

## بررسی ابتلای همزمان اختلالات روان پزشکی در افراد همسر آزار (مطالعه کیفی)

دکتر علی انصاری<sup>1\*</sup>  
علی‌رضا احمدیان<sup>2</sup>

### چکیده

خسونت علیه همسران از مشکلات عمده بهداشت روان در خانواده‌هاست. بر اساس تحقیقات، مردان همسر آزار به اختلالات روان پزشکی متعددی دچار هستند. هدف پژوهش حاضر بررسی میزان ابتلا به اختلالات روان پزشکی در افراد دچار رفتارهای خسونت‌آمیز خانگی در شهر تهران بود. این مطالعه به شکل کیفی در مقایسه داده‌های نمونه مشتمل بر دو گروه مطالعه سالم و همسر آزار استخراج و تفسیر شد و تشخیص‌های روان پزشکی بر اساس DSM-IV-TR مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که رتبه‌بندی ابتلای همزمان ده اختلال روان پزشکی با مشکل همسر آزاری به ترتیب عبارت‌اند از: اختلال سوء مصرف مواد مخدر یا محرک با 39/9٪، مجموعه اختلالات کنترل تکانه یا تکانشگری 35/3٪، اختلال ناتوانی در یکی از کارکردهای جنسی 31/6٪، اختلال شخصیت دیگر آزار یا سادیستیک 29/8٪، افسردگی مزمن 27/6٪، اختلال شخصیت پارانویید 24/9٪، سوء مصرف مشروبات الکلی 24/6٪، اختلال شخصیت ضد اجتماعی 22/2٪، اختلال اضطراب فراگیر 19/3٪، اختلال شخصیت مرزی 18/2٪. یافته‌های مطالعه حاضر تلویحات پیشگیرانه، تشخیصی، بالینی، پژوهشی و آموزشی فراوانی در کنترل اختلال همسر آزاری دارد.

**واژه‌های کلیدی:** همسر آزاری، ابتلا همزمان، اختلالات روان پزشکی.

<sup>1</sup> دانشجوی دکتری، گروه حقوق، دانشگاه خوارزمی، تهران - ایران (نویسنده مسئول)

<sup>2</sup> دانشجوی دکتری مشاوره خانواده دانشگاه خوارزمی.

## مقدمه

رفتار خشونت‌آمیز<sup>1</sup> در اصطلاح زبانی به معنای تندخویی<sup>2</sup>، درشتی و استفاده از فشار فیزیکی-روانی به منظور قرار دادن دیگران در وضعیت و یا اعمال رفتاری است که بر خلاف خواست و نظر فردی‌شان است و سوء رفتارهایی است که می‌تواند با آزارهای جسمی، روانی، اقتصادی، اجتماعی یا جنسی فرد تحت فشار همراه باشد. یکی از انواع این خشونت‌ها، خشونت خانگی است که با اصطلاحات همسر آزاری<sup>3</sup>، سوءاستفاده از همسر<sup>4</sup> و یا خشونت علیه شریک جنسی<sup>5</sup> در روانشناسی قانونی<sup>6</sup> مشخص می‌شود و در موارد حاد نشانگان زن کتک‌خورده<sup>7</sup> را ایجاد کند (کوکر، هوپنهان، دسیمونه، بوش، کلیفورد، 2009). در تعریف جامع علمی رفتار خشونت‌آمیز و سلطه‌گرانه یک عضو خانواده علیه اعضای دیگر همان خانواده است. طبق تعریف سازمان ملل متحد در سال 1993، خشونت علیه زنان<sup>8</sup> عبارت است از: «هرگونه رفتار خشن وابسته به جنسیت که موجب آسیب یا با احتمال آسیب جسمی، جنسی یا روانی سبب رنج زنان شود» (سازمان بهداشت جهانی، 2008). خشونت موجب وارد شدن لطمه به تمامیت روانی شخصیت فرد می‌گردد. این زیان عاطفی وارد بر اشخاص حقیقی شامل سه بعد دارد: «خسارت وارد بر تمامیت جسمانی یا صدمات بدنی؛ خسارت وارد بر حقوق مربوط به شخصیت یا صدمه‌های شخصیتی؛ خسارت وارد بر عواطف یا صدمه‌های روانی». خشونت فیزیکی و روانی علیه دیگران از مصادیق ظلم بوده، در حقوق کلیه کشورها و مذاهب به خصوص در قوانین و فرمان‌های متعالی و انسانی دین مبین اسلام به عنوان رفتاری نکوهیده مورد نهی قانون‌گذار قرار گرفته است. زنان از نظر توان و قدرت جسمی در مرتبه‌ای پایین‌تر از مردان قرار دارند و این واقعیت ایجاب می‌نماید که مورد حمایت خاص قانون‌گذار قرار گیرند (استو، 2009). در این راستا اهمیت زن به عنوان مادر و همسر در تشکیل و حفظ خانواده روشن و قابل توجه است. بنابراین خشونت خانگی به معنی رفتار خشونت‌آمیز و

