



دانشگاه آزاد اسلامی

واحد اهر

دانشکده علوم انسانی و تربیتی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

رشته:

روانشناسی

گرایش:

بالینی

موضوع

بررسی نقش اختلالات بالینی در ولع مصرف مواد معتادان

استاد راهنما:

دکتر مهدی آقاپور

پژوهشگر:

عبداله فتحی

تابستان ۱۳۹۶

تقدیم بہ حضرت دوست کہ

ہرچہ هست از اوست
♦

تقدیر و شکر

سپاس خداوند متعال را که طاقت جان داد تا از دریای معرفت دیگر بار سیراب کردم و این مقطع از تحصیل را با سربلندی سپری کنم. در نگارش این پایان نامه به بسیاری مدیونم که در این جابر خود لازم می دانم مراتب سپاس و قدردانی خود را از همه این بزرگواران اعلام نمایم. لازم است تا از استاد راهنمای بزرگوارم جناب آقای دکتر مهدی اقاپور که بارها بنیادی و مشاوره های دلسوزانه اینجانب را در طول تحصیل یاری رساندند. و نقطه نظرات موثکافه و سازنده ی ایشان بسیار راه گشا و روشن گر جریان کار بوده است. از جناب آقای دکتر احد آهنگر و دکتر آیت اله فتحی نیز به خاطر تلاش هایشان و قبول زحمت داورانی این اثر تقدیر و شکر می کنم و نیز لازم می دانم از جناب آقای دکتر آیت اله فتحی که در برهه ای تحصیلشان بنده معلم وی بوده ام و امروز ایشان در مقام استادی به نحو احسن بنده را در نگارش و تکمیل این اثر راهنمایی و یاری کردند، شکر مجدد و ویژه ای داشته باشم. همچنین از ستاد مبارزه با مواد مخدر به عنوان حمایت کننده از پایان نامه بخصوص جناب آقای مرسل کمال تقدیر و قدردانی را دارم.

در پایان وظیفه خود می دانم از تمامی دوستان و عزیزانی علی الخصوص، همسر مهربان و زحماتش که بنده را در تهیه و

تدوین این پایان نامه یاری نموده اند کمال شکر و قدردانی بنمایم.

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی نقش اختلالات بالینی در ولع مصرف مواد معتادان انجام گرفت. روش تحقیق پژوهش حاضر به صورت توصیفی از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری پژوهش ۱۸۰ نفر بودند و برهمین اساس نمونه آماری پژوهش براساس جدول مورگان ۱۲۰ نفر بودند که به صورت تصادفی انتخاب شدند و به پرسشنامه های پرسشنامه سنجش ولع مصرف لحظه ای و پرسشنامه چند محوری بالینی میلون پاسخ دادند. داده های گردآوری شده با استفاده از آزمونهای همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که بین اختلال شخصیت اسکیزوئید، اجتنابی، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته و ضداجتماعی با ولع مصرف مواد رابطه مثبت و معنی داری وجود داشت. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان داد که فقط اختلال شخصیت اسکیزوئید توانایی پیش بینی ولع مصرف مواد را داشت و افرادی که دارای ویژگی اختلال شخصیت اسکیزوئید بودند، ولع مصرف مواد را نیز بیشتر از خود نشان دادند.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، اختلالات بالینی، ولع مصرف مواد

فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل اول: کلیات پژوهش	
۱-۱- مقدمه	۱
۲-۱- بیان مساله	۲
۳-۱- ضرورت و اهمیت	۵
۴-۱- اهداف	۷
۱-۴-۱- هدف کلی:	۷
۲-۴-۱- اهداف جزئی	۷
۵-۱- فرضیه های پژوهش	۷
۶-۱- متغیرها؛ تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها	۸
فصل دوم: پیشینه پژوهش	
۱-۲- مقدمه	۱۳
۲-۲- اعتیاد	۱۳
۱-۲-۲- تعریف اعتیاد	۱۳
۲-۲-۲- مفهوم وابستگی به مواد (اعتیاد)	۱۵
۳-۲-۲- تعریف مفاهیم اساسی ملاک‌های وابستگی به مواد	۱۷
۴-۲-۲- سوء مصرف مواد	۱۸
۵-۲-۲- انواع وابستگی به مواد	۲۰
۱-۵-۲-۲- وابستگی جسمانی	۲۱
۲-۵-۲-۲- وابستگی روانی	۲۱
۶-۲-۲- سبب‌شناسی اعتیاد	۲۲
۷-۲-۲- علل گرایش به اعتیاد	۲۴
۸-۲-۲- اختلالات شخصیتی مرتبط با وابستگی به مواد	۲۹
۹-۲-۲- اختلالات وابسته به مواد	۳۶
۱-۹-۲-۲- حشیش و اختلالات وابسته به آن	۳۶
۲-۹-۲-۲- کوکائین و اختلالات وابسته به آن	۳۷
۳-۹-۲-۲- مواد توهم زا LSD و اختلالات وابسته به آن	۳۸
۴-۹-۲-۲- کافئین و اختلالات وابسته به آن	۳۸

۳۸	..... ۵-۹-۲-۲. نیکوتین و اختلالات وابسته به آن
۳۸	..... ۶-۹-۲-۲. آمفتامین و اختلالات وابسته به آن
۴۰	..... ۷-۹-۲-۲. اختلالات ناشی از مصرف بلندمدت مواد استنشاقی
۴۰	..... ۸-۹-۲-۲. اختلالات وابسته به داروهای رخوت زا، خواب آور و یا ضد اضطراب
۴۱	..... ۱۰-۲-۲. رابطه شخصیت و اعتیاد
۴۴	..... ۱-۱۰-۲-۲. دیدگاه کنبرگ
۴۶	..... ۱۱-۲-۲. اعتیاد و اختلالات روانی
۴۹	..... ۱۲-۲-۲. درمانهای غیردارویی
۵۷	..... ۱۳-۲-۲. درمانهای دارویی
۵۹	..... ۵-۲. پیشینه تجربی

فصل سوم: روش پژوهش

۶۴	..... ۱-۳. مقدمه
۶۴	..... ۲-۳. روش تحقیق
۶۴	..... ۳-۳. جامعه آماری و نمونه آماری
۶۴	..... ۴-۳. ابزارها
۶۶	..... ۵-۳. روش تحلیل داده ها

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

۶۷	..... ۱-۴. مقدمه
۶۷	..... ۲-۴. توصیف آماری متغیرهای پژوهش
۶۸	..... ۳-۴. یافته های استنباطی پژوهش

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۷۷	..... ۱-۵. مقدمه
۷۷	..... ۲-۵. بحث و نتیجه گیری فرضیه ها
۸۸	..... ۳-۵. محدودیت ها
۸۸	..... ۴-۵. پیشنهادات کاربردی
۸۸	..... ۵-۵. پیشنهادات پژوهشی
۹۰	..... منابع و مأخذ
۱۰۰	..... پیوست‌ها

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۴-۱. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش ..	۶۷
جدول ۴-۲. نتایج آزمون کالمنگرو- اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن داده ها ..	۶۸
جدول (۴-۳): تعیین رابطه بین اختلال شخصیت اسکیزوئید با ولع مصرف مواد معتادان با استفاده از ۲ پرسون.....	۶۸
جدول (۴-۴): تعیین رابطه بین اختلال شخصیت اجتنابی با ولع مصرف مواد معتادان با استفاده از ۲ پرسون.....	۶۹
جدول (۴-۵): تعیین رابطه بین اختلال شخصیت افسرده با ولع مصرف مواد معتادان با استفاده از ۲ پرسون.....	۷۰
جدول (۴-۶): تعیین رابطه بین اختلال شخصیت وابسته با ولع مصرف مواد معتادان با استفاده از ۲ پرسون.....	۷۱
جدول (۴-۷): تعیین رابطه بین اختلال شخصیت نمایشی با ولع مصرف مواد معتادان با استفاده از ۲ پرسون.....	۷۲
جدول (۴-۸): تعیین رابطه بین اختلال شخصیت خودشیفته با ولع مصرف مواد معتادان با استفاده از ۲ پرسون.....	۷۳
جدول (۴-۹): تعیین رابطه بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی با ولع مصرف مواد معتادان با استفاده از ۲ پرسون.....	۷۴
جدول (۴-۱۰): خلاصه نتایج مقدار وارینانس تبیین شده و معناداری مدل	۷۵
جدول (۴-۱۱): نتایج جدول تحلیل واریانس	۷۶
جدول (۴-۱۱): ضرایب حاصل از رگرسیون به روش ورود متغیرهای پیش بینی کننده ولع مصرف مواد	۷۷

۳

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱. مقدمه

از جمله مشکلات جوامع بشری به ویژه هنگامی که افراد آن به علت عدم وجود عدالت اجتماعی، ضعف اصول اخلاقی، فقر و فساد، از هم پاشیدگی‌های کانون خانوادگی و ... درگیر مشکلات عدیده اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، جسمانی و روانی می‌باشند، مسئله اعتیاد و یا به بیان صحیح تر آن، بیماری اعتیاد بوده وهست. این بیماری گسترش جهانی داشته وامروزه بخش بزرگی از مبتلایان به این بیماری را جوانان تشکیل می دهند که در بروز آن جریانات جاری و حاکم بر محیط خانواده به ویژه روابط عاطفی میان زن وشوهر وفرزندان آنان نقش به سزایی دارد. بدیهی است که محیط‌های خانوادگی ناسالم و بیمار و فقدان احساس رضایت مندی در اعضا، افزایش آسیب پذیری آنان را در برابر این بیماری باعث می‌شود.

اعتیاد به عنوان یک بیماری جسمانی و روانی تعداد قابل ملاحظه‌ای از افراد جهان و بویژه ایران را مبتلا ساخته است و کیفیت زندگی و ارزش‌های مورد قبول همه جامعه را مورد تهدید قرار می‌دهد. از آثار مخرب اعتیاد و مصرف مواد می‌توان به پرخاشگری و حالات عصب شناختی فرد، عدم رضایت زناشویی معتادان و همسران‌شان ، زتدگی خانوادگی و روابط جنسی ، اضطراب و افسردگی و سلامت عمومی اشاره کرد. به این ترتیب اعتیاد و سوء مصرف مواد را باید یکی از بارزترین مشکلات زیستی روانی اجتماعی دانست که می تواند به راحتی بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی، ولکو یک فرد و جامعه را سست نموده و در معرض فروپاشی قرار دهد. اعتیاد پیامدهای روانی- جسمانی گسترده‌ای در فرد ایجاد می کند که باعث می شود فرد به نوعی موقعیت و جایگاه قبلی خود در اجتماع و در بین دوستان و اعضای خانواده از دست بدهد و همیشه نوعی نگاه منفی و حتی در برخی مواقع مجرمانه به افراد دارای سوء مصرف مواد مخدر وجود داشته باشد . با وجود اثرات زیان بار فردی و اجتماعی متعدد سوء مصرف مواد، طبیعی است که این مساله یکی از اولویت های پژوهش در حوزه بهداشت روانی جوامع در چارچوب شناخت، پیشگیری و درمان به موقع سوء مصرف مواد باشد.

۱-۲. بیان مسأله

در سال‌های اخیر مصرف مواد یکی از جدی‌ترین معضلات بشری و یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی است که پایه‌ها و بنیان‌های جامعه انسانی را به تحلیل می‌برد و پیشگیری از آن نیازمند کاربرد نظریه‌های متعدد در رشته‌های علمی مختلف و تکنیک‌های متنوع است (صادقی، کاظمی و حسنی، ۱۳۹۲). دامنه تأثیرات اعتیاد از آن رو حائز اهمیت است که علاوه بر فرد معتاد خانواده و دوستان نیز در معرض آثار ویرانگر آن قرار خواهند گرفت. درمان سوء مصرف مواد نیز پرهزینه، دشوار و طاقت فرسا است. بنابراین پیشگیری از سوء مصرف مواد می‌تواند از تحمیل هزینه‌های سنگین به اجتماع جلوگیری کند.

اعتیاد و سوء مصرف مواد یکی از بارزترین مشکلات زیستی، روانی، اجتماعی است و اختلال پیچیده‌ای در خود فرد است که الگوهای رفتاری و فکری خود تهدیدکننده و خودمخرب، آشفتگی در سبک زندگی و عملکرد فردی را آشکار می‌سازند و همچنین سلامت فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد و موجب انحطاط روانی و اخلاقی فردی می‌شود. با وجودی که اثرات ژنتیکی، فیزیولوژیکی و شیمیایی مواد، شناخته شده است، اما خود فرد باید مسئولیت اولیه اختلال و بهبودیش را بپذیرد؛ بنابراین، اعتیاد یک علامت است و نه جوهر و اصل اختلال مشکل خود فرد است، نه مواد (کریم نژاد، مکتبی، وطن خواه، فیروزی و رحیمی، ۱۳۹۳). مطالعات همه گیر شناسی نشان داده است که ۵۵ تا ۶۹ درصد سوء مصرف کنندگان مواد مخدر دارای یک اختلال در حوزه بهداشت روانی هستند. همچنین ۶۵ درصد از کسانی که دارای اختلال در حوزه سلامت روانی هستند، دارای اختلال سوء مصرف مواد مخدر می‌باشند (جف، ۲۰۱۲؛ نقل از قشلاقی، ۱۳۹۴).

راهنمای تشخیصی اختلالات روانی^۱ (DSM-5)، ویژگی اصلی هر یک از اعتیاد ها و اختلالات مرتبط با مصرف مواد عبارت است از مجموعه‌ای از سمپتوم‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک که نشان می‌دهند فرد،

^۱ . Diagnostic and statistical manual of mental disorders

به رغم مشکلات مهمی که برایش به وجود می آید، به مصرف مواد ادامه می دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). یکی از ویژگی های مهم اختلالات مصرف مواد، تغییر در مدارهای مغزی است که مدت ها بعد از ترک اعتیاد ادامه می یابد مخصوصا در افرادی که اعتیاد شدید دارند. نشانه های این تغییرات مغزی را می توان در دو نوع رفتار مشاهده کرد: ۱) فرد بارها ترک اعتیاد می کند ولی دوباره مصرف را از سر می گیرد و ۲) هربار در معرض محرک هایی قرار می گیرد که به نوعی با ماده اعتیادی در ارتباط هستند، به شدت هوس مصرف آن را می کند (گنجی، ۱۳۹۲).

در همین راستا، در پژوهش های مختلفی بر ارتباط ویژگی های بالینی شخصیتی و اعتیاد تأکید شده است (هاشمی، غضنفری، دنیوی و سپهوند، ۱۳۹۴؛ باران اولادی، نویدیان و کاوه فارسانی، ۱۳۹۲؛ توریانو، شاون، وایتمن، هامپسون، رابرتز و دانیل^۲، ۲۰۱۲؛ تراسیانو و کاستا^۳، ۲۰۰۴). در واقع نتایج پژوهش محققین نشان داده که میان عوامل شخصیتی و بالینی و گرایش به مصرف مواد ارتباط مستقیم معنی دار وجود دارد (باران اولادی و همکاران، ۱۳۹۲)، بدین نحو که، خصوصیات شخصیتی و بالینی معتادان به مواد مخدر صرفاً ناشی از مواد مخدر نیست بلکه معتادان، قبل از اعتیاد دارای نارسایی های روانی و شخصیتی عدیده ای بوده اند که بعد از اعتیاد به صورت مخرب تری ظاهر و تشدید شده است، لذا مشکل معتادان تنها مواد مخدر نیست، بلکه در اصل رابطه متقابل شخصیت او و اعتیاد مطرح است و ساختمان شخصیتی برخی از افراد برای پذیرش اعتیاد مساعدتر از دیگران است. (کتابی، ماهر و برجعلی، ۱۳۸۷). اختلالات ژنتیک، اختلالات روانی را ایجاد می کند و آن نیز منجر به بیماری اعتیاد می شود. وفور دسترسی به مواد مخدر در جامعه ای مثل جامعه ما لزوم رسیدگی به مسئله اعتیاد و معتادان را زیاد می کند. از آنجا که اختلالات روانی با اختلالات ژنتیک بسیار نزدیکند، همبستگی بین اختلالات روانی و اعتیاد بسیار محتمل است. اعتیاد در افرادی که ساختارهای روانی ضد اجتماع دارند یا از

¹. American Psychiatric Association

². Turiano, Shawn, Whiteman, Hampson, Roberts & Daniel

³. Terracciano & Costa

اضطراب زیاد و افسردگی شدید رنج می‌برند با شیوع بیشتری دیده می‌شود. همچنین افرادی که به اصطلاح دوقطبی هستند و دوره‌هایی از افسردگی و سرخوشی را به صورت متناوب تجربه می‌کنند نیز مستعد سوءمصرف مواد مخدر هستند. این افراد یا برای پنهان کردن افسردگی‌شان رو به مواد محرک می‌آورند یا برای اینکه سرخوشی خود را سرپوش بگذارند از مواد مخدر استفاده می‌کنند (سید محمودی و اصغری، ۱۳۹۲).

مطالعات انجام شده، نزدیک به ۵۰ درصد مردم آمریکا دچار هم‌ابتلائی اختلال روانی و اعتیاد بوده و نزدیک به ۴۳ درصد نیز هم‌ابتلائی اضطراب و اعتیاد دارند (گران، استینسون، دوسون، چو و دافور و کامپتون^۱، ۲۰۰۴). در مطالعه‌ی انجام شده در هلند نیز اختلال‌های روانی اولیه و ثانویه بین معتادان به مواد مخدر بیش از جمعیت معمول بوده و سه اختلال افسردگی، اختلال اضطراب و اختلال شخصیت ضد اجتماعی بیش از سایر اختلال‌ها مشاهده شده است (صاحبی، قلی وحیدی، علی حسینی و موسوی، ۱۳۸۹). براساس مطالعه‌ی گیرکن و هوگز^۲ (۱۹۸۹) ابتلا به اختلال‌های روانی، ترک اعتیاد را مشکل‌تر می‌کند و در عملکرد مناسب معتادان نسبت به رفتارهای پرخطر نیز ایجاد مشکل می‌نماید (گریکن و هوگز، ۱۹۸۹؛ نقل از صاحبی، قلی وحیدی، علی حسینی و موسوی، ۱۳۸۹). هم‌ابتلائی بالای افسردگی و اعتیاد به مواد مخدر ضمن ایجاد آسیب‌های جدی به فرد معتاد از جمله کاهش کیفیت زندگی و ایجاد مشکلات متعدد در ترک معتادان بیمار، بار اقتصادی و اجتماعی کلانی نیز به جامعه وارد می‌کند که در صدر آن خودکشی افراد معتاد جوان می‌باشد (احمدوند، قریشی، سپهرمنش و موسوی، ۱۳۸۵).

با توجه به اینکه اعتیاد عوارض منفی و زیانباری می‌تواند برای هر جامعه‌ای داشته باشد و با توجه به اینکه شناسایی اختلالات روانشناختی مرتبط با ولع مصرف اعتیاد می‌تواند به درمان اعتیاد و جلوگیری از عود اعتیاد

^۱ -Grant, Stinson, Dawson, Chou, Dufour, Compton

^۲ -Geerken, Hughes

کمک کند، این پژوهش با هدف پاسخگویی به این سوال که آیا بین اختلالات بالینی با ولع مصرف اعتیاد رابطه ای وجود دارد؟ انجام می گیرد.

1-3. ضرورت و اهمیت پژوهش

سوء مصرف مواد و وابستگی به آن، آسیب های جدی اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و بهداشتی بر جوامع وارد می سازد که از آن جمله می توان به مواردی همچون بیماری های جسمانی واگیرداری مثل هپاتیت، ایدز و بیماری های روانی اجتماعی همچون ازدیاد جرائم مرتبط با اعتیاد مثل سرقت، قتل، خودسوزی، بیکاری، خشونت خانوادگی، کودک آزاری، افزایش آمار طلاق و افت تحصیلی فرزندان که والدین معتاد دارند اشاره نمود (وست^۱، ۲۰۰۶؛ یان و نابشیمای^۲، ۲۰۰۹).

همچنین با توجه به آنکه آمار اعتیاد رو به افزایش بوده و پدیده اعتیاد همان گونه که به عنوان بلای قرن از آن یاد شده، علاوه بر هزینه مالی فراوان، اثرات زیادی بر همه جوانب زندگی فرد، مخصوصاً دانشجویان می گذارد. بنابراین، بررسی های صورت گرفته در این حوزه باید عمیق و چندوجهی باشد. این نکته مورد توجه است که توجه به جوانب روانشناختی در بررسی اعتیاد نقش مهمی در کاهش عود آن، ریزش بیماران از درمان و افزایش سطح تحمل برای ترک شده و باعث بهبود علایم روانشناختی برانگیزاننده فرد به سمت مصرف در طول درمان، و گرایش به آن می شود (به نقل از هاشمی، محمدزادگان، قاسم بگلو، ایرانی و وکیلی عباسعلیلو، ۱۳۹۳).

پژوهشهای مختلف (لو، گراف، یوفر و کرونگه^۳، ۲۰۰۴؛ نانس و لوین^۱، ۲۰۰۴) نشان داده است که بین مصرف مواد و بهداشت روانی، انواع اختلالات و ناسازگاری ها رابطه وجود دارد. از جمله این پژوهشها بیان می کنند که

¹ - West

² - Yan& Nabeshima

³ -Lowe, Grafe, Ufer & Kroenke

استرس به عنوان یکی از علل گرایش به مصرف مواد مخدر است (کیان پور، ۱۳۸۱). سوء استفاده از الکل و حشیش بر روی سازگاری علی الخصوص سازگاری اجتماعی و روانی تاثیر می گذارد (لیراد و ورداکس^۲، ۲۰۰۰). بیشتر معتادین نگرش ناسالمی نسبت به خود دارند (طوفانی و جوان بخت، ۱۳۸۰). در بین معتادین اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، افسردگی و اضطراب شایعترین اختلالات روانپزشکی است (ناظر، خالقی، صیادی اناری، ۱۳۸۰). افسردگی بیشتر از اختلالات روانی دیگر در بین معتادین رواج دارد (ثقه الاسلام، رضایی و عقیقی، ۱۳۸۲). در بین اختلالات خلقی و اضطراب، افسردگی اساسی و اختلال اضطراب منتشر شایع می باشد. (پرویزی فرد، بیرشک، عاطف و شاکری، ۱۳۸۰).، خود پنداره ضعیف و اعتماد به نفس پائین یکی دیگر از علل گرایش به اعتیاد است (فروع الدین و صدر السادات، ۱۳۸۱)، شخصیت مرزی، خودشیفته و ضد اجتماعی و وضعیت های روانی مثل سطح تحمل پائین، ناامیدی، رفتارهای ضد اجتماعی، احساس حقارت، وابستگی و اضطراب های شدید در بین معتادین رواج دارد (نویدیان، دواچی اقدس، ۱۳۸۱)، کسانی که در کودکی اختلال کم توجهی و بیش فعالی دارند، در صورت عدم درمان در آینده به مواد مخدر، الکل و سیگار پناه می برند (صرامی و قماشچی، ۱۳۸۲)

با عنایت به اینکه سوء مصرف مواد و وابستگی به آن، آسیب های جدی اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی و بهداشتی برجوامع وارد می سازد که از آن جمله می توان به مواردی همچون بیماری های جسمانی واگیرداری مثل هپاتیت، ایدز و بیماری های روانی اجتماعی همچون ازدیاد جرائم مرتبط با اعتیاد مثل سرقت، قتل، خودسوزی، بیکاری، خشونت خانوادگی، کودک آزاری، افزایش آمار طلاق و افت تحصیلی فرزندان که والدین معتاد دارند اشاره نمود (وست^۳، ۲۰۰۶)، و با توجه به تاثیر اختلالات بالینی شخصیت بر بر اعتیاد، هدف

¹- Nunes,, Levin

²-Liraud F,Verdoux

³-West

پژوهش حاضر بررسی رابطه اختلالات بالینی در ولع مصرف مواد می باشد تا مشاوران روان درمانگران اعتیاد را در مشاوره و درمان اعتیاد یاری دهد.

۴-۳. اهداف

۴-۱-۱. هدف کلی

تعیین میزان ارتباط اختلالات بالینی با ولع مصرف مواد معتادان

۴-۱-۲. اهداف جزئی

۱- تعیین میزان ارتباط اختلال شخصیت اسکیزوئید با ولع مصرف مواد معتادان

۲- تعیین میزان ارتباط اختلال شخصیت اجتنابی با ولع مصرف مواد معتادان

۳- تعیین میزان ارتباط اختلال شخصیت افسرده با ولع مصرف مواد معتادان

۴- تعیین میزان ارتباط اختلال شخصیت وابسته با ولع مصرف مواد معتادان

۵- تعیین میزان ارتباط اختلال شخصیت نمایشی با ولع مصرف مواد معتادان

۶- تعیین میزان ارتباط اختلال شخصیت خودشیفته با ولع مصرف مواد معتادان

۷- تعیین میزان ارتباط اختلال شخصیت ضد اجتماعی با ولع مصرف مواد معتادان

۵-۱. فرضیات

۵-۱-۱. فرضیه اصلی

بین اختلالات بالینی با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط معنی داری وجود دارد

۲-۵-۱. فرضیات فرعی

- ۱- بین اختلال شخصیت اسکیزوئید با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد.
- ۲- بین اختلال شخصیت اجتنابی با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد
- ۳- بین اختلال شخصیت افسرده با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد
- ۴- بین اختلال شخصیت وابسته با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد
- ۵- بین اختلال شخصیت نمایشی با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد
- ۶- بین اختلال شخصیت خودشیفته با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد
- ۷- بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد

۶-۱. تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش

اعتیاد

تعریف مفهومی: براساس تعریف ارائه شده راهنمای تشخیصی اختلالات روانی^۱ (DSM-5)، ویژگی اصلی هر یک از اعتیادها و اختلالات مرتبط با مصرف مواد عبارت است از مجموعه ای از سمپتوم های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک که نشان می دهند فرد، به رغم مشکلات مهمی که برایش به وجود می آید، به مصرف مواد ادامه می دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳).

^۱ . Diagnostic and statistical manual of mental disorders

^۲ . American Psychiatric Association

تعریف عملیاتی: منظور از اعتیاد در این پژوهش نمره‌ای است که آزمودنی‌ها، در پرسشنامه‌ی ۱۴ سوالی سنجش ولع مصرف (فرانکن، هندریکز، ون دن برنیک^۱، ۲۰۰۰) به دست خواهند آورد.

