

مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی  
در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در مراجعین تحت درمان نگهدارنده  
با متادون و افراد عادی

**Comparing the role of emotional dimensions of personality  
and demographic characteristics in the prediction of  
domestic violence among patients in methadone  
maintenance treatment programs (MMT)  
and non-addict individuals**

S. Pournaghash Tehrani, Ph.D.

دکتر سعید پورنقاش تهرانی\*

M. Nasri Tajabadi, M.A.

مریم نصری تاج‌آبادی\*\*

S. Alijani, M.A.

ساره علیجانی\*\*

### چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در مراجعین تحت درمان نگهدارنده با متادون و افراد عادی بود. دویست و ده نفر (شامل ۱۰۵ مراجع تحت درمان نگهدارنده با متادون و ۱۰۵ فرد عادی) در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد که پرسشنامه خشونت

---

\*. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه تهران

\*\* کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران

مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در...

خانوادگی و پرسشنامه خلق و خو و مزاج (TCI-56) را تکمیل نمایند. یافته‌ها نشان دادند که ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، خشونت خانوادگی را در افراد عادی و تحت درمان نگهدارنده با متادون پیش‌بینی نمی‌کند. همچنین میزان خشونت خانوادگی بین گروه‌های سنی مختلف افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون، تفاوت معنادار نشان نمی‌دهد. در مقایسه ابعاد عاطفی شخصیت بین افراد با تجربه خشونت خانوادگی و افراد بدون تجربه خشونت خانوادگی، این نتیجه به دست آمد که دو گروه با هم تفاوت معنادار ندارند. بین افراد عادی و افراد تحت درمان متادون در مؤلفه‌های ع شخصیت نیز تفاوت معنادار وجود نداشت. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند در حوزه خشونت خانوادگی و ابعاد شخصیت مفید باشد.

**واژه-کلیدها:** ابعاد عاطفی شخصیت، خشونت خانوادگی، وابستگی به مواد مخدر

## Abstract

The purpose of the present study was to compare the role of emotional aspect of personality and demographic characteristics in predicting domestic violence in addicts in methadone-maintenance treatment (MMT) and non addicts. Two hundred and ten individuals (105 patients under MMT, 105 normal individuals) participated in this study all of whom were asked to complete the domestic violence questionnaire and temperament and character inventory (TCI-56). Results showed that emotional aspects of personality and demographic factors do not predict domestic violence in non-addict sample and patients in MMT programs. Comparing emotional aspects of personality between individuals with experience of domestic violence and without it didn't show any significant differences between the two groups. Also, no significant differences between non-addict and patients in MMT programs, in emotional dimensions of personality, were observed. Findings are discussed in the context of domestic violence and aspects of personality literature.

**Keywords:** emotional aspects of personality, domestic violence, addiction

**Contact information:** [spnaghash@ut.ac.ir](mailto:spnaghash@ut.ac.ir)

\*\*\*

## مقدمه

در پنجمین مجموعه تشخیصی و آماری انجمن روانپزشکی آمریکا (DSM-V)، دو تشخیص جداگانه سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد تحت عنوان واحد اختلال‌های مصرف مواد<sup>۱</sup> آمده است. ویژگی اصلی یک اختلال مصرف مواد، دسته‌ای از نشانگان شناختی، رفتاری و فیزیولوژیکی است که نشان دهنده استفاده مداوم شخص از مواد علیرغم مشکلات مربوط به مواد است. مطالعات بر اختلال‌های روانی، همایندی آشکاری را میان اختلال مصرف مواد و دیگر اختلالات روانی نظیر اختلال هویت گسستی<sup>۲</sup>، اختلال قماربازی<sup>۳</sup>، اختلال شخصیت ضد اجتماعی<sup>۴</sup> و اختلال شخصیت مرزی<sup>۵</sup> نشان داده است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بر اساس آمار ارایه شده در سال ۱۳۹۰، در ایران حدود یک میلیون و ۲۰۰ هزار فرد معتاد وجود دارد و ۸۰۰ هزار نفر نیز به طور تفننی مواد مخدر مصرف می‌کنند. بر اساس آمار گزارش شده، علاوه بر این ۲ میلیون نفر، بیش از ۱۰ میلیون فرد در کشور به صورت مستقیم و غیر مستقیم درگیر پدیده اعتیاد هستند (تفرشی، ۱۳۹۰).

وابستگی به مواد یکی از مهم‌ترین معضلات بهداشتی، روانی، اجتماعی و قانونی جهان محسوب می‌شود که آثار زیان‌بار آن در ابعاد مختلف، خود، خانواده و کل جامعه را درگیر می‌سازد. مطالعه بارکلی بیماری‌ها نشان می‌دهد که اعتیاد در زمره ده بیماری اصلی است که بار عمده بیماری‌ها را در جهان تشکیل می‌دهند (ماترز، برنارد، ایبورگ، مافت، شیویا و همکاران، ۲۰۰۳؛ به نقل از فتحعلی لواسانی، عاطف وحید، اصغر نژاد فرید و فرزاد، ۱۳۸۸). پیامدهای اجتماعی اعتیاد مانند خشونت و جرایم، بارکلی این پدیده را بیشتر نیز می‌کند (پزنیاک، ۲۰۰۵؛ به نقل از فتحعلی لواسانی و همکاران، ۱۳۸۸). خشونت به عنوان زیربنایی برای بروز اعتیاد و نیز پیامدی حاصل از اعتیاد، در پژوهش حاضر مورد توجه خاص قرار گرفته است. خشونت خانوادگی یک معضل اجتماعی است که در همه فرهنگ‌ها رایج است و هیچ مرز اقتصادی-اجتماعی، نژادی، جغرافیایی یا مذهبی نمی‌شناسد (فلاین و گراهام<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰). یک تعریف کاربردی از خشونت بین فردی توسط سازمان بهداشت جهانی<sup>۷</sup> (۲۰۰۲) ارایه شده است: "استفاده عمدی از نیرو یا قدرت فیزیکی، ارعاب یا تهدید علیه خود، دیگری، یا علیه یک گروه یا اجتماع، که منجر به صدمه، مرگ، آسیب روانی، آسیب تحولی و محرومیت می‌شود و یا احتمال آن وجود دارد. "خشونت به دو دسته کلی قابل تفکیک است: ۱) روانی (مانند دشنام دادن و توهین کردن، نادیده

مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در...

