



رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی پاتولوژیک مبتنی بر DSM-5 (PID-5) و تجارب سایکوتیک زنان آزاردیده مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی

شیوا عقبایی^۱، قاسم آهی^{۲*}، فاطمه شهابی زاده^۱، احمد منصوری^۲

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲. گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

چکیده	مقاله پژوهشی اصیل
مقدمه تجارب سایکوتیک با دامنه گسترده‌ای از مشکلات سلامت روان رابطه دارند، اما عوامل پیش‌بین این تجارب، کمتر مورد توجه قرار گرفته‌است؛ بنابراین هدف این پژوهش، بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی پاتولوژیک مبتنی بر DSM-5 (PID-5) و تجارب سایکوتیک زنان آزاردیده مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی بود. مواد و روش‌ها در این مطالعه توصیفی-همبستگی، ۳۳۱ نفر از زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات سلامت روان دارای سابقه مراجعه به پزشکی قانونی استان البرز در سال ۱۳۹۸ به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به نسخه ۱۶ ماده‌ای پرسشنامه پیش مرضی و فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی PDI-5 پاسخ دادند. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ و به روش تحلیل رگرسیون چندگانه، تحلیل شدند. یافته‌ها نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که پنج متغیر روان‌پریشی گرایی، مهارگسستگی، دل‌گسستگی، مخالفت جویی و هیجان‌پذیری منفی، پیش‌بینی کننده تجارب سایکوتیک هستند و روی هم ۳۹ درصد واریانس تجارب سایکوتیک را تبیین می‌کنند ($p < 0.05$). نتیجه‌گیری جمع‌بندی یافته‌های پژوهش نشان‌دهنده رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی پاتولوژیک مبتنی بر DSM-5 (PID-5) و تجارب سایکوتیک زنان آزاردیده مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی بود. این یافته‌ها بر لزوم توجه به ویژگی‌های شخصیتی توسط متخصصان، درمانگران و برنامه‌ریزان هنگام کار با زنان آزاردیده تأکید دارند، زیرا چنین عواملی می‌توانند در بروز و تداوم شکل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی نقش داشته باشند. کلیدواژه‌ها تجارب سایکوتیک، زنان آزاردیده، شخصیت، مخالفت جویی	تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۷/۱۹ *نویسنده مسئول: قاسم آهی، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیرجند، بیرجند، ایران. تلفن: ۰۹۱۵۱۳۳۷۳۹۹ پست الکترونیک: ahigh1356@yahoo.com



مقدمه

خشونت علیه همسر^۱ (IPV) یک مشکل عمده سلامت عمومی است و رایج‌ترین نوع خشونت تجربه‌شده در بین زنان است (۱). IPV رفتاری است که توسط شریک فعلی یا سابق زندگی، انجام می‌شود و شامل پرخاشگری جسمی، اجبار جنسی، سوءاستفاده روان‌شناختی و کنترل فعالیت‌ها است (۲). همچنین، می‌توان آن را هر نوع رفتاری تعریف کرد که در بستر روابط عاشقانه اتفاق می‌افتد و موجب آسیب جسمی، روانی و جنسی به افراد حاضر در رابطه می‌شود (۳). تخمین زده می‌شود که ۴۷ درصد از همسرکشی‌های دنیا، توسط شریک صمیمی یک زن یا توسط یکی از اعضای خانواده انجام می‌شود. همچنین ۳۰ درصد از زنان دنیا IPV جسمی و یا جنسی را تجربه کرده‌اند (۴). شیوع IPV روانی، جسمی و جنسی در زنان ۱۵ تا ۴۹ سال ۴۶ کشور دارای درآمد پایین و متوسط، کمتر از ۵ درصد (ارمنستان و کومور) تا بیش از ۴۰ درصد (افغانستان) متغیر بوده است (۵). چرنت و چریا^۲ (۶) گزارش کردند بیش از ۳۰ درصد از زنان اتیوپیایی قربانی خشونت همسران خود شده‌اند. گابی^۳ و همکاران (۷) دریافتند که بیش از ۵۶ درصد از زنان ازدواج‌کرده، خشونت را تجربه کرده‌اند. درخشانپور، محبوبی و کشاورزی (۸) این میزان را ۹۲ درصد و معاشری، میری، ابولحسن نژاد و همکاران (۹) ۴۲/۳ درصد گزارش کردند. محققان معتقدند که خشونت از طرف شریک زندگی تأثیرات زیان‌باری بر بهزیستی زوجین دارد (۱۰). زنان قربانی خشونت جنسی و جسمی در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به مشکلات جسمی و روانی از جمله، استرس پس از سانحه، آسیب‌دیدگی، افسردگی، بیماری‌های عفونی مانند ویروس نقص ایمنی انسانی و حتی مرگ قرار

دارند (۱۱). با توجه به این‌که شواهد موجود رابطه بین عوامل استرس‌زا و خطر بروز روان‌پریشی را تأیید کرده‌اند، احتمال می‌رود که مواجهه با IPV نیز با بروز تجربیات سایکوتیک^۴ (PE) در زنان رابطه داشته باشد (۱۳). تجربیات سایکوتیک مانند باورهای پارانوئیدی محدود یا توهم‌های شنیداری جمعیت عمومی، به‌ویژه در بین جوانان به نسبت رایج است (۱۴). تجربیات سایکوتیک خفیف و غیر بالینی در مقایسه با اختلال‌های سایکوتیک، به نسبت متداول هستند. اگرچه تفاوت‌های زیادی بین فرهنگ‌ها وجود دارد، اما حدود ۶ تا ۷ درصد از جمعیت عمومی حداقل یک‌بار در طول زندگی خود PE را گزارش کرده‌اند (۱۵). بسیاری از این تجارب زودگذر هستند و تخمین زده می‌شود که ۸۰ درصد از آن‌ها، فقط یک‌بار در طول زندگی فرد اتفاق می‌افتند. باوجوداین، PE باعث افزایش خطر ابتلا به روان‌پریشی بالینی و سایر اختلال‌های روانی در آینده می‌شود (۱۶). تجربیات سایکوتیک در اختلال‌های روانی نظیر اسکیزوفرنی، اختلال دوقطبی و اختلال افسردگی عمده، رایج بوده (۱۷) و نرخ شیوع آن‌ها در پژوهش‌های مختلف بین ۵/۸ تا ۱۲/۵ درصد گزارش شده است. با توجه به پیامدهای منفی PE برای سلامت عمومی، توجه خاصی به عوامل مؤثر در ایجاد و گسترش PE خفیف و غیر بالینی به اختلال‌های سایکوتیک بالینی شده است (۱۶). پژوهشگران معتقدند مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در بروز PE نقش دارند. بیماران مبتلا به اختلال‌های سایکوتیک اغلب سطوح بالاتری از مواجهه با رویدادهای استرس‌زا نظیر تجارب قربانی‌شدگی و مشکل در رابطه با همسر را گزارش می‌کنند (۱۸). همچنین احتمال تجربیات سایکوتیک غیر بالینی خاص در افراد مواجهه شده با خشونت شریک زندگی، ۳ تا ۵ برابر بیشتر از افراد عادی است (۱۳)؛ بالین حال همه

1. Intimate Partner Violence (IPV)

2. Woodhouse & Dempsey

3. Gubi

4. Psychotic Experiences (PE)



این زنان دچار اختلال‌های روانی نمی‌شوند و این نشان می‌دهد که عوامل مختلفی در پیامدهای بعدی دخیل هستند (۱۹). برای مقابله با اثرات و پیامدهای IPV به مکانیسم‌های مقابله‌ای که بتوانند اثر این نوع خشونت را خنثی کنند، نیاز است (۲۰). یکی از عواملی که می‌تواند رابطه بین مواجهه با خشونت خانگی و پیامدهای سلامت روان را میانجی کند، صفات شخصیت است (۱۹).