---

1. Violence behaviour

2. Offensive action

3. Domestic violence

4. Domestic or spousal abuse,

5. Intimate partner violence (IPV)

6. Forensic psychology

7. Battered Woman Syndrome

8. Violence against women

سلطه‌گرانه یک عضو خانواده علیه عضو یا اعضای دیگر تعریف می‌شود که معمولاً رفتارهای خشونت‌آمیز خانگی بیشتر متوجه خردسالان و زنان است. بسیاری از مردانی که زنان و کودکانشان را از نظر جسمی-روانی مورد خشونت قرار می‌دهند، در مطالعات متعدد زمینه‌های ابتلای آن‌ها به اختلالات روان پزشکی به طور معناداری متفاوت از افرادی که این رفتار را ندارند نشان داده شده است (نوتن، جونز، تران، اسویکس، 2004؛ بوگاتگا و همکاران، 2005). انواع خشونت‌های خانگی عبارت‌اند از خشونت فیزیکی؛ کتک زدن، قطع عضو، قتل؛ خشونت جنسی؛ تجاوز، سوءاستفاده جنسی، همسر فروشی؛ خشونت روانی؛ باج‌خواهی، توهین، فحاشی، تحقیر، تهدید، حسادت، شک و بدبینی؛ محرومیت و محدودیت؛ از بین بردن استقلال مالی، مصادره اموال، از خود بیگانگی.

خشونت علیه زنان از مشکلات اصلی بهداشتی و حقوقی انسان‌ها است که در اکثر جوامع وجود دارد اما اغلب به دلیل ماهیت خانگی خود ناشناخته مانده و به عنوان بخشی از رفتارهای عادی اجتماعی پذیرفته شده است. بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی<sup>1</sup>، به هر رفتار خشونت‌آمیز وابسته به جنسیت اطلاق می‌گردد که موجب آسیب جسمی، جنسی و یا روانی منجر به رنج جنس مخالف به ویژه زنان گردد (سازمان بهداشت جهانی، 2008). خشونت خانگی علیه زنان همواره در تمام جوامع اقتصادی-اجتماعی گزارش می‌شود، ولی دستیابی به آمار و اطلاعات آن بسیار مشکل است. مطالعات نشان می‌دهد که حدود 1/8 میلیون زن کتک‌خورده در آمریکا وجود دارد. در آمریکای شمالی 40 تا 50 درصد آنان به خشونت فیزیکی شدید دچارند و 25 تا 30 درصد نیز یک بار در طول زندگی از شوهران خود به طور شدیدی کتک‌خورده‌اند.

مطالعات مختلف نشان داده است زنانی که از سوی شوهران خود مورد خشونت قرار می‌گیرند در معرض ابتلا به اختلالات روان پزشکی مانند افسردگی حاد، اضطراب فراگیر و علائم اختلال استرس‌های روان خراش<sup>2</sup> و خودکشی هستند. هزینه تحمیل‌شده ناشی از خشونت علیه زنان بر بخش بهداشت جامعه بسیار سنگین بوده، بخشی از آن برای مداوای آسیب جدی جسمی-روانی از جمله اضطراب‌ها و علائم اختلالات روانی می‌گردد. با توجه به آنچه بیان گردید به نظر می‌رسد که پدیده خشونت علیه زنان و همسر آزاری علاوه بر شیوع گسترده، دارای پیامدها و عوارض گوناگون

<sup>1</sup>. World Health Organization: WHO

<sup>2</sup>. PTSD

است انجمن روان‌شناسی آمریکا، 2000). معمولاً فرزندانانی که شاهد این خشونت‌ها هستند مستعد ابتلا به ضربه‌های روانی شدید مثل استرس ناشی از حادثه روان‌خراش<sup>1</sup> می‌شوند و تمرکز خود را از دست داده و دچار بی‌خوابی، بی‌اشتهایی، عقب‌ماندگی هوشی، پرخاشگری، ناتوانی یادگیری و حتی تأخیر در روند رشد فیزیکی می‌شوند. پسرانی که شاهد خشونت پدرانشان بر مادرانشان بوده‌اند ممکن است خود نیز در زندگی زناشویی آینده این خشونت‌ها را بازآفرینی کنند. افسردگی، حملات اضطرابی، اعتیاد به مواد مخدر، الکل، بزه‌کاری و فرار از خانه در میان این کودکان شایع‌تر است. سازمان بهداشت جهانی گزارش می‌دهد که هر 18 ثانیه یک زن مورد آزار قرار می‌گیرد و باردار بودن زنان هم آن‌ها را از خشونت مصون نمی‌دارد. همه جای دنیا کم و بیش زنان در معرض خشونت هستند (سازمان بهداشت جهانی، 2008). 30 تا 35 درصد زنان آمریکایی مورد آزار جسمی همسران خود هستند و 15 تا 25 درصد آن‌ها در هنگام بارداری مورد ضرب و شتم واقع می‌شوند. همچنین از هر 10 زن 3 نفر توسط شوهران یا سایر مردان به قتل می‌رسند. در هند 41 درصد زنان در اثر آزار جسمی همسرانشان دست به خودکشی می‌زنند، در بنگلادش 50 درصد قتل‌ها ناشی از خشونت مردان است و در شیلی 63 درصد زنان مورد آزار جسمی قرار می‌گیرند (میلر و همکاران، 2005). آخرین پژوهش‌گسترده در مورد خشونت خانگی در ایران که توسط دفتر امور اجتماعی وزارت کشور و مشارکت امور زنان ریاست جمهوری و وزارت علوم، تحقیقات و فناوری در 28 استان کشور در سال 1383 انجام گرفته است، نشان می‌دهد که از 25 مورد خشونت خانگی طبقه‌بندی شده، خشونت روانی و کلامی رتبه نخست و خشونت جنسی رتبه آخر را دارد. البته آمار پایین خشونت‌های جنسی مربوط به هنجارهای بازدارنده و پایبندی شرعی جامعه ایران است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خشونت‌های روانی بخش مهمی از خشونت علیه زنان را تشکیل می‌دهد و حتی به عقیده عده‌ای این نوع خشونت‌ها رایج‌تر از خشونت‌های جسمی می‌باشند. قهر و بی‌توجهی شایع‌ترین نوع خشونت بوده و 63/1 درصد زنان آسیب‌دیده با این مشکل مواجه هستند. تحقیر و سرزنش 37/5 درصد، شنیدن الفاظ زشت از سوی شوهر 30 درصد، ندادن خرجی و محرومیت مالی 18/8 درصد، بدبینی همسر 17/5 درصد، نداشتن اجازه خروج از منزل 15/6 درصد، قطع رابطه جنسی 19 درصد، ممانعت از اشتغال 11/3 درصد و اخراج از منزل 6/9 درصد از روش‌های دیگر