گرفتن)؛ و (۲) جسمانی (شامل کتک زدن، سیلی زدن، لگد زدن، هل دادن). در مطالعه‌ای، ۹۳ درصد قربانیان خشونت خانوادگی، خشونت جسمانی، ۸۸ درصد خشونت روانی و ۸ درصد بدرفتاری جنسی را گزارش کردند (کاظمیان، رزاقی، طوفانی و نعمتی، ۱۳۸۷).

شاهد خشونت خانوادگی بودن می‌تواند جزء عوامل پیش‌بینی‌کننده اختلال تنیدگی پس‌آسیبی<sup>۸</sup> (PTSD) و اختلالات گسستی (واقعیت‌زدایی<sup>۹</sup> و شخصیت‌زدایی<sup>۱۰</sup>) باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). پژوهش‌ها بین اختلال مصرف مواد و اختلال تنیدگی پس‌آسیبی و خشونت خانوادگی ارتباط معنادار نشان داده‌اند (ناجاویتس<sup>۱۱</sup>، سون<sup>۱۲</sup>، والش<sup>۱۳</sup> و ویس<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۴؛ جونز<sup>۱۵</sup>، هوقس<sup>۱۶</sup> و آنترسالتر<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۱؛ استیوارت و ایسرائلی<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۲؛ پورنقاش تهرانی، ۲۰۱۱). تجربه خشونت خانوادگی همچنین می‌تواند زمینه‌ساز اقدام افراد برای خودسوزی و خودکشی شود (معماری، رمیم، امیرمادی، خسروی و گودرزی، ۱۳۸۵). فرار فرزندان از خانه می‌تواند از دیگر پیامدهای ناگوار خشونت خانوادگی باشد (پورنقاش تهرانی، ۲۰۱۱)، که خود زمینه‌ساز بروز دامنه وسیعی از آسیب‌های روانشناختی و اجتماعی از جمله مصرف مواد است.

شریفی و اقلیمیا (۱۳۸۲)، به نقل از پورنقاش تهرانی، (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای به بررسی سوء مصرف مواد و تأثیر آن بر خشونت خانوادگی پرداختند. آنها گزارش کردند که در ۶۳ درصد خانواده‌هایی که پدر خانواده وابستگی به مواد داشت، هم خشونت جسمی و هم روانی رخ می‌داد. مطالعات متعدد بیانگر وجود رابطه معنادار بین سوء مصرف مواد و خشونت خانوادگی هستند (برای مثال: اسکاماچر و هولت<sup>۱۹</sup>، ۲۰۱۰؛ بختیاری و امیدمنش، ۱۳۸۲؛ کاظمیان و همکاران، ۱۳۸۷؛ موره و استوارت<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۴). یکی از تبیین‌های احتمالی این یافته‌ها این است که اختلال مصرف مواد می‌تواند منجر به بازداری‌زدایی و ارتکاب خشونت شود (استیوارت و ایسرائلی، ۲۰۰۲). انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳) نیز اعلام کرده است که پرخاشگری در میان مردان جوان و افرادی با تاریخچه خشونت، سوء مصرف مواد و تکانشگری شایع‌تر است. پژوهش‌های دیگر بین سطح تحصیلات و خشونت ارتباط منفی معنادار یافتند (پورنقاش تهرانی و فیض‌آبادی، ۲۰۰۷؛ معماری و همکاران، ۱۳۸۵؛ صالحی و مهرعلیان، ۱۳۸۵؛ نریمانی و آقامحمدیان، ۱۳۸۴). سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۲) ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، اختلالات شخصیت و روانشناختی، اختلال مصرف مواد و تاریخچه تجربه خشونت و بهره‌کشی را به عنوان عواملی ذکر کرده است که تعیین می‌کنند چگونه افراد قربانی یا مرتکب خشونت می‌شوند.

مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در...

علاوه بر تأثیر اختلال مصرف مواد و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نظیر سن و سطح تحصیلات، پژوهش‌ها توانسته‌اند رابطه مثبت معنادار میان صفات شخصیتی و بدرفتاری با همسر را نشان دهند. بررسی ویژگی‌های روانشناختی مرتکبین خشونت خانوادگی نشان داده است که رابطه قوی میان ویژگی‌های شخصیتی مردان و ارتکاب خشونت به سوی همسرانشان وجود دارد (مافی و اکبرزاده، ۱۳۸۴).

کلونینجر<sup>۲۱</sup> (۱۹۸۷) شخصیت را به عنوان سازمانی پویا از نظام‌های روان‌شناختی درون شخص تعریف کرده است که این نظام شامل سیستم‌های تنظیم‌کننده شناخت، هیجان، خلق، کنترل تکانه‌های فردی و روابط اجتماعی است. دیدگاه کلونینجر (۱۹۹۱) با تأکید بر پارامترهای زیست‌شناختی، چارچوب نظری محکمی در زمینه شخصیت پدید آورده است که هم شخصیت بهنجار و هم شخصیت نابهنجار را شامل می‌شود. وی معتقد است که مزاج<sup>۲۲</sup> یک پیش‌زمینه زیستی است که در طول رشد ثابت باقی مانده و توسط فرایند یادگیری تعدیل نشده است. در مقابل، خلق و خو<sup>۲۳</sup> از نظر وی مجموعه‌ای از ویژگی‌هاست که در طی رشد و در نتیجه مکانیزم اجتماعی- فرهنگی از تجربیات یاد گرفته شده است. کلونینجر به بررسی ابعاد شناختی و هیجانی شخصیت می‌پردازد. عملکردهای هیجانی عمدتاً شامل نوجویی<sup>۲۴</sup>، آسیب‌پرهیزی<sup>۲۵</sup> و پاداش وابستگی<sup>۲۶</sup> است که از نظر وی ارثی هستند و به ترتیب در ارتباط با سیستم‌های مونوآمین، دوپامین، سروتونین و نورآدرنالین هستند. نوجویی یک تمایل ذاتی برای فعالیت‌های مداوم نوجویانه و اکتشافی است که شامل هیجانات شدید در پاسخ به محرک‌های جدید است. آسیب‌پرهیزی یک تمایل ذاتی برای پاسخ‌دهی شدید به محرک‌های ناخوشایند و یادگیری اجتناب از تنبیه، محرک‌های جدید و عدم پاداش است و پاداش وابستگی یک تمایل ذاتی برای پاسخ‌دهی شدید به پاداش و یادگیری تداوم بخشیدن به رفتارهای منجر به پاداش است. کلونینجر سه بعد هیجانی و چهار بعد شناختی شخصیت را با پرسشنامه هفت‌بُعدی شخصیت<sup>۲۷</sup> (TPQ) می‌سنجد.

