

## Relationship between personality disorders and addiction severity in Iranian male drug users

Simasadat Noorbakhsh<sup>1\*</sup>, Zahra Zeinodini: Behavioral<sup>1</sup>, Zeynab Khanjani<sup>2</sup>, Hamid Poorsharifi<sup>2</sup>, Sepideh Rajezi Esfahani<sup>3</sup>, Mojgan Mohhammadzadeh<sup>4</sup>, Afsane Yoosefi<sup>5</sup>, Fahime Maliki<sup>5</sup>

1. Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) sima.nourbakhsh@gmail.com
2. Tabriz University, Department of Psychology, Tabriz, Iran. Dr Hamid Poorsharifi: Tabriz University, Department of Psychology, Tabriz, Iran.
3. Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Faculty of Rehabilitation Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Clinical psychology department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Article Received on: 2014.12.29

Article Accepted on: 2015.5.19

### ABSTRACT

**Background and Aim:** Regarding the importance of addiction in our societies, this study has been carried out to investigate the relationship between personality disorders and addiction severity.

**Methods and materials:** 248 addicts (135 opiate dependents and 113 stimulant dependents) chosen by convenient sampling method in 2013 were participated in this study. All participants were from patients referred to Addiction Treatment Clinics in Tehran, Iran. Data collecting process was accomplished by means of clinical interview based on DSM-5 criteria for Substance Use Disorders, Iranian version of Addiction Severity Index, and Millon Clinical Multiaxial Inventory – III. Data were analyzed by Pearson correlation using SPSS version 21.

**Results:** There was a significant correlation between cluster A and legal status ( $p < 0.05$ ), cluster B and alcohol use, drug use, legal status, and psychiatric status ( $p < 0.05$ ), and cluster C and alcohol and drug use ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** Personality disorders in cluster B are stronger predictors for addiction severity and suggests specified treatment requirements in comparison with other groups.

**Keywords:** Personality Disorders, Addiction Severity, Cluster

**Cite this article as:** Simasadat Noorbakhsh, Zahra Zeinodini: Behavioral, Zeynab Khanjani, Hamid Poorsharifi, Sepideh Rajezi Esfahani, Mojgan Mohhammadzadeh, Afsane Yoosefi, Fahime Maliki. Relationship between personality disorders and addiction severity in Iranian male drug users. J Rehab Med. 2015; 4(3): 117-125.

## رابطه انواع اختلالات شخصیت با شدت آسیب ناشی از اعتیاد در مردان ایرانی مصرف کننده مواد

سیما سادات نوربخش<sup>۱\*</sup>، زهرا زین الدینی<sup>۱</sup>، زینب خانجانی<sup>۲</sup>، حمید پورشریفی<sup>۳</sup>، سپیده راجزی اصفهانی<sup>۴</sup>، مژگان محمدزاده<sup>۴</sup>، افسانه یوسفی<sup>۵</sup>، فهیمه ملکی<sup>۵</sup>

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، تهران، بیمارستان امام حسین، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران، ایران
۲. دکتری روانشناسی، هیئت علمی گروه روانشناسی و علوم تربیتی، تبریز، دانشگاه تبریز. تبریز، ایران
۳. دکتری روانشناسی، تهران، بیمارستان امام حسین، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران، ایران
۴. کارشناس حقوق، تهران، دانشکده توانبخشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران، ایران
۵. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

### چکیده

#### مقدمه و اهداف

نظر به اهمیت پدیده اعتیاد در جوامع امروزی، هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی ارتباط انواع اختلالات شخصیت با شدت اعتیاد است.

#### مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات همبستگی می باشد. گروه نمونه شامل ۲۴۸ مرد وابسته به مواد بود که از تاریخ ۹۲/۲/۱ تا ۹۲/۱۲/۱۸ در کلینیک های درمان اعتیاد شهر تهران تحت درمان قرار گرفته بودند. از این ۲۴۸ نفر ۱۳۵ نفر مصرف کننده مواد افیونی و ۱۱۳ نفر مصرف کننده مواد محرک بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها از مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-5، شاخص سنجش شدت اعتیاد و پرسشنامه بالینی چندمحوری Millon-3 استفاده شد. سپس داده های به دست آمده از طریق ضریب همبستگی پیرسون تحلیل شدند.

#### یافته ها

بین اختلالات شخصیت خوشه یک و شدت آسیب ناشی از اعتیاد در حیطه قانونی ( $P < 0/05$ )، اختلالات موجود در خوشه دو و شدت آسیب ناشی از اعتیاد در حیطه های مصرف الکل، مواد، مشکلات قانونی و مشکلات روان پزشکی ( $P < 0/05$ ) و اختلالات موجود در خوشه سه و شدت آسیب ناشی از اعتیاد در حیطه الکل و مواد ( $P < 0/05$ ) رابطه مثبت معنادار وجود داشت.