<sup>1</sup>.Traumatic event

خشونت‌های روانی است که در خانواده به زنان تحمیل می‌شود و البته اکثر خشونت‌های اعمال‌شده علیه زنان در کانون خانواده خاموش و مدفون می‌گردد و اکثر قریب به اتفاق دعاوی طرح‌شده قبل از رسیدن به دادگاه مختومه می‌گردد و آمار دقیقی در مورد خشونت‌های خانوادگی وجود ندارد. بررسی‌های انجام‌شده حاکی از آن است که بیشتر زنان به دلایل متعددی از جمله خجالت، ترس از طرد توسط همسر و مواجهه با فقر، خطر جانی و از دست دادن فرزندان شکایت خود را پنهان می‌کنند و وضعیت خشونت‌آمیز علیه خود را تحمل می‌کنند (رفیعی‌فر، 1380). اقدام قانون‌گذار ایران در جلوگیری از عسر و حرج زن در محیط خانواده و کاهش آسیب‌های روانی بر وی، در مواد 642 و 645 قانون مدنی ستودنی است. در ماده 642 عدم پرداخت نفقه زن توسط مرد را وصف کیفری بخشیده و در ماده 645 نیز در جهت حفظ امنیت و آسایش زن و رفع عسر و حرج از وی در اثبات رابطه زوجیت، مردی را که بدون ثبت در دفاتر اسناد رسمی مبادرت به ازدواج دائم، طلاق و رجوع نماید به مجازات حبس تعزیری تا یک سال محکوم کرده است، نکته قابل‌توجه در این ماده عدم مجازات زن است. در خصوص استنفکاف زوج از پرداخت نفقه نیز اگرچه به این الزام در ماده 1106 قانون مدنی اشاره شده است؛ اما اعطای وصف کیفری به عمل تارک انفاق در ماده 642 قانون مدنی موجب سرعت بخشیدن به احقاق حق زوجه در مطالبه نفقه حال است و توجه قانون‌گذار به جنسیت بزه دیده، تدوین ماده 619 قانون مدنی و اعطای وصف کیفری به توهین‌کنندگان و مزاحمان اطفال و زنان در انظار است. مطابق این ماده تعرض یا مزاحمت زنان، با الفاظ و حرکات مخالف شأن و حیثیت به آنان به حبس از 2 تا 6 ماه و تا 74 ضربه شلاق منجر خواهد شد. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران آزادی اشخاص را مصون از تعرض دانسته و بر این اساس مقنن نیز اعمالی را که موجب مخدوش شدن آزادی افراد می‌گردد؛ جرم و قابل مجازات دانسته است.

از نظر ابعاد روان‌شناختی نیز بر اساس یافته‌های پژوهشی متعدد و مطالعات طولی روان‌پزشکی قانونی برخی اختلالات روانی در مردان دچار رفتارهای نابهنجار خانگی و همسر آزادی، بیشتر بر جسته است، مانند اختلال اسکیزوفاکتیو<sup>1</sup>، اختلال بیش‌فعالی/کم‌توجه<sup>2</sup>، اختلالات طبقه اضطراب مانند؛ PTSD و اختلال وسواسی-جبری<sup>3</sup>، اختلال

<sup>1</sup>. Attention deficit hyperactivity disorder

<sup>2</sup>. Post traumatic stress disorder

<sup>3</sup>. Obsessive-compulsive disorder

رفتاری ناشی از صدمات مغزی<sup>1</sup>، سوء مصرف مواد و الکل<sup>2</sup>، تعارضات شدید بین فردی<sup>3</sup>، مشکلات یادگیری<sup>4</sup>، مشکل در کنترل تکانه‌ها<sup>5</sup>، اختلالات رفتاری باقیمانده از دوران رشد کودکی و نوجوانی (اختلال سلوک و نافرمانی)، اختلال شخصیت دیگر آزار<sup>6</sup>، اختلال شخصیت ضد اجتماعی<sup>7</sup>، اختلالات طیف سایکوتیک<sup>8</sup>، اختلال شخصیت پارانوئید<sup>9</sup>، اختلال افسردگی<sup>10</sup>، اختلال ناتوانی در یکی از کارکردهای جنسی<sup>11</sup>، اختلال شخصیت خودشیفته<sup>12</sup>، اختلال شخصیت مرزی<sup>13</sup> (کارمن، ریکر و میلز، 1994؛ داتیلیو، فرگوسن، هارود، 2002؛ داتون، 2002؛ داگلاس، 2003؛ والتن-موس، 2003؛ کویل، 2006؛ سازمان بهداشت جهانی، 2008؛ ونگ و همکاران، 2009؛ ویلز، 2009؛ رستیک و همکاران، 2012).