شخصیت اسکیزوئید:

تعریف مفهومی

افراد مبتلا به این اختلال شخصیت با فقدان تمایل و ناتوانی در لذت بردن با احساس درد، مشخص می‌شوند. آن‌ها سرد و غیراجتماعی بوده و نیازهای عاطفی آن‌ها اندک است. از ویژگی‌های این افراد انزوا، عدم احساس لذت، انزوای رفتاری، اجتناب از روابط نزدیک، سرکوب عواطف، رفتارهای درون‌نگرانه و احساس پوچی، غیرمسئول بودن و ترجیح دادن تنهایی می‌باشد (میلون، ۱۹۸۳).

تعریف عملیاتی

منظور از شخصیت اسکیزوئید نمره‌ای است که فرد در زیرمقیاس شخصیت اسکیزوئید پرسشنامه چندمحوری میلون بدست می‌آورد.

شخصیت اجتنابی:

تعریف مفهومی

که این افراد به اندازه افراد دارای اختلال شخصیت اسکیزوئید منزوی هستند اما به تماس با دیگران رغبت نشان می‌دهند و اگر اطمینان یابند که مورد اذیت دیگران قرار نمی‌گیرند و دیگران از آن‌ها انتقاد نخواهند کرد مایل به یافتن دوستان جدید برای خود هستند. انزوای آن‌ها ناشی از نگرانی از انتقاد و تمسخر از جانب دیگران است (میلون، ۱۹۸۳).

^۱ . Franken, Hendricks & Van den Brink

تعریف عملیاتی

منظور از شخصیت اجتنابی نمره ای است که فرد زیرمقیاس شخصیت اجتنابی پرسشنامه چندمحوری میلون بدست می آورد.

شخصیت افسرده:

تعریف مفهومی

سبک شخصیتی افسرده نه تنها شامل نشانه های بازگشتی افسردگی است، بلکه الگوی پایداری از افکار، نگرش ها، رفتارها و خودپنداره مربوط به افسردگی را در بر می گیرد. این قبیل بیماران خود را بی ارزش، آسیب پذیر، ناپسند، ناموفق و گناهکار تلقی می کنند و اغلب درگیر انتقاد از خویش هستند (میلون، ۱۹۸۳).

تعریف عملیاتی

منظور از شخصیت افسرده نمره ای است که فرد زیرمقیاس شخصیت افسرده پرسشنامه میلون بدست می آورد.

شخصیت وابسته:

تعریف مفهومی

این افراد بیش از حد به دیگران متکی هستند و به شکل منفعلانه منتظرند که دیگران راه را به آن ها نشان دهند. آنها به سرعت رابطه برقرار می کنند و مسئولیت تصمیم هایشان را نمی پذیرند (میلون، ۱۹۸۳).

تعریف عملیاتی

منظور از شخصیت وابسته نمره ای است که فرد زیرمقیاس شخصیت وابسته پرسشنامه میلون بدست می آورد

شخصیت نمایشی:

تعریف مفهومی

افرادی که دارای این ویژگی هستند هر چند در اتکا به دیگران مانند افراد دارای اختلال شخصیت وابسته هستند ولی فعال بوده و معمولاً برای به دست آوردن اح ترام و محبت از طرف دیگران، مهارت های اجتماعی خوبی را از خود نشان می دهند و در عین حال دارای یک ترس پنهان از خود مختاری و مستقل عمل کردن هستند (میلون، ۱۹۸۳).

تعریف عملیاتی

منظور از شخصیت نمایشی نمره ای است که فرد زیرمقیاس شخصیت نمایشی پرسشنامه میلون بدست می آورد.

شخصیت خود شیفته:

تعریف مفهومی

افرادی که دارای این ویژگی هستند افرادی هستند که بیش از حد به خودشان ارزش می دهند و از خود راضی، متکبر و مغرور هستند خود را ذی حق دانسته و به شکل خودمحورانهای به خود مشغول اند. برای رسیدن به مقصود خود می توانند خاضعانه و مطیع نیز باشند (میلون، ۱۹۸۳).

تعریف عملیاتی

منظور از شخصیت خوشیفته نمره ای است که فرد زیرمقیاس شخصیت خوشیفته پرسشنامه میلون بدست می آورد.

شخصیت ضد اجتماعی:

تعریف مفهومی

این افراد رفتاری تهدید آمیز دارند . قوانین و مقرارت اجتماعی را برای رسیدن به اهدافشان زیر پا می گذارند. ابایی از دروغگویی، دورویی و استثمار دیگران ندارند و مرتکب جرم و جنایت در دنیا می شوند. به نظر آنها، دیگران باعث رنجش آنها شده و در نتیجه آنها را به انتقام واداشته اند(میلون، ۱۹۸۳).

تعریف عملیاتی

منظور از شخصیت ضد اجتماعی نمره ای است که فرد زیرمقیاس شخصیت ضد اجتماعی پرسشنامه میلون بدست می آورد.

۳

فصل دوم

پیشینه‌ی پژوهش

۱-۲. مقدمه

در این فصل به بحث و بررسی مبانی نظری اعتیاد و ارتباط اختلالات بالینی با اعتیاد پرداخته خواهد شد همچنین در راستای تشریح ابعاد پژوهش، تحقیقات انجام شده داخلی و خارجی نیز در ارتباط با موضوع پژوهش نیز ارائه خواهد شد.

۲-۲. اعتیاد

۱-۲-۲. تعریف اعتیاد

اعتیاد، کلمه ای عربی از ریشه عاد و به معنای چیزی را به عادت پذیرفتن و به چیزی خو گرفتن است (باوی، ۱۳۸۸).

اعتیاد یک بیماری روانی، اجتماعی و اقتصادی است (شیخ الاسلام، ۱۳۸۶)، که از مصرف غیرطبیعی و غیرمجاز برخی مواد مانند الکل، تریاک، حشیش و ... ناشی می شود و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژیک فرد مبتلا (معتاد) به این مواد می شود و در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی وی تأثیرات نامطلوب برجای می گذارد (زنجانی، ۱۳۸۶).

همچنین اعتیاد پاسخ فیزیولوژیک بدن به مصرف مکرر مواد اعتیادآور است. این وابستگی از طرفی باعث تسکین و آرامش موقت و گاهی تحریک و نشاط گذرا برای فرد می گردد و از طرف دیگر بعد از اتمام این اثرات سبب جستجوی فردی برای یافتن مجدد ماده و وابستگی مداوم به آن می شود. در این حالت، فرد هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ روانی به ماده مخدر وابستگی پیدا می کند و مجبور است به تدریج مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد (احمدی، ۱۳۸۵).

در سال ۱۹۶۴ میلادی، سازمان بهداشت جهانی به این نتیجه رسید که اصطلاح اعتیاد جنبه علمی ندارد و وابستگی

دارویی^۱ را بجای آن توصیه نمود. علیرغم پیشنهاد اصطلاح وابستگی دارویی، کلمه اعتیاد هنوز هم در منابع

پزشکی و بین مردم رایج است (سادوک و سادوک، ۱۳۹۱). برای توصیف موارد زیر بکار می‌رود:

۱- وابستگی روانی به ماده‌ای که موجب رفتار کسب دارو می‌شود.

۲- ناتوانی در قطع مصرف ماده به علت وابستگی جسمی به آن و تحمل پیدا کردن نسبت به آن دارو.

۳- نوعی پسرفت سلامت جسمی در نتیجه سوء مصرف مستمر ماده (مددی، و نوغانی، ۱۳۸۴).

وابستگی دارویی به مواد، نشانگانی است که با یک الگوی رفتاری خاص آشکار می‌شود. با مصرف برخی

داروها مانند داروهای روان‌گردان الگویی از رفتارهای ویژه بر رفتارهایی که قبلاً ارزش بیشتر داشته‌اند، ارجحیت

می‌یابند. نشانگان موردنظر به معنی وابستگی مطلق نیست بلکه پدیدهای کیفی است که به درجات مختلف متجلی

می‌شود. این نشانگان از طریق رفتارهایی که در ارتباط با مصرف مواد است و توسط رفتارهایی که به گونه ثلوی

در ارتباط با مصرف مواد می‌باشند، مشخص گردیده و استنباط می‌گردد. این نشانگان به طور وسیع با رفتارهای

تکانه‌ای مصرف مواد مرتبط هستند. دو نوع وابستگی به مواد، وجود دارد: وابستگی جسمی و وابستگی روانی؛

وابستگی جسمی به دو شکل صورت می‌پذیرد: تحمل و لازم ترک؛ تحمل عبارت است از نیاز به مقادیر

فراينده‌ای از مواد، برای رسیدن به حالت نشئگی قبلی، علائم ترک عبارت است از تغییر رفتاری ناسازگارانه توأم

با علائم فیزیولوژیکی و شناختی که بر اثر کاهش ماده مورد در خون دیده می‌شود. وابستگی روانی عبارت است

از الگویی از مصرف اجباری همراه با اشتیاق و ولع مصرف، مواد مخدر شامل همه موادی است که بر روی مغز

اثر گذاشته و با مصرف آن خلق و خو، رفتار، درک و هماهنگی انسان تغییر می‌کند و مصرف مداوم آن سبب

وابستگی به آن ماده می‌شود (باوی، ۱۳۸۸).

¹ - Drug Dependence

۲-۲-۲. مفهوم وابستگی به مواد (اعتیاد)

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک اختلال روان پزشکی به ابعاد زیست شناختی روان شناختی اجتماعی و معنوی یکی از مشکلات عصر حاضر است اعتیاد^۱ معمولاً به مجموعه وابستگی فیزیکی و روانی اطلاق می شود ولی در مجموع مفهومی مبهم دارد (بلوم^۲، ۱۹۸۴) اعتیاد عبارتست از وابستگی به موادی که تکرار مصرف آن با کمیت محض و در زمانهای معین از نظر مصرف کننده ضروری بود و دارای ویژگیهای زیر است:

ایجاد وابستگی جسمانی فیزیولوژیکی

ایجاد وابستگی فکری روان شناختی

پیدایش پدیده تحمل^۳ در بدن نسبت به مواد مصرفی

به دست آوردن ماده مورد نیاز به هر شکل و طریق ممکن

تأثیر مخرب بر مصرف کننده خانواده و اجتماع

سازمان بهداشت جهانی^۴ الگوی خود را در تدوین مفاهیم ((نشانگان وابستگی)) قرار داده است که به تدریج

جایگزین اصطلاح اعتیاد شده است در سال ۱۹۶۴، سازمان بهداشت جهانی به این نتیجه رسید که اعتیاد دیگر

اصطلاح علمی نیست و اصطلاح ((وابستگی به مواد^۵)) را جایگزین آن کرد علی رغم پیشنهاد اصطلاح

وابستگی دارویی کلمه اعتیاد هنوز هم در بین مردم رایج است.

^۱ Addication

^۲ blum

^۳ Tolerance

^۴ World bealth organization

^۵ Drug dependence

در DSM-IV، که یک نظام پنج محوری است در محور اول سوء مصرف و وابستگی به مواد و علائم بالینی آن‌ها توضیح داده می شود به علاوه ۱۱ دسته از مواد روان گردان سوء مصرف و وابستگی به همراه دارند که عبارتند از:

الکل، مواد حشیش، کوکائین، داروهای توهم زا، مواد استنشاقی، نیکوتین، کافئین، آمفتامین ها، فن سیکلیدین، داروهای آرامش بخش، خواب آور و نیز ضد اضطراب ها.

در جدیدترین تعریف وابستگی به مواد انجمن روان پزشکی آمریکا و معتقد است که وابستگی به مواد به مجموعه ای از علائم شناختی، رفتاری، روان شناختی و فیزیولوژیکی گفته می شود که براساس آن فرد علیرغم وجود اختلالات وابسته به مواد همچنان به مصرف آن ادامه می دهد و معمولاً منجر به بروز پدیده ت حمل، محرومیت و الگوی رفتار مصرف اجباری در شخص می شود.

طبق DSM-IV-TR مصرف یک ماده زمانی سوء مصرف قلمداد می شود که :

مصرف مواد دست کم برای مدتی یک ماه دوام داشته باشد

موجب بروز مشکلات اجتماعی شغلی روان شناختی یا جسمانی فرد شود

به طور کلی تأثیرات گوناگون ناشی از وابستگی به مواد عبارتند از:

الف) احساس اجباری و غیرقابل کنترل بودن برای مصرف مواد

ب) تلاش و تمایل شخص به مصرف مواد

ج) الگوی نسبتاً پایدار برای مصرف مواد

د) بروز علائم سازگاری یا انطباق عصبی که شامل نشانه هایی چون پدیده تحمل و ترک می باشد

ه) اهمیت و غلبه ی رفتار مصرف دارو نسبت به بقیه رفتارهای شخص که زمانی بیشتر در اولویت بوده و گرایش به بازگشت به سوی مصرف مواد پس از یک دوره پرهیز

بر اساس تعاریف بالا علیرغم آنکه پدیده های تحمل و محرومیت دو ملاک باارزش در تشخیص وابستگی به مواد می باشند اما وجود چنین پدیده هایی برای تشخیص کافی و لازم نمی باشد به واقع برای تشخیص صحیح تر باید به الگوی مصرف اجباری به عنوان سومین ملاک توجه کرد

۲-۳. تعریف مفاهیم اساسی ملاک های وابستگی به مواد

تحمل

تحمل یا Tolerance یعنی مصرف مکرر مقادیر زیادی از مواد در مدت زمان ط ولانی که به تدریج باعث کاهش تاثیر دارو می شود به عبارت دیگر تحمل عبارت است از نیاز به مصرف مقادیر بیشتر یک ماده برای رسیدن به اثرات خوشایند جسمانی و روانی و کاهش قابل ملاحظه ای تأثیرات منفی جسمانی و روانی آن به ارائه مصرف همان مقدار ماده می باشد

تحمل با پدیده وابستگی فیزیکی ارتباط تنگاتنگی دارد بنابراین با ظهور پدیده تحمل وابستگی فیزیکی در واقع پاسخ سازگار است که عطفی برای جلوگیری از بروز سندرم محرومیت یا قطع دارو می بایست دارو به طور مداوم مصرف کند.

تحمل مقاطع

تحمل مقاطع زمانی پیش می آید که سابقه قبلی م صرف دارو و گروهی از داروها موجب افزایش تحمل مصرف کننده نسبت به دارو یا گروه‌های دیگری از مواد شود. به طور مثال، مصرف کنندگان با سابقه ماری جوانا به تدریج به مقدار کمتری ماری جوانا برای نشئه شدن احتیاج دارند (جودیت و همکاران، ۲۰۰۲، ترجمه ی خادمی و روشن، ۱۳۸۵ به نقل از ثریا اسلام دوست ۱۳۹۰).

محرومیت یا ترک

محرومیت یا ترک به مجموعه‌ای از علائم و نشانه‌ها گفته می‌شود که وقتی شخص مصرف مواد و یا ماده را که از نظر فیزیولوژیکی به آن وابسته است به طور ناگهانی و آرام کنار بگذارد ظاهر می شود. به عبارت دیگر محرومیت شامل یک تغییر رفتاری غیر انطباقی به تبعات فیزیولوژیکی و شناختی است که در اثر کاهش تجمع یک ماده در خون یا بافت فردی که مصرف زیاد و طولانی از یک ماده را داشته است، ایجاد می‌شود. بنابراین اگر یک بار مصرف مواد کنار گذاشته شود شخص وابسته به مواد با پدیده ترک مواجه می‌شود و پدیده ترک و ظهور علائم ناشی از محرومیت، عامل مهمی در دوام و تکرار اعتیاد می‌باشد (نعیمه بزمی، ۱۳۹۱).

۲-۲-۴. سوء مصرف مواد

الگوی غیر انطباقی یا ناسازگارانه مصرف مواد منجر به مشکلات مکرر و پیامدهای سوء چون مصرف در موقعیت‌های خطرناک و مشکلات زناشویی، خانوادگی، شغلی، اجتماعی و قانونی می‌شود.

طبق تعریف DSM-IV-IR سوء مصرف مواد حداقل با یک نشانه ویژه مشخص می‌شود که نشان دهنده تداخل مصرف در زندگی فرد است (کابلان سادوک، ۲۰۰۰).

نشانه‌های قطع

اصطلاحی است که به نشانه ها و علائم ترک بعد از قطع مصرف داروی مصرف شده اطلاق می شود نشانگان قطع یا ترک و م سهومیت در DSM-IV-IR به صورت اختلال های ناشی از مواد طبقه بندی شده است (APA، ۲۰۰۰).

عود

عود پیری (بازگشت مجدد علائم و عود بیماری به دنبال بهبود ظاهری آن است) (دورلند ۱۹۸۷، به نقل از نعیمه بزمی، ۱۳۹۰). به عبارت دیگر عود، فرایندی است که در نهایت به مصرف مجدد مواد منجر خواهد شد

مراحل وابستگی به مواد

فرایند شکل گیری و وابستگی به مواد در طی سه مرحله رخ می دهد این مراحل عبارتند از:

(۱) مرحله آشنایی با مواد اعتیاد آور است که مصرف کننده در اثر م سامحه یا تشویق یا میل به انجام یک کار تحقیقی و کنجکاوی یا علل دیگری همانند کسب لذت تو به مصرف مواد می کند.

(۲) مرحله میل به افزایش مواد مصرفی است زیرا در این مرحله بدن مصرف کننده هر روز به مواد بیشتری نیاز پیدا می کند. در واقع بعد از مدتی استفاده نامنظم از مواد افیونی شخص دچار شک و تردید شده و برای رهایی از آن با امیال و هوس های خودش دست به مقابله می زند.

(۳) مرحله وابستگی به مواد، مرحله ای است که بعد از شک و دودلی و یا حتی ترک اعتیاد بالاخره شخص به مواد وابسته می شود. به علاوه استفاده نامنظم از مواد افیونی، کاهش و یا قطع ناگهانی آن ها باعث می شود علائم و نشانگان محرومیت در شخص بروز پیدا کند (ولپی سلی (۲۰۰۰) به نقل از نعیمه بزمی، ۱۳۹۰).

ملاک های تشخیص DSM-IV-TR برای سوء مصرف مواد

الف) الگوی غیرانطباقی مصرف مواد که باعث فرسودگی و تخریب قابل ملاحظه‌ی بالینی شده و به یک یا چند علامت از مجموعه علائم زیر که در طول یک دوره‌ی ۱۲ ماهه روی می‌دهند، تظاهر می‌کند:

۱) مصرف پی‌درپی مواد منجر به ناتوانی در انجام وظایف و مسئولیت و تعهدات اصلی در ارتباط با نقش فرد در زمینه‌هایی چون کار، تحصیل و امورات خانه می‌شود.

۲) مصرف پی‌درپی مواد در موقعیت‌های خطرناک چون رانندگی، کار با ماشین‌آلات و دستگاه‌های که فرد تحت تأثیر مواد قرار گرفته و برایش خطرناک و مشکلات زیادی ایجاد می‌کند.

۳) ایجاد مشکلات قانونی تکراری ناشی از مصرف مواد

۴) مصرف پی‌درپی مواد علیرغم مشکلات دائمی یا عودکننده اجتماعی یا میان فردی که در نتیجه مصرف مواد بوده یا بدان وسیله تشدید شده باشد ایجاد میکند.

ب) نشانه‌های مطرح شده‌ی فوق واجد ملاک‌های وابستگی به مواد نباشد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

۲-۲-۵ انواع وابستگی به مواد

وابستگی به مواد، عبارتست از الگوهای رفتاری که کنترل آسیب‌دیده به مصرف مواد، مصرف مداوم یا فزاینده‌ای که مواد را به رغم دانستن این موضوع که آن ماده زندگی فرد را از هم می‌پاشد، ارائه می‌دهد. وابستگی به مواد همچنین به صورت میل مزمن یا پوشش‌های ناموفق برای ترک یا کنترل مصرف یک ماده و جهت‌گیری زندگی فرد به سوی ت‌هی و مصرف آن ماده نیز شناخته شده است (داجن، ۲۰۰۰، به نقل از اسلام دوست، ۱۳۸۹).

اشکال وابستگی به مواد عبارتند از:

الف) وابستگی فیزیولوژیکی یا جسمانی

ب) وابستگی روانی

۲-۵-۱ وابستگی جسمانی

وابستگی جسمانی عبارتست از یک تغییر سازشی یا انطباقی که در سیستم بیولوژیکی فرد ای جاد می شود و تظاهرات جسمانی آن تنها پس از قطع مصرف دارو یا مصرف آنتاگونیست آن ظاهر شده و علایم سندرم محرومیت را ایجاد می کند.

درجه وابستگی تنها با توجه به شدت علایم ناشی از سندرم محرومیت قابل اندازه گیری است. درواقع شدت علائم، زمان شروع و خاتمه ی آن ها به نوع دارو و نیمه عمر بیولوژیکی آن، دوز مصرفی، تعداد دفعات مصرف، سابقه مصرف، میزان سلامتی و ویژگی های فردی شخص مصرف کننده بستگی دارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰).

۲-۵-۲ وابستگی روانی

وابستگی روانی که خوگیری هم گفته می شود با میل شدید متناوب یا مستمر برای مصرف مواد به منظور اجتناب از حالت ملال مشخص می شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰).

به عبارت دیگر وابستگی روانی نوعی وابستگی به الگوی رفتاری شاخص سوء مصرف دارو اشاره دارد

ابعاد وابستگی روانی شامل رفتار جستجوگرانه یا اجبار درونی در جهت جستجوی دارو و تظاهر رفتارهای خاص برای به دست آوردن ماده می باشد.

در وابستگی های روانی، ادامه وابستگی و مصرف مواد بلحالت اجبار همراه است و نشانه های کمبود بسیار شدید می باشند.

آثار روانی و خلقی شامل پیدایش حالت نشاط ، بی‌اعتنایی نسبت به محرک ها و آرامش ناشی از مصرف مواد
بویره به صورت وریدی می‌باشد (کاتزونگ، ۱۹۹۶ به نقل از اسلام دوست، ۱۳۸۹).

وابستگی روان شناختی ممکن است در غیاب وابستگی فیزیولوژیایی رخ بدهد ، مانند مصرف مواد توهم زا که
بیشتر وابستگی روانی ایجاد می‌کند تا وابستگی جسمانی.

۲-۲-۶. سبب‌شناسی اعتیاد

از نگاه سطحی، سوء مصرف مواد و وابستگی ب ه مواد، در نتیجه مصرف ماده ای خاص با الگوی سوء مصرف
حاصل می‌شود؛ اما با این گونه ساده‌انگاری نمی‌توان این سؤال را پاسخ داد که چرا عده ای خاص گرایش به
سوء مصرف مواد دارند (سادوک و سادوک، ۱۳۹۱).

عوامل سایکوتیک

بر طبق نظریات کلاسیک^۱، سوء مصرف مواد، معادل خود ارض‌ایی^۲ بوده و مکانیسمی دفاعی^۳ در مقابل
تکانه‌های^۴ هم جنس‌گرایانه^۵ یا تظاهری از پسرفت دهانی^۶ است. سایر نظریات روانی - اجتماعی از روابط فرد با
خانواده و جامعه به‌طور کلی مایه گرفته‌اند (باوی، ۱۳۸۸).

نظریه رفتاری

برخی از پژوهشگران چنین فرض می‌کنند که چهار اصل رفتلوی عمده در ایجاد رفتار مواد جویی موثرند. اصول
اول و دوم، کیفیات تقویت مثبت و اثرات نامطلوب برخی از مواد است . اکثر مواد سوء مصرف در نخستین

^۱ - Classical Theories

^۲ - Musturbation

^۳ - Deffensive Mechanism

^۴ - Impulse

^۵ - Homo Sexuality

^۶ - Oral Repression

مصرف با تجربه مثبتی همراه هستند و به این ترتیب، ماده به عنوان یک تقویت کننده برای رفتار مواد جویی عمل می کند. بسیاری از مواد نیز با اثرات نامطلوبی همراه هستند که رفتار مواد جویی را کاهش می دهد. بر طبق اصول سوم و چهارم، شخص باید قادر به تفکیک ماده مورد سوء مصرف از سایر مواد باشد و تقریباً تمام رفتارهای مواد جویی با نشانه های دیگری که ممکن است با تجربه مصرف مواد همراه شوند ارتباط دارند (سادوک و سادوک، ۱۳۹۱).

در واقع افراد معتاد قادر نیستند افکار و اعمال خود را از مواد و محرک های همراه با مواد منحرف کنند؛ بنابراین در اعتیاد، مواجهه با سرنخ^۱ هایی که در گذشته با مصرف مواد همراه بوده اند، افراد را برای مصرف مجدد برمی انگیزاند، زیرا این سرنخها، ویژگی انگیزشی مشوق را از طریق یادگیری محرک - محرک^۲ ایجاد می کنند (فلاژل و اخی^۳، ۲۰۰۹).

عوامل ژنتیک

شواهد محکم بدست آمده از مطالعه بر روی دوقلوها، فرزند خوانده ها و همشیرهایی که جدا از هم بزرگ شده اند، نشان می دهد که در سبب یابی سوء مصرف الکل، ی ک جزء ژنتیک وجود دارد. داده های بسیاری با قطعیت کمتر وجود دارد که نشان می دهد سایر انواع سوء مصرف مواد نیز در پیدایش خود، الگوی ژنتیک دارند (سادوک و سادوک، ۱۳۹۱).

عوامل عصبی - شیمیایی

¹ - Cue

² - Stimulus-Stimulus

³ - Fligel & Akhi

محققین برای اکثر مواد مورد سوء مصرف، به استثناء الکل، ناقلهای عصبی^۱ یا گیرنده های عصبی شناسایی کرده اند که مواد از طریق آنها اثرات خود را اعمال می کنند. ناقلین عصبی که ممکن است در پیدایش سوء مصرف مواد و وابستگی دخیل باشند عبارتند از:

سیستمهای شبه افیونی، کانکولامین (بخصوص دوپامین)^۲ و گاما آمینوبوتیریک اسید نورونهای دوپامینرژیک^۳ ناحیه تگمنتال^۴ شکمی در این زمینه اهمیت خاصی دارند. این نورون ها به نواحی قشری و لیمبیک^۵ و بخصوص هسته آکومبنس^۶ کشیده می شوند. این مسیر خاص احتمالاً در احساس پاداش دخالت دارد و ممکن است میانجی اصلی اثرات موادی نظیر آفتامین ها^۷ و کوکائین^۸ باشد. تصور می شود لوکئوس سرولئوس (بزرگترین گروه نورونهای آدرنرژیک)، احتمالاً میانجی اثرات ترکیبات تریاک و شبه تریاک است. این مسیر روی هم رفته مدار پاداش مغز نامیده می شود (سادوک و سادوک، ۱۳۹۱).