#### نتیجه گیری

اختلالات شخصیت خوشه دو عامل پیش بین قوی تری برای مشکلات ناشی از اعتیاد می باشند و نیازمند درمان های اختصاصی تری به نسبت سایر گروه ها هستند.

#### واژگان کلیدی

اختلالات شخصیت، شدت اعتیاد، خوشه یک/ دو/ و سه

پذیرش مقاله ۱۳۹۴/۲/۲۹ \*

\* دریافت مقاله ۱۳۹۳/۱۰/۸

نویسنده مسئول: سیما سادات نوربخش، کارشناس ارشد روانشناسی، تهران، بیمارستان امام حسین (ع)، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران، ایران

تلفن: ۷۷۵۵۳۰۷۴

آدرس الکترونیکی: [sima.nourbakhsh@gmail.com](mailto:sima.nourbakhsh@gmail.com)

## مقدمه و اهداف

تا قبل از چاپ سومین شماره DSM، وابستگی به مواد و الکل علامتی از اختلالات شخصیت محسوب می‌گردید؛ اما در DSM - III اختلالات مصرف مواد به‌عنوان یک نشانگان بالینی جداگانه تعریف شد. از آن زمان هم‌ابتلایی روانپزشکی به‌عنوان یک موضوع قابل توجه در زمینه مصرف مواد مورد توجه قرار گرفت<sup>[۱]</sup>. مروری بر پژوهش‌های گذشته نشان می‌دهد که مطالعات بسیاری روی ارتباط بین اختلالات شخصیت و سوء مصرف مواد انجام گرفته است. در برخی از این مطالعات پژوهشگران دریافتند افرادی با انواع خاصی از اختلالات شخصیتی بیشتر در معرض ابتلا به اختلالات وابسته به مواد هستند<sup>[۲]</sup> و اشخاصی که وابسته به انواع مواد مختلف هستند نیز بیشتر از جمعیت عادی به اختلالات شخصیت همراه مبتلا می‌باشند<sup>[۳]</sup>. بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که بیماران تحت درمان برای اختلالات سوء مصرف مواد نیز بیشتر از جمعیت عادی هم‌ابتلایی اختلالات شخصیت را نشان می‌دهند<sup>[۴]</sup>.

در پژوهش‌ها مشخص شده است که بین مصرف مواد و شدت آسیب ناشی از اعتیاد رابطه وجود دارد. افراد معتاد به مواد مخدر دارای رفتارهای پرخطر و در نتیجه شدت آسیب بالایی در مقایسه با افراد سالم بودند<sup>[۵]</sup>. سطح سلامت افراد وابسته به مواد، از لحاظ ابتلا به اضطراب، پرخاشگری، خودکمرانی و آسیب‌پذیری، تکانش‌گری، بسیار ضعیفتر از گروه بهنجار بوده و آمادگی ابتلا به انواع بیماری‌ها را داشتند<sup>[۶]</sup>، نمرات اضطراب و افسردگی و شدت آسیب‌پذیری در معتادان به هرویین و الکل بیشتر از گروه غیر معتاد بوده است<sup>[۷-۹]</sup>، بین مصرف همزمان چند ماده (مخدر و محرک و مصرف الکل) و شدت تکانشوری، عدم بازداری رفتاری و شدت وابستگی به مواد و رفتارهای مخرب رابطه قوی وجود دارد<sup>[۱۰]</sup>. به‌علاوه، وابستگی به مواد به‌طور معمول کیفیت زندگی ضعیفتر<sup>[۱۱-۱۴]</sup> و مشکلات سلامت در ارتباط با HIV<sup>[۱۵]</sup>، HBV و HCV<sup>[۱۶]</sup> را نشان داده‌اند. در نتیجه، همبودی اختلالات روانی مانند افسردگی<sup>[۱۷]</sup> با مصرف مواد و الکل<sup>[۱۸، ۱۹]</sup> منجر به صرف هزینه‌های درمانی بسیاری برای این گروه از بیماران می‌شود<sup>[۲۰]</sup>.