### ابزار و روش

این پژوهش در قالب طرح مطالعه سلامت رفتاری جرائم خانوادگی بر روی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و بهداشت روان ناجا و دادگاه خانواده شهر تهران انجام شد. از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز مذکور، 230 شوهری که در غربال اولیه با شکایت همسر آزاری از سوی همسرانشان مواجه بودند و به مراکز مشاوره معرفی شده بودند، در یک گروه مطالعه صد نفری با توجه به تناسب آنها با ماهیت پژوهش، توسط متخصصان روان شناسی بالینی تشخیص ابتلا به رفتار همسر آزاری آنها تأیید شد و به عنوان جمعیت بالینی (مشاهده اصلی) تحت مطالعه و صد نمونه از همسران سالم که تشخیص

<sup>1</sup>.Brain injury

<sup>2</sup>.Substance & alcohol abuse

<sup>3</sup>.Interpersonal conflict

<sup>4</sup>.Leaching disabilities

<sup>5</sup>.Impulse control disorder

<sup>6</sup>.Sadistic personality disorder

<sup>7</sup>.Antisocial personality disorder

<sup>8</sup>.Psychotic Spectrum Disorders

<sup>9</sup>.Paranoid personality disorder

<sup>10</sup>.Depression disorder

<sup>11</sup>.Sexual problems or dysfunction

<sup>12</sup>.Narcissistic personality disorder

<sup>13</sup>.Borderline personality disorder

بالینی اختلال رفتار همسر آزاری را دریافت نکردند در قالب گروه گواه از کسانی که واجد شرایط ابتلا به رفتار همسر آزاری نبودند، انتخاب و تحت مطالعه بالینی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود؛ داشتن تشخیص اصلی و غالب اختلال رفتار همسر آزاری، طیف سنی 20 تا 50 سال ملاک‌های ورود اند.

ملاک‌های خروج نیز وجود هرگونه اختلال بارز عصب شناختی است که بتواند تشخیص اصلی آسیب مغزی در این افراد را مطرح کند و مشکلات طبی بسیار خاص، دریافت روان‌درمانی و یا مشاوره حرفه‌ای و مداوم یک سال قبل از پژوهش را در بر می‌گیرد. برای دستیابی به این هدف، ابتدا مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور، توسط روان‌شناس بالینی در مورد افراد اجرا شد. پس از اینکه تشخیص اولیه رفتار همسر آزاری مشخص شد، ملاک‌های زیر مدنظر قرار گرفتند تا نمونه واجد شرایط انتخاب شود. بنابراین کسانی برای این پژوهش انتخاب شدند که تشخیص اصلی آن‌ها ابتلا به رفتار همسر آزاری بود. پس از این که نمونه لازم از جمعیت بالینی واجد شرایط انتخاب شد، دو طیف به طور کنترل شده به دو گروه تحت مطالعه تقسیم شدند.

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-IV نسخه متخصص بالینی SCID، این ابزار در سال 1983 برای تشخیص اختلالات DSM-III-R تدوین شد. این مصاحبه ویژگی‌های منحصر به فردی داشت که در ابزارهای قبل از آن وجود نداشت. این ابزار به سادگی در روان‌پزشکی استفاده می‌شود و شامل یک بخش مروری است که بیمار می‌تواند به وجود آمدن دوره فعلی بیماری خود را توصیف کند. علاوه بر این، SCID-CV شامل یک الگوی طراحی است که به پژوهشگر اجازه می‌دهد مجموعه‌ای از طبقات تشخیصی اساسی را که با مطالعه‌اش ارتباطی ندارد، کنار بگذارد. SCID-CV شامل شش الگوی تشخیصی اختلالات محور I و محور II است. اگرچه این الگوها پشت سر هم بررسی می‌شوند اما متخصص بالینی می‌تواند ترتیب دیگری به آن‌ها بدهد یا الگوی خاصی را حذف کند. این الگوهای تشخیصی عبارت از: الگوی A (دوره خلقی)، الگوی B (نشانه‌های سایکوتیک)، الگوی C (اختلالات سایکوتیک)، الگوی D (اختلالات خلقی)، الگوی E (اختلالات ناشی از مواد) و الگوی F (اختلالات اضطرابی). علاوه بر این، SCID-CV شامل الگوی تشخیصی اختلالات مزبور II نیز است. SCID-CV برای اجرا در مورد بیماران روان‌پزشکی یا بیماران مبتلا به بیماری‌های طبی کاربرد دارد. مناسب‌ترین سن برای اجرای آن 18 سالگی است، اما با تغییرات جزئی برای نوجوان نیز

کاربرد دارد. برای فهم آن تحصیلاتی در حدود 8 کلاس لازم است و افراد مبتلا به اختلالات شدید شناختی یا دارای نشانه‌های شدید سایکوتیک را نمی‌توان با این مصاحبه ارزیابی کرد (محمدخانی و همکاران، 1384).

مصاحبه بالینی ساختار یافته، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز (وتورا و همکاران، 1998) تهیه شده است. تران و هاگا (2002): به نقل ورنر، 2001) ضریب کاپای 0/60 را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. شریفی و همکاران (1383) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه 229 نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از 0/60). توافق کلی (کاپای مجموع بررسی کل تشخیص‌های فعلی 0/52 و برای تشخیص‌های طول عمر 0/55) به دست آمده نیز خوب بود. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که پایایی قابل قبول به دست آمده از نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن می‌تواند به پژوهشگران و متخصصان بالینی اطمینان دهد که آن را به کار بگیرند. در پژوهش بختیاری (1379) نیز روایی این ابزار به وسیله متخصصان روان‌شناسی بالینی بررسی و تأیید شد و با استفاده از روش باز آزمایی در فاصله یک هفته پایانی برابر 0/95 به دست آمد.