این دیدگاه که شخصیت می‌تواند بر نوع واکنش فرد به تجربیات آسیب‌زا تأثیر بگذارد، از کارهای روانکاوانه اولیه ناشی شده است. ویدیر و اسمیت^۱ (۲۱) بیان کردند که شخصیت مسئله‌ای تأثیرگذار در بروز و شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی می‌باشد، به عبارت دیگر، شخصیت می‌تواند یک عامل خطر ساز یا محافظتی برای مشکلات روان‌شناختی باشد و به عنوان ابزاری برای تعامل افراد با محیطی که در آن مشکلات روان‌شناختی شکل می‌گیرند، عمل می‌کند. به طور کلی، صفات مدل پنج عاملی شخصیت می‌توانند آسیب‌پذیری فرد به اختلال‌های روان‌پریشی را تحت تأثیر قرار دهند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سطوح بالای روان رنجوری پیش از بروز روان‌پریشی، بازتاب آسیب‌پذیری به اضطراب و آشفتگی بوده و می‌تواند عامل خطر سازی برای ابتلا به اسکیزوفرنی باشد. در مقابل، سطوح بالای برون‌گرایی می‌تواند، خطر بروز این اختلال را در فرد کاهش دهد (۲۲). در پژوهشی آینده‌نگر بیان شده است که سطوح بالای روان رنجوری و سطوح پایین برون‌گرایی با آشفتگی عاطفی و همچنین سطوح پایین تطابق‌پذیری با علائم سایکوتیک مثبت بیشتر، در طول یک سال پیگیری، رابطه دارند (۲۳). برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شخصیت بر رابطه بین مواجهه با IPV و عملکرد روان‌شناختی فرد تأثیر می‌گذارد؛ به عنوان مثال، مواجهه با IPV، اثرات محافظتی تحصیلات بالا

بر احتمال بدرفتاری با کودکان را کاهش می‌دهد (۲۴). پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند که بین ابعاد شخصیت و تفاوت در خطر تجربه IPV رابطه وجود دارد و همچنین ابعاد شخصیت نقش مهمی در عملکرد قربانی، نظیر مشارکت در روابط سوءاستفاده آمیز و پرخاشگرانه، ناتوانی در متوقف کردن روابط سوءاستفاده آمیز و انتخاب راهبردهای مقابله، بازی می‌کنند (۲۵).

برخی از پژوهش‌ها برای بررسی شخصیت قربانیان IPV از پرسشنامه‌هایی نظیر پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه سوتا، پرسشنامه چندمحوری بالینی میلون، پرسشنامه ارزیابی شخصیت و مقیاس پنج عاملی شخصیت استفاده کرده‌اند. در این پژوهش ابعاد پرسشنامه شخصیت مبتنی بر DSM-5 (PID-5)^۲ مورد توجه قرار گرفت. بر اساس کار اولیه DSM-5 در زمینه شخصیت و اختلال‌های شخصیت، مدل شخصیت بیمارگونه جدیدی ارائه شده است (۲۶). این مدل و شاخص‌های متناظرش، پرسشنامه شخصیت مبتنی بر DSM-5 (PID-5) نامیده شده و معیار B راهنمای DSM-5 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) برای اختلالات شخصیت را در برمی‌گیرد (۲۷). در این مدل، ۲۵ صفت شخصیت به صورت پنج عامل مرتبه بالاتر که متناظر با ابعاد مدل FFM هستند، دسته‌بندی می‌شوند. این پنج عامل مرتبه بالاتر عبارت‌اند از: مخالفت جویی^۴ (تمایلات پرخاشگرانه همراه با سلطه‌گری و حسادت)؛ دل‌گسستگی^۵ (درون‌گرایی، انزوای اجتماعی و بی‌لذتی)؛ مهارگسستگی^۶ (تکانش‌گری و هیجان خواهی)؛ هیجان‌پذیری منفی^۷ (تمایل به تجربه هیجان‌های منفی، از جمله اضطراب،

2. Personality Inventory for the DSM-5

3. American Psychiatric Association (APA)

4. antagonism

5. detachment

6. disinhibition

7. negative affect

1. Widiger & Smith



افسردگی؛ روان‌پریشی گرایی^۱ (جدا شدن از واقعیت و تمایل به الگوهای تفکر غیرمنطقی) (۲۶).

ویژگی‌های شخصیت پاتولوژیک با دامنه گسترده‌ای از سازه‌های روان‌شناختی از جمله اختلالات سایکوتیک (۲۸)، توانایی درک حالت‌های هیجانی دیگران، تمایلات غیراخلاقی، سلامت روان، کارکرد بین فردی، صمیمیت در روابط، رفتارهای انتخاب جفت، مشکلات در تنظیم هیجان، قماربازی، سایکوپاتی و پرخاشگری مرتبط هستند (۳۰). یافته‌های باستینیز^۲ و همکاران (۲۸) نشان داد که تفاوت معناداری بین افراد مبتلا به اختلال سایکوتیک و افراد فاقد این اختلال، در همه ابعاد PID-5، به جز مخالفت جویی وجود دارد. تحلیل‌های افتراقی نیز نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال سایکوتیک، دارای دل‌گسستگی، هیجان‌پذیری منفی و مهارگسستگی پایین‌تر و همچنین روان IPV و اختلال شخصیت مرزی رابطه معناداری وجود دارد. نتایج پژوهش جکسون^۳ و همکاران (۳۱) نشان دادند که میان خشونت از طرف شریک زندگی و اختلال شخصیت مرزی رابطه‌ی معناداری وجود دارد. هلت^۴ و همکاران (۲۹) گزارش کردند که افراد مبتلا به اختلال افسردگی و اختلال دوقطبی در مقایسه با افراد مبتلا به مصرف الکل و اختلال سایکوتیک، نمره دل‌گسستگی بالاتری دارند. در مقابل افراد مبتلا به مصرف الکل در مقایسه با گروه‌های مبتلا به اختلال دوقطبی و سایکوتیک، روان‌پریشی گرایی پایین‌تر و مهارگسستگی بالاتری داشتند. گروه مبتلا به اختلال سایکوتیک، هیجان‌پذیری منفی پایین‌تری را در مقایسه با دو گروه دیگر گزارش کردند. سایر پژوهش‌ها اغلب رابطه بین صفات بهنجار شخصیت و روان‌پریشی را با استفاده از

ابعاد مدل پنج عاملی شخصیت و مقایسه بیماران مبتلا به اختلال‌های سایکوتیک و افراد غیر مبتلا بررسی کرده‌اند. این پژوهش‌ها اغلب نشان داده‌اند، اگرچه رابطه‌ای طولانی‌مدت بین مؤلفه گشودگی و روان‌پریشی وجود ندارد (۳۲)، اما سطوح روان رنجوری در افراد مبتلا به اختلال‌های سایکوتیک بالا است (۲۳، ۳۳).