هدف از انجام این پژوهش این است که رابطه بین انواع اختلالات شخصیت که نوعی از بیماری‌های روان‌شناختی هستند، با شدت آسیب ناشی از اعتیاد در حیطه‌های سلامت جسمانی، وضعیت شغلی و معیشتی، روابط بین فردی، مسائل قانونی و سلامت روانی، مشخص شود. آنچه در پژوهش‌های گذشته به‌طور گسترده‌ای مورد بررسی قرار گرفته است، اختلالات شخصیت کلاستر B (به‌خصوص مرزی و ضداجتماعی)، اعتیاد و شدت آن بوده است. درحالی‌که در پژوهش حاضر کلیه اختلالات شخصیت در جمعیت ایرانی مورد بررسی قرار گرفته است. به‌طور قطع شناخت بهتر ویژگی‌های شخصیتی این گروه‌های مصرف‌کننده مواد درهای جدیدی به سوی درمان موثرتر برای درمانگران این حیطه خواهد گشود.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به لحاظ هدف از نوع بنیادی و به لحاظ نحوه جمع‌آوری داده‌ها از نوع توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری کلیه مراجعه‌کنندگان مرد به کلینیک‌های درمان سرپایی اعتیاد در شهر تهران بودند که در محدوده سنی ۱۸ تا ۴۵ سال قرار داشتند و به لحاظ روان‌شناختی دچار اختلالات شدید روان‌پریشی نبودند. گروه نمونه شامل ۲۴۸ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس بودند که از تاریخ ۹۲/۲/۱ تا ۹۲/۱۲/۱۸ در کلینیک‌های درمان اعتیاد شهر تهران تحت درمان قرار گرفته بودند و از این ۲۴۸ نفر ۱۳۵ نفر مصرف‌کننده مواد افیونی و ۱۱۳ نفر مصرف‌کننده مواد محرک بودند و برای شرکت در پژوهش رضایت کامل داشتند.

برای جمع‌آوری داده‌ها پس از تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و ارائه مجوز به کلینیک‌های ترک اعتیاد، نمونه‌گیری توسط یک روانشناس و یک پزشک عمومی انجام شد. پس از بیان کامل اهداف مطالعه و دادن اطمینان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه از مراجعین، داده‌های پژوهشی از طریق مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-5 در باره وابستگی به مواد و پرسشنامه‌های ASI و MCMIII جمع‌آوری گردید.

## ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

۱. پرسشنامه محقق ساخته اطلاعات دموگرافیک

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک اطلاعاتی مانند سن، جنسیت، تحصیلات، شغل، وضعیت تا هل و سابقه مصرف مواد را می‌سنجد که توسط محقق ساخته شده است.

۲. شاخص سنجش شدت اعتیاد یا ASI<sup>۶۹</sup>

شدت آسیب ناشی از اعتیاد، شدت آسیبی است که فرد به حیطه‌های طبی، وضعیت شغلی/حمایتی، الکل و مواد مخدر، قانونی، خانوادگی/اجتماعی و سلامت روانی خود در اثر مصرف مواد وارد آورده است. McLellan و همکاران،<sup>[۲۱]</sup> بیان کردند که شدت بطور عملی به عنوان تعداد، طول مدت، بسامد و شدت همه علائم تعریف می‌شود. همچنین در همان مقاله ذکر شده که بسامد و شدت مشکلات تجربه شده توسط بیمار، اصلی‌ترین پیش‌بینی کننده نتایج درمانی است.

این شاخص، ابزاری است که در جهت سنجش کارایی درمان سوء مصرف مواد در واحدهای پذیرش و پیگیری معتادان خود معرف سازمان بهزیستی مورد استفاده قرار می‌گیرد و منطبق با ویژگی‌های بوم‌شناختی کشور ما تعدیل یافته است. این پرسشنامه دارای ۱۱۶ آیتم و در ۷ حوزه است که به ترتیب عبارت‌اند از: وضعیت طبی، وضعیت شغلی، مصرف الکل، مصرف مواد، وضعیت قانون، وضعیت روابط خانوادگی و اجتماعی، وضعیت روان‌پزشکی. در واقع پس از تکمیل این پرسشنامه در مقاطع زمانی قید شده، امکان سنجش شدت اولیه اختلال در هر یک از حوزه‌ها، تغییرات صورت گرفته در شدت اولیه، سیر درمان و پس‌از آن فراهم می‌گردد. این ابزار یک مصاحبه نیمه ساختار یافته است که توسط پژوهشگران آموزش دیده، به صورت رودرو با بیماران اجرا می‌شود که مشکلات بیماران را در هر زمینه در طی ۳۰ روز گذشته، در سال گذشته و در طول عمر گردآوری می‌کند. در هر بخش، یک نمره کلی ترکیبی می‌دهد و چگونگی وضعیت فرد در آن بخش را درجه‌بندی می‌کند. مطالعات، پایایی و اعتبار این ابزار را نشان داده‌اند<sup>[۲۲]</sup>. ارزیابی روایی و پایایی نسخه فارسی به کار برده شده در این بررسی توسط عاطف وحید و همکاران (منتشر نشده) و معاونت پژوهشی دانشگاه تهران و با همکاری مرکز ملی مطالعات اعتیاد و بودجه ستاد مبارزه با مواد مخدر انجام شده است<sup>[۲۳]</sup>.