۲-۲-۷. علل گرایش به اعتیاد

تعداد قابل توجهی از افراد را می توان یافت که از نظر شخصیتی مستعد اعتیاد به مواد مخدر هستند بعضی از افراد در معرض خطر جدی اعتیاد به یکی از مواد مخدر قرار دارند. بی تردید افرادی که مستعد اعتیاد شناخته می شوند، بیش از دیگران در معرض خطر وابستگی قرار دارند، گرچه مطالعاتی که در این زمینه انجام گرفته است از جهت پیشگیری، بی نهایت سودمند است؛ باید توجه داشت که تنها این عده نیستند که به اعتیاد گرایش پیدا می کنند؛ البته شرایط عاطفی شخصی برای سوق دادن فرد به اعتیاد شرط کافی است، اما به هیچ وجه شرط لازم

1 - Neurotransmitters

2 - Dopamin

3 - Dopaminergic

4 - Tegmental

5 - Lymbic

6 - Accumbens

7 - Amphetamin

8 - Cocain

به شمار نمی آید . افرادی که بیش از دیگران مستعد اعتیاد هستند، شخصیت هایی هستند باز، غیر قراردادی، اجتماعی و مخالف خوان یا شخصیت‌هایی بسته، گوشه گیر و بی حوصله (برژره، ۱۳۷۸).

همچنین بین افراد معتاد و افراد غیرمعتاد، تفاوت‌های معناداری در شیوه‌های مقابله وجود دارد. افراد معتاد، در شیوه های مقابله ای خود، از خویشتن داری، بازبرآورد مثبت، جستجوی حمایت اجتماعی، حل مدبرانه مسئله و مسئولیت پذیری کمتر برخوردارند . مقابله آنها بیشتر به صورت شیوه های دوری جویی، اجتناب و گریز از رویارویی می باشد. آنها بیشتر از سبکهای حل مسئله ناکارآمد و اجتناب استفاده می کنند و از سبکهای حل مسئله و فعالیت اعتماد در حل مسئله و تقرب، کمتر سود می جویند و با توجه به الگوی مقابله ای و سبک حل مسئله معتادان که برای رویارویی با مسائل ریز و درشت زندگی طبیعی، روش های ناکارآمد و ضعیفی دارند، به نظر می رسد این الگوها، زمینه گرایش به اعتیاد، مشکلات اجتماعی و روانشناختی فرد را افزایش داده و دور باطلی را بوجود می آورد (عبدی، ۱۳۸۰).

تا چند سال پیش، اکثر معتادان به چند محیط اجتماعی محدود بودند؛ این افراد اغلب مردمانی مرفه و هنرمند یا جوانی بیکار و یا فرزندان خانواده های محترم یا روشنفکران افسرده ای بودند که در جستجوی وسیله ای به اصطلاح لوکس^۱ برای منحرف شدن از اضطراب هایشان بر می آمدند؛ اما دنیای کارگران و نوجوانان بندرت آلوده بود؛ ولی امروزه، افسردگی شخصی و گروهی ناشی از شکست مواضع اصلی فلسفی و ایدئولوژیکی، هر روز بیش از پیش جوانانی را که در جستجوی نوعی فلسفه باطنی و در حقیقت در جستجوی الگوهای دست نیافتنی برای الگوبرداری از والدین شان هستند تهدید می کند. همراه با نبود امکان الگوبرداری، ناتوانی جوانان برای حل خشونت، با ریشه ای مشترک در دوران کودکی، تحول عاطفی و ارتباط ناپخته تری نیز به چشم می خورد. اینان قادر نیستند این خشونت را در راه های خلاق تری به کار گیرند؛ خشونتی که به صورت کاملاً

¹ - Lucks

مستقل هنوز در رفتار بسیاری از معاصران ما دیده می شود. در واقع دنیای معتادان دیگر محدود به یک طبقه اجتماعی یا فرهنگی خاص یا مربوط به سهولت تهیه مواد مخدر ای حتی نوعی عادت که تصادفی پدید آمده باشد، نیست. (برژره، ۱۳۷۸)

در مورد اعتیاد می توان به سه قطبی بودن مشکلات ناشی از انواع اعتیاد اشاره کرد : نقش ماده مورد مصرف، مشکلات عاطفی فرد معتاد پیش از اعتیاد و اثر محیطهای مختلفی که معتاد با آنها برخورد می کند (باوی، ۱۳۸۸) وابستگی به مواد شامل عوامل متعددی است که می تواند به طور همزمان و یا به دنبال هم در مورد یک فرد وجود داشته باشد؛ اما اینکه چه عاملی منجر به پدید آیی قطعی وابستگی به مواد می شود و چه عواملی احیاناً پس از وابستگی باعث تداوم و ثبات آن می شود، اتفاق نظر کاملی وجود ندارد (گلپور و همکاران، ۱۳۸۱).

با این حال به طور کلی می توان علل گرایش به اعتیاد را در تقسیم بندی زیر نشان داد:

۱- عوامل فردی

۲- عوامل محیطی

۱- عوامل فردی: عوامل فردی یا عواملی که با خود فرد ارتباط دارد به دو بخش عوامل جسمانی و عوامل

روانی تقسیم می شود:

الف- عوامل جسمانی

برخی از افراد، به دلیل مشکلات جسمانی به مصرف مواد مخدر روی می آورند. برخی افراد به دلیل بیماری فشار خون یا دیابت، مواد مخدر مصرف می نمایند. هر چند هیچگونه دلیل علمی و پزشکی در این موارد وجود ندارد و چه بسا عوارض زیانباری دیگری نیز گریبان گیر فرد شود (رمضانی، ۱۳۸۳).

ب- عوامل روانی

برخی افراد برای کاهش مشکلات روحی و روانی یا فرار از آنها به مصرف مواد مخدر روی می آورند. افراد افسرده و یا مضطرب استعداد بیشتری برای گرایش به اعتیاد دارند. برخی افراد، برای کاهش مشکلات روحی و روانی یا فرار از آنها به مصرف مواد مخدر روی می آورند افراد خجالتی نیز ممکن است برای مقابله با حالت خجالتی بودن خود، به طور غلط به مصرف مواد روی آورند و گاهی نیز برخی افراد جهت افزایش توانایی های روحی و جسمی خود، از مواد مخدر استفاده می کنند؛ بعنوان مثال افرادی که می خواهند شب ها بیدار بمانند و کار کنند و ی برای افزایش لذت جنسی از مواد مخدر استفاده می کنند (باوی، ۱۳۸۸).

۲- عوامل محیطی: عواملی است که به محیط فرد مربوط می شود و به سه بخش عوامل خانوادگی و تربیتی و عوامل اقتصادی و عوامل جغرافیایی تقسیم می شود.

الف- عوامل خانوادگی و تربیتی

روش های تربیتی نادرست خانواده مانند تحقیر کردن، بی ارزش داشتن فرزندان و محبت نکردن به فرزندان، همچنین اعتیاد پدر و مادر و دیگر اعضای خانواده یا جدایی و طلاق پدر و مادر، کشمکش ها و اختلافات خانوادگی، لوس و ناز پرورده بار آوردن فرزندان از جمله عواملی است که باعث اعتیاد می شود. همچنین مصرف سیگار یا سایر مواد اعتیاد آور توسط اعضای دیگر خانواده نیز خطر الگو شدن برای نوجوانان را دارد (فلاح زاده، ۱۳۸۰).

ب- عوامل اقتصادی و اجتماعی

وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده، یعنی سطح سواد والدین، تنوع شغل، درآمد و محل سکونت می تواند در بروز اعتیاد موثر باشد. سواد یا بی سواد والدین نیز عامل مؤثری در گرایش نوجوانان به اعتیاد به حساب می آید.

به طور کلی اکثریت معتادان هر جامعه را افراد فقیر آن جامعه تشکیل می دهند. یکی از عوامل موثر در این زمینه، این است که تعداد فرزندان متعلق به خانواده های طبقه پایین بیشتر است؛ چنین امری به نظارت کمتر والدین و احساس طرد کودک منجر می شود؛ زیرا حتی اگر والدین بین فرزندان تبعیض قائل نشوند، فرصت کمی برای ابراز محبت و رسیدگی به نیازهای اساسی هر یک از آنها خواهند داشت. در چنین خانواده هایی، سطح سواد اعضای خانواده، نظارت، انضباط و محبت، زیر حد استاندارد قرار گرفته و زمینه های ارتکاب جرم فراهم می شود؛ البته نمی توان گفت بین فقر اعتیاد رابطه مستقیم وجود دارد (باوی، ۱۳۸۸).

نبود عدالت اجتماعی، توزیع نابرابر ثروت، فقر، نابرابری های اقتصادی اجتماعی و محرومیت های شدید موجود در جامعه که بسیاری از خانواده ها را در بر می گیرد، بسیاری و ازدیاد جمعیت، مهاجرت روستاییان به شهرهای بزرگ و عدم تطابق با بافت شهری، کمبود مراکز تفریحی سال، از جمله عوامل مهم اقتصادی و اجتماعی است که افراد را به سمت اعتیاد و مصرف مواد مخدر سوق می دهد (فلاح زاده، ۱۳۸۰).

پ- عوامل محیطی و جغرافیایی

قرار گرفتن کشور ما ایران در کنار مرزهای افغانستان و پاکستان و ورود مواد مخدر از آن کشورها، به خصوص افغانستان که نیمی از تریاک جهان را تولید می کند، باعث شده است که کشور ما مسیر عبور مواد مخدر به ترکیه باشد. ارزان بودن مواد مخدر به علت در دسترس بودن آن نیز عامل دیگری برای روی آوردن به مواد مخدر است (باوی، ۱۳۸۸).

بنابراین در تقسیم بندی کلی تر و جامع تر، علل گرایش افراد به مصرف مواد مخدر را عوامل ذیل می دانند:

۱- عوامل مخاطره آمیز فردی که شامل عوامل مخاطره آمیز دوره نوجوانی، استعداد ارثی، صفات شخصیتی و اختلالات روانی می باشد.

۲- عوامل مخاطره آمیز محیطی و بین فردی شامل عوامل مربوط به خانواده (روابط اعضای خانواده، شیوه فرزند پروری والدین معتاد، زن یا شوهر معتاد، خواهر یا برادر معتاد، عوامل اجتماعی- اقتصادی خانواده و طلاق) عوامل مربوط به مدرسه (فقدان محدودیت، فقدان حمایت) و عوامل مربوط به محل سکونت (شیوه خشونت و اعمال خلاف) می باشد.

۳- عوامل مخاطره آمیز اجتماعی شامل در دسترس بودن مواد مخدر نا برابری های اقتصادی و اجتماعی، تسلط گروه های اقلیت نژادی، بیکاری، رشد بی قواره جمعیت، قوانین بازار مواد، مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی، کمبود امکانات فرهنگی- ورزشی و تفریحی، عدم دسترسی به سیستم های خدماتی - حمایتی، مشاوره ای و درمانی و توسعه صنعتی و محرومیت اقتصادی - اجتماعی می باشد (باوی، ۱۳۸۸).

۲-۸. اختلالات شخصیتی مرتبط با وابستگی به مواد^۱

برخی از نظریه پردازان معتقدند که بسیاری از افراد به دلیل داشتن شخصیت اعتیاد گرا و خصوصیات روانی- شخصیتی، بیشتر در معرض خطر وابستگی به مواد قرار دارند. اشخاصی که بیشتر در معرض خطر هستند، اغلب نارسائی های روانی و شخصیتی عدیده ای را نشان می دهند که احتمالاً دارای یک شالو ده ی زیست شناختی است و اثر غیر مستقیم بر ایجاد مخاطره می گذارد

در این ارتباط کلونینجر، مطرح کرد که عامل سه نظام مستقل ژنتیکی، عصبی و زیست شناختی در CNS (سیستم های فعال سازی رفتاری، بازداری رفتاری و نگهداری رفتاری)، زمینه ی الگوهای منحصر به فرد پاسخ رفتاری به تجربه نو، پاداش و تنبیه است. این الگوهای پاسخ، موجب اختلاف شخصیت بهنجار و به همان اندازه، ایجاد اختلال شخصیتی و رفتاری، از جمله الکلیسم و سایر مصرف های مواد می شود (برگرفته از کاویانی، ۱۳۸۲).

^۱ Cloningers Neure psyonarmacological theory

به علاوه، فعال سازی رفتاری عبارت است از فراخوانی رفتار در پاسخ به پدیده های نو و نشانه های پاداش یا رهایی از تنبیه.

برخی از نظریه پردازان معتقدند که بسیاری از افراد به دلیل داشتن شخصیت اعتیادگرا^۱ و خصوصیات روانی-شخصیتی، بیشتر در معرض خطر وابستگی به مواد قرار دارند. در این ارتباط کلونینجر، مطرح کرد که تحمل سه نظام مستقل ژنتیکی، عصبی و زیست شناختی در CNS (سیستم های فعال سازی رفتاری، بازداری رفتاری و نگهداری رفتاری)، زمینه الگوهای منحصر به فرد پاسخ رفتاری به تجربه نو، پاداش و تنبیه است. این الگوهای پاسخ، موجب اختلاف شخصیت بهنجار و به همان اندازه، ایجاد اختلال شخصیت و رفتاری، از جمله الکسیسم و سایر سوء مصرف مواد می شود (برگرفته از کاویانی، ۱۳۸۲).

بعلاوه، فعال سازی رفتاری عبارتست از فراخوانی رفتار در پاسخ به پدیده های نو و نشانه های پاداش یا رهایی از تنبیه. بر این اساس افراد در چنین فعالیت های رفتاری که «نوجویی» نامیده می شود، با هم متفاوت هستند بازداری رفتاری در پاسخ به نشانه های تنبیه یا فقدان پاداش ۵۰ می شود. بنابراین، افراد به لحاظ قابلیت بازداری رفتاری، که «آسیب پرهیزی» نامیده می شود، با یکدیگر تفاوت دارند رفتاری که در گذشته تقویت دریافت کرده است، حتی در شرایطی که در تقویت ادامه نداشته باشد، نیز تکرار می شود افراد در میزان این تداوم رفتاری که پس از قطع تقویت وجود دارد و «پاداش وابستگی» نامیده می شود، نیز با هم تفاوت دارند (کلونینجر، ۱۹۹۱).

همچنین کلونینجر (۱۹۸۷) بر شخصیت به عنوان عامل مستعد کننده اعتیاد تمرکز دارد. طبق نظریه سه بعدی، سه بعد اساسی چون نوجویی، اجتناب از آسیب و وابستگی به تقویت و آسیب پذیری نسبت به اعتیاد دخالت مستقیم دارد (برگرفته از کاویانی، ۱۳۸۲).

به طور کلی، در رویکردهای جدید شخصیتی برای وابستگی به مواد، سه مرحله در فرایند اعتیاد وجود دارد

^۱ Addictive Personality

۱- مصرف ماده به جهت لذت بردن مورد استفاده قرار می گیرد.

۲- عادت کردن به مقدار مصرف اولیه و افزایش توان آن به جهت کسب مجدد لذت یا احساسات مثبت و خوشایند.

۳- مصرف مواد جهت جلوگیری از بروز علائم ترک است تا لذت بردن (مصرف می کنند تا نمیرند).

در بعضی از منابع روانشناسی، برای وابستگی به مواد سه مرحله نام برده شده است که عبارتند از:

(۱) شروع مصرف که به دلایل گوناگون است مثل سائقی برای کاوش تجارب جدید یا کنجکاوی، تشویق دوستان و غیره که در آن با لذت های ماده آشنا می شوند.

(۲) شک و تردید مصرف کننده باعث می شود که به ادامه مصرف شک کند و عاقبت بقیه معتادان و مصرف کنندگان براهش تداعی شود.

(۳) در این مرحله عده ای از معتادان از وضعیتی که در آن قرار گرفته اند، ناراحت می شوند و شروع به ترک می کنند اما ترک اعتیاد مجدد خود پس از نخستین ترک ممکن است رخ دهد، در اثر مشکلی است که فرد در مقابل آن احساس ناتوانی می کند و مجدداً به ماده مخدر پناه می آورد و اعتیاد دوباره شروع می شود.

اکثریت معتادان یا افرادی هستند که دارای اختلالات شخصیتی می باشند، و در اثر تماس و ارتباط با سایر معتادان به اعتیاد کشیده می شوند. اکثر معتادان افرادی هستند که از نظر عاطفی، کودکانه، نابالغ، پرخاشگر و مهاجم هستند و برای تسکین فشارها و مشکلات روانی خود از مواد استفاده می کنند. به عبارت دیگر، پیروان این دیدگاه افراد وابسته به مواد را افرادی با مشکلات شخصیتی معرفی می کنند که هم موجب گرایش به مواد و مصرف آن می شود و هم راه حل مشکلات خود را در استفاده از مواد جستجو می کنند. اما، در دیدگاه های

جدید (دولیکو^۱، ۱۹۹۷) شخصیت خاص برای مصرف کننده قائل نیستند و عده ای نیز مرتبط هستند که شخصیت خاص، علت وابستگی نیست بلکه معلول آن است

در تئوری دیگری چون نظریه اسپری، میلنر و اولدز اعتیاد را یک بیماری ارگانیک یا جسمانی معرفی می کنند یعنی با یک بار مصرف مواد افیونی تأثیر بسیار زیادی بر سیستم عصبی می گذارد که ساختارهای گیرنده ها و ناقل های مغزی را برای همیشه تغییر داده و سندرم وابستگی به مواد شکل می گیرد

به هر حال، توجه به یک تابلو بالینی مشترک برای همه مصرف کنندگان با همه زمینه های فرهنگی، اجتماعی، ارثی و غیره مهم است

بعلاوه، یک درمان مشترک دارویی و یک درمان خاص روان پزشکی را با توجه به مشکلات روان تنی اعتیاد باید در نظر گرفت. به طور کلی، برخی افراد خصوصیات ذاتی منحصربه فردی دارند که ممکن است تأثیر بسزایی بر روی تمایل آن ها نسبت به مصرف مواد افیونی و غیر افیونی داشته باشد مانند افسردگی یا نیاز به محرک های قوی در اضطراب.

اختلالات روان پزشکی که با وابسته مواد مرتبط هستند، عبارتند از:

- اختلالات خلقی (مانند مانیا و افسردگی).

- اختلالات سایکوز (مانند اسکیزوفرنی).

- اختلالات اضطرابی (به ویژه اختلال پانیک، فوبی اجتماعی و PTSD^۲ یا اختلال استرس پس از سانحه)

- اختلالات شبه جسمی (به ویژه اختلال درد و جسمانی سازی).

^۱ Doleeco

^۲ Post traumatic stress disorder

- اختلال شخصیت (به ویژه شخصیت ضد اجتماعی و مرزی).

- اختلال عملکرد جنسی (همچون انزال زودرس).

- اختلال خواب.

- اختلالات کودکی و نوجوانی (مانند ADHD^۱ یا اختلال نقص توجه - بیش فعالی که اگر در کودکی درمان

نشود و تا بزرگسالی ادامه یابد بیشتر در معرض وابستگی مواد هستند) (مک کان^۲، ۱۹۹۷).

به طور کلی اختلالات روان پزشکی و حتی اختلالات جسمانی تقدّم بر وابستگی به مواد دارند. بدین معنی که

دختران به دلیل مشکلات روانی - جسمانی خود و برای مقابله و غلبه بر آن ها اقدام به مصرف مواد به عنوان

خوددرمانی می نمایند. همچنین با مصرف مواد زمینه برای شکل گیری اختلالات روانی - جسمانی مهیا می شود و

در حقیقت پدید آیی آن ها بر اثر اعتیاد (ثانویه) است و می تواند پدید آورنده اختلالات روان پزشکی چون

اضطراب، افسردگی، اختلالات جنسی و خواب گردد

«لو» معتادان را به دو گروه طبقه بندی می کند، و معتقد است که در این دو گروه بیماری های روانی (نوروز و

سایکوز یا جامعه ستیزی)، را در آن ها بدون هیچ گونه ابهامی می توان مشاهده کرد، اما نمی توان گفت زمینه

اختلالات روانی قبل از استفاده مواد در آن ها وجود نداشته و اگر به مصرف مواد اقدام نمی کردند، اختلالات

روانی بروز نمی کردند؛ و یا اینکه در گروه دوم معتادانی هستند که آن ها را معتادان فرهنگی اجتماعی می نامند.

این افراد معمولاً سازش خوبی با اجتماع دارند عموماً فاقد هر گونه علائم بیماری های روانی می باشند (برگرفته از

مک کان، ۱۹۹۷).

^۱ Attention deficit-Hyperactivity Disorder

^۲ Mc Cann

تئوری‌های روان‌پزشکی و روان‌پویشی هر انحراف و کج رفتاری (اعتیاد) را ناشی از تجربه نخستین دوران کودکی و الگوهای ارتباط خانوادگی می‌دانند چنین رفتارهایی عمدتاً برخاسته از درون و روان فرد است و از نظر روانی و طبی، بیمار به شمار می‌رود. فرهنگ و واقعیات اجتماعی نقش چندانی در این فرآیند ندارند و تنها زمینه‌های هستند برای بروز رفتار انحرافی و محرومیت فرد از نیازهای اصلی و اولیه، چون نیاز به امنیت روانی و عاطفی دوران کودکی، او را به ساختن و تشکیل شخصیت خاص هدایت می‌کنند.

تجارب ایام کودکی نظیر تضادها و آشفتگی‌های روانی و عاطفی، عمدتاً ساختار شخصیت فرد را تعیین می‌کنند و مشخصاً الگوی رفتار او را برای دوره‌های بعد طرح‌ریزی می‌نمایند. میزان بالای خصوصیات خاص شخصیتی، نظیر ناامنی، تزلزل روانی، احساس عدم کفایت، ناتوانی در ابراز احساسات و عواطف، پرخاشگری و نظایر آن‌ها از ویژگی‌های افراد معتاد می‌باشد.

نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که ۳۰ تا ۶۰٪ بیماران مبتلا به سوء مصرف و وابستگی به مواد واجد ملاک‌های تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی هستند به عبارت دیگر، در صد بالای از این افراد دارای یک الگوی رفتار ضد اجتماعی نیز هستند؛ خواه این الگو قبل از شروع مصرف مواد وجود داشته باشد و خواه در طی مصرف مواد ظاهر شده باشد.

افرادی که تشخیص وابستگی به مواد به همراه اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارند، آسیب روانی بیشتری دارد و تکانشی‌تر، منزوی‌تر و افسرده‌تر از بیمارانی هستند که فقط تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی را دریافت کرده‌اند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰).

مشکلات و ضعف‌های شخصیتی معتادان را می‌توان به مواردی چون غیر اجتماعی بودن و تمایل به گوشه‌گیری و انزوا (انزوای عاطفی)، عملکردهای آنی، چند برابر شدن تأثیرات خارجی بر کنترل رفتار، برون فکنی، القاء

پرخاشگری، طغیان، واپس گرایی، شکست در همانندسازی و الگوبرداری، عدم پذیرش از جانب دوستان، احساس حقارت، هیجان طلبی و ناتوانی در کنترل تکانه‌ها، بی‌حوصلگی، تحریک پذیری، مضطرب بودن، حساسیت بیش از حد، اعتماد به نفس و عزت نفس پایین، عواطف ناپخته و کودکانه، احساس ناتوانی و عجز و بی‌لیاقتی، احساس ناتوانی در کسب موفقیت، احساس ناامیدی، بدبینی نسبت به آینده، بی‌اعتنایی و بی‌توجهی والدین و احساس ناخودآگاه کینه نسبت به والدین (یک یا هر دو) اشاره کرد.

به‌طور کلی، نوع شخصیت و مشکلات شخصیتی یکی از عوامل مهم وابستگی به مواد است. اکثر مشکلات شخصیتی، چون گوشه‌گیری و منزوی بودن می‌توانند زمینه‌ساز گرایش و مصرف مواد باشد. کسانی که از نظر اجتماعی منزوی و خجالتی هستند و در برقراری ارتباط با دیگران دچار مشکل می‌باشند، برای برطرف کردن احساس ضعف، احساس ناامنی و تنهایی و کسب آرامش و اعتماد به نفس ممکن است به اعتیاد روی آورند. ویژگی‌های رفتاری خاصی، چون کمبود اعتماد به نفس و عزت نفس، آشفتگی‌های درونی، عصبانیت، مسئولیت پذیر نبودن، قدرت سازگاری پایین و مورد توجه و علاقه دیگران نبودن موجب می‌شود شخص احساس بی‌کفایتی و حقارت کند و این علائم به همراه مشکلات اجتماعی و خانوادگی افراد را نسبت به این معضل آسیب پذیر تر می‌کند و به سمت مصرف مواد و وابستگی به آن می‌کشاند.

یکی از اصول درمان اعتیاد، توانایی شخص معتاد برای ارزیابی خود با دیدی صحیح و اختصاصی است تا بتواند صفات شخصیتی خود را که به صورت استثنای مثبت یا منفی هستند، بشناسد و دریابد که کدامیک از صفات با اعتیاد وی مربوط است. این نکته حائز اهمیت است که شخصیت اصولاً امر تغییرناپذیری نیست و شخصیت هر فرد آنگونه است که او رفتار می‌کند. تغییر رفتار در واقع منتهی به تغییر شخصیت می‌شود و برای تحلیل درونی باید تغییر بیرونی ایجاد کرد و با توجه به موضوع مهم مطرح شده، رفتاردرمانی جزء مهمی از روان درمانی شخص معتاد محسوب می‌شود.

به طور کلی، مشکلات و ضعف های شخصیتی به تنهایی عامل اساسی وابستگی به مواد نمی باشند؛ شخصیت تنها عامل تعیین کننده اعتیاد نیست بلکه این گونه موارد مطرح شده می توانند زمینه ساز گرایش و مصرف مواد در نظر گرفته شوند.

