاندارد	میانگین	حداقل نمره	حداکثر نمره	تعداد
	گروه	مطلقه					
اسکیزوتایپال	مطلقه	۴۷/۹۴	۱۶/۶۲۴	۴۷/۹۴	۱۱	۷۰	۹۰
	عادی	۴۴/۰۴	۱۶/۹۶۴	۴۴/۰۴	۹	۷۲	۹۰
مرزی	مطلقه	۲۷/۵۱	۱۱/۱۰۸	۲۷/۵۱	۵	۵۸	۹۰
	عادی	۲۸/۴۲	۱۰/۲۵۰	۲۸/۴۲	۱۰	۵۹	۹۰
پارانویید	مطلقه	۴۶/۰۱	۲۳/۱۰۶	۴۶/۰۱	۰	۱۰۳	۹۰
	عادی	۳۴/۹۶	۲۱/۱۰۴	۳۴/۹۶	۰	۷۵	۹۰

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می شود در متغیر اختلال اسکیزوتایپال، میانگین و انحراف معیار به ترتیب برای زنان مطلقه ۴۷/۹۴ و ۱۶/۶۲۴، زنان عادی ۴۴/۰۴ و ۱۶/۹۶۴، در متغیر اختلال مرزی، زنان مطلقه ۲۷/۵۱ و ۱۱/۱۰۸، زنان عادی ۲۸/۴۲ و ۱۰/۲۵۰، در متغیر اختلال پارانویید، زنان مطلقه ۴۶/۰۱ و ۲۳/۱۰۶، زنان عادی ۳۴/۹۶ و ۲۱/۱۰۴ می باشد.

ب) یافته های مربوط به فرضیه های پژوهش:

این پژوهش شامل فرضیه های زیر است که هر فرضیه همراه با نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل آن در این بخش ارائه می گردد.

فرضیه اول: نمرات الگوهای بالینی شخصیت (اسکیزوئید، دوری گزین، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضد

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات مؤلفه های اختلال در الگوهای بالینی شخصیت (اسکیزوئید، دوری گزین، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی، دیگر آزار، وسواسی، منفی گرا، خود آزار) زنان مطلقه و عادی

آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)
آزمون اثر پیلاپی	۰/۲۰۸	۱۱	۱۶۸	۴/۰۰	۰/۰۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۷۹۲	۱۱	۱۶۸	۴/۰۰	۰/۰۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۲۶۲	۱۱	۱۶۸	۴/۰۰	۰/۰۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۲۶۲	۱۱	۱۶۸	۴/۰۰	۰/۰۰۰۱

اجتماعی، دیگر آزار، وسواسی، منفی گرا، خود آزار) در زنان مطلقه بیشتر از زنان عادی است. همان طوری که در جدول ۳ نشان داده شده است سطوح معنی داری همه آزمونها بیانگر آن هستند که بین زنان مطلقه و عادی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای الگوهای بالینی شخصیت (اسکیزوئید، دوری گزین، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضداجتماعی، دیگر آزار، وسواسی، منفی گرا، خود آزار)، تفاوت معنی داری وجود دارد. ($P < ۰/۰۰۱$ و $F = ۴/۰۰$)، برای یافتن تفاوت های بین دو گروه در الگوهای بالینی از تحلیل واریانس یک متغیری در متن مانوا استفاده شد که در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس یک متغیری در متن مانوا روی نمرات مؤلفه های اختلال در الگوهای بالینی شخصیت زنان مطلقه و عادی