شاخص محقق ساخته خشونت‌های خانگی، این پرسشنامه محقق ساخت به منظور ارزشیابی شاخصه‌های خشونت‌های خانگی در ایران سال 1391 توسط محققان پژوهش حاضر طراحی شده که 12 سؤال دارد و خشونت فیزیکی علیه همسر، کتک زدن همسر، جراحت همسر با اشیای خطرناک و سلاح سرد، قتل همسر، رفتار خشونت‌آمیز جنسی با همسر، خشونت روانی علیه همسر، تهدید، باج‌خواهی و زورگیری از همسر، توهین، فحاشی علیه همسر، تحقیر همسر، قهر، بایکوت و کم توجهی کلامی-عاطفی نسبت به همسر، حسادت، شک و بدبینی نسبت به همسر، محروم و محدودسازی همسر نسبت به حقوق مشروع و اولیه انسانی، مصادره اموال همسر، عدم تأمین مالی طبق فرمان‌های شرعی و عرفی با توجه به درآمد و طبقه اقتصادی عدم تأمین معاش حیاتی (تغذیه) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد هر بعد چهار طیف لیکرتی دارد. پایایی این پرسشنامه، از طریق باز آزمایی با اجرا روی 30 نفر از شوهران همسر آزار و 30 نفر از شوهران سالم بافاصله 30 روز 0/83 به دست آمده است. در این پرسشنامه، هر سؤال به گونه‌ای طراحی شده که ضمن فراهم کردن یک نمره کل در هر بعد، می‌توان امکان مقایسه افراد



را در هر یک از پاسخ‌ها ممکن کرد. پاسخ به هر یک از سؤال‌های این پرسشنامه، در یک پیوستار از صفر تا 4 (کاملاً نادرست تا کاملاً درست) توسط آزمودنی به صورت شفاهی یا کتبی علامت زده می‌شود.

جدول شاخص خشونت‌های خانگی

Inventory of Domestic Abuser (IDA)

ردیف	گروه‌ها	اصلاً 1	به ندرت 2	خیلی اوقات 3	همیشه 4
1	سنجش خشونت‌های فیزیکی				
2	کنک زدن همسر				
3	جراحت همسر با اشیاء خطرناک و سلاح سرد				
4	قتل همسر				
5	سنجش خشونت‌های جنسی				
6	رفتار خشونت‌آمیز جنسی با همسر				
7	سنجش خشونت‌های روانی				
8	تهدید کردن، باج‌خواهی و اعمال زور با همسر				
9	توهین، فحاشی علیه همسر				
10	تحقیر همسر				
11	قهر، بایکوت و کم محلی کلامی-عاطفی نسبت به همسر				
12	حسادت، شک و بدبینی نسبت به همسر				
13	سنجش خشونت‌های محروم سازی از حقوق مشروع و اولیه انسانی				
14	مصادره اموال و دارایی‌های همسر با تهدید و خشونت				
15	عدم تأمین مالی طبق فرمان‌ها شرعی و عرفی یا توجه به درآمد و طبقه اقتصادی				
16	عدم تأمین معاش حیاتی (تغذیه)				

در نهایت پس از اینکه به واسطه انتساب تصادفی، نمونه واجد شرایط بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه کوکران بر اساس حجم جامعه-میزان همه‌گیری به طور کنترل شده در قالب دو گروه مبتلا به اختلال ابتلا به رفتار همسر آزاری (100 نفر) و سالم (100 نفر) انتخاب و مطالعه شدند. کار ارزشیابی روان پزشکی آزمودنی‌ها به کمک تیم ارزشیابی شامل روان‌شناس بالینی به مدت 6 ماه و فقط 1 نوبت ملاحظه بالینی بر روی دو گروه صورت پذیرفت و نتایج با ماهیت آماری توصیفی و به شیوه کیفی جمع‌بندی بر مبنای SCID گزارش شد.

## یافته‌ها

با استفاده از روش‌های مختلف آمار توصیفی و آمار استنباطی و به کمک نرم‌افزار آماري به تجزيه و تحليل داده‌های کيفی حاصل از چک‌ليست مشاهده باليني گر بر اساس SCID پرداخته شد.

فرضيه:

- 1- اختلالات روان‌پزشکی در مردان دچار همسر آزاری نسبت به مردان سالم درصد بالاتری دارد.
- 2- الگوی ابتلای همزمان به برخی اختلالات روان‌پزشکی در مردان دچار همسر آزاری معنادار است.