۹-۲-۲. اختلالات وابسته به مواد

۹-۲-۲-۱. حشیش^۱ و اختلالات وابسته به آن

مصرف طولانی مدت حشیش، تغییراتی در سطح آگاهی شخص به وجود می آورد که در نهایت می تواند علایم نورو، سایکوز، و یا اختلالات شدید و پایدار را ایجاد کند. اختلال سایکوز ناشی از حشیش بسیار کمیاب است، اما افکار پارانوئیدی گذرا شایع هستند و افرادی که به مدت طولانی تر از فراورده های قوی تر حشیش استفاده کرده اند، ممکن است به دوره های سایکوز به نام «جنون شاهدانه»^۲ مبتلا شوند.

از وخیم ترین اثرات روانی ناشی از مصرف حشیش می توان اضطراب، احساس مردن، دل تنگی، پانیک، آسیب در شناخت، کن دی روانی حرکتی و افزایش نشانه های مرضی سایکوز را نام برد (هال، ۱۹۹۹، به نقل از بز می، ۱۳۹۰).

از اختلالات رایج مرتبط با مصرف طولانی مدت حشیش سندرم فقدان انگیزش^۳ می باشد منظور از سندرم فقدان انگیزش، عبارت است از بی میلی شخص در استمرار انجام دادن کار و یا انجام تکالیف تحصیلی در دانش آموزان و دانشجویان می باشد. چنین بیماری فاقد نیروی حال است، غالباً فرد ظاهراً تنبل به نظر می رسد (بز می، ۱۳۹۰).

^۱ Cannabis

^۲ Hempinsanity

^۳ Amotivation

۲-۹-۲-۲. کوکائین^۱ و اختلالات وابسته به آن

کوکائین داروی اعتیاد آور بسیار قویست و به عنوان تقویت کننده مثبت رفتاری محسوب می شود و می تواند وابستگی روانی بسیار شدیدی را ایجاد کند

مصرف مقادیر زیاد کوکائین به مدت طولانی می تواند عوارضی چون تحریک پذیری و نوسان خلق، رفتار خشونت بار، انزوای اجتماعی یا پارانوئیا و علائم شبیه مانیا، فقدان علاقه و لذت و افسردگی ایجاد می کند.

مصرف کنندگان مقادیر زیاد کوکائین، دچار نشانه های روان پریشی می شوند. برای مثال امکان دارد آن ها دستخوش توهم و هذیان شوند و احساس گیجی، سوءظن و سراسیمگی کنند که حالت های شبه روان پریشی بسیار ناراحت کننده و حتی وحشتناکی هستند.

زمانی که تأثیر کوکائین از بین می رود مصرف کننده «احساس فروریزی^۲» یا «سقوط» می کند و به خلق افسرده، اختلال خواب، بی قراری، اشتیاق مبرم و خستگی دچار می شود. مصرف کنندگان همچنین در بلندمدت عوارضی چون لرزش بدن، افسردگی روانی، بی اشتهایی، لاغری و صدمه به بافت بینی ها را نشان می دهند. عوارض عمده ترک کوکائین، شامل افسردگی، خستگی و بی خوابی هستند.

۲-۹-۳. مواد توهم زا LSD و اختلالات وابسته به آن

اثرات روان شناختی شامل

- توهم و هذیان پارانوئید
- اختلال در قضاوت
- اختلال در تفکر و استدلال انتزاعی

^۱ Cocaine

^۲ Crash

- اختلال در عملکرد شناختی چون توجه، تمرکز و دقت

- مسخ شخصیت

- آشفتگی ادراکی

۲-۹-۴. کافئین و اختلالات وابسته به آن

طبق DSM.IV.TR اختلال اضطرابی ناشی از مصرف طولانی و دوز بالا ممکن است ضمن مسمومیت کافئین ظاهر شود. اضطراب مربوط به مصرف کافئین شدید اختلال اضطراب فراگیر است و بیمار مبتلا به لوسمی چون عصبانیت، پرحرفی، تحریک پذیری را نشان می دهد و از کمبود انرژی و بی خوابی رنج می برد. اختلال خواب یکی از اختلالات دیگر است که در جریان مسمومیت با کافئین ظاهر می شود.

طبق DSM-IV-TR مسمومیت با کافئین می تواند با تأخیر در خواب رفتن، ناتوانی برای ماندن در خواب (خوابهای منقطع) و زود بیدار شدن مرتبط باشد (APA، ۲۰۰۰).

۲-۹-۵. نیکوتین و اختلالات وابسته به آن

اثرات روان شناختی ناشی از مصرف نیکوتین، شامل اثرات خوشایند اولیه مانند احساس آرامش عضلانی و سرخوشی از نظر رفتاری، اثرات تحریکی و مثبت اولیه سیگار موجب بهبود و افزایش توجه، تمرکز، یادگیری و توانایی حل مسئله می شود. همچنین کشیدن سیگار موجب بالا رفتن خلق، کاهش تنش و کاهش احساس افسردگی است.

از نظر میاتا ویانا گیتا (۲۰۰۱)، یکی از احساساتی که پیش از تأثیرگذاری نیکوتین در سیگاری ها به وجود می آید، احساس خارش در پشت گلویشان است.

البته، این احساس به خودی خود لذت چندانی ندارد، اما افراد سیگاری از آن لذت می برند یا آن که دلیل این لذت را نمی دانند، اما علت بروز آن ارتباط نزدیکی با آثار پاداش نیکوتین دارد.

۲-۹-۶. آمفتامین^۱ و اختلالات وابسته به آن

اثرات روان شناختی ناشی از مصرف آمفتامین ها عبارتند از : احساس سرخوشی، توهمات پارانوئیدی، عزت نفس، اعتماد به نفس، بیش فعالی، پر حرفی، رفتارهای قالبی و تکراری و احساسات اغراق آمیز نسبت به خود (احساس برتری و یا داشتن توانایی های خارق العاده) (بزمی، ۱۳۹۱).

از علائم جسمانی و روان شناختی مزمن ناشی از مصرف پی در پی آمفتامین ها می توان از مواردی چون سکته پارگی عروق ، نارسایی کلیه، ضایعه قلبی و عروقی، ضایعه کبدی، سوء تغذیه، کاهش وزن، اختلال در خواب، فلج موقت، تشنج و اغماء، توهمات شنیداری، دیداری یا لامسه، حرکت های قالبی چهره، پر خاشگری، واکنش های سایکوز شبیه به اسکیزوفرنی، پارانوئیا، پانیک و افسردگی نام برد بر اساس DSM-IV-TR اختلالات ناشی از وابستگی به آمفتامین ها عبارتند از:

- اختلالات سایکوز

- اختلال خلقی

- اختلال اضطرابی

- کژکاری جنسی

- اختلال خواب (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۰).

¹ Amphetamine

هنگامی که مصرف دارو قطع می شود اختلالات روان پریشی بهبود می یابد ولی با مصرف زیاد ممکنست افسردگی شدید به خفگی مفرط ظاهر شود. در بعضی موارد، مصرف شدید و طولانی کابوس را در پی دارد

۲-۹-۱۰-۲ اختلالات ناشی از مصرف بلندمدت مواد استنشاقی

آسیب های کبدی و کلیوی برگشت ناپذیر، آتروفی مغزی، صرع، لوب تمپورال، کاهش IQ، درد قفسه سینه، دردهای عضلانی و مفاصل، خستگی، کاهش اشتها، تهوع، استفراغ، اسهال، گرفتگی مجرای تنفسی، زخم های داخل بینی و دهان، خو نریزی دینی، زوال عقل پایدار یا دمانس، اختلالات سایکوز چون حالات پارانوئیدی، اختلال خلق چون افسردگی از خود بی خود شدن، حمله های غش مانند، اختلالات جنسی، اختلالات اضطرابی چون پانیک، و اضطراب فراگیر می توان نام برد (میلر ۱۹۸۳ به نقل از فریبرزپویان ۱۳۸۶).

۲-۹-۱۰-۲ اختلالات وابسته به داروهای رخوت زا، خواب آور و یا ضد اضطراب

اختلالات وابسته به گروه های رخوت زا، خواب آور یا ضد اضطراب در DSM-IV-IR عبارتند از:

- وابستگی، سوء مصرف، مسمومیت و علایم ترک داروهای رخوت زا، خواب آور، ضد اضطراب
- دلیریوم مسمومیت، دلیریوم ترک به داروهای رخوت زا، خواب آور و یا ضد اضطراب
- زوال عقل پایدار ناشی از مصرف طولانی مدت داروهای رخوت زا، خواب آور یا ضد اضطراب
- اختلال سایکوز ناشی از مصرف داروهای رخوت زا، خواب آور و یا ضد اضطراب همراه با هذیان یا توهم
- اختلال خلقی ناشی از داروهای رخوت زا، خواب آور یا ضد اضطراب
- اختلال اضطراب ناشی از داروهای رخوت زا، خواب آور یا ضد اضطراب
- کژکاری های جنسی ناشی از داروهای رخوت زا، خواب آور یا ضد اضطراب

- اختلال خواب ناشی از داروهای رخوت زا، خواب آور یا ضد اضطراب (APA، ۲۰۰۰).

۲-۱۰. رابطه شخصیت و اعتیاد

خصوصیات روانی شخصیتی معتادان صرفاً ناشی از مصرف مواد مخدر نیست بلکه تحقیقات در این زمینه نشان می‌دهد که معتادان قبل از اعتیاد دارای نارسائیهای روانی عدیده‌ای بوده‌اند که بعد از اعتیاد به صورت مخرب تری ظاهر و تشدید شده است (مجله علمی و روان پزشکی بهداشت روانی، اخوت، شماره ۳۸).

بنابراین مسئله اعتیاد یا معتاد تنها مواد مخدر نیست بلکه مسئله معتاد در اصل شخصیت وی می‌باشد. بنابراین رابطه بین شخصیت و اعتیاد رابطه‌ای متقابل است. یعنی چه و علت شکست‌ها و ناتوانی در برخورد با مسائل و ناکامی در زندگی، عدم ثبات عاطفی و غیره روی آورده است و اعتیاد نیز به گونه‌ی خود موجب از بین رفتن انسجام روانی و هیجانی شخص شده است و بدین ترتیب بین اعتیاد و شخصیت دور باطلی ایجاد شده که مبارزه با آن مستلزم تغییر شرایط بیرونی و درونی یعنی ایجاد اراده‌ی محکم و روحیه‌ی قوی است (شاگری، ۱۳۶۸).

بسیاری از محققان مسائل مربوط به اعتیاد و بخصوص اکثر افراد عادی جامعه بر این باورند که ساختمان شخصیت بخشی از افراد برای پذیرش اعتیاد مساعدتر از دیگران است. اینان می‌پندارند که این زمینه مساعد، بی‌گمان شرط اولیه و لازم احتیاط است و بدین ترتیب مسئله اعتیاد را بیش از حد ساده می‌پندارند (تقوی، ۱۳۷۰).

اختلالات و نابهنجاری‌ها و رفتار که بر اثر استعمال این مواد به وجود می‌آید ویژگی‌های شخصیتی خاصی را باعث می‌شود که برای هر دسته از این داروها ماهیت نسبتاً خاصی دارد و از شکل ساده و تقریباً نرمال گرفته تا حالات شدید و روان‌نژندی (نوروتیک) روان‌پریشی (سپیکوتیک) را شامل می‌شود.

معتادان به مواد مخدر معمولاً حالت افسردگی، شخصیت ضد اجتماعی و اسکیزوئید را از خود نشان می‌دهند.

امیال بیولوژیکی در آن‌ها کم و بیش مهار می‌شود و این امر به علت تأثیرات بیولوژیکی مواد و نیز اثرهایی است که شخص معتاد به خاطر عدم هماهنگی و تطابق اعمالش با معیارهای اجتماعی دریافت می‌دارد، از نظر روان‌پزشکی افرادی که داروهایی از قبیل آمفتامین به مقدار زیاد و مداوم مصرف می‌کنند بیمار بتین افراد جامعه به حساب می‌آید که دچار افسردگی شدیدند و از هیچ گونه فعالیتی لذت می‌برند و لذا مرگ‌ومیر در این گونه افراد بسیار زیاد است (تفضلی مقدم، ۱۳۷۵).

کریم پور، با تأکید بر تأثیرگذاری محیط بهرفتار معتاد می‌گوید، ویژگی‌های شخصیتی مربوط به گروهی از معتادین عبارتند از: بی‌ارادگی، مورد اعتماد دیگران نبودن، نداشتن حس ابتکار، بیکار بودن، عدم اعتماد به نفس، وجود احساس شدید گناه، عقده حقارت، و احساس بیهودگی بر اثر شرایط محیطی در آن‌ها بوجود می‌آید (کریم پور، ۱۳۶۴).

برای کسی که وابستگی دارویی پیدا می‌کند تیپ شخصیتی واحد وجود ندارد و تاکنون شخصیتی به نام

شخصیت معتاد یا الکلیک پذیرفته نشده است، تا بتوان افراد معتاد را بر اساس آن مورد قضاوت قرار داد.

استعمال مواد مخدر برای هر فردی هدف خاص خود را دارد (احمدوف، ۱۳۸۷).

در DSM-IV اختلالات شخصیتی، به ویژه اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، منجر به اختلالات ناشی از مصرف مواد خوانده شد.

برخی بر این باورند که فرد معتاد یا الکلی دارای یک شخصیت خود شیفته است و تحت تأثیر ماده مصرفی به خود اجازه می‌دهد که احساس قدرت فوق العاده کند، ولی واقعیت‌های دنیای خارج آن را محدود می‌کند، و

این احساس که فردی است بزرگ و می‌تواند هر کاری را که می‌خواهد انجام دهد به او دست می‌دهد (DSM-IV، ۱۹۷۴، ترجمه: نائینیان، ۱۳۷۴).

ژیلبرت^۱ و لباردی^۲ (۱۹۷۶) در مقایسه ۴۵ گروه معتاد با یک گروه غیر معتاد به این نتیجه رسیدند که ویژگی‌های برجسته معتادان عبارتند از ویژگی‌های پسکوپاتیک، افسردگی، تنش، ناایمنی، احساس بی‌کفایتی و اشکال در تشکیل روابط اجتماعی گرم و طولانی.

همچنین آنان در تحقیقات خود دریافتند که بسیاری از معتادان مورد مطالعه آن‌ها، نشانه‌هایی از ویژگی‌های نورتیکی و پسکوپاتیکی دارند (احمدوند ۱۳۷۴، به نقل از عامری ۱۳۸۱).

۲-۱۰-۱. دیدگاه کنبرگ^۳:

بنا به دیدگاه کنبرگ (۱۹۷۳) شخصیت‌های متعدد اعتیاد عبارتند از:

۱- دپرسو مازوخستیک^۴

۲- شخصیت اسکیزوئید^۵

۳- شخصیت خود شیفته^۶

۴- شخصیت پارانوئید^۱

^۱ Gilbert

^۲ Lobardi

^۳ Kenberg

^۴ Depressive Masochistic

^۵ Schizoid personality

^۶ Narssistic personality

در مجموع می‌توان گفت که ارتباط بین ویژگی‌های روان‌شناختی قابل اعتماد به نفس ضعیف، اعتماد ناکافی به قدرت کنترل فردی، در حد زیادی از نارضایتی بدنی، نیاز شدید به کسب تأیید اجتماعی، تپا بق اجتماعی اندک، اضطراب قابل توجه، تکانشی بودن، نبودن انگیزه، عدم مسئولیت‌پذیری، نقش‌پذیری ضعیف در اجتماع، که با رفتار مصرف مواد در ارتباط می‌باشد، باعث شد که در ابتدا احتمال وجود یک طبقه شخصیتی به عنوان شخصیت معتاد^۲ مطرح گردد.

اما آشکار است که اطلاعات موجود پشتوانه‌ای برای وجود تابلوی شخصیت خاصی که همه مصرف‌کنندگان مواد مخدر را در بر می‌گیرد، فراهم نمی‌کند، چرا که این علایم را نمی‌توان به طور منحصر به فرد در افراد معتاد یافت و افراد غیر معتاد هم ممکن است نمونه این ویژگی‌ها را ظاهر سازند (میلن^۳ ۱۹۸۳، به نقل از عامری (۱۳۸۱)^۳).

با این حال تحقیقات اخیر، فرژویل^۴ (۱۹۸۹) حاکی از اینست که شرایط عاطفی شخصیتی برای سوق دادن فرد به اعتیاد شرط لازم است، اما مطلقاً شرط کافی به حساب نمی‌آید.

با وجود این نمی‌توان تعریف ((شخصیت اعتیادی)) را مبنای قیاس یا شخصیت ((روان‌نژند)) قرارداد، چرا که روان‌نژندی نتیجه خلق و خوی نظم یافته براساس نمونه شراخته شده روان‌نژند است حال آنکه در تجربه بالینی معتادان، این شاخص به چشم می‌خورد و بالعکس با معتادانی روبه‌رو می‌شویم که ساختارهای شخصیتی بسیار متضادی دارند.

سوء مصرف مواد می‌تواند بخشی از رفتار ((لرزه خواهی)) شخصیت ضد اجتماع باشد، با این حال می‌توان انتظار داشت که افراد مستعد برای کاهش پریشانی خود مواد مخدر استفاده می‌کنند.

^۱ Paranoid personality

^۲ Addiction personality

^۳ milen

^۴ Ferjaville

در برخی مطالعات از طرح طولی استفاده شده که برای مطالعه ارتباط بین شخصیت و مصرف مواد طرح مناسبی است.

در این مطالعات برخی ویژگی های شخصیت مصرف کنندگان این گونه مواد پدیدار شده است اولین وی ژگی آنها بیش فعالی در دوران کودکی است

بیش فعالی یکی از عوامل پیش بینی کننده مهم برای سوء مصرف الکل در آینده است (ویس ۱۹۹۲، به نقل از عامری ۱۳۸۱).

بیش فعالی در رفتار ضد اجتماعی با یکدیگر هم بستگی بالایی دارند و در واقع، شخصیت ضد اجتماعی پیش بینی کننده مشکلات سوء مصرف مواد است.

اختلال های دیگر شخصیتی عبارتند از شخصیت پارانوئید، اسکیزوئید، اسکیزوتالپی، هیستریانیک، نارسیتیک، مرزی، دوری گزین، اتکایی، وسواسی، پرخاشگر که مصرف مواد مخدر تقریباً در همه آن ها رایج است (DSM-IV).

۲-۲-۱۱. اعتیاد و اختلالات روانی

اعتیاد به مواد مخدر یا (اختلال وابسته مواد) به دلیل ماهیت زیستی، روانی، اجتماعی انسان از پیچیدگی خاصی برخوردار است، به همین علت درمان این اختلال با تأکید بر یک رویکرد محض، اغلب دشوار و ناکارآمد است. نتایج مطالعات پژوهشگران بیانگر این حقیقت است که مانند بسیاری از اختلالات روانی دیگر، کارآمدترین رویکرد درمانی در کاهش یا ترک مصرف مواد اعتیادآور شامل ترکیبی از شیوه های جسمی و روانی

است (کتلین، ترجمه قامت بلند، ۱۳۸۳). اما کوموربیدیتی یا اختلال‌های همراه در مطالعات همه‌گیر شناختی و سبب‌شناختی اعتیاد و سوء مصرف مواد بیش از پیش مورد توجه محققان و صاحب‌نظران مسایل اعتیاد قرار گرفته است. این تحقیقات نشان داده‌اند که اختلال‌های مصرف مواد مخدر در اغلب موارد بر اساس مشاهدات بالینی با برخی از اختلالات روانی، نابهنجاری‌ها و نابسامانی‌های روحی، عاطفی، خلقی و رفتاری، نظیر اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال دو قطبی، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطراب، ضربه و اختلال فشار روانی پس از آسیبی، احساس از خود بیگانگی، احساس بی‌قدرتی و نظایر آن همبستگی و همخوانی دارند (کسلر، نلسون و مک‌گوناگ^۱، ۱۹۹۶؛ اسوندسن^۲، ۱۹۹۸؛ کلارک، لشیک و هجندوس^۳، ۱۹۹۷).

یکی از اختلال‌های همراه که در اعتیاد و اختلال‌های مربوط به سوء مصرف مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و الکل دیده می‌شود، اختلالات مربوط به افسردگی و اضطراب است. گرچه در اغلب تحقیقات، افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال همراه در اعتیاد مطرح است، برخی از محققان و صاحب‌نظران افسردگی را هم یکی از علت‌های گرایش به سوء مصرف و هم معلول و یکی از پیامدها و آثار سوء مصرف عنوان نموده‌اند. مطالعات و تحقیقات همه‌گیرشناسی این ملاحظات بالینی را به اثبات رسانده‌اند که اختلال‌های مصرف مواد مخدر معمولاً با اختلال افسردگی هم در نوجوانی و هم در بزرگسالی همراه است (اسوندسن، ۱۹۹۸).

از طرفی، کیدروف^۴ (۱۹۹۶؛ نقل از گلاتز و هارتل^۵، ۲۰۰۲) عنوان کرده‌اند که وجود یک نوع اختلال، نظیر افسردگی، در معتادان به الکل و مواد مخدر ملاک تشخیصی مهمی برای انواع اختلالات دیگر خواهد بود. از این رو، شیوع گسترده این همبودی تلویحات ضمنی بسیاری دارد و افراد معتاد در عمل، علاوه بر اعتیاد، با

^۱ -Kessler, Nelson, McGonagle

^۲ -Swendsen

^۳ -Clark, Leshick and Hegendus

^۴ -Kidorf

^۵ -Glantz, M, Hartel

بیماری های همراه مواجهه بوده اند، و لذا نیازمند درمان های بیشتر و مراقبت های بالینی و پزشکی دقیق تر و طولانی تری هستند که نه تنها سیر بالینی آنان را وخیم، حاد و بد جلوه می دهد، بلکه دوره درمان را طولانی تر می سازد. گرچه پیوند و همراهی اختلالات همراه (کوموریدیتی)، نظیر افسردگی با اعتیاد، از لحاظ تجربی و بالینی به اثبات رسیده است، اما دلیل آن همانطور که برخی محققان (کسلر ۱۹۹۵) متذکر گردیده اند روشن نیست. در متون جدید، مربوط به سوء مصرف و اختلالات روانی امروزه سه الگو در خصوص پیوستگی میان اعتیاد و اختلال های همراه مطرح است:

الف - اختلال های روانی که به سوء مصرف مواد منجر می گردند؛

ب - سوء مصرف مواد (اعتیاد) که به پیدایش اختلال های روانی می انجامد؛

ج - عوامل خطر ساز مشترکی که منجر به هر دو می گردند.

مطالعات و تحقیقات انجام شده نشان دهنده نوعی حمایت از هریک از الگوهای فوق الذکر است. به هر حال، اغلب محققان بر این اصل تاکید می کنند که ارتباط میان اختلال مصرف مواد مخدر و اختلال های روانی، نظیر افسردگی، نسبت به آنچه که در هریک از این الگوها مطرح شده است پیچیده تر، تبادلی تر و چند عاملی تر است (گلانتز و همکاران، ۲۰۰۲).

گلانتز و همکاران (۲۰۰۲) از الگوی چهارمی سخن رانده اند که سه الگوی پیشین را به یکدیگر پیوند می دهد و برای هریک از موارد بروز بیماری های همراه توضیحی و تفسیری دارد. بنابراین الگو، در برخی از افراد، سوء مصرف مواد و آسیب روانی خاص همراه یکدیگر رشد می کنند. از طرفی، هریک گام های سبب شناختی دیگری را از طریق تعامل های چند گانه تشدید می کند، احتمال تداوم هر دو را افزایش می دهد و پیامد و عواقب هر دو را وخیم تر می سازند. با وجود آنکه همبستگی های میان مصرف مواد مخدر و دیگر اختلال های روانی،

نظیر افسردگی بسیار قوی هستند، معه‌ذا باید در استنباطات علی خود در این خصوص محتاط‌بود. یک دلیل آن این است که متغیرهای مشخص، بویژه عوامل ژنتیکی، و سایر عوامل زیست‌شناختی در بسیاری از مطالعات و تحقیقات تجربی مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار نگرفته‌اند. بسیاری از تحقیقات و مطالعات بر گزارش‌های "گذشته‌نگر" در باب شروع زمانی اختلال‌ها تکیه می‌کنند که می‌تواند سوگیرانه و غیردقیق باشد مضافاً آنکه نشانگان و پیش‌نشانه‌هایی که برای تشخیص اختلالات بالینی لازم هستند بروز می‌کنند از طرفی، هم‌گرایش به سوء مصرف مواد مخدر و هم حالت‌های مخصوص به ترک مواد توأماً اختلال‌های روانی خاصی را بروز می‌دهند که به پیچیدگی امر خصوصاً در فرایندهای درمان و مداخلات بالینی می‌افزاید.

۲-۲-۱۲. درمانهای غیردارویی

روش شناختی- رفتاری پیشگیری از عود

اساس برداشت شناختی - رفتاری از پدیده اعتیاد و عود آن تأکید روی نقصها و تحریفهای شناختی فرد از یک سو و کمبود مهارتهای رفتاری مناسب برای مقابله با فشارهای درونی و بیرونی و دستیابی به احساس خوشی و شادکامی (یا فرار از احساسات عاطفی منفی) می‌باشد. این مدل مجموعه‌ای از روشهای مداخله رفتاری و شناختی را در بر می‌گیرد که با استفاده از آنها می‌توان شناختهای غلط و ناکارآمد فرد معتاد (و اطرافیان او) را شناسایی و تصحیح نمود و کمبودهای موجود در گنجینه رفتاری و مهارتهای اجتماعی او را بنحوی بازسازی و تقویت کرد که او مجبور نباشد در مواجهه با موقعیتهای خطرآفرین یا بحرانی، به دامن سوء مصرف مواد پناه ببرد.

آشنایی با رفتاردرمانی

در روش رفتاردرمانی از نظریه‌های یادگیری استفاده می‌شود. در این روش اعتقاد بر این است که انسان نه خوب است و نه بد و رفتار به وسیله عوامل محیطی، محرکها، و نیازهای فرد بوجود می‌آید. انسان هم رفتار سازگار و هم رفتار ناسازگار را یاد می‌گیرد. رفتاردرمانگران به‌وفور از تقویت‌کننده‌های متعدد استفاده می‌کنند. در این روش درمانگر بر اعمال و فعالیتهای فرد یا گروه کنترل زیاد دارد و به طور کلامی و غیر کلامی به تشویق فرد یا اعضای گروه می‌پردازد و اعضا را در جهت نیل به هدفهای تعیین شده رهبری می‌کند.