گروه	میانگین	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
زنان مطلقه	۴۹/۵۹	اسکیزوئید	۲۹۳۶/۲۷	۱	۲۹۳۶/۲۷	۶/۲۹	۰/۰۱۳
زنان عادی	۴۱/۵۱						
زنان مطلقه	۴۹/۵۹	دوری گزین	۱۱۴۵/۰۸	۱	۱۱۴۵/۰۸	۳/۱۶	۰/۰۷۷
زنان عادی	۴۴/۵۴						
زنان مطلقه	۷۰/۶۶	افسرده	۱۱۰۲۹/۳۳	۱	۱۱۰۲۹/۳۳	۱۵/۷۰	۰/۰۰۰۱
زنان عادی	۵۵/۰۰						
زنان مطلقه	۴۵/۷۳	وابسته	۲۷۳۰/۰۰	۱	۲۷۳۰/۰۰	۴/۵۹	۰/۰۳۴
زنان عادی	۳۷/۹۴						
زنان مطلقه	۶۶/۳۰	نمایشی	۰/۰۵۰	۱	۰/۰۵۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹۲
زنان عادی	۶۶/۳۳						
زنان مطلقه	۴۹/۱۴	خودشیفته	۲۶/۴۵	۱	۲۶/۴۵	۰/۰۷۳	۰/۷۸۷
زنان عادی	۴۹/۹۱						

۰/۴۲۳	۰/۶۴۴	۲۳۱/۲۰	۱	۲۳۱/۲۰	ضداجتماعی	۳۱/۲۴	زنان مطلقه
						۲۸/۹۸	زنان عادی
۰/۶۲۳	۰/۲۴۲	۱۰۱/۲۵	۱	۱۰۱/۲۵	دیگر آزار	۴۰/۵۴	زنان مطلقه
						۳۹/۰۴	زنان عادی
۰/۰۰۰۱	۲۲/۱۹	۷۹۰۶/۹۳	۱	۷۹۰۶/۹۳	وسواسی	۴۵/۸۳	زنان مطلقه
						۶۲/۵۸	زنان عادی
۰/۰۳۲	۴/۶۵	۲۳۴۷/۲۲	۱	۲۳۴۷/۲۲	منفی گرا	۵۹/۱۷	زنان مطلقه
						۵۱/۹۴	زنان عادی
۰/۰۵۰	۳/۹۰	۱۶۵۶/۲۰	۱	۱۶۵۶/۲۰	خود آزار	۵۱/۱۰	زنان مطلقه
						۴۵/۰۳	زنان عادی

همانطوری که در جدول ۴ ملاحظه می شود در متغیر اختلال اسکیزوئید F مشاهده شده گروه برابر ۶/۲۹، در متغیر اختلال افسرده F مشاهده شده گروه برابر ۱۵/۷۰، در متغیر اختلال وابسته F مشاهده شده گروه برابر ۵۹/۴، در متغیر اختلال وسواسی F مشاهده شده گروه برابر ۲۲/۱۹، در متغیر اختلال منفی گرا F مشاهده شده گروه برابر ۴/۶۵ می باشند. این یافته ها حاکی از آن هستند که نمرات اختلالات اسکیزوئید، افسرده و وابسته، وسواسی و منفی گرا در زنان مطلقه بیشتر از زنان عادی است. بنابراین فرضیه اول تأیید می گردد. به عبارت دیگر با توجه به میانگین های دو گروه، نمرات الگوهای بالینی شخصیت در زنان مطلقه بیشتر از زنان عادی است.

فرضیه دوم: نمرات الگوهای بالینی شدید شخصیت (اسکیزو تایپال، مرزی، پارانوئید) در زنان مطلقه بیشتر از زنان عادی است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) روی نمرات مؤلفه های اختلال در الگوهای بالینی شدید شخصیت (اسکیزو تایپال، مرزی و پارانوئید) زنان مطلقه و عادی

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)
آزمون اثر پیلایی	۰/۰۸۸	۳	۱۷۶	۵/۶۲	۰/۰۰۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۹۱۲	۳	۱۷۶	۵/۶۲	۰/۰۰۰۱
آزمون اثر هتلینگ	۰/۰۹۶	۳	۱۷۶	۵/۶۲	۰/۰۰۰۱
آزمون بزرگترین ریشه روی	۰/۰۹۶	۳	۱۷۶	۵/۶۲	۰/۰۰۰۱

همان طوری که در جدول ۵ نشان داده شده است سطوح معنی داری همه آزمونها بیانگر آن هستند که بین زنان مطلقه و عادی حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای الگوهای بالینی شدید شخصیت (اسکیزو تایپا ل، مرزی، پارانوئید) تفاوت معنی داری وجود دارد. ($P < 0.001$ و $F = 5.62$)، برای یافتن تفاوت های بین دو گروه در الگوهای بالینی شدید از تحلیل واریانس یک متغیری در متن مانوا استفاده شد که در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس یک متغیری در متن مانوا روی نمرات مؤلفه های اختلال در الگوهای بالینی شدید شخصیت زنان مطلقه و عادی