جدول (1)- مقایسه ابتلای همزمان به اختلالات روان‌پزشکی در مبتلایان به رفتار همسر آزاری

مردان بدون رفتارهای خشونت‌آمیز خانگی حاد (n=100)	مردان مبتلا به رفتارهای خشونت‌آمیز خانگی (n=100)	اختلالات محور I DSM-IV-TR	ردیف
2/2 %	10/2 %	اختلال افسردگی حاد	۱
1/4 %	7/2 %	اختلال دو قطبی	۲
3/8 %	27/6 % ****	افسردگی مزمن	۳
0/6 %	7/3 %	اختلالات طیف سایکوتیک	۴
4/2 %	31/6 % ***	اختلال ناتوانی در یکی از کارکردهای جنسی	۵
2/4 %	12/6 %	اختلال استرس پس از سانحه	۶
3/6 %	19/3 % ****	اختلال اضطراب فراگیر	۷
2/4 %	12/6 %	مشکلات هوشی، یادگیری و شناختی	۸
2/8 %	39/9 % *	اختلال سوءمصرف مواد مخدر یا محرک	۹
2/3 %	12/4 %	اختلال وسواسی-جبری	۱۰
1/8 %	24/4 % ****	سوءمصرف مشروبات الکلی	۱۱
3/2 %	35/3 % **	مجموعه اختلالات کنترل تکانه یا نکانشگری	۱۲
1/1 %	7/4 %	اختلال شخصیت اجتنابی	۱۳
1/7 %	24/9 % ****	اختلال شخصیت پارانویید	۱۴
1/9 %	17/5 %	اختلال شخصیت خودشیفته	۱۵
1/4 %	29/8 % ****	اختلال شخصیت دیگر آزار یا سادستیک	۱۶
0/7 %	22/2 % ****	اختلال شخصیت ضد اجتماعی	۱۷
3/6 %	11/5 %	اختلال شخصیت وسواسی-جبری	۱۸
1/9 %	18/2 % ****	اختلال شخصیت مرزی	۱۹
1/5 %	7/4 %	اختلال شخصیت نمایشی	۲۰
2/4 %	8/8 %	اختلال شخصیت وابسته	۲۱
0/5 %	3/4 %	اختلال شخصیت اسکیزوئید	۲۲

بر اساس ملاحظات جدول (1) و گزارش رتبه‌بندی ابتلای همزمان ده اختلال روان پزشکی با مشکل همسر آزاری عبارت‌اند از: اختلال سوء مصرف مواد مخدر یا محرک با 39/9 % اول، مجموعه اختلالات کنترل تکانه یا تکانشگری 35/3 % دوم، اختلال ناتوانی در یکی از کارکردهای جنسی 31/6 % سوم، اختلال شخصیت دیگر آزار یا سادیستیک 29/8 % چهارم، افسردگی مزمن 27/6 % پنجم، اختلال شخصیت پارانویید 24/9 % ششم، سوء مصرف مشروبات الکلی 24/6 % هفتم، اختلال شخصیت ضد اجتماعی 22/2 % هشتم، اختلال اضطراب فراگیر 19/3 % نهم و اختلال شخصیت مرزی 18/2 % دهم بیشترین میزان ابتلای همزمان را با اختلال رفتاری همسر آزاری داشتند.



شکل (1)

مقایسه ابتلای همزمان اختلالات به روان پزشکی در مردان همسر آزار و سالم از این نظر

## بحث و نتیجه گیری

اختلالات روان در مردان همسر آزار علاوه بر تحمیل هزینه‌های گزاف حقوقی و تربیتی بر جامعه، آرامش زندگی خانوادگی و سلامت روان فرزندان را نیز دست‌خوش مشکلات زیادی نموده که کوشش برای شناخت ابعاد این آسیب‌های روانی در مرحله پیشگیری، کنترل و اتخاذ شیوه‌های درمانی کارآمد و اثربخش برای این اختلال به متخصصان امور حقوقی روان‌شناختی بیشتر کمک خواهد کرد. تحقیق حاضر با تمرکز پژوهشی بر روی جنبه‌های ابتلای همزمان به اختلالات روان‌پزشکی ابتلا با رفتار همسر آزاری در خانواده‌های شهر تهران صورت پذیرفت. نتایج این تحقیق کیفی نشان‌داد که برخی اختلالات به طور معناداری نسبت به اختلالات دیگر روان‌پزشکی در مبتلایان به رفتار همسر آزاری شایع‌تر است (نصر، 1387). نکته قابل توجه میزان 39/9 درصد ابتلای همزمان به اختلال سوء‌مصرف مواد مخدر یا محرک بود که به طور معناداری از سایر اختلالات روانی ابتلای همزمان بیشتری با رفتار همسر آزاری داشت و از نظر برجستگی اختلال همخوان بود که این اختلال بالاتر و بیشتر در رفتار همسر آزاری بود. این رفتار آسیب‌دیده بیشتر به عنوان عوامل ثانویه همسر آزاری مطرح می‌شود (آرمسترانگ، 1999؛ فریدمن و همکاران، 2007).

اما مجموعه اختلالات کنترل تکانه یا تکانشگری 35/3% که دومین رده شدت ابتلا همزمان را با همسر آزاری دارند که به نظر می‌رسد در تولید عامل یا نقش علیتی رفتار خشونت‌آمیز فیزیکی-کلامی مجرمانه نقش بارزتری را نسبت به سایر اختلال‌ها داشته باشند (تواد، 1998؛ فینکل، 2007؛ کورستروپین و همکاران؛ استو و همکاران، 2010)، اختلال ناتوانی در یکی از کارکردهای جنسی 31/6% نیز سومین عامل برجسته در این ابتلای همزمان بود که به اعتقاد لیود، 1994؛ مریل و ولف، 2000؛ دی آردن و بالاکریشما، 2001؛ کاهن و همکاران، 2003؛ هینس و سادینو، 2005؛ سینکلر و فریز، 2005؛ کلاین، 2009، مردانی که مشکلات جنسی بیشتری در ابعادی مانند ارگاسم، تمایلات جنسی و ... دارند مستعد رفتارهای پرخاشگرانه علیه شریک جنسی خود هستند، زیرا چرخه گرم روابط زوجی به واسطه این مشکلات به نارضایتی جنسی و در نهایت رضایت زناشویی آن‌ها آسیب وارد می‌سازد و این عامل به صورت میانجی به تشدید رفتار همسر آزارانه دامن می‌زند.