در بررسی‌ها گزارش شده است که رفتار ضداجتماعی نوجوان با نمرات بالا در نوجویی و نمرات پایین در آسیب‌پرهیزی و پاداش وابستگی همراه است (فیشر و همکاران، ۱۹۹۸؛ به نقل از پورنقاش تهرانی، بشارت، عبدلی بیدهندی و فیض آبادی، ۱۳۸۸). بالا بودن آسیب‌پرهیزی با ویژگی‌هایی همچون فرار و اجتناب از موقعیت خطرزا و محتاط بودن تعریف می‌شود و به‌عنوان

مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در...

مانعی در برابر خودبزرگ‌بینی و تحریک‌پذیری عمل می‌کند (ابوالقاسمی، بهاری، نریمانی و زاهد، ۱۳۹۰) و از این رو انتظار می‌رود در افراد با اختلال مصرف مواد، نمره این مقیاس پایین باشد. برخی مطالعات، تفکر درباره شخصیت اعتیادزا<sup>۲۸</sup> را مردود شمرده‌اند (کر<sup>۲۹</sup>، ۱۹۹۶)، اما شواهدی نیز نشان می‌دهند که ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند انواع اختلالات روانی از جمله سوء مصرف مواد را پیش‌بینی کند. میزان بالای نوجویی می‌تواند بر مصرف یا تداوم مصرف مواد تأثیر بگذارد (شر، ۲۰۰۱؛ به نقل از پورنقاش تهرانی و همکاران، ۱۳۸۸). کانور و همکاران (۱۹۹۵) مطرح کردند که نوجویی مخصوصاً تحریک‌پذیری کاوشی در افراد الکلی بالاتر از سایر افراد است (به نقل از پورنقاش تهرانی و همکاران، ۱۳۸۸). افراد سوء مصرف‌کننده مواد نمره بیشتری در مقیاس‌های تکانشی از قبیل نوجویی به‌دست می‌آورند (باتاگلیا<sup>۳۰</sup>، پرزیبک<sup>۳۱</sup>، بلودی<sup>۳۲</sup> و کلونینجر، ۱۹۹۶، باکر و یاردلی<sup>۳۳</sup>، ۲۰۰۲). شیندلر و بروکر (۲۰۰۳) در مطالعه‌ای یکی از عمده‌ترین ریشه‌های مصرف مواد مخدر را اختلالات شخصیتی و روانی بیان کردند (به نقل از کامکاری، ۱۳۸۹). پژوهشی دیگر عوامل شخصیتی و اجتماعی را به‌عنوان یکی از عوامل مؤثر در بروز گرایش به مصرف شیشه دانست (کامکاری، ۱۳۸۹). شکرزاده (۱۳۹۲) گزارش کرد که افرادی که دارای ویژگی‌های شخصیتی مثل هیجان‌پذیری، پرخاشگری و انفعال بیشتری هستند گرایش بیشتری به مصرف شیشه نشان می‌دهند.

شیوع روزافزون اعتیاد در جهان، متخصصان را به طراحی و ارایه راهکارهای درمانی گوناگون برای کنترل این بیماری سوق می‌دهد، هرچند متأسفانه لغزش در مورد اعتیادها، یک قاعده است نه یک استثنا (پروچاسکا و نورکراس، ۱۳۸۳/۲۰۰۲). یکی از روش‌های رایج درمان مصرف مواد، درمان نگهدارنده با متادون<sup>۳۴</sup> (MMT) است که قدیمی‌ترین و پرمصرف‌ترین داروی کمک‌کننده به درمان مصرف مواد است و در کاهش وابستگی به مواد افیونی مؤثر شناخته شده است (لاندرگرن<sup>۳۵</sup>، فیتزجرالد<sup>۳۶</sup>، یانگ<sup>۳۷</sup>، آمودئو<sup>۳۸</sup> و شیلینگ<sup>۳۹</sup>، ۲۰۰۷). متادون دارویی با آغاز تدریجی است که میل به مواد افیونی را کاهش می‌دهد و تا حد زیادی از سرخوشی معمول شخص پس از مصرف کنترل نشده مواد افیونی می‌کاهد (أبرین<sup>۴۰</sup>، ۱۹۹۷). از آنجایی که متادون در یک زمینه بالینی درمانی توزیع می‌شود، شرایط تهیه مواد افیونی را برای مبتلایان به شکل ایمن‌تری فراهم می‌آورد. علاوه بر این آلودگی‌های احتمالی که در مواد خیابانی وجود دارد در مورد متادون وجود ندارد. به‌طور کلی درمان بلندمدت با متادون، نتایج

مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در...

بهتری را به بار می‌آورد. این نتایج عبارتند از: پرهیز از مواد، کاهش خطر بیماری ایدز، بهبود وضعیت سلامت روانی، بهبود سلامت جسمانی، تأمین ثبات خانه، توانایی حفظ شغل و توانایی والد بودن (لاندرگرن و همکاران، ۲۰۰۷).

با توجه به اهمیت اجتماعی و روانشناختی پدیده اعتیاد، و رابطه نزدیکی که با آسیب‌هایی همچون خشونت خانوادگی دارد و نقش زیربنایی ابعاد شخصیت در بروز و تداوم این آسیب‌ها، هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در مراجعین تحت درمان نگهدارنده با متادون و افراد عادی است.