پژوهش‌های طولی نشان داده‌اند که سطوح بالای روان رنجوری، عامل خطرسازی برای بروز اسکیزوفرنی است و سطوح بالای این صفت پس از بروز بیماری نیز تداوم می‌یابد. علاوه بر این، برخی پژوهش‌ها نیز برون‌گرایی بالاتر و گاهی مواقع تطابق‌پذیری و باوجدان بودن کمتر را در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی تأیید نموده‌اند. پژوهش‌های دیگر دریافتند که رفتارهای تکانشی و ضداجتماعی که نشانه اصلی صفات ناسازگار شخصیت هستند، از عوامل خطر ساز محیطی نظیر سوءاستفاده و غفلت در کودکی ناشی شده‌اند (۳۴). این صفات ناسازگار شخصیت از طریق عدم حساسیت به تجربه طرف مقابل و تمایل به نشان دادن واکنشی پرخاشگرانه و تکانشی به عواطف منفی هم با ارتکاب خشونت روان‌شناختی از طرف شریک زندگی و هم با قربانی این نوع خشونت شدن رابطه دارد (۳۵)؛ با این حال، پژوهش‌های انجام‌شده درباره رابطه بین ابعاد بیمارگونه شخصیت و روان‌پریشی، محدود بوده و اغلب، افراد مبتلا به اختلال‌های سایکوتیک با افراد سالم مقایسه شده‌اند. در رابطه با نقش ویژگی‌های شخصیت پاتولوژیک در رابطه با IVP و تجارب سایکوتیک، پژوهشی انجام نشده است. در پژوهش‌های انجام شده، اغلب سلامت روان زنان قربانی خشونت به‌عنوان پیامد تجربه IPV مورد بررسی قرار گرفته است و اثر سازه‌های شخصیتی میانجی، تعدیل‌کننده و تقویت‌کننده مورد توجه قرار نگرفته است. در حمایت از این ایده پژوهش حاضر، برخی پژوهش‌ها نشان

1. psychoticism
2. Bastiaens
3. Jackson
4. Heath



داده‌اند که مواجهه با IPV خطر ایجاد صفات سنگدلی-بی‌عاطفه بودن را افزایش می‌دهد (۳۶). علاوه بر این، بارکر و سالکین^۱ (۳۷) دریافتند که تجربیات اجتماعی منفی نظیر قربانی زورگویی همسالان شدن می‌تواند وقوع هم‌زمان صفات سنگدلی-بی‌عاطفه بودن و مشکلات روان‌شناختی را به دنبال داشته باشد. با توجه به شیوع IVP، پیامدها و عوارض ناشی از آن ازجمله: تجربیات سایکوتیک، توجه اندک به رابطه بین ویژگی‌های شخصیت پاتولوژیک مبتنی بر DSM-5 و تجربیات سایکوتیک زنان آزاردیده، پژوهش حاضر با هدف پاسخ به این سؤال انجام شد که آیا بین ویژگی‌های شخصیتی پاتولوژیک مبتنی بر DSM-5 (PID-5) و تجارب سایکوتیک زنان آزاردیده مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی رابطه دارد؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان آزار دیده مراجعه‌کننده به مراکز خدمات سلامت روان شهر کرج و دارای سابقه مراجعه به پزشکی قانونی استان البرز در سال ۱۳۹۸ بود. شکایت همه آن‌ها این بود که توسط همسر خود مورد آزار و اذیت قرار گرفته‌اند و پزشکان قانونی نیز پس از معاینات جسمی صدمات وارده را تأیید کردند. تعداد اعضای نمونه با استفاده از فرمول کرجسی-مورگان ۳۸۴ نفر (حداکثر حجم نمونه ممکن) برآورد گردید. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد. در مرحله اول، از زنان مراجعه‌کننده به مراکز خدمات سلامت روان شهر کرج (مرکز راهنمایی و مشاوره پیوند، مرکز مشاوره و روانشناسی همراز، کلینیک مشاوره معنا، کلینیک مشاوره پیوند) افرادی انتخاب شدند که دارای سابقه مراجعه به پزشکی قانونی استان البرز بودند. آزاردیدگی شرکت‌کنندگان بر اساس گزارش آن‌ها و

متخصصان پزشکی قانونی تأیید شده است. سپس با آن‌ها تماس گرفته شد و ضمن توضیح اهداف پژوهش از آن‌ها خواسته شد تا به سؤال‌های آزمون‌ها پاسخ دهند. درنهایت، پس از اعلام آمادگی شرکت‌کنندگان، ابزارهای پژوهش از طریق شبکه‌های اجتماعی (واتساپ یا تلگرام) برای آن‌ها ارسال و پاسخ‌های آن‌ها دریافت شد. ملاک‌های ورود شامل زن بودن، تأیید آزار توسط متخصصان پزشکی قانونی، سن بین ۲۰ تا ۶۰ سال، توانایی خواندن و نوشتن، توانایی تکلم به زبان فارسی، عدم ابتلا به اختلال ناشنوایی و نابینایی و تمایل به شرکت در پژوهش بود. ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در پژوهش، تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و اجتناب از هرگونه آسیب رساندن به آن‌ها بود. برای تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون و مدل یابی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای آماری SPSS-22 و Lisrel 8.8 استفاده شد. برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر بکار رفت:

نسخه ۱۶ ماده‌ای پرسشنامه پیش‌مرضی (16-item version of the Prodromal Questionnaire): برای اندازه‌گیری تجارب سایکوتیک از پرسشنامه پیش‌مرضی برای ارزیابی خطر ابتلا به روان‌پریشی نسخه هنجار شده در پژوهش لوی^۲ و همکاران (۳۹) استفاده شد. این پرسشنامه وجود علائم خفیف مثبت و منفی روان‌پریشی‌گرایی را با استفاده از مقیاسی دو درجه‌ای (درست/ غلط) ارزیابی می‌کند. در صورتی که شرکت‌کننده گزینه درست را انتخاب کند، از او خواسته می‌شود که میزان آشفتگی خود را با استفاده از یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (۰=هیچ آشفتگی‌ای، ۳=آشفتگی بسیار زیادی) نشان دهد. نمره کلی اولیه از ۰ تا ۱۶ متغیر است. نمره مقیاس آشفتگی نیز

2. Levey

1. Barker & Salkin



از ۰ تا ۹۶ متغیر است. هنگامی که از نمره کلی علائم برای نمره‌گذاری استفاده شود، نقطه برش ≤ 6 به عنوان شرایط سلامت روان مناسب (۲۹) و هنگامی که از نمره آشفتگی استفاده شود، نقطه برش ≤ 8 به عنوان شرایط سلامت روان مناسب در نظر گرفته می‌شود. در این پژوهش از نسخه هنجار شده در پژوهش Levey و همکاران (۳۹) استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی لوی و همکاران (۳۰) یک ساختاری چهار عاملی را استخراج کرد که در مجموع ۴۴ درصد واریانس کل پرسشنامه را تبیین کرد. این چهار عامل عبارت‌اند: از احساس ناپایدار بودن خود؛ افکار انتساب/پارانویا؛ حساسیت به تجارب حسی؛ علائم منفی. در این پژوهش برای تعیین روایی و اعتبار پرسشنامه از روش‌های تحلیل عاملی تأییدی و همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) استفاده شد. شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی پس از اعمال شاخص‌های اصلاح و همبسته کردن مسیر خطای سؤال دوم و ششم و سؤال هشتم و دهم ($RFI=0.93$, $IFI=0.95$, $NFI=0.94$, $CFI=0.95$)، برازندگی مدل ($NNFI=0.94$, $GFI=0.88$, $RMSEA=0.091$) حاکی از مقیاس‌های احساس ناپایدار بودن خود، افکار انتساب/پارانویا، حساسیت به تجارب حسی و علائم منفی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۸۹ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۲ برآورد شد.

فرم کوتاه پرسشنامه شخصیتی PDI-5: این پرسشنامه بر اساس نسخه تجدیدنظر شده پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و با یک رویکرد ابعادی به نام PDI-5 توسط کروگر و همکاران طراحی و معرفی شده است. این پرسشنامه شامل دو فرم بلند ۲۲۰ سؤالی و کوتاه ۲۵ سؤالی است که با مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت از صفر (کاملاً اشتباه) تا ۳ (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه، پنج حوزه کلی و ۲۵ وجه را شامل می‌شود.