دیگر یافته‌های این پژوهش نیز نشان داد که رتبه‌بندی ابتلای همزمان ده اختلال روان پزشکی با مشکل همسر آزاری به ترتیب عبارت‌انداز: اختلال سوءمصرف مواد مخدر یا محرک، مجموعه اختلالات کنترل تکانه یا تکانشگری، اختلال ناتوانی در یکی از کارکردهای جنسی، اختلال شخصیت دیگر آزار یا سادیستیک، افسردگی مزمن، اختلال شخصیت پارانویید، سوءمصرف مشروبات الکلی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال شخصیت مرزی بیشترین میزان ابتلای همزمان را با اختلال رفتاری همسر آزاری داشتند و سایر اختلالات نسبت به موارد ذکر شده شدت ابتلای همزمان پایین تری را داشتند. البته یافته‌های پژوهشگران مختلف در ترتیب ابتلا همزمان این اختلالات و یا میزان شدت آن‌ها متفاوت بود اما در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر در مجموع با نتایج کارمن، ریکر و میلز، 1994؛ داتیلیو، فرگوسن، هارود، 2002؛ داتون، 2002؛ داگلاس، 2003؛ والتن-موس، 2003؛ کوپل، 2006؛ سازمان بهداشت جهانی، 2008؛ ونگ و همکاران، 2009؛ ویلز، 2009؛ رستیک و همکاران، 2012 مبنی بر برجستگی اختلالات روان پزشکی در افراد همسر آزار که در قسمت یافته‌های پژوهش ذکر شدند همسو بود.

در نهایت باید متذکر شد که شناخت آسیب‌های روانی دخیل در همسر آزاری در مرحله پیشگیری، کنترل و اتخاذ شیوه‌های درمانی کارآمد و اثربخش، به متخصصان امور حقوقی روان شناختی کمک خواهد کرد.

## پیشنهاد

برخی از نتایج حاصل از مطالعه بالینی به ویژگی‌های پژوهشگر (چگونگی به کارگیری دستورالعمل‌های مطالعاتی و توانایی او برای ضابطه‌بندی مشکل) بستگی دارد. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود از چند پژوهشگر متخصص به طور جداگانه استفاده شود یا مقیاس‌های عینی برای سنجش برخی از این متغیرها قبل از درمان به کار گرفته شود (احمدیان و همکاران، 1391) و لازم است پژوهش به سه صورت تکرار زیر تکرار شود:

- تکرار کامل<sup>1</sup> (اجرای دوباره پژوهش توسط همین پژوهشگر).
- تکرار حقیقی<sup>1</sup> (اجرای دوباره همین پژوهش توسط دیگران با همین مقیاس‌های سنجشی).

<sup>1</sup>.litral

- تکرار نظام‌مند<sup>2</sup> (اجرای همین پژوهش در جمعیت دیگر و با سایر مقیاس‌های سنجشی).

### تشکر و قدردانی

در پایان از همکاری صمیمانه گروه محترم روان‌شناسی و مشاوره معاونت اجتماعی ناجا جناب آقای دکتر علیرضا حمیدی فر قدردانی و تشکر به عمل می‌آوریم.

<sup>1</sup>.Operational  
<sup>2</sup>.Systematic

## منابع:

- احمدیان، علیرضا؛ نظری، علی محمد؛ حاتمی، محمد؛ حسن آبادی، حمیدرضا و میرزایی، جعفر (1391)، اثربخشی طرح‌واره‌درمانی تمثیلی بر افسرده‌خویی جانبازان دچار استرس پس از سانحه جنگی مزم، فصلنامه روانشناسی نظامی، سال سوم، شماره یازدهم؛ 21-40.
- بختیاری، مریم (1379)، بررسی اختلالات روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران (انستیتو روان‌پزشکی تهران).
- رفیعی‌فر، شهرام (1380)، پارسی نیا سعید، خشونت علیه زنان. تهران، انتشارات مرکز مدیریت بیماری‌ها.
- نصر، مجید (1378)، بررسی برخی از ویژگی‌های شخصیتی و زناشویی مردان همسر آزار از دید همسران مراجعه کننده به مرکز پزشکی قانونی اصفهان در مرداد و شهریور، پایان نامه دکترای حرفه ای دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- American Psychiatric Association (2000), Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, 4th edition, Text Revision, DSM-IV-TR Washington DC: American Psychiatric Association.
- Armstrong, I. (1999), 'Women and their "uncontrollable impulses": the medicalisation of women's crime and differential gender sentencing, Psychiatry, Psychology and Law, 6, 67-77.
- Bogat G. A, Leahy K, von E. A, Maxwell C, Levendosky A. A, Davidson W. S, et al. The influence of community violence on the functioning of women experiencing domestic violence. Am J Community Psychol, 36, 123-32.
- Carmen, E. H., Reiker, P. P., & Mills, T. (1984), Victims of violence and psychiatric illness. American Journal of Psychiatry, 141, 378-379.
- Coker, A. L., Hopenhayn, C., DeSimone, C. P., Bush, H. M., & Clifford, L. (2009), Violence against women raises risk of cervical cancer. Journal of Women's Health, 18, 1179-1185.