## روش

**جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری:** طرح پژوهش حاضر یک طرح غیر آزمایشی و از نوع همبستگی است. برای این پژوهش دو جامعه آماری قابل تعریف است: ۱) تمام افراد مذکر مصرف‌کننده مواد مخدر که در سال ۱۳۸۹ در مراکز درمان سوء مصرف مواد شهر قزوین تحت درمان نگهدارنده با متادون بودند؛ ۲) تمام مردانی که فاقد هرگونه پیشینه سوء مصرف مواد بودند و در سال ۱۳۸۹ در شهر قزوین زندگی می‌کردند. برای انتخاب نمونه بالینی، از میان مراکز درمان سوء مصرف مواد شهر قزوین، دو مرکز به صورت تصادفی انتخاب شد و ۱۰۵ نفر از افراد تحت درمان با متادون از بین مراجعین این دو مرکز، به شیوه هدفمند-در دسترس انتخاب شدند و در این پژوهش شرکت کردند. انتخاب نمونه عادی با استفاده از فراخوان شرکت در پژوهش، از میان افراد واجد شرایطی که مراجعه نمودند و در حد امکان از نظر متغیرهای دموگرافیک با نمونه بالینی هم‌تا بودند و سابقه سوء مصرف مواد نداشتند، به شیوه هدفمند صورت گرفت. در نهایت ۲۱۰ فرد مذکر (۱۰۵ مراجع تحت درمان نگهدارنده با متادون، ۱۰۵ فرد عادی) در این پژوهش شرکت کردند. سطح تحصیلات آزمودنی‌ها از مقطع پنجم ابتدایی تا فوق دیپلم بود. دامنه سنی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون بین ۲۰ تا ۵۴ سال و میانگین و انحراف معیار سنی آن‌ها به ترتیب ۳۴/۱۳ و ۸/۴۱ و دامنه سنی افراد گروه عادی بین ۱۶ تا ۶۰ سالگی و میانگین و انحراف معیار سنی آن‌ها به ترتیب ۳۱/۹۶ و ۸/۹۷ بود.

**ابزار پژوهش:** ۱. پرسشنامه سنجش خشونت خانوادگی؛ در پرسشنامه سنجش خشونت خانوادگی پاسخ آزمودنی‌ها در ۴۴ ماده در ۳ شاخه جسمانی (۲۴ ماده)، روان‌شناختی (۱۵ ماده)

مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در...

و تاریخچه مورد سوء استفاده قرار گرفتن توسط والدین (۵ ماده) سنجیده می‌شود. این آزمون، همراه با آزمون مقیاس تاکتیک‌های تعارض<sup>۴۱</sup> (CTS) در یک گروه متشکل از ۵۰ زوج اجرا گردید و همبستگی بین نتایج این آزمون و مقیاس معادل ( $r=0/81$ ) به دست آمد که این نکته مؤید درستی آزمایی بالای مقیاس محقق ساخته است. همچنین قابلیت اعتماد این ابزار بر اساس آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضریب به دست آمده برابر با  $0/87$  بود (پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۴).

۲. پرسشنامه خلق و خو و مزاج<sup>۴۲</sup> (TCI-56): پرسشنامه خلق و خو و مزاج یک آزمون ۵۶ ماده‌ای است که توسط یک طیف لیکرت پنج درجه‌ای سنجیده می‌شود. نحوه نمره گذاری این مقیاس به این صورت است که به هر کدام از سوالات یک نمره تعلق می‌گیرد (کاملاً درست = ۱، کاملاً غلط = ۵) و نمره هر یک از مجموع زیرمقیاس‌های آن به دست می‌آید. این پرسشنامه هفت بعد از شخصیت شامل نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش وابستگی، خودراهبری، همکاری و خود فراروی را مورد سنجش قرار می‌دهد. در پژوهشی که آدان<sup>۴۳</sup> و همکاران (۲۰۰۹) بر روی این مقیاس انجام دادند آلفای کرونباخ را برای نوجویی  $0/69$ ، پشتکار  $0/74$ ، همکاری  $0/75$ ، خودراهبری  $0/77$ ، آسیب‌پرهیزی  $0/78$ ، پاداش وابستگی  $0/80$  و خودفراروی  $0/85$  به دست آوردند. همچنین در پژوهشی که پورنقاش تهرانی (۱۳۸۹) بر روی گروهی از دانشجویان دانشگاه تهران انجام داد، آلفای کرونباخ را برای این مقیاس معادل  $0/89$  به دست آورد. در این پژوهش آلفای کرونباخ برای نوجویی  $0/66$ ، آسیب‌پرهیزی  $0/85$ ، پاداش وابستگی  $0/64$ ، پشتکار  $0/53$ ، همکاری  $0/83$ ، خودفراروی  $0/75$  و خودراهبری  $0/77$  به دست آمد. قابلیت اعتماد آزمون-باز آزمون نیز برای این مقیاس معادل  $0/77$  به دست آمد. در پژوهش حاضر از داده‌های مربوط به سه بُعد نوجویی، آسیب‌پرهیزی و پاداش وابستگی استفاده شد.

## داده‌ها یافته‌ها

گسترده ترین گروه سنی در میان آزمودنی‌ها، گروه سنی ۳۰ تا ۳۵ سال بود که  $25/7$  درصد کل جمعیت را شامل می‌شدند و کوچکترین گروه سنی ۴۵ سال به بالا بودند که  $10/5$  درصد کل جمعیت را شامل می‌شدند. در رابطه با تحصیلات نیز مقطع تحصیلی اول تا سوم راهنمایی که  $29/5$  درصد کل جمعیت را شامل می‌شدند بیشترین و مقطع تحصیلی دیپلم به بالا کمترین تعداد آزمودنی‌ها را شامل می‌شدند ( $1/9$  درصد). همچنین از نظر وضعیت تأهل بیشتر



مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در...

آزمودنی‌ها در گروه متأهل (۶۷/۶ درصد) و کمترین تعداد آنها در گروه متارکه کرده (۳/۸ درصد) قرار داشتند.

در جدول شماره (۱) ماتریس همبستگی مربوط به متغیرهای سن، تحصیلات، وضعیت تأهل و ۳ بُعد شخصیت در TCI (نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش‌وابستگی) که ابعاد عاطفی شخصیت را نشان می‌دهد، با تجربه خشونت خانوادگی در دوران کودکی آمده است. به‌صورتی که مقایسه‌ای بین کل افراد تحت درمان با متادون ( $n = 105$ ) و افرادی که تجربه خشونت خانوادگی را در دوران کودکی داشته‌اند، صورت گرفته است ( $n = 79$ ).