حوزه‌های کلی عبارت‌اند از: هیجان‌پذیری منفی، دل‌گسستگی، مخالفت‌جویی، مهارگسستگی و روان‌پریشی‌گرایی (۲۶). مطالعات انجام‌شده در خصوص این پرسشنامه نشان‌دهنده ویژگی‌های قابل‌قبول پرسشنامه است. روایی سازه و ساختار پنج عاملی آن در پژوهش‌های متعددی از جمله گوئیرز^۱ و همکاران، باستینز^۲ و همکاران تأیید شده است (۴۰). ساختار عاملی این پرسشنامه در ایران توسط نیری و همکاران (۴۰) بررسی شده است. ساختار پنج عاملی آن ۷۰ درصد از کل واریانس را تبیین کرده است. روایی محتوایی و همسانی درونی پرسشنامه را مناسب گزارش کردند. روایی پرسشنامه به روش هم‌زمان و با استفاده از پرسشنامه نئو مناسب بوده است. در پژوهش حاضر از نسخه ۲۵ ماده‌ای استفاده شد. شاخص‌های تحلیل عاملی تأییدی پس از اعمال شاخص‌های اصلاح و همبسته کردن مسیر خطای سؤال دوم و سوم و سؤال سوم و نوزدهم ($RFI=0.91$, $IFI=0.95$, $NFI=0.93$, $CFI=0.94$, $GFI=0.85$, $RMSEA=0.097$) حاکی از برازندگی مدل بود، به علاوه اعتبار پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مهارگسستگی، دل‌گسستگی، روان‌پریشی‌گرایی، هیجان‌پذیری منفی و مخالفت‌جویی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۴ و ۰/۸۵ برآورد شد.

یافته‌ها

از مجموع ۳۸۴ پرسشنامه توزیع‌شده، ۳۳۱ پرسشنامه واجد ملاک‌های لازم برای تجزیه و تحلیل بود. دامنه سنی بین ۲۰ تا ۶۰ سال و میانگین سنی $11/09 \pm 41/13$ بود. از این تعداد ۹۴ نفر (۲۸/۴۰ درصد) زیر ۳۰ سال، ۱۱۸ نفر (۳۵/۶۵ درصد) بین ۳۰ تا ۴۰ سال، ۶۳ نفر (۱۹/۰۳ درصد) بین ۴۱ تا ۵۰ سال و ۵۶ نفر (۱۶/۹۲ درصد) بالای ۵۰ سال سن داشتند. قبل از تحلیل داده‌ها، متغیرهای پژوهش برای

1. Gutierrez
2. Bastiaens



نشان‌دهنده فقدان هم خطی بودن چندگانه است (۳۳). در جدول ۱ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش بیان‌کننده تأیید فرضیه فقدان هم خطی بودن چندگانه است.

احتمال تخطی از کدگذاری و مفروضه‌های آماری بررسی شدند. برای بررسی مفروضه نرمال بودن داده‌های توزیع روش کلوموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش از مفروضه نرمال بودن تخطی ندارند. همچنین همبستگی‌های کمتر از ۰/۸۰

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. مهارگسستگی	-					
۲. دل گسستگی	۰/۲۹**	-				
۳. روان‌پریشی گرایی	۰/۳۳**	۰/۲۹**	-			
۴. هیجان‌پذیری	۰/۳۰**	۰/۱۷**	۰/۴۸**	-		
۵. مخالفت جویی	۰/۴۳**	۰/۱۰	۰/۳۸**	۰/۲۶**	-	
۶. تجارب سایکوتیک	۰/۴۴**	۰/۳۵**	۰/۴۹**	۰/۳۶**	۰/۴۱**	-
میانگین	۶/۱۷	۶/۰۷	۷/۵۹	۱۰/۳۸	۶/۰۲	۲۰/۸۲
انحراف معیار	۴/۵۹	۴/۵۱	۵/۳۶	۵/۲۸	۵/۰۷	۱۴/۷۱

مخالفت جویی و هیجان‌پذیری منفی وارد معادله رگرسیون شده است. قبل از تحلیل داده‌ها مفروضه استقلال باقیمانده‌ها به کمک آماره دوربین واتسون و بررسی هم خطی چندگانه متغیرهای مستقل به کمک شاخص تحمل و آماره VIF بررسی شد. مقدار آماره دوربین واتسون ۱/۲۴ محاسبه شد که حاکی از عدم تخطی از مفروضه استقلال باقیمانده‌ها است. همچنین مقدار شاخص تحمل و آماره VIF نشان‌دهنده عدم هم خطی بودن چندگانه است.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشترین مقدار همبستگی بین روان‌پریشی گرایی و تجارب سایکوتیک وجود دارد ($p < ۰/۰۱$). به علاوه، کمترین همبستگی بین دل گسستگی و مخالفت جویی مشاهده می‌شود ($p > ۰/۰۵$). برای پیش‌بینی تجارب سایکوتیک از طریق ویژگی‌های شخصیتی پاتولوژیک مبتنی بر DSM-5 از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام استفاده شد (جدول ۲). نتایج نشان می‌دهد که هر پنج متغیر روان‌پریشی گرایی، مهارگسستگی، دل گسستگی،

جدول ۲- نتایج تحلیل رگرسیون تجارب سایکوتیک از طریق ویژگی‌های شخصیتی پاتولوژیک مبتنی بر DSM-5

متغیر	همبستگی	مجذور همبستگی	F	بتای غیراستاندارد	خطای استاندارد	بتای استاندارد	t	p	تحمل	VIF
روان‌پریشی گرایی	۰/۴۹	۰/۲۴	۱۰۵/۶۴	۰/۷۱	۰/۱۵	۰/۲۶	۴/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۵۰
مهارگسستگی	۰/۵۸	۰/۳۳	۸۱/۵۳	۰/۶۳	۰/۱۶	۰/۲۰	۳/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱/۳۷
دل گسستگی	۰/۶۰	۰/۳۶	۶۰/۸۹	۰/۶۱	۰/۱۵	۰/۱۹	۴/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۱۵
مخالفت جویی	۰/۶۲	۰/۳۸	۵۰/۷۷	۰/۵۲	۰/۱۵	۰/۱۸	۳/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۳۴
هیجان‌پذیری	۰/۶۳	۰/۳۹	۴۱/۸۱	۰/۲۸	۰/۱۴	۰/۱۰	۲/۰۲	۰/۰۴	۰/۷۵	۱/۳۴



نتایج تحلیل رگرسیون تجارب سایکوتیک نشان داد که مدل اول (روان‌پریشی گرایی) ۲۴ درصد از واریانس مشاهده‌شده تجارب سایکوتیک را توجیه می‌کند. اضافه شدن مدل دوم (مهارگسستگی)، مدل سوم (دل‌گسستگی) و مدل چهارم (مخالفت جویی) و مدل پنجم (عاطفه منفی) به ترتیب سبب افزوده شدن ۹، ۳، ۲ و ۱ درصد به واریانس قبلی می‌شود. بدین ترتیب پنج مدل روی هم ۳۹ درصد واریانس تجارب سایکوتیک را تبیین می‌کنند. بر این اساس اگر روان‌پریشی گرایی به‌اندازه یک واحد افزایش یابد، این تغییر به‌اندازه ۰/۲۶ نمرات تجارب سایکوتیک را افزایش می‌دهد. به‌علاوه یک واحد افزایش در مهارگسستگی، دل‌گسستگی، مخالفت جویی و هیجان‌پذیری منفی به ترتیب به‌اندازه ۰/۲۰، ۰/۱۹، ۰/۱۸ و ۰/۱۰ واحد به تجارب سایکوتیک می‌افزاید. آماره t و سطح معنی‌داری آن (P) که کوچک‌تر از ۰/۰۵ است. این فرضیه که ضریب تفکیکی روان‌پریشی گرایی، مهارگسستگی، دل‌گسستگی، مخالفت جویی و هیجان‌پذیری منفی برابر با صفر است را رد می‌کند و در نتیجه احتمال دارد که بین این پنج متغیر و تجارب سایکوتیک رابطه خطی وجود داشته باشد. به‌علاوه بر اساس ضرایب ستون B می‌توان معادله رگرسیون را به شرح زیر نوشت:

$$+X_3 + 0.19X_2 + 0.26X_1 = \text{تجارب سایکوتیک} + 0.18X_3 + 0.10X_4$$

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی پاتولوژیک مبتنی بر DSM-5 (PID-5) و تجارب سایکوتیک زنان آزار دیده مراجعه‌کننده به مراکز خدمات سلامت روان شهر کرج و دارای سابقه مراجعه به پزشکی قانونی استان البرز انجام شد. نتایج نشان داد که پنج متغیر روان‌پریشی گرایی، مهارگسستگی، دل‌گسستگی، مخالفت

جویی و هیجان‌پذیری منفی پیش‌بینی‌کننده تجارب سایکوتیک هستند. اگرچه پژوهشی که به‌طور مستقیم به این موضوع نپرداخته بود اما نتایج این پژوهش با اندک یافته‌های مبتنی بر مدل PID-5 و ۵ عاملی شخصیت (۲۲، ۲۵، ۲۸، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴) همسو است.