## ۳. پرسشنامه بالینی چندمحوری Millon یا MCMIII-۷۰

از پرسشنامه MCMIII-۷۰ [۲۴] به عنوان یک ابزار معتبر روانشناختی که دامنه‌ی گسترده‌ای از اطلاعات مربوط به شخصیت و سازگاری هیجانی را می‌سنجد، جهت بررسی ویژگی‌های شخصیتی آزمودنی‌ها استفاده گردید. این پرسشنامه مشتمل بر ۱۷۵ سوال خود سنج استاندارد شده است که به صورت بله- خیر بوده و در مجموع ۱۴ الگوی بالینی شخصیت و ۱۰ نشانگان بالینی را تعیین و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا مورد استفاده قرار می‌گیرد. همچنین این آزمون را نمی‌توان برای افراد غیر بالینی اجرا کرد<sup>[۲۴]</sup>. این آزمون بر اساس مدل آسیب‌شناسی روانی Millon<sup>[۲۵]</sup> ساخته شده است و دو بار از زمان انتشار آن تجدید نظر شده است<sup>[۲۴]</sup>. شریفی<sup>[۲۶]</sup> نسخه‌ی سوم آن را هنجاریابی کرده است و نتایج نشان‌دهنده‌ی روایی تشخیصی بسیار خوب تمام مقیاس‌ها بود. یافته‌ها نشان می‌دهند مقیاس‌های MCMIII-۷۰ توان پیش‌بینی مثبت، منفی و کل بالایی دارند. توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌ها در دامنه ۰/۹۲ تا ۰/۹۸، توان پیش‌بینی منفی مقیاس‌ها از ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ است، همچنین توان تشخیص کل تمام مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۸۳ قرار دارد. بنابراین MCMIII-۷۰، یک آزمون معتبر است و می‌توان از آن برای تشخیص اختلالات شخصیت و نشانگان بالینی استفاده کرد<sup>[۲۶]</sup>.

در تفسیر پرسشنامه‌ها هرگاه BR بزرگتر از ۸۴ است، بیمار تمام ویژگی‌های معرف آن اختلال را دارد و ملاک‌های تشخیص آن را برآورده می‌سازد. وقتی نمره BR فرد در یک مقیاس بین ۷۵ و ۸۴ است، بیمار واجد برخی ویژگی‌ها و صفات معرف اختلال و نه تمام ویژگی‌ها است. کدهای تک قله آن‌هایی هستند که در آنها از میان مقیاس‌های الگوی بالینی شخصیت یا مقیاس‌های آسیب شدید شخصیت تنها یک نمره برافراشته (بالتر از ۸۴) ذکر شده است. کدهای تک قله به همراه یک کد زیر قله با نمرات BR بزرگ‌تر از ۸۴ در یک مقیاس الگوی بالینی شخصیت و نمره BR بین ۷۵ و ۸۴ در مقیاس دیگر آزمون مشخص می‌شود کدهای چند قله کدهایی هستند که نمره نرخ پایه برای آن‌ها در دو یا سه مقیاس الگوی بالینی شخصیت بزرگتر از ۸۴ و در بقیه مقیاس‌های الگوی بالینی شخصیت کوچک‌تر از ۷۴ است<sup>[۲۶]</sup>. برای بررسی نتایج از آمار استنباطی (همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام) استفاده شد. کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شده است.

<sup>69</sup> Addiction Severity Index

<sup>70</sup> Millon Clinical Multiaxial Inventory - III

## یافته ها

در جدول ۱، اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان ارائه شده است.

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک (n=۲۴۸)

مصرف کنندگان مخدر	مصرف کنندگان محرک	
۳۱/۱۲	۲۹/۳	میانگین سن
<b>تحصیلات</b>		
%۴۶	%۳۴	سیکل
%۲۸	%۳۴	دیپلم
%۱۴	%۱۷	فوق دیپلم
%۱۰	%۱۲	لیسانس و بالاتر
<b>شغل</b>		
%۴۷	%۱۱	بیکار
%۱۵	%۴	کارمند
%۱۸	%۸۴	آزاد
<b>وضعیت تاهل</b>		
%۴۸	%۲۹	متاهل
%۴۹	%۶۸	مجرد
%۲	%۳	نامشخص

در این بخش فرضیه‌ها و سوالات تحقیق مورد بررسی قرار می‌گیرد. در جدول ۲، ۳ و ۴، نتایج حاصل از تحلیل همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین اختلالات شخصیت هر کلاستر و شدت آسیب ناشی از اعتیاد ارائه شده است.