گروه	میانگین	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میلگین مجذورات	F	سطح معنی داری
زنان مطلقه	۴۷/۹۴	اسکیزوتیپال	۶۸۴/۴۵	۱	۶۸۴/۴۵	۲/۴۲	۰/۱۲۱
زنان عادی	۴۴/۰۴						
زنان مطلقه	۲۷/۵۱	مرزی	۳۷/۳۵	۱	۳۷/۳۵	۰/۳۲۷	۰/۵۶۸
زنان عادی	۲۸/۴۲						
زنان مطلقه	۴۶/۰۱	پارانوئید	۵۵۰۰/۱۳	۱	۵۵۰۰/۱۳	۱۱/۲۳	۰/۰۰۱
زنان عادی	۳۴/۹۶						

همانطوری که در جدول ۶ ملاحظه می شود در متغیر اختلال پارانوئید F مشاهده شده گروه برابر ۱/۲۳ می باشد این یافته ها حاکی از آن هستند که نمرات اختلال پارانوئید در زنان مطلقه بیشتر از زنان عادی است. بنابراین فرضیه دوم تأیید می گردد. به عبارت دیگر با توجه به میانگین های دو گروه، نمرات الگوهای بالینی شدید شخصیت در زنان مطلقه بیشتر از زنان عادی است.

بحث و نتیجه گیری

طبق یافته های بدست آمده از فرضیه اول، زنان مطلقه نسبت به زنان عادی از نمرات بالاتری در متغیرهای الگوهای بالینی شخصیت شامل اسکیزوئید، افسرده، وابسته، و سواسی و منفی گرا برخوردارند. بنابراین فرضیه اول تأیید می گردد. به عبارت دیگر با توجه به میانگین های دو گروه شخصیت اسکیزوئید، افسرده، وابسته، و سواسی و منفی گرا در زنان مطلقه بیشتر از زنان عادی دیده می شود. نتایج حاصل از این فرضیه با پژوهش های شازیا (۲۰۰۸)، ترنر (۲۰۰۶)، سونگ نانگ و همکاران (۲۰۰۹)، کرامر (۲۰۰۷)، کرونا و گراهام (۲۰۰۴)، بوتر (۲۰۰۵)، ویزمن و همکاران (۲۰۰۴)، پیکو و همکاران (۲۰۰۸)، آماتو و پرویت (۲۰۰۶)، ویلن و مونتهگومری (۲۰۰۶)، تریودی و همکاران (۲۰۰۹)، بالستریو و همکاران (۲۰۰۸)، نوروززاده و همکاران (۱۳۸۶)، ظهیرالدین و خدائی (۱۳۸۰)، همخوانی دارد. در تبیین این یافته ها باید گفت: افرادی که نمرات بالا در مقیاس اسکیزوئید دارند، بی تفاوت، کسل، ساکت، بی حال، عبوس و درون گرا بنظر می رسند. آنها از منفعل بودن و کناره گیری از روابط اجتماعی، کاملاً راضی به نظر می رسند. آنها دوستان کمی دارند و زندگی در انزوا و تنهایی را ترجیح می دهند. اگر این بیماران ازدواج کنند یا گرفتار یک رابطه عاطفی شوند، مشکلات آنها بیشتر خواهد شد، از جمله همسر آنها از عدم ارتباط نزدیک و صمیمیت آنها شکایت خواهد کرد. آنها اغلب به دلیل مشکلات ارتباطی شان، حتی از برقراری ارتباط جنسی اجتناب می کنند. در مورد افراد افسرده باید گفت آنها حتی در لذت بخش ترین تجارب، شاد به نظر نمی رسند و احساس می کنند تلاش شان برای بهبود روابط شان یا در هر جنبه مهم زندگی شان، بیهوده است، زیرا بدبینی مداوم، آنها را به چشم انداز شکست، می کشاند. رفتار