آشنایی با شناخت‌درمانی

اعتیاد معمولاً به دنبال اضطراب شروع شده و سپس با بروز خلق افسرده، فرد را به خوددرمانی با الکل و مواد مخدر ترغیب می‌کند. این رفتار به نوبه خود منجر به بروز مشکلات اقتصادی، اجتماعی، پزشکی می‌شود که به نوبه خود اضطراب را تشدید کرده و بیمار سعی می‌کند با مصرف بیشتر آن را کنترل کند و به این ترتیب این حلقه معیوب ادامه می‌یابد.

معتادان معمولاً اعتیاد خود را به ولع (**craving**) غیرقابل کنترل به مصرف مواد نسبت می‌دهند. اما افکار ناکارآمد (**dysfunctional thought**)، ولع را تشدید می‌کند.

مصرف‌کنندگان معمولاً مشکلات خود را کم‌اهمیت جلوه می‌دهند، انکار می‌کنند، به آنها بی‌توجهی کرده و یا اینکه آنها را به مسائلی غیر از مواد و الکل نسبت می‌دهند.

یک عامل بسیار مهم در وابستگی روانی بیماران این باور است که ترک مواد مخدر باعث بروز عوارض غیرقابل تحمل خواهد شد. باور اساسی دیگر احساس ناتوانی معتاد در کنترل ولع مصرف مواد است.

ولع و تمایل به مصرف به طور خودبمخود اتفاق می افتند. اساس درمان این است که روشهای آگاهانه کنترل این تمایلات در بیمار ایجاد شود. شناخت درمانی یک سیستم روان درمانی است که سعی می کند رفتارها و باورهای ناسازگارانه و ناکارآمد را تغییر داده و روشهای کنترل را آموزش دهد.

درمان شناختی- رفتاری

با ترکیب روشهای شناختی و رفتاری می توان به دستاوردهای درمانی به مراتب بیشتری رسید. اساس درمان شناختی- رفتاری همکاری درمانگر و مراجع است. به این معنا که درمانجو در فرآیند درمان دخالت داده می شود و درمانگر با همدلی و حمایت، او را در این مسیر یاری می دهد. این همکاری برای درمانجو محیطی امن فراهم می آورد تا او را در تغییر دشوار رفتاری اعطای حمایت کند.

درمان شناختی- رفتاری معمولاً ساختار یافته است؛ مثلاً در درمان اعتیاد، ساختار عبارتست از تعیین اهداف، بررسی خلق بیمار، برقراری ارتباط با مسائل مطروحه در جلسه و بین دو جلسه (مانند مصرف مواد، ولع به مصرف و موقعیتهای برانگیزاننده مصرف)، بحث راجع به مشکلات (شامل راهکارهای کنار آمدن بالقوه و فعالیتهای تقویت کننده مهارتها).

زمانبندی هم ساختار یافته است؛ برای مثال درمانگر در جلسه اول ممکن است ۴۵ دقیقه برای برقراری راپو و جمع آوری اطلاعات در نظر بگیرد. ۵ دقیقه صرف مفهوم بندی مورد کند. در ۱۵ دقیقه بعد به بیمار آموزش دهد که چگونه موقعیتهای پرخطر در رابطه با مصرف مواد را شناسایی کند. ۵ دقیقه برای تقویت انگیزه و ۱۰ دقیقه راجع به قرارداد درمانی و قواعد درمانی و سر آخر ۵ دقیقه برای دادن تکلیف وقت بگذارد.

خانواده درمانی

در مداخله مقدماتی که شامل اخذ اطلاعات اولیه است، برای جلوگیری از پیشرفت بیماری، با شخص معتاد رویارویی صورت می‌گیرد. این مداخله به صورت مواجه شدن با معتاد در صورت امکان با شرکت نزدیکان به خصوص افراد خانواده انجام می‌گیرد. از اقدامات اولیه در مداخله، شکستن مکانیسم دفاعی انکار معتاد است. شخص معتاد در وضعیت انکار عواقب وخیم اعتیاد به سر می‌برد. او از مسمومیت فیزیولوژیکی، ناسازگاری روانی و خانوادگی، مشکلات اجتماعی و اقتصادی و اختلافات قانونی و حقوقی و دیگر مسائل ناشی از اعتیاد بی‌اطلاع به نظر می‌رسد. برای مقابله با انکار و نوعی به خود آوردن معتاد، باید عواقب شناخته‌شده و ملموسی در نظر گرفته شود که شخص معتاد مجبور به روبرویی با آن شود. اغلب نزدیکان و افراد خانواده معتاد به دلایل مختلف چون حفظ آبرو چه بسا ناخودآگاه سعی در حذف چنین نتایج طبیعی ناخوش آیند ناشی از سوء مصرف مواد مخدر دارند. عدم رویارویی و تجربه این نتایج عملاً به پیشرفت بیماری اعتیاد کمک می‌کند. نظر به این که در امتداد پیشرفت اعتیاد، افراد نزدیک هم‌چون خانواده شخص معتاد، خود نیز در مدار گرفتاری‌های بیماری قرار گرفته و تاویحاً خود را تا حدودی با رفتار معتاد تطابق می‌دهند. لذا انتظار می‌رود که افراد خانواده چون معتاد در چنگال انکار به سر برند. مداخله و درمان، افراد خانواده معتاد را نیز باید تحت پوشش قرار دهد. آموزش عمومی درباره مواد، شکستن مکانیسم‌های دفاعی نامناسب و مواجه کردن معتادان و افراد خانواده آنها با عواقب طبیعی و ناگوار اعتیاد در مجموعه مداخلات بالینی می‌باشند. این مداخلات باید حتی‌المقدّر تقدیدآمیز نبوده و روی مسائل و رفتار عینی به جای شخصیت افراد متمرکز شود.

باید به نزدیکان شخص معتاد اطلاعات لازم در مورد کمک‌های موجود و در دسترس محیط زندگی آنان داده شود. برای آنها موقعیتی فراهم شود تا در آن بتوانند احساسات خود در رابطه با مسائل مربوط به اعتیاد را بیان کنند. سپس راه‌حلها و اطلاعات لازم در اختیار آنان گذارده شود و در صورت لزوم و ام‌کان تشویق به شرکت در خانواده‌درمانی شوند.

شرط مهم برای پرهیز فرد معتاد از مصرف مواد وجود زمینه مناسب در خانواده است . در غیر این صورت اگر محیط آماده نباشد، رفتار اعتیادی نیز ادامه خواهد یافت. زمانی که زمینه با کمک درمانگر در خانواده آماده شده باشد، فرد سوء مصرف کننده در می یابد که انتظار خانواده از او قطع مصرف مواد است و می بایست بین مصرف مواد و خانواده یکی را انتخاب کند

در زمان پس از ترک، هم مراجع و هم خانواده اش می بایست با وضعیت جدید کنار بیایند و این تغییر برای هر دو طرف مشکل است.

خانواده درمانگران به خانواده کمک می کنند که پس از پرداخت صرف به مباحث مرتبط با مواد، حال ارتباطات بهتری درون خانواده ایجاد کنند. به دنبال پاکی و پایداری معتاد سابق، درمان به تکوین یک زناشویی بهتر، ارتباط رضایت بخش والد - فرزندی و شاید مواجهه با عوامل درازمدت مرتبط با هم وابستگی (co-dependency) در خانواده می پردازد.

گروه درمانی

میان درمانگران بر سر بزرگی بهینه گروه بین ۸ الی ۱۲ نفر توافق کلی وجود دارد. هر چند فرمول مشخصی برای بهترین ترکیب اعضای یک گروه وجود ندارد، اما به طور کلی ترکیب گروه می بایست نه خیلی همگون و نه خیلی ناهمگون باشد. گروه درمانی اغلب زمانی می تواند بهترین کارکرد خود را آشکار کند که اعضای گروه از نظر سن، جنس، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، سطح تحصیلات و سازوکارهای دفاعی متفاوت باشند . البته بعضی برای گروههای معتادان گروههای تک جنسی را ارجح دانسته اند. گروهها می توانند بلند یا بسته اداره شوند. در گروه بسته اعضای گروه از ابتدا انتخاب شده، با هم وارد گروه می شوند و اعضای جدیدی به گروه اضافه نمی شود. این نوع گروهها برای گروههایی که روی برنامه های از پیش مدون کار می کنند بسیار مفید است. برای

مثال سازمان بهزیستی کشور برنامه‌ای مدون با موضوعهای از پیش تعیین شده برای ۶ جلسه تدوین کرده است که به صورت گروه بسته اجرا می‌شود.

برخی از گروه درمانگران کسانی را که در ۱۲ الی ۱۶ هفته ابتدای درمان هستند از اعضای پیشرفته تر جدا می‌کنند. چنین تقسیمی این مزیت را دارد که اعضای قدیمی تر پس از ۱۶ هفته بتوانند به موضوعهای پیشرفته‌تری سوای مباحث اولیه پس از ترک پردازند و به پایداری بیشتری در حالت ترک دست یابند.

بر خلاف گروههای درمانی غیر از اعتیاد که در آنها اکیداً از اعضای گروه خواسته می‌شود که از معاشرت خارج جلسات گروه پرهیز کنند، در گروههای درمانی اعتیاد اعضای گروه به ارتباط بین جلسات گروه فرا خوانده می‌شوند. بسیاری از اوقات از اعضای تازه وارد خواسته می‌شود به طور منظم مثلاً روزانه با یکی از اعضای قدیمی تر گروه تماس تلفنی برقرار کنند. برخوردهای خارج گروهی در جلسات گروه مورد بحث قرار می‌گیرند.

درمانهای اجتماعی

گروه خودیاری معتادان گمنام

(Narcotic Anonymous = NA)

گروههای خودیاری گروههایی هستند که توسط خود معتادان به منظور حمایت از یکدیگر، گفتگو، راهنمایی و ارائه راه حل به یکدیگر تشکیل می‌شود. گروههای خودیاری معتادان به مواد مخدر به پیروی از گروههای خودیاری معتادان به الکل (AA) شکل گرفته و در سالهای اخیر به طور وسیع در تمام کشورهای جهان گسترش یافته است.

این گروه‌ها فاقد درمانگر بوده و خود معتادان آن‌ها را اداره می‌کنند. روش کار این گروه‌ها معمولاً بر اساس مواجهه و پذیرش حقایق با تأکید بر صراحت و صداقت می‌باشد.

هر یک از اعضای گروه با کمک راهنما با کار کردن مرحله به مرحله روی قدمهای دوازده گانه و در عین حال حمایت گروهی و با مرور مکرر عوارض دردناک مصرف مواد و سودمندیهای ترک آن و ارائه پند و اندرزهای مستقیم توسط اعضا، سعی در دستیابی به پاک‌ی طولانی مدت می‌کند. دوازده سنت این گروه‌ها نمایانگر قواعد و اصول تشکلی این گروه‌هاست.

جامعه درمان‌مدار (TC (therapeutic community)

جوامع درمان‌مدار برنامه‌های اقامتی طولانی مدتی هستند که نوعاً ۹ الی ۱۲ ماه به طول می‌انجامند. اساس درمان بر مبنای خودیاری پایه‌گذاری شده است. پرسنل اغلب از معتادان بهبود یافته می‌باشند. جوامع درمانی بر اساس این باور شکل گرفته اند که معتادان رشد نیافته هستند. برنامه‌ها به طور از پیش تعیین شده برای ایجاد استقلال، حس مسئولیت و ارتباطهای پایدار طراحی شده‌اند. تأکید جدی بر نحوه اینجایی و اکنونی (here and now) زندگی در جامعه درمان‌مدار گذاشته می‌شود. ساکنان در تمام جوانب تکوین به‌فامه، مراقبت از مکان زندگی و اجرای برنامه‌ها، مشارکت می‌کنند. این جوامع ساختاری سلسله مراتبی (hierarchical) دارند و ساکنان با توجه به کیفیت شرکت در برنامه‌ها از مزایا به رهنمندی می‌گردند. برنامه‌ها شدیداً گرایش به مواجهه دارند. سابقاً جوامع درمان‌مدار کاملاً به عنوان سیستمهای بسته عمل می‌کردند. اما در حال حاضر بسیاری از آنها برای برآوردن نیازهای طبی و روانشناختی خویش با سایر اشکال درمانی همکاری می‌کنند. در حال حاضر سازمان بهزیستی کشور در چندین نقطه ایران چنین مراکزی را دایر کرده است.

مصاحبه انگیزشی

مصاحبه انگیزشی در سال ۱۹۸۳ نخستین مرتبه توسط میلر معرفی شد. این فرآیند نسبتاً نوین بر تواناییهای مشاوره‌ای تکیه می‌کند. در این نوع مصاحبه تلاش می‌شود تا نگرش بیمار بدون مواجهه، نسبت به فواید و مضرات ادامه مصرف تغییر یابد. این نحوه مصاحبه به خصوص در کسانی که یا در زمان مصاحبه هنوز آماده تغییر نیستند و یا درباره این تغییر دودل هستند می‌تواند مؤثر باشد. هدف این شیوه مصاحبه برطرف کردن دودلی بیماران و تشویق آنها به بیان نگرانیها و دلایلی شخصی‌شان برای تغییر رفتار اعتیادی است. این نحوه مصاحبه برای تغییر سایر رفتارها مانند رژیم غذایی، تشویق به ورزش و سایر موارد نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد.

دودلی تجربه‌ای شایع برای بیماران مبتلا به اعتیاد است، چرا که آنها خود اغلب دچار مناقشه‌ای درونی در مورد مصرف موادشان هستند. غالباً درمانگران در مقابل دودلی بیماران به نصیحت ایشان برای ترک می‌پردازند. حال هر قدر که این نصایح از نظر درمانگر منطقی و اصولی هم به نظر برسد، اغلب با مخالفت بیماران مواجه می‌شود مثلاً آنان اظهار می‌کنند که مصرف مواد برایشان لذت‌بخش و یا ترک بسیار دشوار است. اگر بیمار برای تغییر آمادگی نداشته باشد، نصیحت به ترک و توضیح راجع به زیانباری مواد تنها باعث جبهه‌گیری تدافعی او خواهد شد.

مصاحبه انگیزشی بسته به آمادگی بیمار و تبحر درمانگر بین ۲ الی ۴ جلسه به طول می‌انجامد بر اساس میزان آمادگی بیمار می‌توان یکی از راهکارهای زیر را برای مصاحبه‌در هر جلسه مشاوره انتخاب کرد

با افزایش آمادگی بیمار برای تغییر، درمانگر به ترتیب به بحث پیرامون موضوعات مطروحه زیر طی جلسات متوالی می‌پردازد. مهم است که مصاحبه‌گر با بیمار ارتباط درمانی مناسب برقرار کند و بیمار برای بررسی

وضعیت در جهت تغییر رفتار موافق باشد . همه بیماران به محض ورود به درمان، آمادگی پذیرش نصایح در رابطه با شیوه زندگی خویش را ندارند

برای شروع اغلب صحبت کردن راجع به یک روز نوعی مصرف مواد، یا جنبه های خوب مصرف و سپس جنبه های کمتر خوشایند مصرف میتواند مفید باشد.

مصاحبه انگیزشی در ترکیب با عوامل تغییر می تواند به طور مؤثری استفاده شود. با آگاهی از مرحله ای از تغییری که بیمار هر زمان در آن است، می توان راهکار مناسب را به کار بست . بیماران به یاری برای تغییر رفتارشان نیازمندند. هدف نهایی یاری بی مار برای انجام تغییرات مؤثر در زندگیست . امید آن است که زندگی بیمار از این طریق غنای بیشتری بیابد(باقری یزدی و همکاران، ۱۳۸۴).

۲-۲-۱۳. درمانهای دارویی

روشهای سم زدایی

کلونیدین (Clonidine)

کلونیدین یک داروی ضد فشار خون غیر اوپیوئیدی است که برای کاهش علائم ترک اویوئیدها، با موفقیت به کار رفته است . این دارو از طریق تحریک گیرنده های آلفا-۲ آدرنژیک پیش سیناپسی ناحیه مغز میانی عمل می کند، بنابراین باعث کاهش پرفعالیتی نورآدرنژیک که مسئول بسیاری از علائم بازگیری از

اوپیوئیدها است می گردد. کلونیدین افزایش فشارخون، تاکی کاردی، اتساع مردمکها، تهوع، استفراغ، اسهال، کرامپها و تعریق ناشی از ترک اوپیوئیدها را از بین می برد ولی تأثیر ناچیزی در کاهش دردهای عضلانی، بی خوابی و ولع مصرف دارد. بعضی از بیماران به مصرف کلونیدین بسیار حساس هستند و حتی با مقادیر جزئی، دچار کاهش شدید فشار خون می گردند.

کلونیدین مزایای متعددی نسبت به متادون دارد . از جمله اینکه باعث تحمل شبه اوپیوئیدی و وابستگی فیزیکی نمی شود. بعلاوه بیمارانی که دوره بازگیری با کلونیدین را به طور کامل پشت سر گذاشته اند، می توانند بلافاصله تحت درمان با یک آنتاگونیست اوپیوئیدی (مثل نالتراکسون) قرار گیرند. میزان موفقیت آن را در بیماران بستری ۸۰-۹۰٪ گزارش نموده اند. این میزان در بیماران سرپایی مصداق ندارد.

لوفکسیدین (Lofexidine)

لوفکسیدین یک آلفا- دو آگونیست دیگر است که در کارآزمایی های بالینی در کاهش علائم ترک به اندازه کلونیدین مؤثر بوده است اما درجات کمتری از افت فشار خون را نشان داده است . همچنین دیده شده است که در مقایسه با سم زدایی با متادون با سرعت بیشتری موجب کاهش علائم ترک می شود، خصوصاً چنانچه شیوه ترک ۵ روزه لوفکسیدین به کار برده شود. افت فشار خون ناشی از لوفکسیدین را می توان با کاهش دوز آن درمان کرد. پذیرش بیماران نسبت به لوفکسیدین بیش از کلونیدین است اگرچه احتمالاً به اندازه پذیرش متادون نیست. این دارو بطور روزافزونی در سم زدایی اوپیوئیدها بکار برده می شود. در بریتانیا به صورت قرص های ۰/۲ میلی گرمی با نام تجارتی بریتلوفکس (BritLofex) به فروش می رسد. لوفکسیدین هنوز توسط FDA ایالات متحده پذیرفته نشده است. این دارو هنوز در ایران در دسترس نیست

این دارو همانند کلونیدین چه به تنهایی و چه توأم با متادون در شیوه‌های سم‌زدایی سرپایی و بستری استفاده می‌شود و در کاهش علائم ترک اوپیوئیدها همچون لرز، تعریق، کرامپ شکمی، اسهال، درد عضلانی، آبریزش از بینی و اشک ریزش مؤثر است. عوارض جانبی آن خواب‌آلودگی، خشکی مخاط‌ها (خصوصاً دهان، گلو و بینی)، افت فشارخون، برادی‌کاردی، فشارخون ریباند هنگام قطع دارو، رخوت و کما هنگام بیش‌مصرف است. الکل و داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور با لوفکسیدین تداخل اثر داشته و موجب افزایش آثار رخوت‌زایی (sedative) آن می‌شوند. لذا باید به بیماران توصیه کرد که از نوشیدن الکل در دوره مصرف لوفکسیدین خودداری کنند و نیز داروهای آرام‌بخش را صرفاً با توصیه پزشک مصرف کنند.

متادون (methadone)

متادون یک داروی شبه‌افیونی صناعی است که از راه خوراکی و تزریقی مصرف می‌شود. مدت اثر متادون بیش از ۲۴ ساعت است. بنابراین مصرف یک بار در روز آن کافی است. دوره‌های متنوع کوتاه مدت و طولانی مدت (تا ۱۸۰ روزه) سم‌زدایی با متادون طراحی شده است.

بوپرنورفین (buprenorphin)

این ماده آثار توأم آگونیست - آنتاگونیست داشته و اخیراً بنظر می‌رسد جانشین مناسبی برای متادون باشد زیرا کمتر از متادون مورد سوءمصرف واقع می‌شود. علائم ترک با این دارو کمتر از کلونیدین است. میزان موفقیت ۸۰-۶۰٪ گزارش شده است.

نالتراکسون (naltrexone)

تجویز آنتاگونیست باعث مهار اثر آگونیستهای مخدر می‌گردد. بدین ترتیب شخص معتاد در صورتیکه قبل از مصرف مواد افیونی، آنتاگونیست دریافت کرده باشد، با مصرف مواد مخدر دچار حالات نشنگی نخواهد شد.

لذا این مسئله از تمایل او به مصرف مواد افیونی خواهد کاست. در عمل بسیاری از معتادان بعد از ترک حاضر

به تداوم مصرف آنتاگونیست نیستند. معروف ترین آنتاگونیست خوراکی که مورد مصرف قرار

می گیرد نالتراکسون است.

نالتراکسون یک آنتاگونیست خالص طولانی اثر (۷۲ ساعت) مواد افیونی است که بیشتر به صورت روزانه یکبار

تجویز می شود

سایر داروها: داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی در درمان افسردگی و اضطراب افراد وابسته به الکل

موثرند. مهارکننده های اختصاصی بازجذب سروتونین مانند فلوکستین و آگونیستهای دوپامین مانند

بروموکریپتین نیز در کاهش ولع مصرف موثرند (باقری یزدی و همکاران، ۱۳۸۴).

۳-۲. پیشینه تجربی

تحقیقات صورت گرفته در داخل کشور

محمدی فر، زارعی مت هکلایی، نجفی و منطقی (۱۳۹۲) در پژوهشی به منظور بررسی مقایسه ویژگیهای

شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معتادان با و بدون افکار خودکشی ۳۰۰ نفر از معتادان مراجعه

کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر سمنان، به این نتیجه دست یافتند که ویژگی های شخصیت مرزی، خشم،

خصومت و پرخاشگری در معتادان خودکشی گرا بالاتر از معتادان غیر خودکشی گرا بود.

پارسانیا، فیروزه، تک فلاح، محمدی سمنانی، جهان و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان بررسی اختلالات

شخصیت در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد به این نتیجه رسیدند که

۷۵/۲ درصد از بیماران معتاد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی، ۵۶/۴ درصد اسکیزوفرنی، ۷۰/۳ درصد

مبتلا به اختلال شخصیت پارانوئید، ۵۴/۵ درصد هیپومانیا بودند. همچنین بین جنسیت، وضعیت شغلی، مصرف

همزمان چند نوع ماده مخدر و مدت استفاده از مواد با اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، پارانوئید و

اسکیزوفرنی ارتباط معنی داری دیده شد

حیدری پهلویان، محبوب و رحیمی (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان شیوع اختلالهای روانی در افراد وابسته و

غیروابسته به مواد ساکن شهر همدان به این نتیجه رسیدند که میزان و شدت انواع نشانه های اختلال روانی در

ابعاد ۹ گانه پژوهش یعنی ترس های مرضی، اضطراب، شکایات جسمانی، روان پریشی، افسردگی، افکار

پارانوئیدی، پرخاشگری، حساسیت در روابط متقابل شدت اختلال بیشتر از سایر ابعاد دیده شد

در پژوهشی دیگر باوی و برنا (۱۳۸۸) به بررسی تاثیر خدمات روانشناختی دوره بازتوانی بر خودپنداره ی

منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس معتادان مرکز اجتماع درمان مدار شهر ستان اهواز پرداختند. نتایج نشان

داد که شرکت در مراکز اجتماع درمان مدار و گرفتن خدمات روانشناختی بر کاهش میزان خود پنداره ی منفی،

افسردگی، اضطراب و افزایش میزان عزت نفس موثر است.

پژوهش صاحبی، وحیدی، علی حسینی و موسوی (۱۳۸۹) با عنوان بررسی وضعیت سلامت روانی معتادان

تزریقی در مراکز گذری روزانه ی استان آذربایجان شرقی نشان داد که شیوع علایم اختلالات روانی در بین

معتادان تزریقی مراکز گذری و کلینیک متادون به ترتیب ۷۸.۴ درصد و ۹۲.۳ درصد بود معتادان مراکز گذری

نمرات کمتری در آزمون سلامت عمومی کسب کردند که نشانه سلامت روان بالاتر بود. شیوع اعتیاد به الکل و

ارتکاب جرم در بین معتادان بالا بود. مجرد بودن با داشتن علایم اختلالات روانی بالاتر در معتادان همراه بود و

شیوع بالای اختلالات روانی در بین معتادان می تواند به دشواری در پرهیز دائم و همچنین افزایش رفتارهای

پرخطر و ضداجتماعی منجر شود. بالاتر بودن نمره پرسشنامه سلامت روان در معتادان تحت پوشش مراکز

گذری نسبت به معتادان کلینیک متادون مطرح کننده ی تاثیر مثبت مداخله های روانشناختی در این جمعیت

می باشد.

مولوی، صادقی موحد، ابوالحسن زاده، مشعوفی، محمدنیا و همکاران (۱۳۸۸) در پژوهشی که در رابطه با بررسی اختلالات شخصیتی در میان افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز مرجع ترک اعتیاد استان اردبیل به این نتیجه رسیدند که فراوانترین اختلال شخصیت همراه در گروه معتادان، اختلال شخصیت ضد اجتماعی بوده و اختلال شخصیت مرزی، نمایشی و خودشیفته در رتبه هاب بعدی قرار داشتند . همچنین ارتباط آماری معنی داری بین نوع ماده مصرفی، مدت زمان مصرف و اختلال شخصیت خاص وجود نداشت.

ظهیرالدین، سیف الهی و ایرانپور (۱۳۸۶) در پژوهشی با عنوان بررسی میزان اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به دو مرکز درمانی در سطح شهر تهران به این نتیجه رسیدند که وجود همه اختلالات مورد مطالعه در آزمودنی ها بر حسب سن، تحصیلات، طول مدت اعتیاد، نوع ماده مصرفی، وجود سابقه در خانواده، وضعیت تاهل بیشتر از عدم وجود آنها بود . همچنین در متغیر شکایات جسمانی بر حسب سن و افسردگی بر حسب تحصیلات تفاوت معنی داری وجود داشت.

تحقیقات انجام گرفته در خارج از کشور

در مطالعه ای دیگر سوگرم، نیک و کارول^۱ (۲۰۱۰) نشان دادند که مداخلات شناختی و همچنین رفتاری باعث بهبود علایم خلقی و اضطرابی معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون می شود و علاوه بر تاثیر بر روی افزایش تحمل، باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران می شود.