جدول ۲: ماتریس ضرایب همبستگی اختلالات شخصیت خوشه A با شدت آسیب ناشی از اعتیاد (n=۲۴۸)

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. خوشه A	-						
۲. طبی	۰/۱۷	-					
۳. شغلی	- ۰/۰۵۱	۰/۵۲**	-				
۴. الکل	۰/۳۷	۰/۳۸**	۰/۲۵	-			
۵. مواد	۰/۰۳۶	۰/۷۵**	- ۰/۱۲	- ۰/۲	-		
۶. قانونی	۰/۶۰**	- ۰/۲۰	- ۰/۷**	۰/۰۶	۰/۲	-	
۷. خانوادگی	۰/۲۶	۰/۳۸*	۰/۱۲	۰/۱	۰/۲۵	- ۰/۲	-
۸. روان پزشکی	۰/۱۳	۰/۵*	- ۰/۲۲	۰/۰۱	- ۰/۷۶	- ۰/۹۵**	۰/۹۶**

\*P<۰/۰۵; \*\*P<۰/۰۱

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌کنیم، بررسی ضرایب همبستگی بین اختلالات شخصیت خوشه A و شدت آسیب در ۷ حیطه (طبی، شغلی، الکل، مواد، قانونی، رابطه خانوادگی و روانپزشکی) نشان می‌دهد تنها مشکلات قانونی با اختلالات شخصیت در سطح (P<۰/۰۵)

همبستگی معنادار مثبت  $r=0/60$  دارد و بین اختلالات شخصیت خوشه A با سایر شش حیطه دیگر شدت آسیب ناشی از اعتیاد رابطه وجود ندارد.

جدول ۳: ماتریس ضرایب همبستگی اختلالات شخصیت خوشه B با شدت آسیب ناشی از اعتیاد ( $n=248$ )

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. خوشه B	-						
۲. طبی	۰/۷	-					
۳. شغلی	۰/۲۸	۰/۵۲**	-				
۴. الکل	۰/۵۷**	۰/۳۸**	۰/۲۵	-			
۵. مواد	۰/۷۹**	۰/۷۵**	۰/۱۲	۰/۲	-		
۶. قانونی	۰/۶**	۰/۲۰	۰/۷**	۰/۰۶	۰/۲	-	
۷. خانوادگی	۰/۱۶	۰/۳۸*	۰/۱۲	۰/۱	۰/۲۵	۰/۲	-
۸. روان پزشکی	۰/۹*	۰/۵*	۰/۲۲	۰/۰۱	۰/۷۶	۰/۹۵**	۰/۹۶**

\* $P<0/05$ , \*\* $P<0/01$

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌کنیم بررسی ضرایب همبستگی بین اختلالات شخصیت خوشه B و شدت آسیب ناشی از اعتیاد در ۷ حیطه (طبی، شغلی، الکل، مواد، قانونی، رابطه خانوادگی و روانپزشکی) نشان می‌دهد مشکلات مصرف الکل، مواد، مشکلات قانونی و مشکلات روانپزشکی با اختلالات شخصیت خوشه B در سطح ( $P<0/05$ ) رابطه معنادار مثبت وجود دارد. ولی بین اختلالات شخصیت خوشه B با مشکلات طبی، شغلی و خانوادگی رابطه معنادار آماری وجود ندارد.

جدول ۴: ماتریس ضرایب همبستگی اختلالات شخصیت خوشه C با شدت آسیب ناشی از اعتیاد ( $n=248$ )

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. خوشه B	-						
۲. طبی	۰/۷	-					
۳. شغلی	۰/۴۸	۰/۵۲**	-				
۴. الکل	۰/۴۰*	۰/۳۸**	۰/۲۵	-			
۵. مواد	۰/۷۹**	۰/۷۵**	۰/۱۲	۰/۲	-		
۶. قانونی	۰/۳	۰/۲۰	۰/۷**	۰/۰۶	۰/۲	-	
۷. خانوادگی	۰/۵	۰/۳۸*	۰/۱۲	۰/۱	۰/۲۵	۰/۲	-
۸. روان پزشکی	۰/۱۱	۰/۵*	۰/۲۲	۰/۰۱	۰/۷۶	۰/۹۵**	۰/۹۶**

\* $P<0/05$ ; \*\* $P<0/01$

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌کنیم بررسی ضرایب همبستگی بین اختلالات شخصیت خوشه C و شدت آسیب ناشی از اعتیاد در ۷ حیطه (طبی، شغلی، الکل، مواد، قانونی، رابطه خانوادگی و روانپزشکی) نشان می‌دهد مشکلات مصرف الکل و مواد، با اختلالات شخصیت در

سطح ( $P < 0.05$ ) رابطه مثبت معنادار دارد. به عبارت دیگر با افزایش اختلالات شخصیت خوشه C مشکلات ناشی از مصرف الکل و مصرف مواد نیز افزایش می‌یابد.

## بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی رابطه بین انواع اختلالات شخصیت با شدت آسیب ناشی از اعتیاد در حیطه‌های سلامت جسمانی، وضعیت شغلی و معیشتی، روابط بین فردی، مسائل قانونی و سلامت روانی بود. یافته‌های این پژوهش نشان دادند بین اختلالات شخصیت خوشه A و شدت آسیب ناشی از اعتیاد در حیطه قانونی، اختلالات موجود در خوشه B و شدت آسیب ناشی از اعتیاد در حیطه‌های مصرف الکل، مواد، مشکلات قانونی و مشکلات روان‌پزشکی و اختلالات موجود در خوشه C و شدت آسیب ناشی از اعتیاد در حیطه الکل و مواد رابطه مثبت معنادار وجود دارد.

ابتلا به اختلالات شخصیت و مزمن بودن اعتیاد از عواملی هستند که رابطه معکوس با پاک‌ی طولانی‌مدت از مواد و الکل دارند [۳۷، ۳۸]. بطور کلی ابتلا به اختلالات شخصیت و اختلالات محور یک، نقش مستقیمی در شدت اعتیاد و عدم موفقیت در درمان دارد [۳۹]. در تبیین یافته‌ها بدست آمده، سری مطالعاتی که به بررسی علل روابط پرداخته اند، مورد بررسی قرار می‌گیرد. بین شدت اعتیاد و مشکلات حیطه‌های مختلف در اختلال شخصیت خودشیفته [۳۰]، اختلال شخصیت ضداجتماعی [۳۱]، اختلال شخصیت وابسته [۳۱]، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت نمایشی و اختلال شخصیت خود-آزارگر [۳۲] رابطه وجود دارد.

بطور کلی بین ابتلا به اختلالات شخصیت و مشکلات قانونی ارتباط وجود دارد [۳۳]. تابلوی بالینی اختلال شخصیت ضداجتماعی و اختلال شخصیت مرزی در اکثر موارد نشانگر رفتارهای پرخطر و زمینه ساز اعتیاد است، مثلاً «تکانشی بودن» ملاک چهارم DSM-IV-TR برای اختلال شخصیت مرزی و ملاک سوم آن برای اختلال شخصیت ضد اجتماعی در نظر گرفته می‌شود [۳۴]. هرچند که این ملاک برای هر اختلال بصورت متفاوتی تعبیر می‌شود، با این حال خصیصه‌ای است که در هر دو اختلال دیده می‌شود. این راهنما در مورد اختلال شخصیت ضد اجتماعی اعلام می‌دارد «تکانش گری یا ناتوانی در برنامه‌ریزی از پیش»؛ اما برای اختلال شخصیت مرزی اعلام می‌کند «تکانش گری در حداقل دو زمینه که به خود فرد آسیب برساند (مانند ولخرجی، بی‌بندوباری جنسی، سوء مصرف مواد، رانندگی بی‌پروا و شکم‌بارگی)» [۳۴]؛ بنابراین همانگونه که بسیاری از منابع [۳۵، ۳۶] خاطرنشان کرده‌اند، لاپالایی گری جنسی و سوء مصرف مواد دو مورد از رفتارهای تکانشی بسیار شایع در اختلالات شخصیت مرزی و ضداجتماعی هستند؛ بگونه‌ای که بیش از ۶۷ درصد شخصیت‌های مرزی دست‌کم مبتلا به یک نوع اختلال سوء مصرف مواد نیز هستند [۳۷].

در حدود ۷۰ درصد موارد، اختلال‌های دیگر روانپزشکی همراه با اعتیاد دیده می‌شود [۳۲، ۳۷، ۳۸]. شایعترین تشخیص‌ها عبارت‌اند از: افسردگی اساسی، اختلال شخصیت ضداجتماعی، فوبیا، دیس‌تایمی، اختلال وسواسی جبری، اختلال پانیک، مانیا و اسکیزوفرنی [۳۹]. بنظر می‌رسد که نوعی هم‌آیندی بین اختلالات شخصیت خوشه B به‌خصوص اختلالات مرزی و نمایشی با مشکلات روانپزشکی مانند افسردگی‌های جدی، غم و اندوه، ناامیدی، اضطراب و نگرانی، بی‌قراری، اشکال در فهم مطالب و تمرکز، ناتوانی در کنترل رفتارهای پرخطرگرا، افکار خودکشی و به‌طور کلی ناراحتی‌های اعصاب و روان وجود داشته باشد [۴۰]. بطوری‌که این افراد برای درمان اختلالات روانپزشکی نیاز به دارودرمانی و یا روان‌درمانی دارند. البته این احتمال وجود دارد که وجود عواطف منفی بالا و اختلالات روانپزشکی در افرادی که مبتلا به اختلال شخصیت خوشه B هستند آنها را آماده به گرایش به سمت مواد سازد زیرا مواد حداقل در ابتدا حالت‌هایی با عواطف مثبت را در فرد ایجاد می‌کنند. احساس آرمیدگی و رهایی از استرس و ناراحتی‌های روانی خود زمینه‌ساز مصرف بیشتر مواد مخدر در این افراد می‌شود.