یافته‌های تیم^۱ و همکاران (۴۲) نشان‌دهنده رابطه بین همه مقیاس‌های اصلی و فرعی PID-5 و باورهای شخصیتی پاتولوژیک بود. آن‌ها دریافتند که شکاکیت با باورهای پارانوئیدی و گریز از صمیمیت با باورهای اسکیزوئید همبستگی بالایی دارد. به‌علاوه سنگدلی و فریب‌کاری با باورهای ضداجتماعی و افسردگی‌پذیری، مضطرب بودن، بی‌لذتی، ناپایداری هیجانی و شکاکیت با باورهای شخصیت مرضی همبسته بود. توجه جویی با باورهای هیسترونیک، حسادت با باورهای نارسیستی، ناامنی در جدایی با باورهای وابستگی و کمال‌گرایی نامنعطف با باورهای وسواسی اجباری همبسته بود. لانگن کر^۲ و همکاران (۴۱) گزارش کردند که صفات شخصیت مرضی که از طریق PID-5 و پرسشنامه شخصیت اسکیزوتایپال اندازه‌گیری می‌شوند در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و افراد مبتلا به اختلال دوقطبی در مقایسه با گروه‌های دیگر بالاتر است. موریرا^۳ و همکاران (۲۵) دریافتند که ابعاد شخصیتی با نشانگان آسیب‌شناسی ازجمله جسمانی سازی، وسواس - اجباری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، اضطراب فوبیک، ایده‌های پارانوئید و سایکوتیسم رابطه دارد. هانتر^۴ و همکاران (۴۳) گزارش کردند که بعد سایکوتیسم PID-5 قادر به تمایزگذاری بین دانشجویان اسکیزوتایپی و دانشجویان عادی است. شی^۵ و همکاران (۲۲) نشان دادند که روان رنجور خویی با تجارب

1. Thimm
2. Longenecker
3. Moreira
4. Hunter
5. Shi



پیوستار روان‌پریشی محسوب می‌شود که به‌خوبی در جوامع غیر بالینی گسترش یافته است.

به‌علاوه بعد مهارگسستگی PID-5 در مقابل بعد وجدان‌گرایی مدل پنج‌عاملی شخصیت است و با ویژگی‌هایی چون گرایش به ارضای فوری نیاز، عدم مسئولیت‌پذیری، تکانش‌گری، حواس‌پرتی و خطرپذیری مشخص می‌شود. بعد دل‌گسستگی PID-5 در مقابل برون‌گرایی مدل ۵ عاملی شخصیت است و با کناره‌گیری، اجتناب از صمیمیت، فقدان احساس لذت، افسردگی، هیجان‌پذیری محدود و بدگمانی تظاهر پیدا می‌کند. بعد مخالفت جویی PID-5 در مقابل بعد توافق‌پذیری مدل پنج‌عاملی شخصیت است و با ویژگی‌هایی مانند سنگ‌دلی، ستیزه‌جویی، بازی دادن دیگران، خودبزرگ‌بینی و توجه‌طلبی مشخص می‌شود و درنهایت بعد هیجان‌پذیری منفی PID-5 معادل روان‌رنجور جویی مدل ۵ عاملی شخصیت است و با ویژگی‌هایی چون بی‌ثباتی هیجانی، مضطرب بودن، ناامنی، هیجان‌پذیری محدود، ناامنی جدایی و درجامندگی تظاهر پیدا می‌کند (۲۷). کارونوا^۲ و همکاران (۱۶) معتقدند که سطوح بالاتر برون‌گرایی، توافق‌پذیری و ثبات هیجانی با راهبردهای هیجانی سازگارانه‌تر و راهبردهای مقابله‌ای سودمندتر مرتبط هستند و در ادامه منجر به این می‌شوند تا افراد ارزیابی مثبت‌تری از تجارب سایکوتیک داشته باشند، درحالی‌که پاتولوژی‌های شخصیتی مرضی با توجه نقش غالب آن‌ها در نحوه پاسخ بیماران به درمان، یک عامل تهدیدآمیز و یک عامل منفی برای پیامدهای درمانی مثبت در نظر گرفته می‌شوند (۴۵) این پاتولوژی‌های شخصیتی حمایت جویی را کاهش می‌دهد و باعث می‌شوند تا هنگام شروع تجارب سایکوتیک شدید، افراد آسیب‌پذیرتر باشند (۴۵). روابط مشاهده‌شده بین ابعاد

سایکوتیک رابطه مثبت دارد، درحالی‌که برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق‌پذیری و وجدان‌گرایی با تجارب سایکوتیک رابطه منفی داشت. همسو با چنین نتایجی سالدانها-سیلوا^۱ و همکاران (۴۴) گزارش کردند که روان‌رنجور جویی، وجدان‌گرایی، گشودگی به تجربه و توافق‌پذیری به‌طور قابل‌توجهی با علائم معمول اختلال شخصیت مرزی رابطه دارند.

در تبیین ابعاد پنج‌گانه PID-5 با تجارب سایکوتیک لانگن کر و همکاران (۴۱) معتقدند یک ویژگی مهم مدل PID-5 این است که یک ساختار سلسله‌مراتبی را شکل می‌دهد و در آن هر یک از پنج حوزه، سطح بالاتر بر پنج جنبه وجهی (فرعی) قرار دارد که ویژگی‌های ریزساختاری را روشن می‌کند. فنوتیپ‌های رایج در اختلال‌های سایکوتیک ممکن است در سطوح مرتبه بالاتر مشاهده شوند و این سطوح مرتبه بالاتر ممکن است آسیب‌پذیری برای اختلال‌های سایکوتیک را تحت تأثیر قرار دهد. بعد سطح بالاتر روان‌پریشی گرایی PID-5 با دامنه گسترده‌ای از رفتارها و شناخت‌هایی که به لحاظ فرهنگی نامتعارف و عجیب‌وغریب هستند از جمله فرایندهای فکری و تجارب نامعمول، گسست از خویشتن، گسست از واقعیت، تجارب تجزیه‌ای، تجارب کنترل فکر، افکار عجیب و غیرقابل‌پیش‌بینی، ظاهر و گفتار نامتعارف و تجارب نامعمول از واقعیت مشخص می‌شود (۲۷). باستنیز و همکاران (۲۸) معتقدند که ویژگی‌های بالینی روان‌پریشی شامل تظاهرات زیر آستانه‌ای بالینی است و وجود روان‌پریشی گرایی در گروه بیماران فاقد تشخیص اختلال سایکوتیک مطابق با این باور است. این تظاهرات زیر آستانه‌ای به‌عنوان تجربیات سایکوتیک، آمادگی برای روان‌پریشی، حالات روانی در معرض خطر یا علائم سایکوتیک مختصر متناوب برچسب زده می‌شوند و بخشی از



پنج‌گانه PID-5 با تجارب سایکوتیک در این پژوهش هماهنگ با یافته‌های محققانی چون لانگن کر و همکاران (۴۱) و باستنیز و همکاران (۲۸) که نشان دادند در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی و سایر اختلال‌های سایکوتیک هیجان پذیری منفی، دل‌گسستگی، مهارگسستگی، روان‌رنجور خوبی بالا و در مقابل برون‌گرایی و وجدان‌گرایی پایین است، از چنین ایده‌ای حمایت کرد.