### جدول ۱: ماتریس همبستگی متغیرهای مورد مطالعه

#### در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- نوجویی							
۲- آسیب‌پرهیزی	۰/۲۷ <sup>**</sup>						
۳- پاداش‌وابستگی	۰/۲۷ <sup>**</sup>	۰/۳۱ <sup>**</sup>					
۴- خشونت خانوادگی	۰/۰۴	-۰/۰۳	-۰/۰۱	۱			
۵- وضعیت تأهل	-۰/۱۲	۰/۲۰ <sup>*</sup>	-۰/۰۵	۰/۱۰	۱		
۶- سن	۰/۰۵	-۰/۰۸	-۰/۰۱	-۰/۱۶	-۰/۳۸ <sup>**</sup>	۱	
۷- تحصیلات	-۰/۱۴	۰/۰۷	۰/۰۸	-۰/۰۵	۰/۱۲	-۰/۳۱	۱

\* $p < 0.05$     \*\* $p < 0.01$

یافته‌های حاصل از ماتریس همبستگی نشان می‌دهند که علاوه بر رابطه معنادار بین ابعاد شخصیت در TCI و وضعیت تأهل با سن، تنها بین وضعیت تأهل و آسیب‌پرهیزی رابطه معنادار در سطح ( $p < 0.05$ ) وجود دارد و سایر متغیرهای پژوهش رابطه معنادار با یکدیگر نشان نمی‌دهند.

جدول شماره (۲) تحلیل رگرسیون بین متغیر پیش‌بین سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، نوجویی، آسیب‌پرهیزی، پاداش‌وابستگی را با متغیر وابسته یا ملاک خشونت خانوادگی بررسی می‌کند.

جدول ۲: خلاصه تحلیل رگرسیون خشونت خانوادگی بر مبنای متغیر پیش‌بین سن، تحصیلات،

وضعیت تأهل، نوجویی، پاداش‌وابستگی و آسیب‌پرهیزی

مدل	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تعدیل شده	خطای برآورد	F	P
ورود همزمان	۰/۱۹	۰/۰۳	-۰/۰۲	۳۳/۲۴	۰/۶۶	۰/۶۷

همان‌طور که در جدول شماره (۲) مشاهده می‌شود، ضریب همبستگی چندگانه متغیر پیش‌بین

مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در...

با متغیر ملاک حدود ۰/۱۹ است که از طریق آن می‌توان حدود ۳ درصد تغییرات متغیر پیش‌بین را تبیین کرد. با توجه به F مشاهده شده در جدول، متغیرهای پیش‌بین اثر معناداری بر خشونت خانوادگی نشان نمی‌دهند. بدیهی است هیچ‌کدام از ضرایب رگرسیونی متغیرها معنادار نیستند. برای بررسی تفاوت بین میزان خشونت خانوادگی در گروه‌های سنی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون از تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره (۳) آمده است.

**جدول ۳: بررسی اثر گروه‌های سنی بر خشونت خانوادگی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون**

مجدور اتا	اتا	معناداری	F	میانگین مجدورات	df	مجموع مجدورات	
۰/۰۵	۰/۲۲	۰/۳۹۰	۱/۰۴	۱۱۳۱/۰۳	۵	۵۶۵۵/۱۸	بین گروه‌ها
				۱۰۸۱/۱	۹۹	۱۰۷۰۲۹/۰۱	درون گروه‌ها
					۱۰۴	۱۱۲۶۸۴/۱۹	کل

طبق جدول شماره (۳) در رابطه با میزان خشونت خانوادگی در گروه‌های سنی افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون تفاوت معنادار وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). برای بررسی مقایسه‌ای ابعاد عاطفی شخصیت در افراد با تجربه خشونت خانوادگی و افراد بدون تجربه خشونت خانوادگی از آزمون t استفاده شد.

جدول شماره (۴) میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک دو گروه افراد با تجربه خشونت خانوادگی و افراد بدون تجربه خشونت خانوادگی را نشان می‌دهد. گروه با کد (۱) شامل افرادی با تجربه خشونت خانوادگی ( $n = 79$ ) و کد (۰) شامل افرادی بدون تجربه خشونت خانوادگی ( $n = 26$ ) است.

**جدول ۴: بررسی مقایسه‌ای تعداد، میانگین، انحراف معیار و معیار خطای ابعاد عاطفی شخصیت در افراد با تجربه خشونت خانوادگی و افراد بدون تجربه خشونت خانوادگی**

متغیر	گروه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	t	df	P
نوجویی	۰	۲۶	۲۰/۷۶	۲/۹۹	-۰/۲۲	۱/۳	۰/۸۲
	۱	۷۹	۲۰/۹۳	۳/۳۹			
آسیب پرهیزی	۰	۲۶	۱۹/۹۲	۳/۵	-۰/۷۵	۱/۳	۰/۴۵
	۱	۷۹	۲۰/۴۹	۳/۲۸			
پاداش وابستگی	۰	۲۶	۲۲/۸	۱/۶۴	۱/۰۳	۱/۳	۰/۳۰
	۱	۷۹	۲۱/۹۸	۳/۴۶			

مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در...

مطالعه حاضر نشان داد که بین افراد با تجربه خشونت خانوادگی در دوران کودکی و افراد بدون تجربه خشونت خانوادگی در دوران کودکی تفاوت معنادار در ابعاد عاطفی وجود ندارد ( $p > 0/05$ ). لازم به ذکر است که نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در متغیر خشونت خانوادگی رعایت شده است.

برای بررسی مقایسه‌ای ابعاد عاطفی شخصیت در افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و افراد عادی از تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. جدول شماره (۵) به بررسی مقایسه‌ای تعداد، میانگین و انحراف معیار ابعاد عاطفی به تفکیک دو گروه افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و افراد عادی می‌پردازد. همان‌طور که در جدول شماره (۵) دیده می‌شود، میانگین نوجویی، آسیب پرهیزی و پاداش وابستگی با هم متفاوت است. اما نتایج تحلیل واریانس چند متغیری حاکی از آن است که تفاوت معنادار بین دو گروه افراد تحت درمان با متادون و افراد عادی وجود ندارد.