مایر، وندرپلاسچن و بروکارت^۱ (۲۰۱۰) در مطالعه ای خود اظهار داشتند که مبتلایان به سوء مصرف مواد از نظر شاخص کلی سلامت روان نسبت به جمعیت عادی در سطح پایین تری هستند و از نظر شاخص های افسردگی، حساسیت بین فردی، اضطراب و روان پریشی دارای مشکل جدی بوده و نیاز به مراقبت های روان شناختی دارند.

¹ Sugarman,, Nich, Carroll,

در پژوهشی دیگر بیکر^۲ و همکاران (۲۰۰۵) به بررسی تأثیر درمانی مصاحبه انگیزشی و درمان شناختی- رفتاری در افسردگی ۲۱۴ معتاد آمفتامین، نشان داد که افزایش معناداری در احتمال پرهیز از آمفتامین در بین افرادی که بیش از دو جلسه دریافت داشتند مشاهده شد. علاوه بر این درمان شناختی- رفتاری اثر بارزی بر کاهش شدت افسردگی این افراد داشت. این کاهش همراه با بهبود معنادار در سطح تغییر، مصرف قرص آرامبخش، سیگار، مصرف داروهای دیگر، رفتار تزریق، سطح فعالیت مجرمانه، پریشانی روانی و سطح افسردگی داشت.

همچنین، مطالعه‌ی کارو و همکاران (۲۰۱۰) نشان داد که حیطه‌ی سلامت روانی کیفیت زندگی بیماران با خودکارآمدی جسمی آن‌ها ارتباط دارد. از سویی اختلال‌های روانی مانند اضطراب و افسردگی احتمال سوء مصرف و وابستگی را افزایش می‌دهند؛ بعضی از مبتلایان به اختلال‌های روانی یاد شده برای رهایی از رنج و ناراحتی خود و کسب آرامش ممکن است به استفاده از مواد بپردازند و با مصرف مواد مشکلات خود را دو چندان کنند، از سوی دیگر، اختلال اضطرابی، افسردگی و اختلال در عملکرد می‌تواند از عوارض و مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد باشد.

راجرز، پارسلو و دگنهارت^۳ (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان دادند که کسانی که الکل مصرف نمی‌کنند یا گاه گاهی مصرف می‌کنند نسبت به مصرف کنندگان دائم الکل دیسترس روانشناختی بیشتری از خود نشان می‌دهند اما دیسترس در مصرف کنندگان افراطی الکل خیلی بالاتر بوده است. همچنین مصرف کنندگان افراطی الکل میزان بالاتری در اکثر اختلالات روانی داشتند.

کیس، پیکو و وترو^۴ (۲۰۰۶) در پژوهشی که در رابطه با ارتباط اعتیاد و اختلالات روان پزشکی انجام داده بودند به این نتیجه رسیدند که بین افسردگی و مصرف مواد و الکل در بزرگسالان و نوجوانان ارتباط وجود دارد.

^۱ Maeyer, Vanderplasschen, Broekaert

^۲ - Baker

^۳ - Rodgers , Parslow , Degenhardt

^۴ - Kiss , Pikó , Vetró

همچنین نتایج نشان داد که وجود افسردگی عمده و اختلالات همراه اضطراب، ریسک مصرف الکل را افزایش می دهد و بیماری های همراه اختلال رفتاری خطر مصرف سیگار را افزایش می دهد

در پژوهشی دیگر که توسط کالالی^۱ و همکاران (۲۰۰۱) با عنوان بررسی شیوع اختلالات روانپزشکی در جمعیت مصرف کننده متادون انجام گرفت نشان داد که اختلالات روانی در جمعیت مصرف کننده متادون ۱۰ درصد بیشتر از جمعیت عمومی است.

فارل^۲ و همکاران (۲۰۰۱) در انگلستان با هدف مقایسه شیوع انواع اختلالات روانی در گروه های معتاد و غیر معتاد به این نتیجه رسید که شیوع اختلالات روانی در معتادان ۴۵ درصد می باشد که در مقایسه با افراد عادی (۱۲ درصد) زیاد است.

توریکا^۳ و همکاران (۲۰۰۱) در پژوهشی با هدف بررسی ارتباط افسردگی و اعتیاد در نوجوانان به این نتیجه رسید که ۳۷ درصد از سوء مصرف کنندگان مواد مخدر سابقه ابتلا به افسردگئی را داشته اند که این رقم برای افراد عادی تنها ۸ درصد بوده است.

بوکستین^۴ (۲۰۰۰) در مطالعه ای که با هدف بررسی عزت نفس، اضطراب و جایگاه مهار ۶۰ معتاد بستری شده در بیمارستان انجام شد، نتایج نشان داد که ۸۰ درصد معتادان از عزت نفس پایین، اضطراب بالا و جایگاه مهار بیرونی برخوردارند.

^۱ - Challaly

^۲ - Farrell

^۳ - Torikka

^۴ - Bukstein

۳

فصل سوم

روش پژوهش

۳-۱. مقدمه

در این فصل اطلاعات مربوط به روش شناختی پژوهش از قبیل روش تحقیق، جامعه و نمونه آماری، ابزارهای پژوهش و روشهای تجزیه و تحلیل اطلاعات ارائه می شود

۳-۲. روش تحقیق

پژوهش حاضر به لحاظ هدف جزو تحقیقات کاربردی و از لحاظ روش توصیفی از نوع همبستگی می باشد.

۳-۳. جامعه آماری و نمونه آماری

جامعه آماری پژوهش کلیه معتادان وابسته به مواد مخدر بودند که در بازه زمانی اول اسفند تا آخر اسفند ۹۵ در کمپ های ترک اعتیاد شهر تبریز در حال درمان بودند و براساس آمار ارائه شده حدود ۱۸۰ نفر می باشند. براساس جدول مورگان تعداد ۱۲۰ نفر از معتادان به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند

۳-۴. ابزارها

۱- پرسشنامه سنجش ولع مصرف لحظه ای^۱

این پرسشنامه با محوریت ولع مصرف به عنوان یک حالت انگیزشی توسط فرانکن، هندریکز، ون دن برنیک^۲ (۲۰۰۰) طراحی گردید و ولع مصرف مواد را در لحظه حال مورد سنجش قرار می دهد. این پرسشنامه شامل ۱۴ سوال می باشد که سه عامل به نام های: عامل اول «تمایل و قصد نسبت به مصرف مواد» که شامل سوالات ۱، ۲، ۱۲ و ۱۴ است. عامل دوم «میل به مصرف و تقویت منفی» یا باور به رفع مشکلات زندگی و کسب لذت همزمان با مصرف مواد است که شامل سوالات ۴، ۵، ۷، ۹ و ۱۱ است. و عامل سوم

^۱ . desire for drug questionnaire

^۲ . Franken, Hendricks & Van den Brink

«لذت و شدت فقدان کنترل» که سوالات ۳، ۶، ۸، ۱۰ و ۱۳ را در بر میگیرد. شایان ذکر که این سه مؤلفه با هم دارای همبستگی بالایی می باشند و در این پژوهش از عامل کلی ولع مصرف مواد استفاده می شود. همسانی درونی مؤلفه های این پرسشنامه در بررسی مکری، اختیاری، حسنی ابهریان و گنجگاهی (۱۳۸۹) در سوء مصرف کنندگان انواع مختلف مواد افیونی از جمله کراک و هروئین به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۷۹ و ۰/۴۰ و در سوء مصرف کنندگان متا آمفتامین به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۶۵، ۰/۸۱ می باشد.

۲- پرسشنامه چند محوری بالینی میلون ۳ (MCMI-III)

پرسشنامه چند محوری بالینی میلون از جمله آزمون های منحصر به فردی است که در آن بر اختلال های شخصیت و نشانه هایی که اغلب با این اختلال ها همراه هستند تأکید می کند. نسخه اصلی این آزمون در سال ۱۹۷۷ توسط تئودور میلون تدوین و ارائه شد و از آن زمان تا کنون دو بار تجدید نظر شده است. (میلون، ۱۹۸۳ و میلون، ۱۹۹۴). پرسشنامه MCMI-III یک ابزار خود سنجی با ۱۷۵ سؤال بلی/خیر است. سوالات این پرسشنامه تحت ۲۸ مقیاس جداگانه است. این آزمون برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا با حداقل ۸ کلاس سواد استفاده می شود به منظور عملیاتی کردن مدل آسیب شناسی روانی میلون ساخته شده و دو بار از زمان انتشار آن به موازات تغییر در تئوری زیستی-اجتماعی میلون و همچنین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تجدید نظر شده است (چگینی، ۱۳۹۲).

میلون (۱۹۹۴، به نقل از چوکا و نندبرگ، ۱۹۹۷) میزان پایایی این پرسشنامه به روش آزمون - باز آزمون بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۰ و ضریب آلفای آن را بین ۰/۶۶ تا ۰/۹۰ گزارش کرد. چگینی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود نشان دادند که پایایی این پرسشنامه به روش آزمون - باز آزمون در گروه بیمار برابر ۰/۶۱ و ۰/۷۹ و در

گروه غیر بیمار برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۹ است. آن‌ها توان پیش‌بینی مثبت مقیاس‌های شخصیتی ۰/۱۳ تا ۰/۴۷ و مقیاس‌های بالینی این پرسشنامه برابر با ۰/۶۴ تا ۰/۷۸، و توان پیش‌بینی منفی آزمون برابر با ۰/۹۹ تا ۰/۹۱ و توان تشخیصی کل این پرسشنامه برابر با ۰/۷۷ تا ۰/۹۷ گزارش نمودند. در نهایت، چگینی و همکاران (۱۳۹۲) روایی و پایایی این پرسشنامه را مثبت و مطلوب برآورد نمودند.

۳-۵. روش تحلیل داده‌ها

برای تحلیل داده‌های پژوهش از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و ...) و آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون (فرضیه‌های یک تا هفت) و رگرسیون چندگانه (فرضیه هشت) استفاده شد.

فصل چهارم

یافته‌های پژوهش

۴-۱: مقدمه

در این فصل نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهش ارائه گردیده است. برای بررسی نقش اختلالات بالینی در ولع مصرف مواد معتادان از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی مختلف استفاده شده است. نتایج حاصل با استفاده از نرم افزار SPSS استخراج گردیده است. با توجه به اینکه هدف پژوهش بررسی نقش اختلالات بالینی در ولع مصرف مواد معتادان می باشد، جهت آزمون فرضیه‌های پژوهشی از همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد.

۴-۲: توصیف آماری متغیرهای پژوهش

برای اطلاع از متوسط مقدار متغیرهای پژوهش شاخصهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیر در جدول (۴-۱) آورده می شود.

جدول ۴-۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	M	SD
ولع مصرف مواد	۲۸/۳۵	۹/۹۹
اختلال شخصیت اسکیزوئید	۱۵/۸۸	۵/۰۲
اختلال شخصیت اجتنابی	۱۳/۴۰	۴/۶۶
اختلال شخصیت افسرده	۱۴/۸۲	۵/۲۰
اختلال شخصیت وابسته	۱۸/۴۴	۶/۱۴
اختلال شخصیت نمایشی	۱۵/۶۵	۵/۱۳
اختلال شخصیت خودشیفته	۱۵/۹۷	۶/۱۵
اختلال شخصیت ضداجتماعی	۱۰/۸۵	۳/۶۰

جدول ۴-۲. نتایج آزمون کالمنگرو-اسمیرف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها

متغیرها	Z	P-value
ولع مصرف مواد	۰/۸۲۸	۰/۴۹۹
اختلال شخصیت اسکیزوئید	۱/۲۵	۰/۰۸۵
اختلال شخصیت اجتنابی	۰/۸۲۵	۰/۵۰۴
اختلال شخصیت افسرده	۱/۱۹	۰/۰۹۲
اختلال شخصیت وابسته	۱/۰۳	۰/۲۳۱
اختلال شخصیت نمایشی	۰/۷۴۵	۰/۶۳۵
اختلال شخصیت خودشیفته	۰/۷۵۶	۰/۶۱۷
اختلال شخصیت ضداجتماعی	۱/۱۷	۰/۱۱۳

نتایج جدول نشان‌دهنده این نکته است که متغیرهای پژوهش در جامعه مورد مطالعه نرمال می باشند

۴-۳: یافته های استنباطی پژوهش

برای بررسی فرضیه های یک تا هفت از همبستگی پیرسون و برای فرضیه هشت از رگرسیون چ ندگانه استفاده شد.

فرضیه یک: بین اختلال شخصیت اسکیزوئید با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد

با توجه به اینکه متغیرهای اختلال شخصیت اسکیزوئید و ولع مصرف مواد به صورت فاصله ای می باشند برای بررسی این فرضیه از همبستگی پیرسون بهره گرفته شد به این ترتیب اختلال شخصیت اسکیزوئید به عنوان متغیر مستقل و متغیر وابسته ولع مصرف مواد در نظر گرفته شد.

جدول (۳-۴): تعیین رابطه بین اختلال شخصیت اسکیزوئید با ولع مصرف مواد معتادان با استفاده از ۲ پیرسون

متغیرها	همبستگی پیرسون	سطح معنی- داری	تعداد نمونه
اختلال شخصیت اسکیزوئید با ولع مصرف مواد معتادان	۰/۲۵۰	۰/۰۰۶	۱۲۰

جدول (۴-۲) نشان می دهد که بین اختلال شخصیت اسکیزوئید با ولع مصرف مواد معتادان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ، به این معنی که هر اندازه اختلال شخصیت اسکیزوئید در معتادان بیشتر باشد ولع مصرف مواد نیز بیشتر خواهد بود.

فرضیه دو: بین اختلال شخصیت اجتنابی با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد

با توجه به اینکه متغیرهای اختلال شخصیت اجتنابی و ولع مصرف مواد به صورت فاصله ای می باشند برای بررسی این فرضیه از همبستگی پیرسون بهره گرفته شد به این ترتیب اختلال شخصیت اجتنابی به عنوان متغیر مستقل و متغیر وابسته ولع مصرف مواد در نظر گرفته شد.

جدول (۴-۴): تعیین رابطه بین اختلال شخصیت اجتنابی با ولع مصرف مواد معتادان با استفاده از r پیرسون

متغیرها	همبستگی پیرسون	سطح معنی - داری	تعداد نمونه
اختلال شخصیت اجتنابی با ولع مصرف مواد معتادان	۰/۳۹۸	۰/۰۰۰	۱۲۰

جدول (۴-۳) نشان می دهد که بین اختلال شخصیت اجتنابی با ولع مصرف مواد معتادان رابطه مثبت و معنی داری در سطح آلفای ۰/۰۰۰ وجود دارد ، به این معنی که هر اندازه اختلال شخصیت اجتنابی در معتادان بیشتر باشد ولع مصرف مواد نیز بیشتر خواهد بود.

فرضیه سه: بین اختلال شخصیت افسرده با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد

با توجه به اینکه متغیرهای اختلال شخصیت افسرده و ولع مصرف مواد به صورت فاصله ای می باشند برای بررسی این فرضیه از همبستگی پیرسون بهره گرفته شد به این ترتیب اختلال شخصیت افسرده به عنوان متغیر مستقل و متغیر وابسته ولع مصرف مواد در نظر گرفته شد.

جدول (۵-۴): تعیین رابطه بین اختلال شخصیت افسرده با ولع مصرف مواد معتادان با استفاده از ۲ پیرسون

متغیرها	همبستگی پیرسون	سطح معنی - داری	تعداد نمونه
اختلال شخصیت افسرده با ولع مصرف مواد معتادان	۰/۳۸۴	۰/۰۰۰	۱۲۰

جدول (۴-۴) نشان می دهد که بین اختلال شخصیت افسرده با ولع مصرف مواد معتادان رابطه مثبت و معنی داری در سطح آلفای ۰/۰۰۰ وجود دارد ، به این معنی که هر اندازه اختلال شخصیت افسرده در معتادان بیشتر باشد ولع مصرف مواد نیز بیشتر خواهد بود.

فرضیه چهار: بین اختلال شخصیت وابسته با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد

با توجه به اینکه متغیرهای اختلال شخصیت وابسته و ولع مصرف مواد به صورت فاصله ای می باشند برای بررسی این فرضیه از همبستگی پیرسون بهره گرفته شد به این ترتیب اختلال شخصیت وابسته به عنوان متغیر مستقل و متغیر وابسته ولع مصرف مواد در نظر گرفته شد.

جدول (۶-۴): تعیین رابطه بین اختلال شخصیت وابسته با ولع مصرف مواد معتادان با استفاده از ۲ پیرسون

متغیرها	همبستگی پیرسون	سطح معنی - داری	تعداد نمونه
اختلال شخصیت وابسته با ولع مصرف مواد معتادان	۰/۴۲۰	۰/۰۰۰	۱۲۰

جدول (۴-۵) نشان می دهد که بین اختلال شخصیت وابسته با ولع مصرف مواد معتادان رابطه مثبت و معنی داری در سطح آلفای ۰/۰۰۰ وجود دارد ، به این معنی که هر اندازه اختلال شخصیت وابسته در معتادان بیشتر باشد ولع مصرف مواد نیز بیشتر خواهد بود.

فرضیه پنجم: بین اختلال شخصیت نمایشی با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد

با توجه به اینکه متغیرهای اختلال شخصیت نمایشی و ولع مصرف مواد به صورت فاصله ای می باشند برای بررسی این فرضیه از همبستگی پیرسون بهره گرفته شد به این ترتیب اختلال شخصیت نمایشی به عنوان متغیر مستقل و متغیر وابسته ولع مصرف مواد در نظر گرفته شد.

جدول (۷-۴): تعیین رابطه بین اختلال شخصیت نمایشی با ولع مصرف مواد معتادان با استفاده از ۲ پیرسون

متغیرها	همبستگی پیرسون	سطح معنی - داری	تعداد نمونه
اختلال شخصیت نمایشی با ولع مصرف مواد معتادان	۰/۲۹۹	۰/۰۰۱	۱۲۰

جدول (۶-۴) نشان می دهد که بین اختلال شخصیت نمایشی با ولع مصرف مواد معتادان رابطه مثبت و معنی داری در سطح آلفای ۰/۰۰۰ وجود دارد ، به این معنی که هر اندازه اختلال شخصیت نمایشی در معتادان بیشتر باشد ولع مصرف مواد نیز بیشتر خواهد بود.

فرضیه شش: بین اختلال شخصیت خودشیفته با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد

با توجه به اینکه متغیرهای اختلال شخصیت خودشیفته و ولع مصرف مواد به صورت فاصله ای می باشند برای بررسی این فرضیه از همبستگی پیرسون بهره گرفته شد به این ترتیب اختلال شخصیت خودشیفته به عنوان متغیر مستقل و متغیر وابسته ولع مصرف مواد در نظر گرفته شد.

جدول (۸-۴): تعیین رابطه بین اختلال شخصیت خودشیفته با ولع مصرف مواد معتادان با استفاده از ۲ پیرسون

متغیرها	همبستگی پیرسون	سطح معنی - داری	تعداد نمونه
اختلال شخصیت خودشیفته با ولع مصرف مواد معتادان	۰/۴۲۶	۰/۰۰۰	۱۲۰

جدول (۷-۴) نشان می دهد که بین اختلال شخصیت خودشیفته با ولع مصرف مواد معتادان رابطه مثبت و معنی داری در سطح آلفای ۰/۰۰۰ وجود دارد ، به این معنی که هر اندازه اختلال شخصیت خودشیفته در معتادان بیشتر باشد ولع مصرف مواد نیز بیشتر خواهد بود.

فرضیه هفت: بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد

با توجه به اینکه متغیرهای اختلال شخصیت ضد اجتماعی و ولع مصرف مواد به صورت فاصله ای می باشند برای بررسی این فرضیه از همبستگی پیرسون بهره گرفته شد به این ترتیب اختلال شخصیت ضد اجتماعی به عنوان متغیر مستقل و متغیر وابسته ولع مصرف مواد در نظر گرفته شد.

جدول (۹-۴): تعیین رابطه بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی با ولع مصرف مواد معتادان با استفاده از r

پیرسون

متغیرها	همبستگی پیرسون	سطح معنی- داری	تعداد نمونه
اختلال شخصیت ضد اجتماعی با ولع مصرف مواد معتادان	۰/۳۰۶	۰/۰۰۱	۱۲۰

جدول (۸-۴) نشان می دهد که بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی با ولع مصرف مواد معتادان رابطه مثبت و معنی داری در سطح آلفای ۰/۰۰۰ وجود دارد ، به این معنی که هر اندازه اختلال شخصیت ضد اجتماعی در معتادان بیشتر باشد ولع مصرف مواد نیز بیشتر خواهد بود

فرضیه اصلی: بین اختلالات بالینی با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد

برای بررسی این فرضیه از رگرسیون چندگانه بهره گرفته شد به این ترتیب که متغیرهای اختلال شخصیت اسکیزوئید (X_1) اختلال شخصیت اجتنابی (X_2)، اختلال شخصیت افسرده (X_3)، اختلال شخصیت وابسته (X_4)، اختلال شخصیت نمایشی (X_5)، اختلال شخصیت خودشیفته (X_6) و اختلال شخصیت ضد اجتماعی (X_7) به عنوان متغیرهای مستقل و متغیر وابسته (Y)، ولع مصرف مواد در نظر گرفته شد.

جدول (۱۰-۴): خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل

شاخص	R	R^2	تعدیل شده R^2	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۴۸	۰/۲۳	۰/۱۸	۸/۹۷

جدول (۱۱-۴): نتایج جدول تحلیل واریانس

شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری
بین گروهی	۲۷۵۰/۷۰	۷	۳۹۲/۹۵	۴/۸۸	۰/۰۰۰
درون گروهی	۸۹۳۸/۹۳	۱۱۱	۸۰/۵۳		
کل	۱۱۶۸۹/۶۴	۱۱۸			

نسبت F و سطح معناداری آن بیانگر اثر معنادار متغیرها در معادله رگرسیون است. در این مرحله اثر رگرسیون

بدست آمد که در سطح ۰/۰۰۰ با درجه آزادی (۷ و ۱۱۱) معنادار می باشد و R^2 محاسبه شده بر اساس

این هفت متغیر ۰/۲۳ است یعنی این هفت متغیر باهم ۰/۲۳ از واریانس متغیر ولع مصرف مواد را تبیین می کنند.

حال معناداری ضرایب در جدول (۱۱-۴) مورد بررسی قرار می گیرد

جدول (۱۲-۴): ضرایب حاصل از رگرسیون به روش ورود متغیرهای پیش بینی کننده ولع مصرف مواد

سطح معناداری	t	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده		مدل
		Beta	خطای استاندارد	b	
۰/۰۰۱	۳/۳۸		۳/۵۷	۱۲/۱۰	ثابت
۰/۰۲۰	۲/۳۶	۰/۲۳۵	۰/۱۹۷	۰/۴۶۵	اختلال شخصیت اسکیزوئید
۰/۹۹۳	-۰/۰۰۹	-۰/۰۰۲	۰/۳۹۰	-۰/۰۰۳	اختلال شخصیت اجتنابی
۰/۳۳۷	۰/۹۶۵	۰/۱۵۴	۰/۳۱۴	۰/۳۰۳	اختلال شخصیت افسرده
۰/۷۶۰	۰/۳۰۶	۰/۰۵۴	۰/۲۸۶	۰/۰۸۸	اختلال شخصیت وابسته
۰/۲۹۵	-۱/۰۵	-۰/۱۵۳	۰/۲۸۵	-۰/۲۹۹	اختلال شخصیت نمایشی
۰/۰۵۳	۱/۹۵	۰/۳۷۹	۰/۳۰۱۳	۰/۶۱۳	اختلال شخصیت خودشیفته
۰/۶۰۶	-۰/۵۱۷	۰/۰۷۲	۰/۳۸۸	-۰/۲۰۱	اختلال شخصیت ضداجتماعی

نتایج جدول (۱۲-۴) نشان می دهد که فقط اختلال شخصیت اسکیزوئید توانایی پیش بینی ولع مصرف مواد

را دارد و افرادی که دارای ویژگی اختلال شخصیت اسکیزوئید هستند، ولع مصرف مواد را نیز بیشتر از خود

نشان می دهند.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

در این فصل به بحث و نتیجه گیری نتایج پژوهش در خصوص نقش اختلالات بالینی در ولع مصرف مواد پرداخته خواهد شد.

۲-۵. بحث و نتیجه گیری فرضیه های پژوهش

فرضیه یک: بین اختلال شخصیت اسکیزوئید با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد

نتایج تحلیل همبستگی پیرسون برای تحلیل فرضیه پژوهشی نشان داد که بین اختلال شخصیت اسکیزوئید با ولع مصرف مواد معتادان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد، به این معنی که هر اندازه اختلال شخصیت اسکیزوئید در معتادان بیشتر باشد ولع مصرف مواد نیز بیشتر خواهد بود

افراد مبتلا به این اختلال شخصیت با فقدان تمایل و ناتوانی در لذت بردن با احساس درد، مشخص می‌شوند. آن‌ها سرد و غیراجتماعی بوده و نیازهای عاطفی آن‌ها اندک است. از ویژگی های این افراد انزوا، عدم احساس لذت، انزوای رفتاری، اجتناب از روابط نزدیک، سرکوب عواطف، رفتارهای درون نگرانه و احساس پوچی، غیرمسئول بودن و ترجیح دادن تنهایی می‌باشد (میلون، ۱۹۸۳).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوئید ممکن است در بیان خشم، حتی در پاسخ به تحریک مستقیم، مشکل ویژه ای داشته باشند که موجب این تصور می شود که زندگی شان بدون هدف است و در ظاهر ممکن است از اهداف خود منحرف باشند. چنین افرادی اغلب نسبت به شرایط نامساعد، به گونه ای منفعل واکنش نشان می دهند و در ارائه پاسخ مناسب به رویدادهای مهم زندگی با مشکل مواجه هستند افراد مبتلا به این اختلال به علت نداشتن مهارت های اجتماعی، دوستی های اندکی دارند، به ندرت قرار ملاقات می گذارند و اغلب ازدواج نمی کنند و کارکرد شغلی شان ممکن است مختل شود، به و یژه هنگامیکه درگیری بین فردی مورد نیاز باشد، افراد

مبتلا به این اختلال (به ویژه در پاسخ به فشار روانی) ممکن است به دوره های بسیار کوتاه روان پریشی مبتلا شوند، که همین مساله زمینه را برای گرایش به اعتیاد و پیشرفت اعتیاد فراهم می کند

فرضیه دو: بین اختلال شخصیت اجتنابی با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد

نتایج تحلیل همبستگی پیرسون برای تحلیل فرضیه پژوهشی نشان داد که بین اختلال شخصیت اجتنابی با ولع مصرف مواد معتادان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد، به این معنی که هر اندازه اختلال شخصیت اجتنابی در معنادان بیشتر باشد ولع مصرف مواد نیز بیشتر خواهد بود.