در تبیین ارتباط شخصیت و آسیب‌شناسی اختلالات سایکوتیک مدل رابطه پاتو پلاستیک^۱ (۴۶)، تئوری آسیب‌پذیری^۲ (۴۵) مورد استفاده قرار گرفته است. دیدگاه پاتو پلاستیک به تأثیر شخصیت و آسیب‌شناسی روانی بر شکل‌گیری، پدیدآیی و بروز یکدیگر اشاره دارد. در این دیدگاه شخصیت، بیانگر نحوه فکر کردن، احساس کردن، رفتار کردن و با دیگران ارتباط برقرار کردن فرد است و اختلال‌های روانی نیز نارسایی‌های معنادار از نظر بالینی در یک یا چند حوزه عملکرد روان‌شناختی دانسته شده است؛ بنابراین، این پیدایش، روند رشد و درمان نارسایی‌های ایجادشده در افکار یا احساسات فرد، تحت تأثیر نحوه فکر کردن و احساس کردن پیشین او است (۲۱). در حمایت از دیدگاه پاتو پلاستیک مطالعات متعدد نشان داده‌اند که ویژگی‌های شخصیتی با آسیب‌های روانی از جمله اختلالات سلامت روان، نقص‌های کارکردی روان‌شناختی، مشکلات رفتاری، اختلال‌های شخصیت، مشکلات جنسی و اختلال طیف اسکیزوفرنی مرتبط است (۴۷).

تئوری آسیب‌پذیری نشان می‌دهد که ویژگی‌های شخصیتی خاصی ممکن است فرد را در معرض ابتلا به یک وضعیت روان‌پریشی قرار دهد. بر اساس این تئوری پاتولوژی‌های شخصیتی مرضی از جمله هیجان‌پذیری منفی و روان‌رنجور

خوبی منعکس‌کننده میزانی است که در آن، فرد دنیا را تهدیدآمیز یا استرس‌آور دریافت و تجربه می‌کند. احتمال بیشتری دارد که چنین افرادی، هیجان‌های منفی از جمله اضطراب، افسردگی، خشم، شرم و گناه را با شدت بیشتر و فراوان‌تر تجربه کنند، از گستره وسیعی از مشکلات رنج بکشند، احساس بی‌کفایتی و حقارت کنند و سطوح بالاتری از پاتولوژی‌های روانی را گزارش کنند (۴۸). در حمایت از این تئوری اوسیلب هان^۳ و همکاران (۴۹) معتقدند که جنبه‌های شخصیتی ممکن است رویکردی بسیار ظریف‌تر برای ایجاد تأثیرات شخصیت در فرآیندهای مرتبط با سلامت ارائه دهد.

با توجه به اینکه نمونه این پژوهش را زنان آزاردیده مراجعه‌کننده به مراکز خدمات سلامت دارای سابقه مراجعه به پزشکی قانونی تشکیل داد نتایج این مطالعه بیشتر نقش تفاوت‌های فردی در پاسخ‌های زنان به IPV را روشن می‌کند. درحالی‌که پژوهش‌های قبلی نقش تفاوت در سبک‌های بین فردی را برجسته کرده است (۵۰، ۵۱)، نتایج این مطالعه، اثر ویژگی‌های شخصیتی پاتولوژیک را برجسته می‌سازد که به‌طور کلی جنبه‌های اصلی شخصیت محسوب می‌شوند. ادبیات مربوط به مداخلات بالینی به‌طور فزاینده‌ای بر نقش ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی و سایر جنبه‌های ویژگی‌های فردی، هم‌به‌عنوان وسیله‌ای برای تنظیم و انتخاب پروتکل‌های درمانی مناسب و هم‌به‌عنوان یک مداخله درمانی، تأکید کرده است. در این مطالعه بر خلاف پژوهش‌های گذشته که به بررسی نقش ویژگی‌های شخصیتی در تجارب سایکوتیک جمعیت‌های عادی و با تعداد نمونه محدود پرداخته‌اند (۵۲، ۵۳) این پژوهش روی یک گروه بالینی (زنان در معرض خشونت همسر) انجام شده است.

^۱.pathoplastic relationship

^۲.vulnerability theory

^۳.OSuilleabhain



است در معرض خطر این نوع خشونت دوطرفه باشند، کمک کند. این دانش می‌تواند به متصدیان و سیاست‌گذاران در هدف قرار دادن جمعیت خاص در معرض IVP در برنامه‌های جلوگیری از خشونت کمک کند. پژوهش حاضر یک مبنای تجربی برای طراحی و تدوین برنامه‌های مداخله‌ای فراهم می‌کند. چنین برنامه‌ای هدفش باید افزایش تاب‌آوری و کاهش اثرات منفی روان‌شناختی IVP باشد.

نتیجه‌گیری

جمع‌بندی یافته‌های پژوهش حاکی از رابطه ویژگی‌های شخصیتی پاتولوژیک مبتنی بر DSM-5 (PID-5) با تجارب سایکوتیک زنان آزاردیده بود و یافته‌ها مشخص کرد پنج بعد PID-5 شامل روان‌پریشی گرایشی، مهارگسستگی، دل‌گسستگی، مخالفت جویی و هیجان‌پذیری منفی پیش‌بینی‌کننده تجارب سایکوتیک هستند. یافته‌های این پژوهش بر لزوم در نظر گرفتن ویژگی‌های شخصیتی توسط متخصصان، درمانگران و برنامه‌ریزان به هنگام کار با زنان آزاردیده و به‌طور خاص در مراکز مشاوره‌ای و درمانی در مطالعه IPV تأکید می‌کند، زیرا چنین عواملی به‌احتمال در بروز و تداوم شکل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی تأثیر می‌گذارد.

تشکر و قدردانی

از کلیه زنان شرکت‌کننده در این پژوهش صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد. این مقاله مستخرج از رساله دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند است که دارای کد اخلاق به شناسه IR.BUMS.REC.1399.040 از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند می‌باشد. از این‌رو، از زحمات کلیه مسئولان دانشگاه و به‌طور خاص معاونت پژوهشی سپاسگزاریم.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

این پژوهش دارای محدودیت‌هایی است. ابتدا، این ارزیابی تجارب سایکوتیک با استفاده از ابزارهای خود گزارش‌دهی انجام‌شده است، لذا امکان بیش برآورد تجربیات سایکوتیک وجود دارد. پژوهش‌ها ثابت کرده‌اند که هنجارهای فرهنگی می‌توانند بر خود گزارش‌دهی‌های مرتبط با درماندگی و آسیب‌های روان‌شناختی مؤثر باشند. دو، با توجه به ماهیت پژوهش که همبستگی است، استنباط روابط علی و معلولی امکان‌پذیر نیست. سوم، این مطالعه فقط بر روی زنان انجام‌شده است و جهت متمایزسازی گروه‌های بهنجار از افراد دارای اختلال‌های سایکوتیک یا حتی نمره بالاتر هیچ نقطه برشی در نظر گرفته نشده است. در سال‌های اخیر میزان و تعداد زنانی که علیه همسرشان مرتکب خشونت شده‌اند، به‌شدت افزایش یافته است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با تمرکز بر روی گروه‌های بالینی انجام شود، جهت‌گیری‌های سنی و جنسی لحاظ شود و روابط بین متغیرها به‌طور جداگانه برحسب جنس و سن بررسی شود. در پژوهش‌های آتی برای جمع‌آوری داده‌ها از رویکردهای ترکیبی (چند روشی) ازجمله مشاهدات رفتاری یا مصاحبه‌های تشخیصی استفاده شود. علی‌رغم این محدودیت‌ها این نتایج کاربردهای بالینی دارد. تلاش برای کاهش مواجهه با تجارب آسیب‌زا در زندگی زناشویی و ارائه درمان مؤثر برای افراد در معرض خطر، یک چالش اساسی برای سلامت عمومی است. به‌علاوه از آنجا که تمایل افراد به رفتار پرخاشگرانه نسبت به شریک زندگی، تحت تأثیر ویژگی‌های شخصیتی آن‌ها است، ارزیابی شخصیت مراجعان توسط متخصصان بالینی در ابتدای درمان اختلال‌های مرتبط به IPV و پرداختن به این عوامل شخصیتی که ممکن است با سلامت مراجعان در ارتباط باشد، مفید است. شناسایی ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با رفتارهای ارتکاب و قربانی شدن IPV می‌تواند به شناسایی افرادی که ممکن