سرد و بی روح آنها در ترکیب با انفعال و خود تردیدی، آنها را در معرض مشکلات شغلی و زناشویی قرار می دهد. افرادی که شخصیت وابسته دارند تمایل به تکیه به افراد دیگر برای جلب حمایت، راهنمایی و هدایت دارند. میلون (۲۰۰۰) این افراد را «وابسته نابالغ» نامیده است. آنها از تصمیم گیری عاجزند، مگر آنکه با دیگران به مقدار بسیار زیاد مشورت کرده و کاملاً مطمئن شده باشند. آنها از موقعیتهای مسئولیت آور پرهیز می کنند، دوست ندارند تنها باشند و دلشان می خواهد کسی را پیدا کنند که بتوانند به او وابسته شوند؛ همین نیاز آنها به فرد دیگر است که روابط آنها را خدشه دار ساخته است. بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری، مهارتهای بین فردی چندانی ندارند. رسمی، جدی، و فاقد شوخ طبعی اند. آنها مردم را از خود فراری می دهند، نمی توانند حد وسط را بگیرند و به اصرار می خواهند دیگران را تحت سلطه خواسته های خود در آورند. آنها چون از اشتباه کردن می ترسند، نمی توانند به تصمیم قاطعی برسند و دایم درباره تصمیمی که می خواهند بگیرند، فکر می کنند. این مسائل باعث تعارضاتی در زندگی زناشویی آنها می شود. افراد منفی گرا دمی مزاج و تحریک پذیر هستند، زمانی رفتاری لجوجانه دارند و اندکی بعد احساس گناه و پشیمانی می کنند. آنها احساس می کنند کسی آنها را درک نمی کند و بین وابستگی منفعلانه و مخالفت خیره سرانه در نوسان هستند که این رفتار ناراحتی اطرافیانشان را برمی انگیزاند. این افراد، احساس می کنند که کسی قدر آنها را نمی داند و یا ناعادلانه با آنها رفتار شده، مدام گلیایه می کنند و دایم ترشو و شاکی هستند. بنابراین تعجبی ندارد اگر با شریک زندگی خود به مشکل برخورد کنند.

طبق یافته های بدست آمده از فرضیه دوم، زنان مطلقه نسبت به زنان عادی از نمرات بالاتری در متغیرهای الگوهای بالینی شدید شخصیت شامل پارانوئید، برخوردارند. بنابراین فرضیه دوم تأیید می گردد. به عبارت دیگر با توجه به میانگین های دو گروه، شخصیت پارانوئید در زنان مطلقه بیشتر از زنان عادی دیده می شود.

نتایج حاصل از این فرضیه با پژوهش های آیف و همکاران (۲۰۰۶)، کرامر (۲۰۰۷)، کرونا و گراهام (۲۰۰۴)، ویلن و مونتگومری (۲۰۰۶)، تریودی و همکاران (۲۰۰۹)، باسترینو و همکاران (۲۰۰۸)، نوروززاده و همکاران (۱۳۸۶) همخوانی دارد. در تبیین این یافته باید گفت خصیصه بنیادین اختلال شخصیت پارانوئید، شکاکیت و بی اعتمادی به دیگران است که تظاهرات آن به صورت تمایلی است نافذ و ناموجه برای تفسیر اعمال دیگران به اعمالی که گویا به قصد تحقیر یا تهدید بیمار انجام شده است. او مکرراً و بدون هیچ دلیل به وفاداری همسر یا شریک جنسیتش شک می کند. واضح است که ادامه زندگی با چنین فردی تا چه حد می تواند آزاردهنده باشد.