#### جدول ۵: میانگین و انحراف معیار ابعاد عاطفی

به تفکیک دو گروه افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون و افراد عادی

متغیرها	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
نوجویی	افراد عادی	۲۶/۷۱	۴/۲۳	۱۰۵
	افراد تحت درمان با متادون	۲۷/۱۰	۳/۲۸	۱۰۵
	کل	۲۶/۹۰	۳/۷۸	۲۱۰
آسیب پرهیزی	افراد عادی	۲۷/۰۶	۳/۸۶	۱۰۵
	افراد تحت درمان با متادون	۲۷/۶۴	۳/۳۳	۱۰۵
	کل	۲۷/۳۵	۳/۶۱	۲۱۰
پاداش وابستگی	افراد عادی	۲۵/۹۲	۴/۰۶	۱۰۵
	افراد تحت درمان با متادون	۲۵/۸۰	۳/۵۰	۱۰۵
	کل	۲۵/۸۶	۳/۷۸	۲۱۰

از آزمون M باکس برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس استفاده شد و نتایج آن نشان داد که مقدار M باکس در سطح ( $p < 0/05$ ) معنادار شده است. آزمون چندمتغیری لانداوی ویلکز نشان داد که تفاوت معنادار بین دو گروه وجود ندارد ( $p < 0/05$ )،  $F = 0/4$ ،  $df_{1,2} = 3$  و  $F = 0/4$ .

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در مراجعین تحت درمان نگهدارنده با متادون و افراد عادی بود. یافته‌های پژوهش نشان دادند که ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، خشونت خانوادگی را در افراد عادی و تحت درمان نگهدارنده با متادون پیش‌بینی نمی‌کند. همچنین میزان خشونت خانوادگی بین گروه‌های سنی مختلف افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون، تفاوت معنادار نشان نمی‌دهد. در مقایسه ابعاد عاطفی شخصیت بین افراد با تجربه خشونت خانوادگی و افراد بدون تجربه خشونت خانوادگی، این نتیجه به دست آمد که دو گروه با هم تفاوت معنادار ندارند. بین افراد عادی و افراد تحت درمان متادون در مؤلفه‌های هیجانی شخصیت نیز تفاوت معنادار وجود نداشت. در راستای تبیین یافته‌های پژوهش حاضر، احتمالات زیر مطرح می‌شوند:

پژوهش حاضر نشان داد که بین افراد عادی و افراد تحت درمان متادون در مؤلفه‌های هیجانی شخصیت تفاوت معنادار وجود ندارد، و نوجویی و آسیب‌پرهیزی فرد در طی مصرف مواد افزایش و در طی درمان نگهدارنده با متادون کاهش می‌یابد، که در این زمینه دو تبیین احتمالی قابل طرح است: الف) با توجه به اینکه متادون یک ماده آگونیست گیرنده اپیوئیدی میو ( $\mu$ ) است لذا آثار خود را از طریق ترشح اپیوئیدها، اعمال می‌کند. از سوی دیگر، در قسمت VTA میزان تراکم این گیرنده به همراه گیرنده‌های دوپامینرژیک است. لذا نوجویی، حاصل از افزایش ترشح  $D_A$  بوده و عملکرد دوپامینی در این قسمت تحت تأثیر افزایش میزان ترشح اپیوئیدهای ناشی از مصرف متادون قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر، افزایش ترشح اپیوئیدها باعث سرکوب عملکرد  $D_A$  می‌گردد که این امر موجب کاهش نوجویی حاصل از  $D_A$  می‌شود. پس همان‌طور که مشخص است خصوصیات زیستی شخصیت در فرد بدون تغییر می‌ماند ولی تغییراتی در مصرف مواد باعث افزایش ابعاد عاطفی شخصیت و مصرف متادون باعث کاهش ابعاد عاطفی شخصیت می‌شود. فرض بر این است که اگر از مراجعین تحت درمان، در روزهای ابتدای درمان تست گرفته شود، هنوز مصرف متادون تأثیر خود را از طریق گیرنده  $\mu$  اعمال نکرده است در صورتی که مصرف طولانی مدت متادون تغییراتی در ابعاد عاطفی شخصیت ایجاد می‌کند. ب) مصرف مواد ابعاد عاطفی شخصیت را تشدید می‌کند. برای

مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در...

مثال تحقیقات نشان می‌دهد که معتادان به هرویین و آمفتامین نسبت به افراد عادی از نوجویی بالاتری برخوردارند و حتی نوجویی مخصوصاً تحریک‌پذیری کاوشی در افراد الکلی بالاتر است (لبون<sup>۴۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴). پژوهش‌های دیگر نشان داده است که نمرات نوجویی در افراد مبتلا به مواد افیونی بالاتر از سایر نمرات است به طوری که نوجویی بالا بر مصرف یا تداوم مصرف مواد تأثیر می‌گذارد (استوارت و همکاران، ۲۰۰۲). پس همان‌طور که مطرح شد، مصرف مواد باعث افزایش وخامت ابعاد زیستی شخصیت و مصرف متادون باعث کاهش وخامت ابعاد زیستی شخصیت می‌شود. در طی مصرف مواد تغییراتی در خلق و رفتار فرد ایجاد می‌شود و زمانی که مراجع شروع به درمان دارویی و روانشناختی می‌کند، تغییرات ایجاد شده طی مصرف مواد جای خود را به خلق و رفتارهای قبلی فرد می‌دهد. این مسأله یکی از دلایلی است که افرادی که مدت زمان طولانی مواد مصرف می‌کنند، شبیه هم می‌شوند.

مروری بر پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که بین خشونت و سوء مصرف مواد رابطه وجود دارد (اسکامپر و هولت، ۲۰۱۰؛ بختیاری و امیدمنش، ۱۳۸۲؛ کاظمیان و همکاران، ۱۳۸۷؛ موره و استوارت، ۲۰۰۴؛ ناجاویتس و همکاران، ۲۰۰۴). این فرض در پژوهش حاضر مورد تأیید قرار نگرفت؛ یکی از دلایل تأیید نشدن آن می‌تواند این باشد که در این پژوهش حدود یک سال، از آغاز درمان مراجعین تحت درمان نگهدارنده با متادون سپری شده بود و طی فرایند درمان، ایجاد تغییر در سبک زندگی و انجام روان‌درمانی و شناخت‌درمانی، تغییرات عمیقی را در باورها، رفتارها و لایه‌های مختلف زندگی این افراد ایجاد کرده است و ممکن است نبود تفاوت معنادار بین گروه عادی و تحت MMT، ناشی از تأثیر درمان باشد. این تبیین می‌تواند در مورد نبود رابطه معنادار بین ابعاد عاطفی شخصیت و تاریخچه خشونت خانوادگی هم مطرح باشد. از طرف دیگر هرچند پژوهش‌ها بین اختلال مصرف مواد و تجربه خشونت خانوادگی رابطه نشان می‌دهند اما این یافته‌ها به این معنا نیست که هر کسی که سابقه خشونت خانوادگی دارد، لزوماً به اختلال مصرف مواد مبتلا می‌شود.

انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۱۳) اعلام کرده است که پرخاشگری میان مردان جوان و افرادی با تاریخچه خشونت، سوء مصرف مواد و تکانشگری شایع‌تر است. با وجود این در پژوهش حاضر بین گروه‌های سنی مختلف از نظر میزان بروز خشونت خانوادگی تفاوت معنادار دیده نشد، در این زمینه می‌تواند این احتمال مطرح باشد که افزایش اطلاع‌رسانی و ارتباطات و پیشرفت و

مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در...

ارتقای سطح فرهنگی افراد توانسته است میزان خشونت خانوادگی را در افراد کاهش دهد و از این رو در پژوهش حاضر تفاوتی بین نسل جدید و نسل گذشته در زمینه خشونت خانوادگی دیده نشد. همچنین از آنجایی که متغیر سن، رابطه معنادار با مصرف مواد نشان نداد، لازم است این نکته مطرح شود که در پژوهش حاضر سن شروع اختلال مصرف مواد کنترل نشد، که یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر به‌شمار می‌رود. ممکن است فردی که ۵۰ سال دارد و مبتلا به اختلال مصرف مواد است، از ۲۰ سالگی به این اختلال مبتلا شده باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از پرسشنامه‌های خودسنجی بود، همچنین انتخاب آزمودنی‌ها از دو کلینیک درمان سوء مصرف مواد در شهر قزوین، تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌کند. از طرفی با توجه به افزایش آمار اختلال مصرف مواد و ارتکاب خشونت در زنان، انجام پژوهش مشابه در زنان مبتلا به اختلال مصرف مواد پیشنهاد می‌شود. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که تنها آزمودنی‌های تحت MMT، با افراد عادی مقایسه شدند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی افراد تحت انواع دیگر درمان‌ها اعم از درمان‌های دارویی، روانشناختی و حمایتی نیز مورد بررسی قرار گیرند. با توجه به این که یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که افراد تحت درمان نگهدارنده با متادون، در میزان خشونت خانوادگی و ابعاد عاطفی شخصیت تفاوت معنادار با افراد عادی نشان نمی‌دهند، احتمال آن می‌رود که MMT و روان‌درمانی همراه با آن، می‌تواند عملکرد روانی افراد را بهبود بخشد و به میانگین افراد عادی نزدیک کند، از این‌رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های دیگر، افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد که اقدام برای درمان نکرده‌اند یا در روزهای آغازین درمان هستند، با سایر گروه‌ها مورد مقایسه قرار گیرند تا رابطه متقابل اعتیاد و ابعاد شخصیت و خشونت خانوادگی به نحو بهتری مورد ارزیابی قرار گیرد.

## پی‌نوشت‌ها:

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 1- Substance use disorders         | 2- Dissociative identity disorder        |
| 3- Gambling disorder               | 4- Antisocial personality disorder       |
| 5- Borderline personality disorder | 6- Flynn, A., & Graham, K.               |
| 7- World Health Organization (WHO) | 8- Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) |
| 9- Derealization                   | 10- Depersonalization                    |

مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در...

- |   |  |
|---|--|
| 11- Najavits, L. M.                                   | 12- Sonn, J.   |
| 13- Walsh, M.   | 14- Weiss, R. D.                                       |
| 15- Jones, L.   | 16- Hughes, M.   |
| 17- Unterstaller, U.                                  | 18- Stewart, S. H., & Israeli, A. L.                   |
| 19- Schumacher, J. A., & Holt, D. J.                  | 20- Moore, T. M., & Stuart, G. L.                      |
| 21- Cloninger, C. R.                                  | 22- Temperament  |
| 23- Character   | 24- Novelty seeking                                    |
| 25- Harm avoidance                                    | 26- Reward dependence                                  |
| 27- Tridimensional Personality<br>Questionnaire (TPQ) | 28- Addictive personality                              |
| 29- Kerr, J. S.                                       | 30- Battaglia, M.                                      |
| 31- Przybeck, T. R.                                   | 32- Bellodi, L.  |
| 33- Baker, J., & Yardley, J.                          | 34- Methadone Maintenance<br>Treatment (MMT)           |
| 35- Lundgren, L.                                      | 36- Fitzgerald, T.                                     |
| 37- Young, N.   | 38- Amodeo, M.   |
| 39- Schilling, R. F.                                  | 40- O'Brien, C.  |
| 41- Conflict Tactic Scale (CTS)                       | 42- Temperament and Character<br>Inventory-56 (TCI-56) |
| 43- Adan, A.  | 44- Lebon  |

## منابع و مآخذ فارسی:

- ابوالقاسمی، عباس؛ بهاری، محمد؛ نریمانی، محمد؛ زاهد، عادل. (۱۳۹۰). نقش ابعاد سرشت و منش در پیش‌بینی علایم مثبت و منفی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی. *دوفصلنامه روانشناسی معاصر*، ۱۱، ص ۶۹-۷۸.
- بختیاری، افسانه؛ امیدمنش، نادیا. (۱۳۸۲). بررسی علل و آثار خشونت علیه زنان در خانواده در مراجعین به مرکز پزشکی قانونی بابل. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۳۱، ص ۱۲۷-۱۳۱.
- پروچاسکا، جی. او؛ نورکراس، جی. سی. (۲۰۰۲). *نظریه‌های روان‌درمانی*. ترجمه سیدمحمدی، یحیی. ۱۳۸۳. تهران: انتشارات رشد.
- پورنقاش تهرانی، سعید. (۱۳۸۴). بررسی خشونت خانوادگی در خانواده‌های تهرانی. *دانشور و رفتار*، ۱۳، ص ۲۳-۳۶.

مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در...