References

1. Yu R, Nevado-Holgado AJ, Molero Y, D'Onofrio BM, Larsson H, Howard LM. Mental disorders and intimate partner violence perpetrated by men towards women: A Swedish population-based longitudinal study. *PLoS Med*. 2019;16(12):e1002995. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31846461/>
2. Keynejad RC, Hanlon SH, Howard LM. Psychological interventions for common mental disorders in women experiencing intimate partner violence in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiat*. 2020;7(2):173-90. [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(19\)30510-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(19)30510-3/fulltext)
3. Benavides M, Leon J, Etesse M, Espezuza L, Stuart J. Exploring the association between segregation and physical intimate partner violence in Lima, Peru: the mediating role of gender norms and social capital. *SSM-Population Health*. 2019;7:13-38. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6308259/>
4. Sanz-Barbero B, Baron N, Vives-Cases C. Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS ONE*. 2019;4(10):e0221049. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0221049>
5. Coll CV, Ewerling F, Garcia-Moreno C, Hellwig F, Barros AJ. Intimate partner violence in 46 low-income and middle-income countries: an appraisal of the most vulnerable groups of women using national health surveys. *BMJ Global Health*. 2020;5:e002208. <https://gh.bmj.com/content/5/1/e002208>
6. Chernet AG, Cherie KT. Prevalence of intimate partner violence against women and associated factors in Ethiopia. *BMC Women's Health*. 2020;20(22):1-7. <https://bmcmwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-020-0892-1>
7. Gubi, D, Nansubuga E, Wandera SO. Correlates of intimate partner violence among married women in Uganda: A cross-sectional survey. *BMC Public Health*; 2020;20:1008. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09123-4>
8. Derakhshanpour F, Mahboobi HR, Keshavarzi S. Prevalence of domestic violence against women. *J Gorgan Univ Med Sci*. 2014;16(1):126-31. <http://goums.ac.ir/journal/article-1-1986-en.html>
9. Moasheri M, Miri MR, Abou Alhasan Nezhad V, Hedayati H, Zangoie M. Survey of prevalence and demographical dimensions of domestic violence against women in Birjand. *Modern Care Journal*. 2012;9(33):32- 9. <http://bsid.bums.ac.ir/dspace/handle/bums/5227>
10. Dugal C, Girard M, Belanger C, Sabourin S, Bates E A, Godbout N. Psychological intimate partner violence and childhood cumulative trauma: the mediating role of affect dysregulation, maladaptive personality traits, and negative urgency. *J Interpers violence*. 2018;8(2):743-69. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260518801022>
11. Mukamana JJ, Machakanja P, Adjei NK. Trends in prevalence and correlates of intimate partner violence against women in Zimbabwe, 2005–2015. *BMC Int Health Hum Rights*. 2020;20(1):2. <https://bmcinthealthhumrights.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12914-019-0220-8>
12. DeVlyder J E, Burnette D, Yang LH. Co-occurrence of psychotic experiences and common mental health conditions across four racially and ethnically diverse population samples. *Psychol Med*. 2014;44(16):3503-13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25065632/>
13. Shah R, Von Mach T, Fedina L, Link B, DeVlyder J. Intimate partner violence and psychotic experiences in four US cities. *Schizophr Res*. 2018;195(2):506-12. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996417305741>
14. Knight C, Russo R, Stochl J, Croudace T, Fowler D, Grey N, Reeve N, Jones PB, Perez J. Prevalence of and recovery from common mental disorder including psychotic experiences in the UK Primary Care Improving

- Access to Psychological Therapies (IAPT) Program. *J Affect Disord.* 2020;272:84-90. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32379625/>
15. Van Os, Reininghaus U. Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry.* 2016;15(2):118-24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27265696/>
 16. Kuranova A, Booi SH, de Jonge P, Jeronimus B, Lin A, Wardenaar KJ, Wichers M, Wigman TW. Don't worry, be happy: Protective factors to buffer against distress associated with psychotic experiences. *Schizophr Res.* In Press. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0920996420302711>
 17. Rossell SL, Schutte MJ, Toh WL, Thomas N, Strauss C, Linszen MM, Sommer IE. The questionnaire for psychotic experiences: an examination of the validity and reliability. *Schizophr bull.* 2019;45(1):78-87. https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/45/Supplement_1/S78/5305658
 18. Boyda D, McFeeters, D, Shevlin, M. Intimate partner violence, sexual abuse, and the mediating role of loneliness on psychosis. *Psychosis.* 2015;7(1):1-13. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17522439.2014.917433>
 19. Yalch MM. Personality as a moderator of domestic violence and depressive symptoms in a community sample of women. Michigan State University, Psychology; 2012.
 20. Mengo C, Small E, Black, B. Intimate partner violence and women's mental health: The mediating role of coping strategies among women seeking help from the police. *J Interpers Violence.* 2017;2(8):28-43. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29294903/>
 21. Widiger TA, Smith GT. Personality and psychopathology. In: John OP, Robins R, Pervin LA (eds). *Handbook of personality: theory and research*, 3rd ed. New York: Guilford; 2008.
 22. Shi J, Yao Y, Zhan C, Mao Z, Yin F, Zhao X. The relationship between big five personality traits and psychotic experience in a large non-clinical youth sample: The mediating role of emotion regulation. *Front Psychiatry.* 2018;9: 648. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6288374/>
 23. Boyette LL, Korver-Nieberg N, Verweij K, Meijer C, Dingemans P, Cahn W, de Haan L. Associations between the Five-Factor Model personality traits and psychotic experiences in patients with psychotic disorders, their siblings and controls. *Psychiatry Research.* 2013;2(10):491-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23890697/>
 24. Salazar M, Dahlblom K, Solorzano L, Herrera A. Exposure to intimate partner violence reduces the protective effect that women's high education has on children's corporal punishment: A population-based study. *Glob Health Action.* 2014;7(1):24774. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v7.24774>
 25. Moreira P A, Pinto M, Cloninger C R, Rodrigues D, Da Silva C F. Understanding the experience of psychopathology after intimate partner violence: The role of personality. *Peer J.* 2019;7:e6647.
 26. Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychol Med.* 2012;42(9):1879-90. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6445246/>
 27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC: Author; 2013.
 28. Bastiaens T, Smits D, De Hert M, Thys E, Bryon H, Sewers K & Van Bouwel L. The relationship between the personality inventory for the DSM-5 (PID-5) and the psychotic disorder in a clinical sample. *Assessment.* 2019;26(2):315-23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29214869/>
 29. Heath LM, Drvaric L, Hendershot CH, Quilty LA, Bagby RM. Normative and maladaptive personality trait models of mood, psychotic, and substance use disorders. *J Psychopathol Behav Assess.* 2018;40(4):606-13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30459484/>