که این افراد به اندازه افراد دارای اختلال شخصیت اسکیزوئید منزوی هستند اما به تماس با دیگران رغبت نشان می دهند و اگر اطمینان یابند که مورد اذیت دیگران قرار نمی گیرند و دیگران از آنها انتقاد نخواهند کرد مایل به یافتن دوستان جدید برای خود هستند. انزوای آنها ناشی از ترس از انتقاد و تمسخر از جانب دیگران است (میلون، ۱۹۸۳).

اختلال شخصیت دوری گزین با احساس بازداری اجتماعی افراطی، بی کفایتی و حساسیت نسبت به انتقاد و طرد شدن مشخص شده است. این اختلال باعث بروز مشکلات قابل توجهی می شود که توانایی تعامل با دیگران و روابط اساسی زندگی روزمره را تحت تاثیر قرار می دهد.

چنین شخصی در اجتماع ممکن است از صحبت کردن در جمع به خاطر تپق زدن، خجالت، لکنت زبان یا دست پاچه شدن بترسد. شخصی که دچار چنین اختلالی شده است از ناخوش آیند بودن در جمع آگاه است و اغلب احساس نالایق بودن می کند. با وجود این خود آگاهی و توضیح درباره شرم و احساس ناآرامی شما توسط دیگران ممکن است هنوز احساس طرد شدن و انتقاد ادامه داشته باشد. فردی که این ویژگی ها را داشته باشد و دچار اعتیاد شود به احتمال زیاد از جامعه طرد خواهد شد و حمایت های اجتماعی را از دست خواهد داد و همین

مساله موجب دوری و انزوای فرد شده و برای جبران این طرد شدگی و انزوا ولع بیشتری برای مصرف پیدا خواهند کرد.

فرضیه سه: بین اختلال شخصیت افسرده با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد

نتایج تحلیل همبستگی پیرسون برای تحلیل فرضیه پژوهشی نشان داد که بین اختلال شخصیت افسرده با ولع مصرف مواد معتادان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد، به این معنی که هر اندازه اختلال شخصیت افسرده در معتادان بیشتر باشد ولع مصرف مواد نیز بیشتر خواهد بود

یکی از اختلال‌های همراه که در اعتیاد و اختلال‌های مربوط به سوء مصرف مواد مخدر، روان‌گردان‌ها و الکل دیده می‌شود، اختلالات مربوط به افسردگی و اضطراب است. گرچه در اغلب تحقیقات، افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال همراه در اعتیاد مطرح است، برخی از محققان و صاحب‌نظران افسردگی را هم یکی از علت‌های گرایش به سوء مصرف و هم معلول و یکی از پیامدها و آثار سوء مصرف عنوان نموده‌اند. مطالعات و تحقیقات همه‌گیرشناسی این ملاحظات بالینی را به اثبات رسانده‌اند که اختلال‌های مصرف مواد مخدر معمولاً با اختلال افسردگی هم در نوجوانی و هم در بزرگسالی همراه است (اسوندسن، ۱۹۹۸).

افرادی که به اصطلاح دوقطبی هستند و دوره‌هایی از افسردگی و سرخوشی را به صورت متناوب تجربه می‌کنند نیز مستعد سوء مصرف مواد مخدر هستند. این افراد یا برای پنهان کردن افسردگی‌شان رو به مواد محرک می‌آورند یا برای اینکه سرخوشی خود را سرپوش بگذارند از مواد مخدر استفاده می‌کنند (سید محمودی و اصغری، ۱۳۹۲). این قبیل بیماران خود را بی ارزش، آسیب‌پذیر، نابسند، ناموفق و گناهکار تلقی می‌کنند و اغلب

درگیر انتقاد از خویش هستند (میلون، ۱۹۸۳). در بین معتادین اختلالات شخصیت ضد اجتماعی، افسردگی و اضطراب شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است (ناظر، خالقی، صیادی اناری، ۱۳۸۰). افسردگی بیشتر از اختلالات روانی دیگر در بین معتادین رواج دارد (ثقه الاسلام، رضایی و عقیقی، ۱۳۸۲). در بین اختلالات خلقی

و اضطراب، افسردگی اساسی و اختلال اضطراب منتشر شایع می باشد. (پرویزی فرد، بیرشک، عاطف و شاکری، ۱۳۸۰). خود پنداره ضعیف و اعتماد به نفس پائین یکی دیگر از علل گرایش به اعتیاد است (فروع الدین و صدر السادات، ۱۳۸۱).

کیس، پیکو و وترو^۱ (۲۰۰۶) در پژوهشی که در رابطه با ارتباط اعتیاد و اختلالات روان پزشکی انجام داده بودند به این نتیجه رسیدند که بین افسردگی و مصرف مواد و الکل در بزرگسالان و نوجوانان ارتباط وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که وجود افسردگی عمده و اختلالات همراه اضطراب، ریسک مصرف الکل را افزایش می دهد و بیماری های همراه اختلال رفتاری خطر مصرف سیگار را افزایش می دهد.

فرضیه چهار: بین اختلال شخصیت وابسته با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد

نتایج تحلیل همبستگی پیرسون برای تحلیل فرضیه پژوهشی نشان داد که بین اختلال شخصیت وابسته با ولع مصرف مواد معتادان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد، به این معنی که هر اندازه اختلال شخصیت وابسته در معتادان بیشتر باشد ولع مصرف مواد نیز بیشتر خواهد بود.

این افراد بیش از حد به دیگران متکی هستند و به شکل منفعلانه منتظرند که دیگران راه را به آن ها نشان دهند. آنها به سرعت رابطه برقرار می کنند و مسئولیت تصمیم هایشان را نمی پذیرند (میلون، ۱۹۸۳). همچنین بین افراد معتاد و افراد غیرمعتاد، تفاوت های معناداری در شیوه های مقابله وجود دارد. افراد معتاد، در شیوه های مقابله ای خود، از خویشتن داری، بازبرآورد مثبت، جستجوی حمایت اجتماعی، حل مدبرانه مسئله و مسئولیت پذیر ی کمتر برخوردارند. مقابله آنها بیشتر به صورت شیوه های دوری جویی، اجتناب و گریز از رویارویی می باشد. آنها بیشتر از سبکهای حل مسئله ناکارآمد و اجتناب استفاده می کنند و از سبکهای حل مسئله و فعالیت اعتماد در حل مسئله و تقرب، کمتر سود می جویند و با توجه به الگو ی مقابله ای و سبک حل مسئله معتادان که برای

¹ - Kiss , Pikó , Vetró

رویارویی با مسائل ریز و درشت زندگی طبیعی، روش‌های ناکارآمد و ضعیفی دارند، به نظر می‌رسد این الگوها، زمینه‌گرایش به اعتیاد، مشکلات اجتماعی و روانشناختی فرد را افزایش داده و دور باطلی را بوجود می‌آورد (عبدی، ۱۳۸۰).

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات ذهنی چاپ پنجم تجدید نظر شده اختلال شخصیت وابسته را این چنین توصیف می‌کند: نیاز فراگیر و مفرط به حمایت شدن که به رفتار سلطه‌پذیری، وابستگی و ترسهای جدایی منجر می‌شود.

بیماران مبتلا به این حالت، نیازهای خود را تحت الشعاع نی ازهای دیگران قرار می‌دهند، مسئولیت‌های مهم زندگی خود را به گردن دیگران می‌اندازند، به خود مطمئن نیستند و اگر برای مدتی کوتاه تنها بمانند، احساس ناراحتی زیادی می‌کنند. با توجه به این تعریف می‌توان نتیجه گرفت که علاوه بر اینکه این بیماری می‌تواند موجب گرایش فزاینده به اعتیاد شود، با توجه به اینکه بعد از اعتیاد حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی کمتری دریافت می‌کند و همین مسئله موجب احساس نیاز بیشتر فرد به اعتیاد شده و ولع مصرف را در فرد افزایش می‌دهد.

فرضیه پنج: بین اختلال شخصیت نمایشی با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد.

نتایج تحلیل همبستگی پیرسون برای تحلیل فرضیه پژوهشی نشان داد که بین اختلال شخصیت نمایشی با ولع مصرف مواد معتادان رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد، به این معنی که هر اندازه اختلال شخصیت نمایشی در معتادان بیشتر باشد ولع مصرف مواد نیز بیشتر خواهد بود.

افراد که دارای این ویژگی هستند هر چند در اتکا به دیگران مانند افراد دارای اختلال شخصیت وابسته هستند ولی فعال بوده و معمولاً برای به دست آوردن احترام و محبت از طرف دیگران، مهارت‌های اجتماعی خوبی را

از خود نشان می‌دهند و در عین حال دارای یک ترس پنهان از خود مختاری و مستقل عمل کردن هستند (میلون، ۱۹۸۳).

افراد مبتلا به اختلال شخصیت نمایشی افرادی تحریک پذیر و هیجانی اند و رفتاری پررنگ و لعاب، نمایشی و برون‌گرایانه دارند. اما علی‌رغم رفتار متظاهرانه و پر زرق و برقی که دارند، اغلب نمی‌توانند دلبستگی عمیقی را به مدت طولانی حفظ کنند. این بیماران، خود را همتای برترین ستاره‌های سینما می‌دانند و همواره ستاره متظاهر مجلس بوده، و با دلربایی، جذابیت‌های ظاهری، و اغواگری و عشوه‌گری می‌کوشند در کانون توجه باشند. آنان هیجان‌ها و روابطی پرشور، ولی در عین حال سطحی و پیوسته در حال تغییر دارند. آنان مثلاً با فخر فروشی درباره داشتن سهام سازمان‌های بزرگ یا مهارت‌های ورزشی یا هنری، می‌کوشند توجه دیگران را به خود جلب کنند. علایق و نگرش‌های آنان به سهولت تحت تأثیر دیگران یا نقشی که هم اکنون ایفا می‌کنند، قرار می‌گیرد. آنان به سرعت، روابط صمیمانه پرشوری را برقرار می‌کنند، ولی به سرعت خسته شده و احساس می‌کنند که قدرشناسی کافی از آنان به عمل نیامده است (منصوری راد، ۱۳۹۲).

این اختلال نیز مانند دیگر اختلال‌های شخصیت می‌تواند زمینه ساز گرایش به اعتیاد باشد، یکی از این جهت که اگر فرد نتواند خود را در جامعه نشان دهد سرخورده و ناکام شده و زمینه‌های گرایش به اعتیاد فراهم می‌شود و دیگری اینکه اعتیاد خود می‌تواند ابزای برای نمایش باشد. اگر فردی با این ویژگی‌ها دچار اعتیاد شود با توجه به اینکه به تدریج از جامعه دور شده و فرصت کمی برای نمایش خواهد داشت به مصرف مواد بیشتر و ولع مصرف پناه خواهد آورد.

فرضیه شش: بین اختلال شخصیت خودشیفته با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد

نتایج تحلیل همبستگی پیرسون برای تحلیل فرضیه پژوهشی نشان داد که بین اختلال شخصیت خودشیفته با ولع

مصرف مواد معتادان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد، به این معنی که هر اندازه اختلال شخصیت

خودشیفته در معتادان بیشتر باشد ولع مصرف مواد نیز بیشتر خواهد بود

افرادی که دارای این ویژگی هستند افرادی هستند که بیش از حد به خودشان ارزش می دهند و از خود راضی،

متکبر و مغرور هستند خود را ذی حق دانسته و به شکل خودمحمورانهای به خود مشغول اند. برای رسیدن به مقصود

خود می توانند خاضعانه و مطیع نیز باشند (میلون، ۱۹۸۳).

اختلال شخصیت خودشیفته نوعی اختلال شخصیت است که در آن فرد خود را بزرگ و مهم می پندارد و به

گونه ای غلو آمیز احساس توانایی و لیاقت می کند. این بیماران مرکز دنیای خود بوده، از هر جهت ویژه هستند،

افاده ای و اسم پران بوده و در ذهن خود شخص مشهوری هستند. حس خودپسندی و سزاوار بودن، هر گونه

نگرانی درباره نیازها، مشکلات و احساسات دیگران را از ذهن آنان خارج می سازد. آنان متکبر و تحکم آمیز

بوده، خود را برتر از دیگران می دانند و از دیگران انتظار احترام و تحسین دارند. هنگامی که خود آنان و جهان

اطراف شان نمی توانند انتظارات غیرواقع گرایانه و ناممکن آنان را برآورده سازند، به طور شایع دچار ناامیدی

می شوند (منصوری راد، ۱۳۹۲) و همین ناامیدی می تواند هم زمینه ساز گرایش به اعتیاد و هم تعیین کننده میزان و

ولع مصرف مواد باشد.

فرضیه هفت: بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد.

که بین اختلال شخصیت ضد اجتماعی با ولع مصرف مواد معتادان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد، به این معنی که هر اندازه اختلال شخصیت ضد اجتماعی در معتادان بیشتر باشد ولع مصرف مواد نیز بیشتر خواهد بود اعتیاد در افرادی که ساختارهای روانی ضداجتماع دارند یا از اضطراب زیاد و افسردگی شدید رنج می‌برند با شیوع بیشتری دیده می‌شود. (سید محمودی و اصغری، ۱۳۹۲).

در مطالعه‌ی انجام شده در هلند نیز اختلال‌های روانی اولیه و ثانویه بین معتادان به مواد مخدر بیش از جمعیت معمول بوده و سه اختلال افسردگی، اختلال اضطراب و اختلال شخصیت ضد اجتماعی بیش از سایر اختلال‌ها مشاهده شده است (صاحبی، قلی وحیدی، علی حسینی و موسوی، ۱۳۸۹). این افراد رفتاری تهدید آمیز دارند. قوانین و مقررات اجتماعی را برای رسیدن به اهدافشان زیر پا می‌گذارند. ابایی از دروغ‌گویی، دورویی و استعمار دیگران ندارند و مرتکب جرم و جنایت در دنیا می‌شوند. به نظر آن‌ها، دیگران باعث رنجش آن‌ها شده و در نتیجه آن‌ها را به انتقام وا داشته‌اند (میلون، ۱۹۸۳). شخصیت مرزی، خودشیفته و ضد اجتماعی و وضعیت‌های روانی مثل سطح تحمل پائین، ناامیدی، رفتارهای ضد اجتماعی، احساس حقارت، وابستگی و اضطراب‌های شدید در بین معتادین رواج دارد (نویدیان، دواچی اقدس، ۱۳۸۱)، کسانی که در کودکی اختلال کم توجهی و بیش‌فعالی دارند، در صورت عدم درمان در آینده به مواد مخدر، الکل و سیگار پناه می‌برند (صرامی و قماشچی، ۱۳۸۲).

سوء مصرف مواد می‌تواند بخشی از رفتار ((لرزه خواهی)) شخصیت ضد اجتماع باشد، با این حال می‌توان انتظار داشت که افراد مستعد برای کاهش پریشانی خود مواد مخدر استفاده می‌کنند. در برخی مطالعات از طرح طولی استفاده شده که برای مطالعه ارتباط بین شخصیت و مصرف مواد طرح مناسبی است. در این مطالعات برخی ویژگی‌های شخصیت مصرف‌کنندگان این گونه مواد پدیدار شده است اولین ویژگی آن‌ها بیش‌فعالی در دوران

کودکی است. بیش فعالی یکی از عوامل پیش بینی کننده مهم برای سوء مصرف الکل در آینده است (ویس ۱۹۹۲، به نقل از عامری ۱۳۸۱).

بیش فعالی در رفتار ضد اجتماعی با یکدیگر همپستگی بالایی دارند و در واقع، شخصیت ضد اجتماعی پیش بینی کننده مشکلات سوء مصرف مواد است. افراد مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی بیشتر در معرض سوء مصرف مواد و اعتیاد هستند زیرا این افراد نیاز بالایی به سطح زیاد برانگیختگی و محرک دارنلا جزایری، هژیر، پورشهباز و رضایی، ۱۳۸۳).

محمدی فر و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی به منظور بررسی مقایسه ویژگیهای شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پر خاشگری در معتادان با و بدون افکار خودکشی ۳۰۰ نفر از معتادان مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد شهر سمنان، به این نتیجه دست یافتند که ویژگی های شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پر خاشگری در معتادان خودکشی گرا بالاتر از معتادان غیر خودکشی گرا بود

پژوهش صاحبی و همکاران (۱۳۸۹) با عنوان بررسی وضعیت سلامت روانی معتادان تزریقی در مراکز گذری روزانه ی استان آذربایجان شرقی نشان داد که شیوع علایم اختلالات روانی در بین معتادان تزریقی مراکز گذری و کلینیک متادون به ترتیب ۷۸.۴ درصد و ۹۲.۳ درصد بود معتادان مراکز گذری نمرات کمتری در آزمون سلامت عمومی کسب کردند که نشانه سلامت روان بالاتر بود . شیوع اعتیاد به الکل و ارتکاب جرم در بین معتادان بالا بود. مجرد بودن با داشتن علایم اختلالات روانی بالاتر در معتادان همراه بود و شیوع بالای اختلالات روانی در بین معتادان می تواند به دشواری در پرهیز دائم و همچنین افزایش رفتارهای پرخطر و ضد اجتماعی منجر شود. بالاتر بودن نمره پرسشنامه سلامت روان در معتادان تحت پوشش مراکز گذری نسبت به معتادان کلینیک متادون مطرح کننده ی تاثیر مثبت مداخله های روانشناختی در این جمعیت می باشد.

مولوی، صادقی موحد، ابوالحسن زاده، مشعوفی، محمدنیا، دیلمی و عرب (۱۳۸۸) در پژوهشی که در رابطه با بررسی اختلالات شخصیتی در میان افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کنند ه به مرکز مرجع ترک اعتیاد استان اردبیل در سال ۱۳۸۷ به این نتیجه رسیدند که فراوانترین اختلال شخصیت همراه در گروه معتادان، اختلال شخصیت ضد اجتماعی بوده و اختلال شخصیت مرزی، نمایشی و خودشیفته در رتبه هاب بعدی قرار داشتند. همچنین ارتباط آماری معنی داری بین نوع ماده مصرفی، مدت زمان مصرف و اختلال شخصیت خاص وجود نداشت.

فرضیه هشت: بین اختلالات بالینی با ولع مصرف مواد معتادان ارتباط وجود دارد

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه برای تحلیل فرضیه نشان می دهد که فقط اختلال شخصیت اسکیزوئید توانایی پیش بینی ولع مصرف مواد را دارد و افرادی که دارای ویژگی اختلال شخصیت اسکیزوئید هستند، ولع مصرف مواد را نیز بیشتر از خود نشان می دهند

مطالعات و پژوهشهای سالهای اخیر به ویژه در کشورهای غربی شیوع بالای اختلال های روانپزشکی را در معتادان به مواد مخدر نشان داده است (سادوک و سادوک^۱، ۲۰۰۵، هانسدوتیر، تایرفینسون و پیا^۲، ۲۰۰۱).

پژوهشها در جامعه امریکا نشان داه است که اختلالاتی نظیر اختلال شخصیت ضد اجتماعی، انواع فوبیا و اختلالات اضطرابی، اختلال افسردگی عمده و دیس تایمی بیشترین ارتباط را با سوء مصرف مواد دارند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵) در مقایسه با جمعیت عادی نشانه های افسردگی در افراد مبتلا به سوء مصرف مواد شایع است. حدود یک سوم تا نیمی از از کسانی که سوء مصرف با وابستی به مواد مخدر دارند زمانی در طول عمر خود واجد ملاکهای تشخیص اختلال افسردگی عمده بوده اند . در مطالعات گوناگون بین ۳۵ تا ۶۰ درصد

^۱- Sadock, Sadock

^۲- Hannesdottir , Tyrfinngsson , Piha

بیماران مبتلا به وابستگی به مواد واجد ملاکهای تشخیصی ضداجتماعی هستند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷). در یک مطالعه ملی در آمریکا هم ۵۱ درصد معتادان حداقل به یک نوع اختلال روانی دیگر نیز مبتلا بوده اند. در مردان افسردگی عمده و اختلال شخصیت ضداجتماعی با بالاترین فراوانی اخ تلال همراه گزارش گردیده بود، ارقام فوق برای معتادانی که سابقه زندانی شدن داشته اند به مراتب بالاتر بوده است

در پژوهشی که توسط فارل و همکاران (۲۰۰۱) در انگلستان با هدف شیوع انواع اختلالات روانی در گروههای معتاد و غیر معتاد انجام گرفت، شیوع اختلال روانی در معتادان ۴۵ درصد و رقم فوق در جمعیت عادی ۱۲ درصد بوده است. توریکا و همکاران در فنلاند در پژوهشی با هدف بررسی ارتباط افسردگی و اعتیاد در نوجوانان به این نتیجه رسیدند که ۳۷ درصد از سوء مصرف کنندگان مواد مخدر سابقه ابتلاء به افسردگی داشته اند در حالیکه رقم فوق برای جمعیت عادی شرکن کننده در پژوهش ۸ درصد بوده است.

در میان دلایلی که که طی چند سال گذشته در زمینه اهمیت بالینی اختلال های روانی در بین سوء مصرف کنندگان مواد مخدر ارائه شده، هم ابتلایی اختلال های روانی به عنوان عامل مهمی در سبب شناسی، پیش آگهی و آسیب پذیری این گروه از بیماران به شمار می رود این امر با عدم پذیرش درمان از جانب بیمار، مزمن شدن علائم و نشاتنه ها و در نهایت عود بیماری ارتباط دارد (سادوک و سادوک^۱، ۲۰۰۵).

^۱- Sadock, Sadock

۳-۵. محدودیت ها

۱- بی سوادی یا عدم توانایی معتادان در پاسخگویی سوالات پژوهش یکی از محدودیت های پژوهش بود.

۲- عدم همکاری مسئولین کمپ های کنترل سوء مصرف مواد یکی دیگر از محدودیت های پژوهش می

باشد.

۳- این پژوهش در استان آذربایجان شرقی انجام گرفته است و در تعمیم آن به استانهای دیر باید احتیاط

نمود.

۴-۵. پیشنهادات کاربردی

۱- پیشنهاد می شود قبل از شروع درمان های کنترل سوء مصرف مواد اختلالات بالینی معتادان شناسایی و

درمان شوند.

۲- پیشنهاد می شود از درمانهای غیردارویی مربوط به اختلالات بالینی به عنوان مکمل درمانهای دارویی

استفاده شود.

۵-۵. پیشنهادات پژوهشی

۱- پیشنهاد می شود ارتباط سایر اختلالات بالینی نیز با ولع مصرف مواد بررسی شود

۲- پیشنهاد می شود اثربخشی درمانهای روانشناختی به عنوان مکمل درمانهای دارویی بررسی شود

۳- پیشنهاد می شود پژوهشهای اثربخشی در حیطه درمانهای روانشناختی اختلالات بالینی مستقل از درمانهای

دارویی انجام پذیرد.

منابع

فارسی و انگلیسی

منابع

- احمدوند، افشین؛ سادات قریشی، فاطمه؛ سپهرمنش، زهرا. (۱۳۸۵). بررسی تاثیر مصرف متادون بر افسردگی در معتادان تزریقی زندانی. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۷، ۸، ۷۷-۸۴.
- احمدوند، محمد علی، (۱۳۸۷)، اعتیاد، سبب شناسی و درمان آن در رشته روان شناسی، نشر دانشگاه پیام نور
- احمدی، احمد. (۱۳۸۵). *روانشناسی/اعتیاد*. قم. پژوهشکده حوزه و دانشگاه
- اسلام دوست، ثریا (1389)، *اعتیاد (سبب شناسی و درمان)* تهران، دانشگاه پیام نور.
- باران اولادی، صادق.، نویدیان، علی و کاوه فارسانی، ذبیح اله . (۱۳۹۲). بررسی رابطه اعتیاد پذیری با ویژگی های شخصیت، همنوایی و جنسیت دانش آموزان پیش دانشگاهی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد* ، ۱۵ (۲)، ۳۳-۴۲.
- باقری یزدی، سید عباس، شمس عزیزاده، نرگس، عابدین، علیرضا، مستشاری، گلاره، وزیریان، محسن . (۱۳۸۴). راهنمای پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد ویژه پزشکان
- باوی، ساسان و برنا، محمدرضا . (۱۳۸۸). تاثیر خدمات روانشناختی دوره ی بازتوانی بر خودپنداره ی منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس معتادان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*. ۳، ۱۲، ۷-۱۹.
- باوی، ساسان. (۱۳۸۸). *اعتیاد/انواع مواد، سبب شناسی، پیشگیری، درمان*. اهواز. دانشگاه آزاد اسلامی
- برژره، ژان (۱۳۷۸). *اعتیاد و شخصیت*. ترجمه توفان گرگانی. تهران. سازمان انتشارات و آموزش انقلاب
- بزمی، نعیمه (۱۳۹۰)، روان شناسی و وابستگی به سواد، سبب شناسی تشخیص و درمان اعتیاد نشر کتاب ارجمند.
- پارسانیا، زینب، فیروزه، مهری، تک فلاح، لیلا، محمدی سمنانی، سعید، جهان، الهه و امامی عاطفه. (۱۳۹۱). بررسی اختلالات شخصیت در افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد . *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*. ۲۲ (۲). ۱۵۲-۱۵۶.