- Copel, L. (2006), Partner abuse in physically disabled women: A proposed model for understanding intimate partner violence. *Perspectives in Psychiatric Care*, 42, 114-128.
- Corstorphine, E., Waller, G., Lawson, R., & Ganis, C. (2007), Trauma and multi-impulsivity in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8, 23-30.
- D'Ardenne, P., & Balakrishma, J. (2001), Domestic violence and intimacy: What the therapist needs to know. *Sexual and Relationship Therapy*, 16, 229-246.
- Dattilio, F. M., & Sadoff, R. L. (2007), mental health experts: Roles and qualifications for court (2nd Ed.). Mechanicsburg, PA: Pennsylvania Bar Institute.
- Douglas, K. S., Ogloff, J. R. P., & Hart, S. D. (2003), Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54, 1372-1379.
- Dutton, D. G. (2002), Psychiatric explanation of intimate abusiveness. *Journal of Psychiatric Practice*, 8, 216-228.
- Dutton, M. A., Goodman, L. A., & Bennett, L. (2001), Court-involved battered women's responses to violence: The role of psychological, physical and sexual abuse. *Psychological abuse in violent relations*, New York: Springer. 177-195.
- Epp, A. M., Dobson, K. S., & Pusch, D. (2013), Psychopathology: Diagnosis, Assessment, and Classification. In V. S. Ramachandran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* (2nd Ed.). Oxford: Elsevier. 173-181.
- Fata, L., Birashk, B., Atef-vahid, M. K., & Dobson, K. (2005), Semiotic Structures of schemas: anxiety modes & cognitive processing of anxiety information; A comparison between two conceptual frameworks. *Journal of Thought & Behavior*, 11, 18-30.
- Finkel, N. (2007), Insanity's disconnect the law's madness, and the irresistible impulses of experts. In M. Costanzo, M. Krauss, & K. Pezdek (Eds.), *Expert psychological testimony for the courts*. 177-201.



- Friedmann, P. D., Taxman, F. S., & Henderson, C. E. (2007), Evidence-based treatment practices for drug-involved adults in the criminal justice system. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 267–277.
- Hines, D. A., & Saudino, K. J. (2003), Gender differences in psychological, physical and sexual aggression among college students using the revised Conflict Tactics Scales. *Violence and Victims*, 18, 197–217.
- Hou W. L., Wang H. H., Chung H. H. Domestic violence against women in Taiwan; their life-threatening situations, post-traumatic responses, and psycho-physiological symptoms: an interview study. *Int J Nurs Stud*, 42, 629-36.
- Kahn, A. S., Jackson, J., Kully, C., Badger, K., & Halvorsen, J. (2003), calling it rape: Differences in experiences of women who do and do not label their sexual assault as rape. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 233–242.
- Klein, A. (2009), Practical implications of current domestic violence research: For law enforcement, prosecutors and judges . Washington, DC: National Institute of Justice.
- Lloyd, S. A. (1991), The darkside of courtship: Violence and sexual exploitation. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 40, 14–20.
- Merrill, G. S., & Wolfe, V. A. (2000), Battered gay men: An exploration of abuse, help seeking and why they stay. *Journal of Homosexuality*, 39, 1–30.
- Resick, P. A., Williams, L. F., Suvak, M. K., Monson, C. M., & Gradus, J. L. (2012), Long-term outcomes of cognitive behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 201-210.
- Sinclair, H. C., & Frieze, I. H. (2005), When courtship persistence becomes intrusive pursuit: A comparison of rejecter and pursuer perspectives of unrequited attraction. *Sex Roles*, 52, 839–852.

- Stover, C. S., Berkman, M., Desai, R., & Marans, S. (2010), The efficacy of a police-advocacy intervention for victims of domestic violence: 12 month follow-up data. *Violence against Women*, 16, 410-425.
- Stover, C. S., Poole, G., & Marans, S. (2009), The Domestic Violence Home-Visit Intervention: Impact on police-reported incidents of repeat violence over 12 months. *Violence and Victims*, 24, 591-606.
- Thomas C. R, Miller G, Hartshorn J. C, Speck N. C, Walker G. Telepsychiatry program for rural victims of domestic violence. *Telemed J E Health*, 11, 567-73.
- Tuten, M., Jones, H. E., Tran, G., & Svikis, D. S. (2004), Partner violence impacts the psychosocial and psychiatric status of pregnant, drug-dependent women. *Addictive Behaviors*, 29, 1029-1034.
- Tweed, R. G., & Dutton, D. G. (1998), A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence and Victims*, 13, 217-230.
- Walton-Moss B. J, Manganello J, Frye V, Campbell J. C. Risk factors for intimate partner violence and associated injury among urban women. *Community Health*, 30, 377-89.
- Walton-Moss, B., Morrison, C., Yeo, R., Woodruff, K., Woods, A., Campbell, J. C., et al. (2003), Interrelationships of violence and psychiatric symptoms in women with substance use disorders. *Journal of Addictions Nursing*, 14, 193-200.
- WHO. (2008b), *Discussing screenings for elder abuse at primary health care level*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Wills, C. (2009), *Psychiatry site visit report*. In S. H. v. Stickrath, United States District Court Southern District of Ohio Eastern Division, Case No. 2:04-cv-1206.
- Wong, W. C. W., Chen, W. Q., Goggins, W. B., Tang, C. S., & Leung, P. W. (2009), Individual, familial and community determinants of child physical abuse among high school students in China. *Social Science & Medicine*, 68, 1819-1825. [www.SID.ir](http://www.SID.ir)

- Woodward, L. J., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2002), Romantic relationships of young people with childhood and adolescent onset antisocial behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 231-243.

Archive of SID