30. Esmailzadeh SSH, Ahi. Q. The role of Pathological personality traits based on (PID-5) DSM-5 in the deadly sins and moral disengagement among prisoners in Birjand. *Journal of Ethics in Science and Technology*. In Press (In Persian).
31. Jackson MA, Sippel ML, Mota N, Whalen D, Schumacher JU. Borderline personality disorder and related constructs as risk factors for intimate partner violence perpetration. *Aggress Violent Behav*. 2015;24:95-106. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28725157/>
32. Chmielewski M, Bagby RM, Markon K, Ring AJ, Ryder AG. Openness to experience, intellect, schizotypal personality disorder, and psychoticism: Resolving the controversy. *J Pers Disord*. 2014;2(8):483-99. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24511900/>
33. Ohi K, Shimada T, Nitta Y, Kihara H, Okubo H, Uehara T, Kawasaki Y. The five-factor model personality traits in schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2016;30(2):34-41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27082867/>
34. Schimmenti A, Passanisi A, Di Carlo G, Caretti V. Abuse in childhood and psychopathic traits in a sample of violent offenders. *Psychol Trauma*. 2015;7(10):340-7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26147519/>
35. Carton H, & Egan V. The Dark Triad and intimate partner violence. *Pers Individ Differ*. 2017;10(5):84-8. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019188691630993X>
36. McDonald SE, Dmitrieva J, Shin S, Hitti SA, Graham-Bermann SA, Ascione FR, Williams JH. The role of callous/unemotional traits in mediating the association between animal abuse exposure and behavior problems among children exposed to intimate partner violence. *Child Abuse Negl*. 2017;72(2):421-42. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28918233/>
37. Barker ED, Salekin RT. Irritable oppositional defiance and callous unemotional traits: Is the association partially explained by peer victimization? *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53(11):1167-75. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22783837/>
38. Honings S, Drukker M, ten Have M, de Graaf R, Van Dorsselaer S, van Os J. Psychotic experiences and risk of violence perpetration and arrest in the general population: A prospective study. *PloS one*. 2016;11(7):125-36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4957763/>
39. Ising HK, Veling W, Loewy RL, Rietveld MW, Rietdijk J, Dragt S, Klaassen RC, Nieman DH, Wunderink L, Linszen DH, van der Gaag M. The validity of the 16-item version of the prodromal questionnaire (PQ-16) to screen for ultra high risk of developing psychosis in the general help-seeking population. *Schizophr Bull*. 2012;38(6):1288-96. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22516147/>
40. Nayeri V, Soraya S, Kamalzadeh L, Shariat S V, Borghei S M, Bayat E. Translation and psychometric of personality disorders inventory according to DMS-V. *Qom Univ Med Sci J*. 2017;10(12):87-9. http://journal.muq.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-332-1&slc_lang=en&sid=1
41. Longenecker JM, Krueger RF, Sponheim SR. Personality traits across the psychosis spectrum: A Hierarchical taxonomy of psychopathology conceptualization of clinical symptomatology. *Personal Ment Health*. 2020;14(1):88-105. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31309736/>
42. Thimm JC, Jordan C, Bach B. The personality inventory for DSM-5 short form (PID-5-SF): Psychometric properties and association with big five traits and pathological beliefs in a Norwegian population. *BMC Psychol*. 2016;4:61. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5142430/>
43. Hunter H, Bolinsky PK, Novi JH, Hudak DV, James AV, Myers KR, Schuder KM. Using the MMPI-2-RF to discriminate psychometrically identified schizotypic college students from a matched comparison sample. *J Pers Assess*. 2014;96(6):596-603. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24906115/>

44. Saldanha-Silva R, Nunes FL, Rezende HA, Mansur-Alves M. Maladaptive beliefs as mediators of the relationship between personality traits and Borderline Personality Disorder symptoms. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. 2019;36:e180016. <https://psycnet.apa.org/record/2019-33355-001>
45. Wiltink S, Nelson B, Velthorst E, Wigman JT, Lin A Baksheev G, Cosgrave E, Ross M, Ryan J, Yung AR. The relationship between personality traits and psychotic like experiences in a large non-clinical adolescent sample. *Pers Indiv Differ*. 2015;73:92-7. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886914005327>
46. Boldrini T, Tanzilli A, Pontillo M, Chirumbolo A, Vicari S, Lingiardi V. Comorbid personality disorders in individuals with an at-risk mental state for psychosis: A meta-analytic review. *Front Psychiatry*. 2019;10:429. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6625011/>
47. Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, Wyss CH, Angst J. Relationship between personality and psychopathology in a longitudinal community study: A test of the predisposition model. *Psychol Med*. 2016;46(8):1693-705. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26979285/>
48. Hankin B. Personality and depressive symptoms: stress generation and cognitive vulnerabilities to depression in a prospective daily diary study. *J Soc Clin Psychol*. 2010;29(4):369-401. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4245036/>
49. Suilleabhain PS, Hughes BM, Oommen AM, Joshi L, Cunningham M. Vulnerability to stress: Personality facet of vulnerability is associated with cardiovascular adaptation to recurring stress. *Int J Psychophysiol*. 2019;144:34-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31229589/>
50. Yalch MM, Lannert BK, Hopwood CJ, Levendosky AA. Interpersonal style moderates the effect of dating violence on symptoms of anxiety and depression. *Journal of Interpersonal Violence*. 2013; 28, 3171–3185. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260513496901/>
51. Yalch MM, Levendosky AA, Bernard NK, Bogat GA. Main and moderating influence of temperament traits on the association between intimate partner violence and trauma symptoms. *Journal of Interpersonal Violence*. 2015; 32(20):3131–3148. <https://doi.org/10.1177/0886260515596978/>
52. Nitzburg GC, Malhotra AK, DeRosse P. The relationship between temperament and character and subclinical psychotic-like experiences in healthy adults. *European Psychiatry*. 2014; 29(6): 352-357. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.11.006>
53. Nitzburg GC, Gopin CB, Peters BD, Karlsgodt KH, Malhotra, AK, DeRosse P. The relationship between temperament and character and psychotic-like experiences in healthy children and adolescents. *European Psychiatry*. 2016; 31(2): 60-65. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.07.002/>



Relationship between pathological personality traits based on DSM-5 (PID-5) and psychotic experiences of abused women referred to forensic medicine

Shiva Oghbaee¹, Qasem Ahi¹, Fatemeh Shahabizadeh¹, Ahmad Mansouri²

1. Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

2. Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Original Article

Received: 20 Jun 2020

Accepted: 10 Oct 2020

***Corresponding Author:**

Qasem Ahi, Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
TEL: +989151337399
Email: ahgh1356@yahoo.com

ABSTRACT

Introduction

Psychotic experiences have a significant relationship with a wide range of mental health problems and the predictors of these experiences have received less attention. Therefore, this study was conducted to investigate the relationship between pathological personality traits based on DSM-5 (PID-5) and psychotic experiences of abused women referred to forensic medicine.

Materials and Methods

This study was descriptive-correlational. The sample included 331 women who were referred to mental health centers, who claimed to have been abused by their husbands. Also, forensic physicians confirmed the injuries after a medical examination. They were selected by convenience sampling method in the 2020 year. Participants answered the 16-item version of the prodromal questionnaire and the personality inventory for DSM-5-short form (PID-5-SF). Research data were analyzed using SPSS22 software and multiple regression analysis.

Results

The results of regression analysis showed that the five variables of psychoticism, disinhibition, dissociation, opposition, and negative emotions predict psychotic experiences and together explain 39% of the variance of psychotic experiences.

Conclusion

The findings of this study confirmed the relationship between pathological personality traits based on DSM-5 (PID-5) and psychotic experiences of abused women referred to forensic medicine. Findings also emphasize the need for personality traits to be considered by specialists, therapists and planners when working with abused women, and especially in counseling and treatment centers in the IPV study, because such factors are likely to affect the occurrence and persistence of various forms of psychopathology.

Keywords

Abused women, Antagonism, Personality, Psychotic experiences

► **Please cite this article as:** Oghbaee Sh, Ahi Q, Shahabizadeh F, Mansouri A. Relationship between pathological personality traits based on DSM-5 (PID-5) and psychotic experiences of abused women referred to forensic medicine. J Neyshabur Univ Med Sci 2021;9(1):69-84.