پورنقاش تهرانی، سید سعید؛ بشارت، محمدعلی؛ عبدلی بیدهندی، محمد رضا؛ فیض‌آبادی، زهرا. (۱۳۸۸). بررسی نتایج زیرمقیاس «نوجویی» پرسشنامه سه‌بعدی شخصیت (TPQ) در افراد معتاد و عادی. *مجله علوم روانشناختی*، دانشگاه تهران. (۳۱) ۱ ص ۳۴۶-۳۳۵.

تفرشی، س.ح. (۱۳۹۰). آمار اعتیاد در ایران. *نشریه پزشکی رازی*، ۲، ص ۵۶-۴۹.

شکرزاده، شهره. (۱۳۹۲). مقایسه عوامل بالینی، خانوادگی، شخصیتی و تربیتی در مصرف کنندگان / عدم مصرف کنندگان شیشه. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۲۶، ص ۷۲-۵۳.

صالحی، شهریار؛ مهرعلیان، حسین علی. (۱۳۸۵). بررسی شیوع و نوع خشونت خانگی در زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان شهرکرد. *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*، ۱، ص ۷۷-۷۲.

فتحعلی لواسانی، فهیمه؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ اصغرنژاد فرید، علی اصغر؛ فرزاد، ولی‌اله. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان روان‌پویایی حمایتی - بیانگر در بهبود پیامد درمان اعتیاد به مواد افیونی. *دوفصلنامه روانشناسی معاصر*، (۲) ۴، ص ۲۴-۱۶.

کاظمیان، محمد؛ رزاقی، حسن؛ طوفانی، حمید؛ نعمتی، زهره. (۱۳۸۷). مطالعه شش ماهه در زنان مصدوم ناشی از همسرآزاری مراجعه کننده به بیمارستان اورژانس شهید کامیاب مشهد. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۴، ص ۲۳۵-۲۳۹.

کامکاری، کامبیز. (۱۳۸۹). *استانداردسازی مقیاس گرایش به اعتیاد (با تأکید بر MMPI-2RF)* در بین دانش‌آموزان دوره متوسطه و پیش‌دانشگاهی. مرکز پژوهش، مطالعات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر.

مافی، مهوش؛ اکبرزاده، نسرين. (۱۳۸۴). بررسی ویژگی‌های روانشناختی خشونت‌گرایان در خانواده. *مطالعات روانشناختی*، ۴ و ۵، ص ۸۶-۷۱.

معماری، اشرف الملوک؛ رمیم، طیب؛ امیرمادی، فرشته؛ خسروی، خدیجه؛ گودرزی، زهرا. (۱۳۸۵). علل اقدام به خودکشی در زنان متأهل. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۱۲، ص ۵۳-۴۷.



مقایسه نقش ابعاد عاطفی شخصیت و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در پیش‌بینی خشونت خانوادگی در...

نریمانی، محمد؛ آقامحمدیان شعراباف، حمیدرضا. (۱۳۸۴). بررسی میزان خشونت مردان علیه زنان و متغیرهای مرتبط با آن در میان خانواده‌های ساکن در شهر اردبیل. فصلنامه اصول بهداشت روانی، (۲۷ و ۲۸)، ۷، ص ۱۱۳-۱۰۷.

## منابع و مآخذ خارجی:

- Adan, A., Serra-Grabulosa, J. M., Caci, H., & Vincenzo, V. (2009). A reduced Temperament and Character Inventory (TCI-56). Psychometric properties in a non-clinical sample. *Personality and Individual Differences, 4*, 687-692.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5<sup>th</sup>ed)*. Washington, DC: Author.
- Baker, J., & Yardley, J. (2002). Moderating effect of gender on the relationship between sensation seeking-impulsivity and substance use in adolescents. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse, 12*, 27-44.
- Battaglia, M., Przybeck, T. R., Bellodi, L., & Cloninger, C. R. (1996). Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry, 37*, 292-298
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archive of General Psychiatry, 44*, 573-588.
- Cloninger, C. R. (1991). Brain networks underlying personality development. In B. J. Carrol & J. E. Barrett (Eds.), *Psychopathology and the brain* (pp. 183-200). New York: Raven Press.
- Flynn, A., & Graham, K. (2010). "Why did it happen?" A review and conceptual framework for research on perpetrators' and victims' explanations for intimate partner violence. *Aggression and Violent Behavior, 15*, 239-251.
- Jones, L., Hughes, M., & Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma Violence & Abuse, 2*, 99-119.
- Kerr, J. S. (1996). Twomyta of addiction: the addictive personality and the issue offree choice. *Human Psychopharmacol, 11*, 9-13.
- Lebon O, Basiaux P, Streel E, Tecco J, Hanak C, Hansenne M, Ansseau M, Pelc I, Verbanck P, Dupont S. (2004). Personality profile and drug of choice. A multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics and a random population group. *Drug and alcohol dependence, 7*; 73(2): 175-82.

- Lundgren, L. M., Fitzgerald, T., Young, N., Amodeo, M., & Schilling, R. F. (2007). Medication assisted drug treatment and child well-being. *Children and Youth Services Review, 29*, 1051–1069.
- Moore, T. M., & Stuart, G. L. (2004). Illicit substance use and intimate partner violence among men in batterers' intervention. *Psychology of Addictive Behaviors, 18*, 385–389.
- Najavits, L. M., Sonn, J., Walsh, M., & Weiss, R. D. (2004). Domestic violence in women with PTSD and substance abuse. *Addictive Behaviors, 29*, 707-715.
- O'Brien, C. (1997). A range of research-based pharmacotherapies for addiction. *Science, 278*, 66.
- Pournaghash Tehrani, S. (2011). Domestic violence in Iran: A literature review. *Aggression and Violent Behavior, 16*, 1-5.
- Pournaghash Tehrani, S., & Feizabadi, Z. (2007). Comparing demographic of male victims of domestic violence. *Journal of Applied Sciences, 14*, 1930–1935.
- Schumacher, J. A., & Holt, D. J. (2012). Domestic violence shelter residents' substance abuse treatment needs and options. *Aggression and Violent Behavior, 17*, 188-197.
- Stewart, S. H., & Israeli, A. L. (2002). Substance abuse and co-occurring psychiatric disorders in victims of intimate violence. In C. Wekerle, & A. M. Wall (Eds.), *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence* (pp. 98–122). New York: Brunner Routledge.
- World Health Organization (2002). *World report on violence and health: Summary*. Geneva: Author.