- افخم ابراهیمی، عزیزه و صالحی، منصور. (۱۳۷۹). بررسی میزان توافق مصاحبه های بالینی و سازمان یافته با آزمون MCMII-II در تشخیص اختلالات شخصیت. فصلنامه اندیشه و رفتار. سال ششم، شماره ۲ درویزه، زهرا، و کهنکی، فاطمه (۱۳۸۶). بررسی رابطه سازگاری زناشویی و بهزیستی روانی. فصلنامه مطالعات زنان. سال ششم، ۹۲-۱۰۴، ۱.
- ساروخانی، باقر. (۱۳۷۶). طلاق پژوهشی در شناخت واقعیت و عوامل آن. تهران: دانشگاه تهران
- شریفی، علی اکبر. (۱۳۸۶). راهنمای ام. سی. ام. آی. تهران: روان سنجی.
- ظهیر الدین، علیرضا، و خدایی فر، فاطمه. (۱۳۸۲ و ویژه بهار)، بررسی نیم رخ های شخصیتی مراجعین طلاق به دادگاه خانواده تهران سال ۱۳۸۰. فصلنامه علمی پژوهشی فیض، ۲۵، ۱-۷.
- کاپلان، هارولد، و سادوک، بنیامین. (۱۳۸۸). خلاصه روانپزشکی، جلد دوم (ویرایش دهم). ترجمه رضاعی، فرزین. تهران: ارجمند
- نوروز زاده، وحید، و محمود غلیلو، مجید و نریمانی، محمد. (۱۳۸۶). مقایسه الگوهای بالینی شخصیتی زوجین متقاضی و غیر متقاضی طلاق مراجعه کننده به دادگاه خانواده شهر تبریز ۱-۶.
- و کیلی، محمود، و رهایی، زهره، و محمدی، سهیلا. (۱۳۸۶). ویژه بهار). بررسی علل بروز اختلافات خانوادگی، تهدیدی برای بهداشت روان در ازدواج از دیدگاه زوجهای جوان در شهر یزد. فصلنامه پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، سال ششم، ۱، ۵۲-۵۹.
- Afif, T. O., Cox, B. J. & Enns, M. W. (2006). Mental health Profiles among married , never – married, and separated /divorced mothers in a nationally representative sample. *Soc Psychiatry psychiatr Epidemiol.* 41, 122-129.
- AL-Krenawi, A. & Graham. J. R. (2004). Somatization among Bedouin-Arab women. *Journal of Divorce & Remarriage.* 42, 131-143.
- Amato, P. R., & Hohmann-Marriott, B. (2007). A Comparison of high-and low Distress marriages that end in divorce. *Journal of Marriage and Family.* 69, 621-638.
- Balestrino, A., Ciardi, C., & Mammini, C. (2008). on the Causes and consequences of divorce. CESifo working paper. No.2347.
- Bramlett, M. D., & Mother, W. D. (2005). chabitation , marriage , divorce , and remarriage in the united states. *Vital health statistics, series 23, Namber 2.* Hyattsville, MD: National center for Health statistics
- Batre, K. (2007). Divorce and psychopathology: personality characteistics of divorced and conjugal couples on the millon clinical multi xial inventory-II. *Indian Journal of clinical psychology.* 25(1): 20-26
- Cramer, D. (2007). personality and marital dissolution. Loughborough University.
- Millon, T., & Davis, R. D. (2000). *Personality disorders.* New York: Wiley
- Pico – Alfonso, M. A., Echeburua, E., & Martinez, M. (2008). personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner Violence. *Journal of Family Violence.* 23, 577-588.
- Shazia, N. (2008). psychological reaction to divorce of divorced women and their children. *Uni-*

- iversity of Karachi.
- Soong-Nang, J. et al. (2009). Marital status, gender, and depression: Analysis of the baseline survey of the Korean longitudinal study of ageing (KLOS). *Journal of Social Science & Medicine*, 69, 1608-1615.
- Turner, H. A. (2006). Stress, social resources, and depression among never married and divorced rural mothers. *Rural Sociology*, 71, 479-504.
- Trivedi, J. K., Sareen, H., & Dhyani, M. (2009). Psychological aspects of widowhood and divorce. *Journal of Men's Health*, 7, 37-49.
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Weinstock, L. M. (2004). 72(5): 830-838.
- Willen, H. & Montgomery, H. (2006). From marital distress to divorce – The creation of new identities for the spouses. *Journal of Divorce and Remarriage*, 45, 125-147.

تاریخ وصول: ۸۹/۹/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۰/۳/۱۷

Archive of SID