بطور کلی بنظر می‌رسد که اختلالات شخصیت خوشه B با مشکلات بیشتری درگیر هستند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین همخوان است [۳۹]. در فرآیند درمان در نظر گرفتن این موضوع بسیار ضروری است و یکی از علت‌های شکست‌های مکرر در شیوه‌های درمانی این است که برای کنترل یا درمان اختلالات شخصیت مؤلفه خاصی پیش‌بینی نشده است [۳۲، ۴۱].

محدودیت‌ها و پیشنهادهای شامل موارد زیر می‌باشد:

این تحقیق بر روی معتادان شهر تهران انجام شده و قابل تعمیم به سایر شهرها نیست. محدودیت دیگر استفاده از ابزارهای خود سنجی بود که به هر حال در این شیوه ارزیابی عامل ذهنیت دخالت دارد. این تحقیق بر روی سنین ۱۸ تا ۴۵ سال یعنی دوره جوانی اجرا شد و قابل تعمیم به دوره‌های تحولی دیگر مانند پیری و نوجوانی نیست. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران جهت بالا بردن قابلیت تعمیم و اعتبار بیرونی از آزمودنی‌های مونث نیز استفاده کنند. همچنین از ابزارهای کوتاهتری (که مصرف‌کنندگان مواد به‌اندازه کافی حوصله جواب دادن به آن را داشته باشند)

استفاده شود. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در شهرها و روستاهای دیگر ایران انجام شود و در تحقیقات آتی گروه‌های دیگر سنی نیز مورد بررسی قرار بگیرند.

### تشکر و قدر دانی

مقاله حاضر استخراج شده از طرح تحقیقاتی با همین عنوان، در مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. بدین وسیله از تمام کسانی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌گردد.

### منابع

1. Association AP. DSM-III: American Psychiatric Association; 1980.
2. Khantzian EJ, Treece C. DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: Recent findings. Archives of general psychiatry. 1985;42(11):1067-71.
3. McGilloway A, Hall RE, Lee T, Bhui KS. A systematic review of personality disorder, race and ethnicity: prevalence, aetiology and treatment. BMC psychiatry. 2010;10(1):33.
4. Van Den Bosch LM, Verheul R. Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. Current Opinion in Psychiatry. 2007;20(1):67-71.
5. Erbllich J, Earleywine M. Behavioral undercontrol and subjective stimulant and sedative effects of alcohol intoxication: independent predictors of drinking habits? Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2003;27(1):44-50.
6. Lincoln A, Paasche-Orlow MK, Cheng DM, Lloyd-Travaglini C, Caruso C, Saitz R, et al. Impact of Health Literacy on Depressive Symptoms and Mental Health-related: Quality of Life Among Adults with Addiction. Journal of general internal medicine. 2006;21(8):818-22.
7. Brook DW, Brook JS, Zhang C, Cohen P, Whiteman M. Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. Archives of General Psychiatry. 2002;59(11):1039-44.
8. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, et al. Prevalence and Co-occurrence of Substance Use Disorders and Independent Mood and Anxiety Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Archives of general psychiatry. 2004;61(8):807-16.
9. Burns L, Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. Drug and alcohol dependence. 2002;68(3):299-307.
10. Conway KP, Kane RJ, Ball SA, Poling JC, Rounsaville BJ. Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. Drug and alcohol dependence. 2003;71(1):65-75.
11. Schmitz N, Kruse J, Kugler J. Disabilities, quality of life, and mental disorders associated with smoking and nicotine dependence. American Journal of Psychiatry. 2003;160(9):1670-6.
12. Smith\* KW, Larson MJ. Quality of life assessments by adult substance abusers receiving publicly funded treatment in Massachusetts. The American journal of drug and alcohol abuse. 2003;29(2):323-35.
13. Puigdollers E, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Torrens M, Alvarós J, Castillo C, et al. Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: quality of life and gender. Substance use & misuse. 2004;39(9):1353-68.
14. Bizzarri J, Rucci P, Vallotta A, Girelli M, Scandolari A, Zerbetto E, et al. Dual diagnosis and quality of life in patients in treatment for opioid dependence. Substance use & misuse. 2005;40(12):1765-76.
15. Sherbourne CD, Hays RD, Fleishman JA, Vitiello B, Magruder KM, Bing EG, et al. Impact of psychiatric conditions on health-related quality of life in persons with HIV infection. American Journal of Psychiatry. 2000;157(2):248-54.
16. Fontana RJ, Moyer CA, Sonnad S, Lok AS, Sneed-Pee N, Walsh J, et al. Comorbidities and quality of life in patients with interferon-refractory chronic hepatitis C. The American journal of gastroenterology. 2001;96(1):170-8.
17. Grant BF. Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: results of a national survey of adults. Journal of substance abuse. 1995;7(4):481-97.
18. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. Jama. 1990;264(19):2511-8.
19. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ. The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. American Journal of Orthopsychiatry. 1996.