- پرویزی فرد، علی اکبر؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف، محمد کاظم و شاکری جلال. (۱۳۸۰). بررسی همبودی اختلاله‌ای خلقی و اضطرابی در معتادان جویای درمان و افراد بهنجار. *مجله روانپزشکی و روانشناسی*. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۷، ۲، ۴۵-۵۴.
- تقوی راد، مهدیه. (۱۳۹۲). *اعتیاد در خوابگاه‌های دانشجویی*. روزنامه تهران امروز. شماره ۱۲۱۶.
- ثقه الاسلام، اهره؛ رضایی، امیدوار و عقیقی، کبری. (۱۳۸۲). تاثیر درمان شناختی رفتاری در کاهش میزان افسردگی مبتلایان به سوء مصرف دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اردبیل. ۴، ۳۳(۸)-۳۸.
- جزایری، علیرضا، هژیر، فرهاد، پورشهباز، عباس، رضایی، منصور. (۱۳۸۳). رابطه اختلالات شخصیت ضد اجتماعی و مرزی با اعتیاد به مواد مخدر در مردان ۱۸ تا ۳۵ ساله کرمانشاهی. ۷(۱). ۴۹-۵۴.
- چگینی، مریم؛ دلاور، علی؛ غرای، بنفشه (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه بالینی چندمحوری میلون - ۳، فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، سال هشتم، شماره ۲۹، بهار.
- حیدری پهلویان، احمد، محبوب، حسین، و رحیمی، علیرضا. (۱۳۹۰). شیوع اختلال‌های روانی در افراد وابسته و غیروابسته به مواد ساکن شهر همدان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*. ۱۸(۳). ۲۲-۲۸.
- رمضانی، حبیب اله. (۱۳۸۳). *اعتیاد، علل، گرایش، پیشگیری و راههای درمان*. پایان نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی. دانشگاه اهواز.
- زنجان، تهمینه. (۱۳۸۶). *اعتیاد در نوجوانان*. پایگاه اینترنتی انجمن درمانگران ایران
- سادوک، بنجامین، سادوک، ویرجینا الکوت. (۱۳۹۱). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری-روانپزشکی*. ترجمه فرزین رضایی. تهران. انتشارات ارجمند.

سادوک، بنیامین، سادوک، میرجنیا (۱۳۸۲). خلاصه روان پزشکی بالینی، ترجمه، پورافکاری، نصرت الله،

تهران. خلاصه انتشارات شهر آب.

سیدمحمودی، جواد و اصغری. محمد جواد. (۱۳۹۲). بررسی اثرات مصرف مواد اعتیادآور، بر کارکردهای عصب

روانشناختی معتادان شهر شیراز، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۲۰، ۲۹۵-۳۰۴.

شیخ الاسلام، ربابه. (۱۳۸۶). تعاریف/عتیاد، ستاد مبارزه با مواد مخدر جمهوری اسلامی ایران

صاحبی، لیل؛ قلی وحیدی، رضا؛ علی حسینی، سمیرا و موسوی، سید حسن. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت سلامت روانی

معتادان تزریقی در مراکز گذری روزانه ی استان آذربایجان شرقی. ۱۲(۳)، ۸۴-۹۵.

صادقی، مصطفی؛ کاظمی، محمود؛ حسنی، جعفر. (۱۳۹۲). ارتباط خودکارآمدی، هوش هیجانی و راهبردهای مقابله

با استرس با استعداد سوء مصرف در دانشجویان . پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه

زنجان.

صرامی، پوریا و قماشچی، فردوس. (۱۳۸۲). بررسی ارتباط در اختلال کم توجهی و بیش فعالی وسایل قانونی و

اجتماعی طب و تزکیه تابستان. ۴۹، ۴۵-۵۵.

طوفانی حمید و جوان بخت، مریم. (۱۳۸۰). مقایسه شیوه های مقابله ای و نگرشهای ناسالم در معتادان مواد مخدر با

گروه شاهد غیر معتاد. اسرار دانشکده علوم پزشکی سبزوار. ۷(۳)، ۳۸-۴۵.

ظهیرالدین، علیرضا، سیف الهی، معصومه و ایرانپور، چنگیز. (۱۳۸۶). بررسی میزان اختلالات روانی در افراد وابسته

به مواد مراجعه کننده به دو مرکز درمانی در سطح شهر تهران پژوهش در پزشکی. ۳۱(۳). ۲۷۳-۲۷۸.

عامری، کفایت، (۱۳۸۱)، «بررسی رگه های شخصیتی دو نظام کلونینجرو آیزنگ در گروه معتاد و غیرمعتاد «

پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.

عبدی، رضا. (۱۳۸۳). مقایسه حل مساله در افراد وابسته به مواد مخدر و عادی . پایان نامه کارشناسی ارشد

روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

فرانسس، آلن . مبانی تشخیص روانپزشکی بر اساس DSM-5 ترجمه عبدالرضا منصوری راد. تهران: کتاب

ارجمند، ۱۳۹۲. ۱۳۴ .

فروع الدین، علی اکبر؛ صدر السادات، سید جلال الدین. (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین خودپنداره و گرایش به اعتیاد در

جوانان. طب و تزکیه پائیز، ۶۶-۷۴.

فلاح زاده، علی و همکاران . (۱۳۸۰). پیشگیری/ازعتیاد . اهواز. انتشارات مشترک بهزیستی و نهضت

سوادآموزی.

قشلاقی، امین. (۱۳۹۴). تاثیر درمان نگهدارنده متادون بر شاخصهای سلامت روان در معتادان زندانی شهرستان

گلپایگان. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد خمین.

کریم نژاد، فرزاد ؛ مکتبی، غلامحسین ؛ وطن خواه، محمد ؛ فیروزی و هانی رحیمی ، علی اصغر. (۱۳۹۳). مقایسه

ویژگی شخصیتی توافق پذیری (سازگاری) و سلامت معنوی معتادان مقیم در مراکز اجتماع درمان مدار و

معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون اهواز، مجله پزشکی هرمزگان سال هجدهم شماره اول، صفحات ۸۱-

۹۰.

کیان پور، محسن. (۱۳۸۱). مقایسه شیوه های مقابله با استرس در معتادان به مواد افیونی، افراد غیر معتاد، ۲۳ دانشگاه

علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۰(۳) ۱۳-۱۸.

کاویانی، ح، پورناصح، م، وموسی، آ. (۱۳۸۴) هنجاریابی و اعتبار سنجی فرم تجدید نظر شده پرسشنامه شخصیتی

آیزنگ در جمعیت ایرانی، مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۴۱، ۳۱، ۳۴.

کتابی، پروین، ماهر، فرهاد، برجعلی، احمد. (۱۳۸۷). ارتباز پایگاه هویت و اعتیاد در زنان استان تهران. اعتیاد پژوهی. (۲) ۵۴-۳-۶۹.

کتلین، کارول. (۱۳۸۳). رویکرد شناختی - رفتاری در درمان وابستگی به مواد. (ترجمه: حمیدرضا قامت بلند و حامد رئیس یزدی). انتشارات یزد.

کریم پور، صادق، (۱۳۶۴) جنبه های روان شناسی اعتیاد. تهران: دفتر انتشارات امیرکبیر.

گلپور، محسن، آتش پور، سیدحمید، آقایی، اصغر. (۱۳۸۱). روانشناسی/اعتیاد. اصفهان. نشر دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان.

گنجی، مهدی. (۱۳۹۲)، آسیب شناسی روانی براساس DSM-5، تهران: نشر ساوالان.

محمدی فر، محمدعلی؛ زارعی مت هکلایی، الهه؛ نجفی، محمود و منطقی، محمود. (۱۳۹۲). مقایسه ویژگیهای شخصیت مرزی، خشم، خصومت و پرخاشگری در معتادان با و بدون افکار خودکشی. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد. ۷، ۲۸، ۸۹-۱۰۰.

مددی، عباس، نوغانی، فاطمه. (۱۳۸۴). اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر. تهران. انتشارات جامعه نگر.

مکری، آذرخش،، اختیاری، حامد،، حسنی ابهریان، پیمان و گنجگاهی، حبیب. (۱۳۸۹). معتبرسازی پرسشنامه ارزیابی ولع مصرف لحظه ای و دوره ای در سوء مصرف کنندگان انواع مختلف مواد افیونی (کراک هروئین و مت آمفتامین). مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

مولوی، پرویز، صادقی موحد،، فریبا، ابوالحسن زاده، مسلم، مشعوفی، مهرناز، محمدنیا، ح سین، دیلمی، پروانه و عرب، روح اله. (۱۳۸۸). بررسی اختلالات شخصیتی در میان افراد دارای اختلال سوء مصرف مواد مخدر

مراجعه کننده به مرکز مرجع ترک اعتیاد استان اردبیل در سال ۱۳۸۷. مجله دانشگاه علوم پزشکی

اردبیل. ۹(۴). ۳۲۵-۳۳۳.

ناظر محمد، خالقی؛ عزت اله، صیادی و اناری، احمد رضا. (۱۳۸۰). شیوع، اختلالات روانپزشکی در وابستگی به

مواد افیونی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۷، ۳۵-۳۸.

نائینیان، محمدرضا؛ الهیاری، عباسعلی؛ مداحی، محمدابراهیم، (۱۳۷۴)، راهنمایی آماری و تشخیصی اختلالات

روانی DSM-IV.

نویدیان علی، دواچی اقدس و بشر دوست، نصراله. (۱۳۸۱). بررسی خصوصیات شخصیتی معتادان به مواد مخدر در

مرکز بازپروری زاهدان، حکیم بهار: (۱) ۱۷-۲۲.

هاشمی نصرت آباد، تورج، محمدزادگان، رضا، قاسم بگلو، یونس، ایرانی، محمدامین و وکیلی عباسعلی، سجاد.

(۱۳۹۳). مقایسه سلامت عمومی و حمایت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و افراد سالم. فصلنامه/عتیاد

پژوهی، ۷ (۳۱)، ۱۳۲-۱۲۰.

هاشمی، شیما، غضنفری، فیروزه، دنیوی، وحید و سپهوند، رامین. (۱۳۹۴). مقایسه ویژگی‌های پایدار شخصیتی

افراد مستعد سوء مصرف مواد با افراد عادی. فصلنامه پرستار و پزشک در رزم، ۳ (۸)، ۲۵-۳۱.

- American psychiatric Association (1994).Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th Ed. Washington. DC.
- Baker, A., Lee, N. K., Claire, M., Lewin, T. J., Grant, T., Pohlman, S., Saunders, J. B., Kay-Lambkin, F., Constable, P., Jenner, L. & Carr, V. J. (2005) Drug use patterns and mental health of regular amphetamine users during a reported 'heroin drought'. *Addiction*, 99, 875–884.
- Bukstein, OG. (2000). Descriptive behavior disorders and substance use disorders in adolescence. *Journal of psychoactive drugs*, 18(6), 296- 302.
- Challaly, T., Trauer, T., Munro, L., Whelan, G. (2001). Prevalence of psychiatric disorder in a methadone maintenance population. *Aust N Z Psychiatry*;35(5):601-605.
- Choca, J.P. Shanley, L.A. Van Denbug, E. (1997). *Interpretive Guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory* (2nd ed), Washington, DC: American Psychology Association.
- Clark, D. B., Leshick, L., Hegedus, A.M. (1997). "Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence"; *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(12), 1744-1751.
- Cloninger C.R.(1987).A systematic method for clinical description and classification of personality variants.*Archives of General psychiatry*,44,573,588.
- Farrell M, Howes S, Bebhington P, Brugha T, Jenkins R, Meltzer H. Nicotin , alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. *Br J Psychiatry* 2001 ; 179 : 432 – 7.

- Farrell M, Howes S, Bebhington P, Brugha T, Jenkins R, Meltzer H. Nicotin , alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. *Br J Psychiatry* 2001 ; 179 : 432 – 7.
- Flagel S.B, Akhi H.(2009)*Individual Differences In The Attribution Of Incentive Salience To Reward-Related Cues: Implication Neuropsychology.*
- Franken, I. H. A., Hendricks, V. M., Van den Brink, W. (2000). Initial validation of two opiate craving questionnaires the Obsessive Compulsive Drug Use Scale and Desires for Drug Questionnaire. *Addiction Behaviors*, 27, 675-685.
- Glantz, M, Hartel, C. (2002). Drug Abuse, Origins and Interventions; American Psychological Association.
- Grant, F., Stinson, F., Dawson, D., Chou, S., Dufour, M., Compton, W. (2014). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*; 61(8): 807-16.
- Hannesdottir H, Tyrfinngsson T, Piha J. Psychosocial functioning and psychiatric comorbidity among substance – abusing Icelandic adolescents. *Nord J Psychiatry* 2001 ; 55 (1) : 43-8.
- Kaplan, H.I. and sadock, B.j (2000).synopsis of psychiatry, Ninth Edition, Baltimore Williams and wilkins.
- Kessler, R., (۱۹۹۵); *Epidemiology of Psychiatric Comorbidity*; New York: Wiley-Liss.
- Kessler, R., Nelson, C.B., McGonagle, K.A. (1996). the Epide Miolog of Coocuring Addictive and Mental Disorders; *American journal of Orthopsychiatry*, 66(1), 3-17.
- Ketabi, P., Maher, F., Borjaly, A. (2009). Identity and relationship addiction in women in Tehran province. *Addic Studies*. 2(3): 54-69.

- Kiss E, Pikó B, Vetró A.(2006). Frequency of smoking, drinking, and substance use and their relationship to psychiatric comorbidity in depressed child and adolescent population. *Psychiatr Hung*;21(5):371-8.
- Liraud F, Verdoux H. (2000). Clinical and prognostic characteristics associated with addictive comorbidity in hospitalized psychiatric patients. *Encephale*, 26 (3): 16-23.
- Lowe, B., Grafe, K., Ufer, C. & Kroenke K. (2004). Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 66, 831.
- Maeyer, J., Vanderplasschen, W., Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 21, 364–380.
- Millon, T. & Davis, R.D. (1994). Millon, s Evolutionary Model of Normal and Abnormal Personalities: Theory and Measures, In S. Strack & M. Lorr (Eds.), *Differentiating Normal and Abnormal Personality*, 79-113, New York: Springer Publishing.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual* (3 rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer System.
- Nunes, E., Levin, F. (2004). Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: A meta-analysis *JAMA*; 291(15): 1887-96.
- Rodgers B, Parslow R, Degenhardt L.(2007). Affective disorders, anxiety disorders and psychological distress in nondrinkers. *J Affect Disord*;99(1-3):165-72.
- Sadock BJ , Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Williams and Wilkins, 2007.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins, 2005.

- Sugarman, DE., Nich, C., Carroll, KM. (2010). Coping Strategy Use Following Computerized Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(4), 689-695.
- Swendsen, J.D. (1998). "The Comorbidity of Alcoholism with Anxiety and Depressive Disorders in four Geographic Communities"; *Comprehensive Psychiatry*, 39(4), 176-184.
- Terracciano, A., Costa, P. T. (2004). Smoking and the Five-Factor Model of personality. *Addiction*. 99(4): 472-81.
- Torikka A, Kaltiala L, Heino R, Rimpela A, Rimpela M, Rantanen P. Depression , drinking and substance use among 14 to year old finished adolescents. *Nord J Psychiatr* 2001;55(5):351- 70.
- Turiano, N. A, Shawn, D. Whiteman, S. E, Hampson, B. W, Roberts & Daniel K. (2012). Personality and substance use in midlife: Conscientiousness as a moderator and the effects of trait change, *Journal of Research in Personality*, 46, 295–305.
- West, R. (2006). *Theory of Addiction*, Blackwell publishing, oxford, 9-28.
- World Health Organization (WHO) (2006). from <http://www.who.org/infofax/understand>. Html.
- Yan, Y. & Nabeshima, T. (2009). Mouse model of relapse to the abuse of drugs: procedural considerations and characterizations. *Behavioural brain research*, 2 (1), 16-19.

پیوستها

پرسشنامه میلون

ردیف	عبارات
۱	بیشتر وقت‌ها احساس ضعف و خستگی می‌کنم.
۲	چون فکر می‌کنم آدم بزرگ و مهمی هستم برایم مهم نیست که دیگران در مورد من چه فکری می‌کنند.
۳	اگر خانواده‌ام به من زور بگویند احتمالاً عصبانی می‌شوم و در برابر خواست آن‌ها مقاومت می‌کنند.
۴	به ندرت تحت تاثیر چیزی قرار می‌گیرم.
۵	به آسانی و به سرعت احساساتم را بروز می‌دهم.
۶	استعمال مواد مخدر اغلب مرا به دردسر می‌اندازد.
۷	گاهی اوقات با خانواده‌ام بسیار تند و خشن برخورد می‌کنم.
۸	من آدمی خیرخواه و فروتن هستم.
۹	در نوجوانی به خاطر رفتار بدی که در مدرسه داشتم دچار دردسرهای فراوانی می‌شدم.
۱۰	از ارتباط نزدیک با دیگران می‌ترسم، زیرا ممکن است رسوا شوم و مسخره‌ام کنند.
۱۱	اغلب از دوره کودکی افکار غم‌انگیزی به خاطر دارم.
۱۲	من ارتباط با جنس مخالف را دوست دارم.
۱۳	چندسالی است که احساس می‌کنم در زندگی شکست خورده‌ام.
۱۴	نمی‌دانم چرا اغلب دچار پشیمانی و احساس گناه می‌شوم.
۱۵	دیگران نسبت به قدرت من حسادت می‌کنند.
۱۶	اگر حق انتخاب داشته باشم ترجیح می‌دهم تنها کار کنم.
۱۷	من با جذابیت خودم می‌توانم توجه هر فرد خاصی را به خودم جلب کنم.
۱۸	من همیشه دنبال این هستم که دوستان جدیدی پیدا کنم و با افراد تازه‌ای نشست و برخاست کنم.
۱۹	اغلب از انجام کار دست می‌کشم، زنی می‌ترسم آن را درست انجام ندهم.
۲۰	من بدون توجه به این که انجام کاری چه اثری بر دیگران دارد کارم را انجام می‌دهم.
۲۱	مصرف مواد مخدر ممکن است عاقلانه نباشد ولی در گذشته حس می‌کردم به آن احتیاج دارم.
۲۲	من آدم آرام و ترسویی هستم.
۲۳	اغلب احمقانه و بی‌مقدمه رفتار می‌کنم به طوری که بعداً مرا به دردسر می‌اندازد.
۲۴	اغلب بعد از آن که حادثه برایم اتفاق افتاد احساس ناراحتی و تنش می‌کنم.
۲۵	همیشه سعی می‌کنم دیگران را از خود خشنود کنم حتی اگر از آن‌ها بدم بیاید.
۲۶	در مقایسه با دیگران، همیشه کمتر به مسائل جنسی علاقه نشان داده‌ام.
۲۷	وقتی اتفاق بدی می‌افتد، احساس گناه می‌کنم.
۲۸	از خیلی وقت پیش، صلاح خود را در این دیده‌ام که با دیگران کمتر رابطه داشته باشم.
۲۹	وقتی حوصله‌ام سر برود، دوست دارم به کار پر هیجانی دست بزنم.

ردیف	عبارات
۳۰	اعتیاد من مشکلاتی برای من و خانواده‌ام به وجود آورده است.
۳۱	تنبیه هرگز مانع انجام کاری که دوست دارم نشده است.
۳۲	مدتی است که هیچ کاری را درست انجام نمی‌دهم و به این دلیل شدیداً احساس گناه می‌کنم.
۳۳	فکر می‌کنم آدمی اجتماعی و خونگرمی هستم.
۳۴	چند سالی است که از زندگی کاملاً دلسرد و ناامید شده‌ام.
۳۵	فکرهای مهمی در سر دارم که مردم این زمانه آن را نمی‌فهمند.
۳۶	از اکثر موقعیت‌های اجتماعی دوری می‌کنم زیرا می‌ترسم مردم از من انتقاد کنند یا مرا طرد کنند.
۳۷	احساس بی‌هدفی می‌کنم و نمی‌دانم در زندگی به کجا می‌روم.
۳۸	پیدا کردن دوست برایم کلو ساده‌ای است.
۳۹	همیشه نگرانم که کارهایم خوب برنامه‌ریزی و تنظیم باشد.
۴۰	ظاهراً اغلب خلق و خویم از روزی به روز دیگر تغییر زیادی می‌کند.
۴۱	می‌ترسم ریسک کنم و چیزهای جدید را امتحان کنم.
۴۲	سوء استفاده کردن از کسی که خود اجازه چنین کاری را می‌دهد عیب نمی‌دانم.
۴۳	مدتی است غمگین و گرفته‌ام و نمی‌توانم از این حالت خلاص شوم.
۴۴	در مهمانی‌ها هیچ وقت گوشه گیر نیستم.
۴۵	اکثر اوقات تنها هستم و این تنهایی را ترجیح می‌دهم.
۴۶	بعضی از اعضای خانواده‌ام می‌گویند که خودخواه هستم و فقط به خودم فکر می‌کنم.
۴۷	مردم خیلی راحت می‌توانند نظرم را عوض کنند حتی اگر تصمیم نهایی را خودم گرفته باشم.
۴۸	در جمع و موقعیت‌های اجتماعی همیشه مضطرب و کلافه‌ام.
۴۹	قبول دارم که مسئولیت‌های خانوادگی را جدی نمی‌گیرم، ولی باید آن‌ها را جدی بگیرم.
۵۰	علاقه چندانی به دوست پیدا کردن و رفاقت ندارم.
۵۱	من از تنهایی و بی‌کسی و از این که به خودم متکی باشم می‌ترسم.
۵۲	در یکی دو سال گذشته بسیار غمگین و دلسرد بوده‌ام.
۵۳	یکی دوبار با قانون مشکل داشته‌ام.
۵۴	اکثر اوقات عادت دارم برخی از مردم را اذیت کنم.
۵۵	من هر کاری لازم باشد انجام می‌دهم تا فردی که دوستش دارم مرا ترک نکند.
۵۶	فکر می‌کنم تمام فرصت‌های خوبی که برایم پیش آمد را از دست داده‌ام.
۵۷	هیچ وقت نتوانستم از احساس غم و اندوه رهایی یابم.
۵۸	من نمی‌خواهم با دیگران رابطه نزدیک پیدا کنم چون مطمئنم به من علاقه مند می‌شوند.
۵۹	وقتی همه کارها خوب پیش می‌رود دائم نگرانم، بزودی حادثه بدی اتفاق خواهد افتاد.
۶۰	وقتی حادثه بدی در زندگی‌ام اتفاق می‌افتد گاهی احساس ناتوانی می‌کنم و تقریباً دیوانه می‌شوم.
۶۱	واقعاً از تنهایی و درماندگی و از دست دادن حمایت نزدیکانم که من به آن‌ها وابسته‌ام، می‌ترسم.

ردیف	عبارات
۶۲	می دانم که پول زیادی برای مواد مخدر خرج کرده ام.
۶۳	من در گرفتن عفو و بخشش دیگران مهارت دارم .
۶۴	احساس می کنم که بیشتر مردم افکار پست و زشتی در مورد من دارند .
۶۵	اغلب احساس تنهایی و پوچی می کنم.
۶۶	من معتقدم که همه را خوشحال می کنم و دیگران مرا به خاطر کارهایی که انجام می دهم و حرف هایی که می زنم تحسین می کنند.
۶۷	دائم نگران کسی یا چیزی هستم.
۶۸	همیشه بی جهت فریب می خورم، به ویژه وقتی کسی خودش را برتر از من نشان می دهد.
۶۹	در زندگی ام چیزهای کمی وجود دارد که واقعاً مرا خوشحال کند.
۷۰	من ه رگز قادر به ابراز احساساتم نیستم چون در نظر مردم ارزشی ندارم .
۷۱	قبلاً تلاش کرده ام خودم را بکشم.
۷۲	نمی دانم چرا برخی از مردم به من می خندند.
۷۳	از آدم هایی که مرا لمس می کنند شدیداً می ترسم چون فکر می کنم آن ها ممکن است به من صدمه بزنند.
۷۴	چون آن ها از توانایی های فوق العاده من خبردارند می خواهند مرا دستگیر کنند .
۷۵	من به جز اعضای خانواده ام هیچ دوستی ندارم.
۷۶	من اغلب کارهایم را سریع انجام می دهم و در مورد چیزهایی که باید انجام دهم فکر نمی کنم.
۷۷	من به گونه ای حمایت دوستانم را جلب کرده ام که دیگران نمی توانند از من سوء استفاده کنند.
۷۸	من همیشه برای نزاع با دیگران خودم را مجهز نگه می دارم زیرا از برخورد تندشان می ترسم.
۷۹	مردم مرا آدمی منظم و مقرراتی می دانند.
۸۰	اگر چه من از دوست پیدا کردن می ترسم ولی مایلم دوستان بیشتری داشته باشم .

پرسشنامه ولع اعتیاد

گویه ها

۱. استفاده از مواد اکنون می توان راضی کننده باشد .
۱. در حال حاضر استفاده از مواد مد نظر من است .
۲. اگر اکنون من مصرف مواد را شروع کنم قادر به کنار گذاشتن آن هستم .
۳. من پس از مصرف مواد می توانم هر کاری را انجام دهم .
۴. زمانی که مواد مصرف می کنم احساس نگرانی کمتری در رابطه با مشکلات روزمره زندگیم دارم .
۵. میل من برای مصرف مواد بسیار قاطعانه و بیش از اندازه است .
۶. در صورتی که به من مواد پیشنهاد شود آن را قبول می کنم .
۷. اگر من مواد مصرف کنم به راحتی میتوانم میزان مصرفم را محدود کنم .
۸. من احساس می کنم اگر مواد مصرف کنم همه فکار بد زندگیم ناپدید می شوند .
۹. من موادی را که می خواهم استفاده کنم معمولاً مزه می کنم .
۱۰. استفاده از مواد باعث می شود احساس فشار زمانی کمتری داشته باشم .
۱۱. اگر مواد مصرف کنم حتی مشکلات بزرگ زندگی نیز نمی توانند مرا اذیت کند .
۱۲. استفاده از مواد اکنون می توان لذت بخش باشد .
۱۳. من به زودی مواد مصرف خواهم کرد، این امر محتمل است .

Abstract

Therefore, this study aimed to investigate the role of clinical disorders in addicts craving for drug use. The research method is descriptive correlational. The statistical sample of the study, based on the Morgan table, was 120 people who were randomly selected and responded to the questionnaire of the momentary craving and the Millon multi-axis questionnaire. Collected data were analyzed using Pearson correlation and multivariate regression analysis. Pearson correlation analysis for hypotheses one to seven showed that there was a positive and significant relationship between schizoid personality disorder, avoidance personality disorder, depressed personality disorder, personality disorder, dementia disorder, self-reported personality disorder, and antisocial personality disorder with craving. Also, the results of multiple regression analysis showed that only schizoid personality disorder has the ability to predict drug craving, and people with schizoid personality disorder are more likely to show craving for substance abuse.

Keywords: Addiction, Clinical disorders, addicts craving



Islamic Azad University
Ahar unity

Faculty of Humanities and Education
Thesis for master's degree

Field:
Psychology
Orientation:
Clinical psychology
Issue

The Role of Clinical Disorders in Drug Craving

Supervisor:
Dr. Mehdi Agapoor

Researcher:
Abdollah Fathi

Summer 2017