20. Rice DP, Kelman S, Miller LS, Dunmeyer S. The economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985: US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration; 1990.
21. McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, O'BRIEN CP. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index .The Journal of nervous and mental disease. 1980;168(1):26-33.
22. McLellan AT, Luborsky L, Cacciola J, Griffith J, Evans F, Barr HL, et al. New data from the Addiction Severity Index reliability and validity in three centers. The Journal of nervous and mental disease. 1985;173(7):412-23.
23. Ekhtiari H, Edalati H, Behzadi A, Safaei H, Noori M, Mokri A. Designing and Evaluation of Reliability and Validity of Five Visual Cue-induced Craving Tasks for Different Groups of Opiate Abusers. IJPCP. 2008;14(3):337.۴۹-
24. Millon T, Millon C, Davis RD, Grossman S. MCMI-III: Millon clinical multiaxial inventory-III (MCMI-III): manual: Pearson/PsychCorp; 2009.
25. Millon T, Davis RO. Disorders of personality: DSM-IV and beyond: John Wiley & Sons; 1996.
26. Sharifi A ,Molavi H, Namdari K. The Validity of MCMI-III (Millon) Scales. 3. Knowledge and Research in Applied Psychology. 2008;34:27-38.
27. Krampe H, Wagner T, Stawicki S, Bartels C, Aust C, Kroener-Herwig B, et al. Personality disorder and chronicity of addiction as independent outcomepredictors in alcoholism treatment. Psychiatric Services. 2006;57(5):708-12.
28. Ritscher JB, Moos RH, Finney JW. Relationship of treatment orientation and continuing care to remission among substance abuse patients. Psychiatric Services. 2002;53(5):595-601.
29. Ford JD, Gelernter J, DeVoe JS, Zhang W, Weiss RD, Brady K, et al. Association of psychiatric and substance use disorder comorbidity with cocaine dependence severity and treatment utilization in cocaine-dependent individuals .Drug and alcohol dependence. 2009;99(1):193-203.
30. Warren JI, Burnette M, South SC, Chauhan P, Bale R, Friend R. Personality disorders and violence among female prison inmates. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online. 2002;30.۹-۵۰۲:(۴)
31. Hodgins S, Côté G. Major mental disorder and antisocial personality disorder: a criminal combination. Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online. 1993;21(2):155-60.
32. Flynn PM, Brown BS. Co-occurring disorders in substance abuse treatment: Issues and prospects. Journal of Substance Abuse Treatment. 2008;34(1):36-47.
33. Gunn J, Taylor P. Forensic psychiatry: clinical, legal and ethical issues: CRC Press; 2014.
34. Association AP, Association AP. Diagnostic and statistical manual-text revision (DSM-IV-TRim, 2000): American Psychiatric Association; 2000.
35. Halgin RP, Whitbourne SK. Abnormal psychology: Clinical perspectives on psychological disorders: McGraw-Hill New York; 2003.
36. Noorbakhsh S, Zeinodini Z, Khanjani Z, Poursharifi H, Rajezi Esfahani S. Personality Disorders, Narcotics, and Stimulants; Relationship in Iranian Male Substance Dependents Population. Iranian Red Crescent Medical Journal. 2015;Under Press.
37. Pihl RO. Personality disorders, behavioral disinhibition, and addiction: a commentary. Biological psychiatry. 2007;62(6):551-2.
38. Dani JA, Harris RA. Nicotine addiction and comorbidity with alcohol abuse and mental illness. Nature neuroscience. 2005;8(11):1465-70.
39. Rostami M, Hadadi P. Best practices methadine maintenace therapy. Tehran: Tabalvor; 2005.
40. Links PS, Eynan R. The relationship between personality disorders and axis i psychopathology: deconstructing comorbidity. Annual review of clinical psychology. 2013;9:529-54.
41. Bakken K, Landheim AS, Vaglum P. Axis I and II disorders as long-term predictors of mental distress: a six-year prospective follow-up of substance-dependent patients. BMC psychiatry. 2007;7(1):29.